



**PROTOCOLO DE CONSULTA EM ONCOLOGIA CLÍNICA E CIRÚRGICA (ADULTO)
(ATUALIZAÇÃO) MAIO/2026**

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

Foram elencados os seguintes grupos de patologias a serem encaminhados e posteriormente regulados:

- **TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO;**
- **TUMORES DO APARELHO GASTROINTESTINAL;**
- **TUMORES DO APARELHO GENITURINÁRIO;**
- **TUMORES GINECOLÓGICOS;**
- **TUMORES DE MAMA;**
- **TUMORES DE TÓRAX;**
- **TUMORES DE PELE;**
- **TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL;**
- **TUMORES ORTOPÉDICOS;**
- **RADIOTERAPIA;**
- **BRAQUITERAPIA;**
- **RADIOCIRURGIA ESTEREOTÁXICA;**
- **NEOPLASIAS ONCO-HEMATOLÓGICAS.**

CONDIÇÕES QUE CONFIGURAM EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA E QUE NÃO DEVEM SER INSERIDAS EM FILA AMBULATORIAL NO SISREG E SIM ENCAMINHADAS PARA UPA OU SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:

- ✓ **CAUSAS GASTRINTESTINAIS** → obstrução, perfuração, sangramento maciço.
- ✓ **CAUSAS UROLÓGICAS** → obstrução urinária aguda (com suspeita oncológica) evoluindo com insuficiência renal e ou sepse.
- ✓ **CAUSAS CARDIOVASCULARES** → derrame pericárdico e tamponamento pericárdico, síndrome da veia cava superior.
- ✓ **CAUSAS RESPIRATÓRIAS** → obstrução das vias aéreas, hemoptise maciça e insuficiência respiratória.
- ✓ **CAUSAS NEUROLÓGICAS** → compressão maligna da medula espinhal, metástases cerebrais com aumento da pressão intracraniana, rebaixamento do nível de consciência.
- ✓ **CAUSAS METABÓLICAS** → hipercalcemia maligna, síndrome de lise tumoral, acidose láctica, hiponatremia (SIADH), insuficiência adrenal, hipoglicemia.



- ✓ **CAUSAS HEMATOLÓGICAS** → hiperviscosidade causada por proteínas monoclonais, hiperleucocitose e leucostase, coagulação intravascular disseminada, leucemias agudas.

PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO:

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Neoplasia maligna de Boca (língua, assoalho, gengiva, véstíbulo, pálato e trígono retromolar) e Lábio C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06;
- Neoplasia maligna de Laringe C32;
- Neoplasia maligna de Faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe) C09, C10, C11, C12, C13;
- Neoplasia maligna de Seios da Face, Cavidade Nasal e Base de Crânio C30, C31;
- Neoplasia maligna das Glândulas Salivares Parótida e Submandibular; C07, C08;
- Neoplasia maligna de Tireoide e Paratireoides C73, C75;
- Neoplasia maligna de Pele da Face, Couro Cabeludo e Pescoço C44;
- Melanoma maligno de Pele da Face, Couro Cabeludo e Pescoço C43;
- Neoplasia maligna de Olho e Órbitas C69;
- Doença maligna Metastática no Pescoço C77.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.

CONDIÇÕES QUE NÃO DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA ESTA AGENDA E QUE PODEM SER MANEJADAS PELA DERMATOLOGIA:

- ✓ CARCINOMA IN SITU DA PELE EXCISADO COM MARGENS LIVRES.
- ✓ CARCINOMA BASOCELULAR EXCISADO COM MARGENS LIVRES.
- ✓ CERATOSES SOLARES OU FOTODANO CRÔNICO (CID-10 L57).

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Resultado de anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, na região de cabeça e pescoço.
- Lesões com forte suspeita clínica de neoplasia maligna, evidenciada por exame de imagem.



- **No laudo do exame de imagem inserido, a forte suspeita de neoplasia maligna deve constar por escrito e não somente a descrição da lesão encontrada no paciente.**
- Pacientes com suspeita ou doença metastática confirmada.
- Suspeita de recidiva tumoral.
- Adenomegalia cervical (descrever todos os exames laboratoriais e de imagem afastando outras patologias de doenças infecciosas e inflamatórias- citas as doenças investigadas previamente) linfonodo descrito como "atípico" ou com "perda/apagamento de hilo" após descartar HIV e tuberculose.
- No caso de adenopatia de cadeia cervical, as principais causas são infecções cutâneas, abscessos dentários, infecções de vias aéreas superiores, reacional após vacinação (COVID-19, dT/dTpa, BCG, tríplice viral, raiva), citomegalovírus, infecção por herpes vírus tipo 6, mononucleose, tuberculose, micobacterioses atípicas, HIV, toxoplasmose, neoplasias (hematológicas, tumor metastático cervical de tireoide, cabeça e pescoço). As indicações para biópsia de linfonodo são: linfonodomegalia supraclavicular, linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderidos a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados) e linfonodomegalia (≥ 2 cm), persistente (após 4 semanas) e sem causa definida.
- Tumores de tireoide: Bethesda maior ou igual V , USG com classificação TIRADS maior ou igual a V.
- Câncer de pele (CBC, CEC) com biópsia ou avaliados pela teledermatologia com indicação para esta agenda.

ENCAMINHAR PARA OUTRAS ESPECIALIDADE:

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO: Adenoma pleomórfico, nódulos PAAF Bethesda menor ou igual a III, bóciós com sintomas compressivos.

ENDOCRINOLOGIA: Tireoidectomia (parcial ou total), avaliação inicial de nódulos tireoidianos Bethesda menor ou igual a IV, USG com classificação TIRADS menor ou igual a IV.

Consulta em Oncologia- Iodoterapia (alta dosagem) - para pacientes com indicação de iodo pós tireoidectomia por câncer de tireoide.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- ✓ Descrever quadro clínico completo e alterações no e exame físico.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológicos e exames laboratoriais.
- ✓ Incluir relatórios médicos de demais especialidades, como otorrinolaringologista, endocrinologista, odontólogos, entre outros.



PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	- sangramento tumoral, mesmo que sem anatomopatológico, anemia, dispneia ou estridor.
AMARELO	- Tumores do trato aero digestivo superior (boca, orofaringe, hipofaringe, laringe, rinofaringe, esôfago superior, carcinoma metastático cervical primário oculto, seios da face) com diagnóstico histopatológico ou citopatológico ou casos altamente suspeitos. - Melanoma de pele ou mucosa de cabeça e pescoço, sarcomas de cabeça e pescoço, tumores orbitários. - Pacientes operados (diagnóstico confirmado de câncer) candidatos a adjuvância - Pacientes metastáticos em primeira linha. - Pacientes com indicação de radioterapia (adjuvante/paliativa). - Massa sólida ao exame de imagem sugestiva de neoplasia maligna.
VERDE	- Neoplasia maligna de pele não melanoma (CBC, CEC) com biópsia ou avaliados pela teledermatologia com indicação para esta agenda. - Tumores de glândulas salivares, nódulos de tireoide (PAAF: Bethesda IV, V, VI). - Pacientes já tratados com indicação de tratamento de 2ª linha. - Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	- Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES GASTROINTESTINAIS:

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

✓ Neoplasia maligna de esôfago;



- ✓ Neoplasia maligna de estômago;
- ✓ Neoplasia maligna de intestino;
- ✓ Neoplasia maligna de reto;
- ✓ Neoplasia maligna de ânus e canal anal;
- ✓ Neoplasia maligna de fígado;
- ✓ Neoplasia maligna de vesícula biliar e vias biliares;
- ✓ Neoplasia maligna de pâncreas e periampular;
- ✓ Neoplasia maligna de peritônio – mesothelioma, pseudomyxoma peritoneal;
- ✓ Neoplasia maligna de retroperitônio.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS OU EM OUTRAS ESPECIALIDADES:

- ✓ Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos devem ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde.
- ✓ Pólipos com displasia de baixo grau devem ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde.
- ✓ Pacientes com pólipos ressecados (margens livres) com anatomopatológico confirmando displasia de alto grau devem ser acompanhados na Coloproctologia Geral ou Gastroenterologia.
- ✓ Pacientes com sangue oculto nas fezes ou hematoquezia encaminhar à Coloproctologia Geral.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Resultado de anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, na região do trato gastrointestinal.
- Lesões com forte suspeita clínica de neoplasia maligna, evidenciada por exame de imagem.
- No laudo do exame de imagem inserido, deve constar por escrito a forte suspeita de neoplasia maligna e não somente a descrição da lesão encontrada no paciente.
- Pacientes com suspeita ou doença metastática de neoplasia do TGI confirmada
- Suspeita de recidiva tumoral.
- Presença de massa sólida ou heterogênea ao exame de imagem em sítio pancreático sugestiva de neoplasia maligna (obrigatório afastar cistos e pseudocistos).
- Pólipos com displasia de alto grau com margens comprometidas.
- Diagnóstico de carcinoma hepatocelular (CHC) ao exame de imagem (Lirads 4/5) BCLC C/D.



CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- ✓ Descrever quadro clínico completo e achados de exame físico.
- ✓ Exames endoscópicos, ressonância nuclear magnética, USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais (incluindo marcadores tumorais).
- ✓ Incluir relatórios médicos de demais especialidades, quando necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	-Sangramento tumoral, mesmo que sem anatomopatológico, (enterorragia, hematêmese ou melena) sem sinais de instabilidade hemodinâmica, paciente com quadro consumptivo importante ou icterícia.
AMARELO	- Pacientes com biópsia/AP confirmando neoplasia do TGI. - Pacientes operados candidatos a adjuvância. - Pacientes metastáticos em primeira linha. - Hepatocarcinoma - Pacientes com dilatação das vias biliares. - Lesões volumosas em retroperitônio com comprometimento de estruturas vasculares de grande calibre (aorta, veia cava). - Pacientes com indicação de radioterapia (adjuvante/paliativa)
VERDE	- Exame de imagem/EDA/colonoscopia sugestiva de neoplasia maligna do TGI. - Pacientes já tratados com indicação de tratamento de 2ª linha. - Adenoma com displasia de alto grau com margens comprometidas. - Pacientes já operados, mas que necessitam de avaliação quanto à ampliação de margens. - Paciente com doença localizada não passíveis de ressecção endoscópica ou (pólipos) ressecados em colonoscopia com margens comprometidas. - Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	- Acompanhamento pós-tratamento oncológico.



PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES GENITURINÁRIOS:

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- NEOPLASIA MALIGNA DE TESTÍCULO;
- NEOPLASIA MALIGNA DE TUMORES GERMINATIVOS EXTRA-GONADAIS;
- NEOPLASIA MALIGNA DE BEXIGA, URETER E PELVE RENAL;
- NEOPLASIA MALIGNA DE PÊNIS;
- NEOPLASIA MALIGNA DE PRÓSTATA;
- NEOPLASIA MALIGNA DE RIM;
- NEOPLASIA ADRENAL.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS OU OUTRAS ESPECIALIDADES:

- ✓ Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos devem ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde.
- ✓ Não encaminhar: pacientes com nódulo de suprarenal menores de 4 cm e com investigação laboratorial de incidentaloma de adrenal que tenha sido normal, portanto, não-funcionante (ENCAMINHAR PARA UROLOGIA somente após ter sido avaliado pela ENDOCRINOLOGIA)
- ✓ Cistos simples sintomáticos (Bosniak I e II) e angiomiolipoma devem ser encaminhados para UROLOGIA.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- ✓ Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna.
- ✓ Massa sólida ao exame de imagem sugestiva de neoplasia maligna.

OBS.: PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL ASSOCIADA A HIPERCALEMIA, PACIENTE COM RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA, COM SUSPEITA ONCOLÓGICA, DEVEM SER ENCAMINHADOS PARA EMERGÊNCIA.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever quadro clínico completo e alterações no exame físico.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

TRATO URINÁRIO



Resultado de exame de imagem (TC ou RM) com suspeita de neoplasia/tumor/lesão vegetante em bexiga, ureter ou pelve renal; resultado de endoscopia urinária (cistoscopia ou ureteroscopia) com descrição de neoplasia em bexiga, ureter ou pelve renal localizada ou localmente avançada (tanto tumores não músculo-invasivos quanto os músculo-invasivos).

RIM

Nódulo renal sólido suspeito para neoplasia maligna ou cisto renal complexo (que tenham no laudo de TC contrastada ou RM a descrição das categorias Bosniak III ou IV).

PRÓSTATA

Critérios de suspeita de câncer de próstata (indicação de biópsia):

Níveis elevados de PSA (geralmente acima de 4,0 ng/mL, especialmente se relação PSA livre/total < 15-20 % e/ou densidade de PSA > 0,15). Densidade de PSA = PSA dividido pelo peso da próstata.

Para pacientes mais jovens (com idade abaixo dos 55 anos) PSA acima de 2,5 ng/mL.

Presença de nódulo prostático detectado ao toque retal e/ou exame de imagem (PI-RADS 4 e 5 na RNM de próstata).

TESTÍCULO

Exame físico: presença de nódulo endurecido no testículo ou massa escrotal endurecida onde seria a topografia de um testículo.

Ultrassonografia de bolsa escrotal mostrando lesão sólida testicular com fluxo ao doppler (descrever laudo com data).

Exames laboratoriais: marcadores tumorais: LDH, alfafetoproteína e beta-HCG.

NÓDULO DE SUPRARRENAL / ADRENAL (INCIDENTALOMA):

Nódulo funcionante, independente do tamanho

Nódulo não funcionante > 4 cm

Nódulo com suspeita de malignidade: densidade > 20 UH na TC ou lesões pobres em gordura na RM, bordas irregulares, calcificação, heterogêneas, washout absoluto < 50%, invasão do rim ou adjacências.

Obs: evidências de funcionalidade da lesão: Síndrome de Cushing (estrias violáceas na pele, fácie típica, hirsutismo), hiperaldosteronismo (HAS), feocromocitoma (paroxismos de sudorese, palpitações e hipertensão arterial) e alterações laboratoriais (atividade plasmática de renina/aldosterona, ACTH, potássio, teste de supressão de cortisol, metanefrinas urinárias e plasmáticas).

PÊNIS



Descrição do exame físico: lesão crostosa, ulcerada, erodida, crônica, em glândula ou prepúcio.

Descrição do anatomopatológico se feito biópsia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO

- Presença de sangramento pela urina (hematúria) contínua, com descrição de coágulos ou obstrução urinária pela suspeita da neoplasia (impossibilidade de urinar ou uso de sonda para urinar).
- sangramento tumoral, mesmo que sem anatomopatológico, ativo no local do tumor ou metástase inguinal ulcerada e/ou sangrante.

AMARELO

- Pacientes metastáticos em tratamento de primeira linha.
- Pacientes candidatos à terapia neoadjuvante.
- Pacientes com indicação de radioterapia (adjuvante/paliativa)
- Pacientes com lesão suspeita em testículo identificada por exame de imagem com ou sem evidência de doença metastática em tomografia de tórax e abdome total.
- Pacientes com presença de lesão urotelial em trato urinário superior: ureter ou pelve renal em exame de imagem ou endoscopia.
- Pacientes com tumor de bexiga de alto grau (também descrito, como tumor grau 3 ou G3) em laudo de biópsia ou ressecção transuretral (RTU) ou presença de qualquer lesão > 3 cm ou presença de múltiplas lesões ou presença de ureterohidronefrose.
- Pacientes com lesão primária de pênis ainda não removida cirurgicamente, bem como pacientes operados do tumor primário, porém com aumento de linfonodos na região inguinal.
- Pacientes com confirmação de tumor de próstata de alto risco:
 - Grau de ISUP 4 ou 5 (equivalente à somatória do escore de Gleason igual a 8, 9 ou 10)
 - PSA acima de 20 ng/ml
 - Ressonância magnética evidenciando extensão extra-prostática do tumor de próstata ou invasão de vesículas seminais e outras estruturas adjacentes;



	<ul style="list-style-type: none">● Linfonodomegalia pélvica● Cistos renais Bosniak IV● Tumores renais > 7 cm
VERDE	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.- Pacientes com lesões vesicais < 3cm, única, ainda não-operadas.- Pacientes com lesão retirada integralmente, cujo laudo anatomopatológico evidenciou tumor sem invasão de lâmina própria e de baixo grau, e que não apresenta aumento de linfonodos no exame físico.- Pacientes com câncer de próstata grupo ISUP 2 ou 3 (equivalente à somatória do Gleason igual a 7) ou com PSA entre 10 e 20 ng/dL (risco intermediário).- Pacientes com câncer de próstata grupo ISUP 1 (Gleason 6) e PSA < 10 ng/dL (risco baixo).- Lesões renais sólidas/massas/tumores de até 7 cm.- Pacientes com nódulo de adrenal > 4 cm ou funcionante.- Cisto renal Bosniak III.- Pacientes com suspeita de câncer de próstata, sem biópsia.
AZUL	<ul style="list-style-type: none">- Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES GINECOLÓGICOS

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DE ÚTERO;
- NEOPLASIA MALIGNA DE ÚTERO E ENDOMÉTRIO;
- NEOPLASIA MALIGNA DE OVÁRIO, TROMPA E PERITÔNIO;
- NEOPLASIA MALIGNA DE VULVA E VAGINA.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS OU OUTRA ESPECIALIDADE:

- ✓ Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.
- ✓ Pacientes com diagnóstico de doença trofoblástica gestacional de alto e baixo risco devem ser inseridos na agenda de ginecologia- Mola Hidatiforme
- ✓ Pacientes com diagnóstico de NIC 1 e 2 devem ser inseridos na agenda da Ginecologia (não oncológica).

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- ✓ Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna ou forte suspeita de neoplasia maligna.



- ✓ Resultado de anatomopatológico confirmando lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo NIC3/CARCINOMA IN SITU).
- ✓ Não encaminhar para esta agenda pacientes com neoplasia in situ já tratada.
- ✓ OVÁRIO: Massa ovariana complexa (sólida ou mista) sugestiva de neoplasia maligna por exames de imagem. Excluir cistos ovarianos. Pacientes com exames de imagem axiais (USG, RNM e/ou TC de abdome total) mostrando lesão anexial com achados suspeitos para neoplasia primária anexial (ORADS \geq 4): lesões sólido-císticas, projeções papilares, ascite, implantes peritoneais, adenomegalia associada, etc.
- ✓ CORPO UTERINO/ENDOMÉTRIO: USG-TV com endométrio hipervascularizado, irregular, maior que 10mm, em paciente com sangramento vaginal anormal pós-menopausa, sem uso de terapia hormonal.
- ✓ VULVA: massas verrucosas, úlceras persistentes e indolores, NIV 2 e 3 no anatomopatológico, lesões de pele após exclusão de DST e infecções fúngicas.
- ✓ COLO UTERINO: lesão visível macroscópica ao exame especular e citologia cervical (preventivo) sugestiva de lesão invasiva ou displasia cervical grave (NIC 3).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever quadro clínico completo e alterações no exame físico.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	- sangramento tumoral, mesmo que sem anatomopatológico, anemia, fístulas vaginais, obstrução de via urinária, obstrução intestinal, sinais de trombose venosa profunda de MMII.
AMARELO	- Pacientes candidatos a terapia neoadjuvante. - Biopsia positiva para neoplasia maligna. - Paciente com suspeita de neoplasia com ascite, perda de peso e dor moderada. - Pacientes com extensas massas ovarianas com sintomas compressivos de estruturas adjacentes, CA 125 elevado. - Pacientes com lesões extensas, com ou sem linfonodos inguinais e pélvicos positivos. - Pacientes com indicação de radioterapia (adjuvante/paliativa).



VERDE	- Exame com forte suspeita de neoplasia maligna, lesões com pequeno volume e alta suspeita de neoplasia maligna de ovário, NIC 3. - Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES DE MAMA:

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Neoplasia maligna de mama.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- ✓ Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 ou 10 anos.
- ✓ Abscesso mamário procurar urgência hospitalar.
- ✓ BI-RADS abaixo ou igual a 4A devem ser avaliados por mastologia geral.

NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA – CID 10: C50, C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9, D05, D05.1, D05.7, D05.9

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna de mama, invasiva ou in situ.
- Mamografia categoria BI-RADS 4B, 4C e 5 e/ou USG de mamas BI-RADS 5 e/ou RNM de mamas BI-RADS IV.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- ✓ Descrever quadro clínico completo e achados de exame físico.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- ✓ Mamografia e USG com classificação BI-RADS
- ✓ Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e oncologia clínica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



VERMELHO	- Paciente com diagnóstico de câncer de mama com sangramento e/ou infecções.
AMARELO	- Pacientes com diagnóstico de câncer de mama por biópsia ou cirurgia - Pacientes candidatos à terapia neo e adjuvante, primeira e segunda linha - Pacientes metastáticos - Pacientes com indicação de radioterapia (adjuvante/paliativa)
VERDE	- Pacientes sem biópsia com mamografia e/ou USG de mamas e/ou RNM categoria BI-RADS 4B, 4C, 5 e 6. - Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES TORÁDICOS:

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- NEOPLASIA MALIGNA DOS BRÔNQUIOS E DO PULMÃO C34;
- NEOPLASIA MALIGNA TRAQUEIA C33;
- NEOPLASIA MALIGNA PLEURA C38, C78, C39,C45;
- NEOPLASIA MALIGNA MEDIASTINO C38,C37,C47;
- NEOPLASIA MALIGNA PAREDE TORÁCICA C41;
- NEOPLASIA SECUNDÁRIA NOS PULMÕES C78.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- ✓ Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 5 anos.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- ✓ Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, na região torácica.
- ✓ Massa sólida ao exame de imagem, única, maior que 1cm e não calcificada, com forte suspeição de neoplasia maligna. OBS: nestes casos, necessário descartar tuberculose por exames complementares.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever quadro clínico completo e achados de exame físico.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades.



PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	-Paciente com diagnóstico firmado por biópsia de doença maligna torácica com dispneia e sangramento.
AMARELO	-Paciente com diagnóstico firmado por biópsia de doença maligna torácica -Pacientes candidatos à terapia adjuvante - Pacientes com indicação de radioterapia (adjuvante/paliativa)
VERDE	-Massa sólida ao exame de imagem, com evidências clínicas e complementares de forte suspeição de neoplasia maligna. - Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES DE PELE:

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- MELANOMA MALIGNO DA PELE – CID-10: C43;
- MELANOMA IN SITU DA PELE - CID-10: D03;
- CARCINOMA IN SITU DA PELE - CID-10: D04;
- CARCINOMA BASOCELULAR (CBC), CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC) - CID 10: C44.

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- ✓ Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva em 10 anos para melanoma e 05 anos para CBC e CEC.

CONDIÇÕES QUE NÃO DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA ESTA AGENDA E QUE PODEM SER MANEJADAS PELA DERMATOLOGIA:

- ✓ CARCINOMA IN SITU DA PELE EXCISADO COM MARGENS LIVRES.
- ✓ CARCINOMA BASOCELULAR EXCISADO COM MARGENS LIVRES.
- ✓ CERATOSES SOLARES OU FOTODANO CRÔNICO (CID-10 L57).

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Resultado anatomopatológico confirmando melanoma;



- Pacientes com alta suspeição de melanoma ou outras neoplasias da pele, avaliados pela teledermatologia, com indicação para agenda de Oncologia.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- ✓ Descrever quadro clínico completo e achados de exame físico.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e laboratoriais.
- ✓ Teledermatologia.
- ✓ Incluir relatórios médicos de demais especialidades.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.
- ✓ Médicos da Teledermatologia.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	- Paciente com melanoma confirmado por biópsia de lesão
AMARELO	- Paciente com suspeita de melanoma avaliada pela teledermatologia - Pacientes com indicação de radioterapia (adjuvante/paliativa).
VERDE	- Paciente com câncer de pele não melanoma confirmado por biópsia e lesão não ressecada com indicação da teledermatologia para agenda oncológica - Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES SISTEMA NERVOSO CENTRAL

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- ✓ GLIOMAS E TUMORES MALIGNOS DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL CID C70, C71 E C72

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NA UBS:

- ✓ Pacientes já tratados e sem evidência de recidiva após 5 anos do diagnóstico.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- ✓ Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando glioma ou outros tumores malignos de sistema nervoso central.
- ✓ Lesão de SNC com forte suspeição de neoplasia maligna primária,

demonstrada por método de imagem.



- ✓ Neoplasia maligna da coluna vertebral.
- ✓ Imagem compatível com tumor de coluna vertebral invadindo o canal raquimedular ou tumor intra-espinal.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso; estado neurológico com ou sem déficit do estado geral.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TC, RNM, anatomopatológico e exames laboratoriais;
- ✓ Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

Sinais de hipertensão intracraniana ou tumoração com alteração em nível de consciência, novo déficit neurológico (diferente do diagnóstico) ou sinais de compressão medular devem ser encaminhados para emergência.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	
AMARELO	<ul style="list-style-type: none">- Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando glioma ou outros tumores malignos de sistema nervoso central.- Pacientes com indicação de radioterapia (adjuvante/paliativa).- Lesão de SNC com forte suspeição de neoplasia maligna primária, demonstrada por método de imagem.
VERDE	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	<ul style="list-style-type: none">- Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

PROTOCOLO DE ACESSO - ORTOPEDIA (AGENDA ESPECÍFICA):

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

NEOPLASIA PRIMÁRIA MALIGNA DOS OSSOS E DAS CARTILAGENS ARTICULARES DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES E DE LOCALIZAÇÕES NÃO ESPECIFICADAS.

CID-10: C41, C41.0, C 41.1, C41.2, C 41.3, C 41.4, C 41.8, C 41.9B



Obs: será aberta agenda específica, somente para as referências, conforme Termo de Compromisso de Alta Complexidade.

SITUAÇÕES QUE NÃO DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA O SERVIÇO DE ORTOPEDIA ONCOLÓGICA E DEVEM SER TRATADAS EM SUA ORIGEM:

- ✓ Fraturas patológicas secundárias a outras neoplasias que não sejam sarcomas, por exemplo, fratura patológica por metástase de câncer de próstata ou mama; **devem seguir com ortopedia e oncologia da origem.**
- ✓ Doenças ortopédicas benignas (por exemplo, artrose, lombalgia, osteocondromas, etc).
- ✓ Complicações ortopédicas após tratamentos oncológicos não realizados no serviço de referência.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- ✓ Lesões com suspeita de malignidade primária de ossos ou partes moles, em membros, em exame de imagem, sem diagnóstico anatomopatológico; deve constar suspeita de neoplasia maligna e não somente descrição do tamanho da lesão.
- ✓ Cirurgia de ressecção de neoplasias malignas primárias de ossos ou partes moles, já comprovadas com diagnóstico anatomopatológico;
- ✓ Lesões primárias de osso e de partes moles em membros, que necessitem de tratamento ortopédico especializado.
- ✓ Fraturas patológicas de tumores que não sarcoma.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- ✓ Descrever quadro clínico completo e alterações no exame físico.
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame), tais como anatomopatológico, exames de imagem e exames laboratoriais.
- ✓ Incluir relatórios médicos de demais especialidades.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ Médicos da Atenção Primária e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



VERMELHO	- Pacientes com diagnóstico confirmado, e sintomas graves relacionados: dor de difícil controle e risco de fraturas.
AMARELO	- Cirurgia de ressecção de neoplasias malignas primárias de ossos ou partes moles, já comprovadas com diagnóstico anatomopatológico. - Pacientes com indicação de radioterapia (adjuvante/paliativa). - Lesões com suspeita de malignidade primária de ossos, coluna vertebral ou partes moles, em membros, em exame de imagem, sem diagnóstico anatomopatológico.
VERDE	- Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	- Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

PROTOCOLO DE ACESSO - RADIOTERAPIA

Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:

- Qualquer neoplasia em pacientes pediátricos que necessitam realizar Radioterapia, conforme o serviço de referência da região;
- Tumores de pele como carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma maligno e carcinoma de células de Merkel que necessitam realizar Radioterapia com Feixe de Elétrons;
- Tumores de nasofaringe e tumores recidivados de cabeça e pescoço que têm benefício em realizar Radioterapia com Intensidade Modulada (IMRT).
- Todos os tumores malignos, confirmados por anatomopatológico, que tenham indicação de tratamento adjuvante com radioterapia, de acordo com a referência.

Obs: será aberta agenda específica, somente para as referências, conforme Termo de Compromisso de Alta Complexidade.

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO



- Todos os tumores malignos, confirmados por anatomopatológico e/ou imunofenotipagem (neoplasias oncohematológicas), que tenham indicação de tratamento adjuvante com radioterapia, de acordo com a referência.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Idade;
- Tempo de evolução, medicações em uso;
- Relatório cirúrgico e quimioterápico, quando tiver feito esses tratamentos;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, RNM, TC, anátomo-patológico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Rádio-Oncologista, Oncologista Clínico, Cirurgião Oncológico e Cirurgião de Cabeça e Pescoço.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	- Radioterapia paliativa para controle da dor
AMARELO	- Radioterapia adjuvante ou profilática para neoplasias malignas confirmadas com anatomopatológico e/ou imunofenotipagem (neoplasias oncohematológicas), recidivas tumorais.
VERDE	- Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	- Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

PROTOCOLO DE ACESSO - BRAQUITERAPIA (AGENDA ESPECÍFICA):



CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Câncer de colo uterino, endométrio, vagina, vulva, próstata, olho, pele, partes moles comprovados com anatomopatológico/biópsia e para profilaxia de queiloide.

Obs: será aberta agenda específica, somente para as referências, conforme Termo de Compromisso de Alta Complexidade.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Idade;
- Tempo de evolução, medicações em uso;
- Relatório cirúrgico e quimioterápico, quando tiver feito esses tratamentos;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico;
- Relatório do tratamento radioterápico (Teleterapia) iniciado em outro serviço de Radioterapia, quando tiver feito esse tratamento.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Radio-Oncologista, Oncologista Clínico e Cirurgião Oncológico.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	
AMARELO	Câncer de colo uterino, endométrio, vagina, vulva, próstata, olho, pele, partes moles comprovados com anatomopatológico/biópsia.
VERDE	- Pacientes em cuidados paliativos exclusivos. - Profilaxia de queiloide.
AZUL	Acompanhamento pós-tratamento oncológico.



PROTOCOLO DE ACESSO - RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (AGENDA ESPECÍFICA):

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Metástases cerebrais, gliomas, adenoma pituitário, neurinoma do acústico, má-formação arteriovenosa e meningiomas que necessitam realizar Radiocirurgia Estereotáxica comprovados com anatomopatológico/biópsia ou exames de imagem.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- Idade;
- Tempo de evolução, medicações em uso;
- Relatório cirúrgico e quimioterápico, quando tiver feito esses tratamentos;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RNM de crânio, TC de crânio, anátomo-patológico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Rádio-Oncologista, Neurocirurgião, Oncologista Clínico, Cirurgião Oncológico.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	Metástases cerebrais, gliomas, adenoma pituitário e meningiomas.
AMARELO	Neurinoma do Acústico e Má-Formação Arteriovenosa.
VERDE	Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	Acompanhamento pós-tratamento oncológico.



**PROTOCOLO DE ACESSO NEOPLASIAS ONCO HEMATOLÓGICAS
(AGENDA ESPECÍFICA):**

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- ✓ Pacientes maiores de 15 anos com doenças/motivos/achados laboratoriais descritos abaixo comprovados/evidenciados através dos seguintes exames complementares:
- ✓ Laudo anatomopatológico e/ou Imunohistoquímica e/ou Mielograma e/ou Imunofenotipagem e/ou Cariótipo de medula óssea ou sangue periférico e/ou Hemograma com leucocitose absoluta > 50.000 células em pelo menos dois hemograma.

Doenças para encaminhamento:

- ✓ Trombocitemia essencial (TE);
- ✓ Policitemia Vera (PV);
- ✓ Leucemia Mielóide Crônica (LMC);
- ✓ Mielofibrose primária e secundárias (MF);
- ✓ Neoplasias Mieloproliferativas crônicas não classificadas, Ph+ (Philadelphia negativo);
- ✓ Leucemia Neutrófila crônica (LNC);
- ✓ Leucemia eosinofílica crônica (LEC);
- ✓ Doença/Linfoma de Hodgkin (LH);
- ✓ Mieloma Múltiplo (MM);
- ✓ Plasmocitoma;
- ✓ Amiloidose AL com biópsia de Medula óssea evidenciando infiltração por plasmócitos monoclonais > 10%. (somente este subtipo de amiloidose);
- ✓ Síndrome Mielodisplásicas ou Displásticas ou Mielodisplásia (SMD);
- ✓ Leucemia linfóide/linfocítica Crônica ou Linfoma Linfocítico (LLC);
- ✓ Linfomas Não-Hodgkin (LNH);
- ✓ Linfoma do Manto ou Zona do Manto ou Células do Manto;
- ✓ Macroglobulinemia de Waldenstrom ou Linfoma Linfoplasmocítico;
- ✓ Tricoleucemia ou Leucemia de Células Cabeludas ou Leucemia “Hairy Cell Leukemia”;



- ✓ Micoose fungóide ou Síndrome de Sézary ou Linfomas Cutâneos T
- ✓ Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais;
- ✓ Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia.

Doenças e/ou motivos e/ou achados laboratoriais que NÃO DEVEM SER ENCAMINHADOS para oncohematologia :

- Leucopenia;
- Leucocitose <50.000 células;
- Anemia;
- Plaquetopenia/trombocitopenia;
- Plaquetose;
- Distúrbios de coagulação;
- Tromboses;
- Trombofilias;
- Talassemias;
- Anemia falciforme;
- Aplasia de Medula óssea;
- Hemofilias;
- Hiperferritinemia/hemocromatose hereditária;
- Amiloidoses secundárias.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- **Pacientes com o diagnóstico de leucemia aguda (mielóide ou linfoide), linfoma de Burkitt devem ser encaminhados imediatamente ao serviço de Hematologia Hospitalar por se tratar de URGÊNCIA ONCOLÓGICA.**
- **Pacientes com linfoma/mieloma causando síndrome de veia cava, compressão medular, insuficiência renal aguda e insuficiência respiratória aguda devem ser encaminhados imediatamente ao serviço de Hematologia Hospitalar por se tratar de URGÊNCIA ONCOLÓGICA;**



Há diversas causas para linfonodomegalias e, portanto, as características clínicas e o exame físico são fundamentais para orientar a investigação inicial. Entre as principais causas estão infecções, neoplasias e doenças autoimunes. Na avaliação clínica, deve-se atentar para:

- Tempo de evolução dos sintomas;
- Características do linfonodo: tamanho, consistência, mobilidade e cadeias acometidas;
- Se localizada (apenas uma cadeia acometida) ou generalizada (duas ou mais cadeias não contíguas acometidas);
- Presença de sintomas B: perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre;
- Presença de outros sintomas sugestivos de infecção local ou sistêmica, como por exemplo: faringite, infecção de vias aéreas superiores, ulceração cutânea;
- Exame físico com evidência de esplenomegalia;
- Exposição de risco para HIV, sífilis, hepatites;
- História de neoplasia prévia, outros sinais e sintomas que sugiram neoplasia atual ou fatores de riscos para neoplasia, como por exemplo: tabagismo, etilismo;
- História epidemiológica local e histórico de viagens que possuam exposições de risco para infecções, como por exemplo: áreas endêmicas para doenças como leishmaniose, histórico de arranhadura de gato;
- História de imunização recente contra COVID-19 ou com outro imunizante como dT, dTpa, BCG, tríplice viral ou raiva.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	
AMARELO	- Leucemia Mielóide crônica, Doença/Linfoma de Hodgkin, mieloma múltiplo, plasmocitoma, linfomas não-Hodgkin, linfomas do Manto ou Zona do manto ou Células do manto.



VERDE	<ul style="list-style-type: none">- Trombocitemia essencial, policitemia vera, mielofibrose primária ou secundária, neoplasias mieloproliferativas crônicas não-classificadas, leucemia neutrofílica crônica, leucemia eosinofílica crônica, amiloidose AL com biópsia de medula óssea evidenciando infiltração por plasmócitos monoclonais > 10%, síndrome mielodisplásicas ou displásticas ou mielodisplasias, leucemia linfoide/linfocítica crônica ou linfoma linfocítico, macroglobulinemia de waldenström ou linfoma linfoplasmocítico, tricoleucemia ou leucemia de células cabeludas (Hairy cell), micose fungóide ou síndrome de Sézary ou linfomas cutâneos T.- Pacientes em cuidados paliativos exclusivos.
AZUL	Acompanhamento pós-tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS:

Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em oncologia - Ministério da Saúde:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf

Protocolos e diretrizes terapêuticas em oncologia - Oncoguia:

<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamento-sus/8051/50>

/ Protocolos de acesso ambulatorial - Consultas especializadas:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf

Protocolos de acesso Telessaúde RS:

https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/protocolos_resumos/protocolo_oncologia_adulto.pdf

Guidelines da Sociedade Europeia de Urologia

<https://uroweb.org/guidelines>

PORTARIA SAES/MS Nº 1399, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2019:



<https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-saes-ms-1399-17-dezembro-2019>

Manual de Bases Técnicas em Oncologia, 30ª edição, 2022. Ministério da Saúde:

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/manual-de-bases-tecnicas-da-oncologia>

[a](#)

[-sia-sus](#)

COLABORADORES:

- Dr. Luiz Guilherme Olbertz CRM 32876, Médico Oncologista Clínico, Hospital São Braz.
- Dr. Marcos Cesar Sussenbach CRM 10516, Médico Oncologista Cirúrgico e Diretor Clínico, Hospital São Braz.
- Dr. Gustavo Roncone Gastal - CRM 20181 - Médico Oncologista, Hospital Santo Antônio.
- Dr. Alysso Rafael Fabris - CRM 10583 - Médico Hematologista, Hospital Santo Antônio.
- Dr. Francisco Van de Sande Lee - CRM 15542 - Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Hospital Santo Antônio.
- Dr. Alberto Ramos Gomes - CRM 15348 - Médico Onco Ortopedista, Hospital Santo Antônio.
- Dra. Vanessa Silveira - CRM 18986 - Médica Radioncologista, Hospital Santo Antônio.
- Dra. Eliete Leticia Peretiatko - COREN 354659 - Enfermeira Oncologista, Hospital Santo Antônio.
- Dra. Mary Anne G. de Freitas Taves - Gerente Técnica - CEPON - CRM/SC 4383 - RQE 3564.
- Nicole Cordeiro Costa - Coordenadora Administrativa do Hospital – CEPON.
- Dr. Ruggero Caron, CRM/SC 9155, Médico Oncologista, Coordenador do serviço de Oncologia Clínica, Hospital Santa Terezinha- HUST;
- Dr. Roger Polo, CRM/SC 19367, Cirurgião Oncológico, ex Diretor Técnico, Hospital Santa Terezinha- HUST.
- Dra. Marcele Gnata Vier, Médica Reguladora e Oncologista GERAM/SES, CRM-SC 18577, RQE 10659 e 10385.
- Dr. Rodrigo Lolli Almeida Salles, Médico Regulador e Urologista GERAM/SES - CRM-SC 33.584, RQE 22769 e 22771.
- Dr. Charles Kondageski, Médico Regulador e Neurocirurgião Pediátrico, GERAM/SES, CRM-SC 17000, RQE 8847.
- Dra. Ariadna Belinda Saavedra Ibacache – Médica Reguladora e Ginecologista - GERAM/SES – CRM/SC 13595, RQE 6601.
- Dra. Telma Erotides da Silva - Médica Reguladora, Gastroenterologista e Hepatologista GERAM/SES - CRM/SC 8.316, RQE 8802.
- Dr. Paulo de Tarso Freitas - Médico Regulador e Endocrinologista - GERAM/SES CRM/SC 7564, RQE 3776.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

- Dr. Juliano Augusto Manozzo - Coordenador Médico e Ortopedista -
GERAM/SES- CRM/SC 7628, RQE 4678.
- Clemilson Augusto de Souza – GERAM/SES
- Talita Cristine Rosinski - Superintendente de
Serviços Especializados e Regulação- SUR/SES