



Protocolo de Acesso às

Ofertas de Cuidados Integrados

na Atenção Especializada em

Oncologia



Protocolo de Acesso às

Ofertas de Cuidados Integrados

na Atenção Especializada em

Oncologia

2024 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsm.sau.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 9º andar

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Site: www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes

Tel.: (61) 3315-2626

Créditos:

MS: Nísia Trindade Lima

SAES/MS: Adriano Massuda

CGCAN/SAES/MS: José Barreto Campello Carvalheira

DAET/SAES/MS: Aristides Vitorino de Oliveira Neto

DRAC/SAES/MS: Carlos Amilcar Salgado

INCA/SAE/MS: Roberto de Almeida Gil

Conteúdo:

Renata Oliveira Maciel dos Santos

Maria Beatriz Kneipp Dias

Flávia de Miranda Corrêa

Gabriela Moreno Zilio Castellace

Luciano Mesentier da Costa

Roberto de Almeida Gil

Raísa Nunes dos Santos Garcia

Elizabeth Alves de Jesus

Liliane Cristina Rodrigues Augusto

Larissa Arruda Barbosa

Gilmara Lúcia dos Santos

Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Patrícia Freire

Gilberto Sacarazatti

José Barreto Campello Carvalheira

Claudia Maria de Jesus Oliveira

Cristiano Guedes Duque

Ana Paula da Cruz Caramaschi

Revisão:

Thais Alessa Leite

Débora Spalding Verdi

Projeto gráfico e diagramação:

Bruno de Melo Vianna

Apresentação

Este documento tem por objetivo orientar o acesso aos conjuntos de oferta de cuidados integrados, considerando a Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024 (BRASIL, 2024a), estabeleceu o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único De Saúde (SUS); a Portaria SAES/MS Nº 1.640, de 7 de maio de 2024 (BRASIL, 2024b), dispôs sobre a operacionalização do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no Âmbito Do Sistema Único De Saúde (SUS), e Portaria SAES/MS Nº 1.824, de 11 de junho de 2024 (BRASIL, 2024c), incluiu, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais no Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, Ofertas de Cuidados Integrado (OCI) em Oncologia.

Os protocolos de acesso subsidiarão a organização e condutas dos Núcleos de Gestão e Regulação, que consistem em instâncias regionais responsáveis pela implementação de dispositivos de regulação, compartilhamento de informações entre serviços de saúde, gestão das filas e matriciamento, dentre outras atribuições. Também orientarão profissionais da assistência, somados a outros protocolos de cuidado, para escolha do fluxo de cuidado mais adequado para cada situação.

Sumário

Apresentação _____ 4

Introdução _____ 6

Câncer de mama _____ 9

Câncer do colo do útero _____ 11

Câncer colorretal _____ 14

Câncer de próstata _____ 15

Câncer gástrico _____ 16

Referências _____ 17

Introdução

O Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE, também chamado de Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada é uma estratégia da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde - PNAES e tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado e o acesso à Atenção Especializada em Saúde - AES. O objetivo é promover o acesso aos exames de investigação e confirmação diagnóstica e às consultas de especialistas o mais célere possível, a partir do encaminhamento realizado pela Equipe de Saúde da Família - ESF.

O direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados, deve ser assegurado para toda a população, incluindo atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento. Este acesso deverá ocorrer, preferencialmente, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, de forma que a Atenção Especializada apoie-a por meio de um sistema de cuidados integrais, atuando de modo articulado e integrado, viabilizando o cuidado à população de forma resolutiva. Dessa forma, os serviços ofertados devem articular-se numa perspectiva integrada, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A Oferta de Cuidado Integrado - OCI, pode ser compreendida como um conjunto de procedimentos e tecnologias de cuidado necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, de diagnóstico ou de tratamento, conforme disposto na Portaria SAES/MS nº 1.821, de 11 de junho de 2024 (BRASIL, 2024d). Trata-se, portanto, de uma estratégia oportuna para viabilização do cuidado em saúde articulado em rede, contribuindo com a regulação do acesso e a continuidade do cuidado e com o fortalecimento e apoio à APS.

Conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada do SUS e o centro de comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e seu papel como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados nas Redes. Logo, reforçam-se as ações individuais, familiares e coletivas realizadas pelas ESF e pelas equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) e que envolvem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde e possuem papel central e estratégico em todos os pontos da linha do cuidado e da oferta de cuidados em oncologia. Posto isto, fomenta-se a organização e a descrição dos fluxos de referência e contrarreferência para os demais pontos de atenção da Rede, de modo a facilitar a navegação do usuário e proporcionar o cuidado em oncologia em tempo oportuno. Reforça-se a recomendação da inclusão da população assistida pelo Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) e articulação com os Dsei para a elaboração dos fluxos assistenciais para a população indígena.

A detecção precoce do câncer constitui-se de duas estratégias. A primeira refere-se ao rastreamento, cujo objetivo é encontrar o câncer pré-clínico ou as lesões pré-cancerígenas, por meio de exames em uma população-alvo assintomática. A segunda, corresponde ao diagnóstico precoce, que visa identificar o câncer em estágio inicial em pessoas que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021). Ambas são sensíveis às ações realizadas na APS, logo, os profissionais desse nível de atenção devem estar qualificados para seguir as diretrizes técnicas quanto aos métodos de rastreamento, a sua periodicidade e a população-alvo recomendados.

Portanto, é na APS que se realiza o rastreamento e as primeiras ações de diagnóstico precoce dos cânceres, com a investigação dos sinais e sintomas suspeitos e encaminhamento para a oferta de cuidados integrados, conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 1 – Conjuntos de OCIs

Tipo de Câncer	Nome conjunto	Descrição
Câncer de mama	OCI 1 - Avaliação diagnóstica inicial de câncer de mama	Conjunto de procedimentos para avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
	OCI 2 - Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de mama	Conjunto de procedimentos para a investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
Câncer de próstata	OCI 1 - Avaliação diagnóstica inicial de câncer de próstata	Conjunto de procedimentos para atender casos suspeitos que necessitam de avaliação clínica especializada, laboratorial e de imagem
	OCI 2 - Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de próstata	Conjunto de procedimentos para a investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
Câncer do colo do útero	OCI 1 - Investigação diagnóstica de câncer de colo do útero	Conjunto de procedimentos para avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
	OCI 2 - Avaliação diagnóstica e terapêutica de câncer de colo do útero	Conjunto de procedimentos para a investigação diagnóstica e tratamento da lesão precursora
Câncer gástrico	OCI 1 - Avaliação diagnóstica de câncer gástrico	Conjunto de procedimentos para atender casos suspeitos que necessitam de avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
Câncer colorretal	OCI 1 - Avaliação diagnóstica de câncer colorretal	Conjunto de procedimentos para atender casos suspeitos que necessitam de avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica

Fonte: Adaptado de Portaria SAES/MS Nº 1.824, de 11 de junho de 2024.

Câncer de mama

No Brasil, o câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente em mulheres de todas as regiões, após o câncer de pele não melanoma. As taxas são mais elevadas nas regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) e a menor é observada na região Norte (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022). Também é a primeira causa de morte por câncer em mulheres no país (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2024).

As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o rastreamento e o diagnóstico precoce. Atualmente, a mamografia é considerada o exame padrão para o rastreamento em mulheres, homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer, que mantêm as suas mamas, de 50 a 69 anos, a cada dois anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

A partir do resultado da mamografia de rastreamento, a conduta de encaminhamento deve considerar a recomendação do quadro abaixo:

Quadro 2 – Recomendações nacionais de conduta para os achados mamográficos, de acordo com a classificação BI-RADS® do Colégio Americano de Radiologia

Categoria BI-RADS	Achados mamográficos	Conduta
1. Negativo	Sem achados	Rotina do rastreamento
2. Benigno	Achados benignos	Rotina do rastreamento
3. Provavelmente benigno	Achados provavelmente benignos	Controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano, anual nos segundo e terceiro anos) Confirmando estabilidade da lesão, volta à rotina Eventualmente, biópsia
4. Suspeito (baixa, média e alta suspeição)	Achados suspeitos de malignidade	Biópsia e estudo histológico
5. Alta suspeição	Achados altamente suspeitos de malignidade	Biópsia e estudo histológico
6. Achados já com diagnóstico de câncer	Diagnóstico de câncer comprovado histologicamente	Seguir tratamento conforme o caso
0. Indefinido	Necessidade de avaliação adicional (outras incidências mamográficas, ultrassonografia, etc.)	Realizar a avaliação necessária e reclassificar conforme categorias anteriores

Fonte: Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Para o diagnóstico precoce, as diretrizes nacionais apresentam três recomendações, baseadas nos pilares de população informada, profissional capacitado e acesso ao serviço de saúde, assim descritas: 'Estratégia de conscientização'; 'Identificação de sinais e sintomas suspeitos' e 'confirmação diagnóstica em um único serviço', respectivamente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

OCI 1 - Avaliação diagnóstica inicial de câncer de mama

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: Consulta com especialista, Mamografia diagnóstica, US mama, Consulta com o especialista, direta ou por teleconsulta, emissão de laudo e encaminhamento.

Critérios de encaminhamento:

Pessoas com sinais/sintomas suspeitos:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral;
- Presença de linfadenopatia axilar;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração na pele da mama;
- Mudança no formato do mamilo.

OCI 2 - Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de mama

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, punção mamária com agulha fina, citopatológico de mama, punção mamária com agulha grossa, biópsia/exérese de nódulo de mama, anatomopatológico, consulta ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

- Progressão da avaliação do Conjunto 1 (OCI 1- Mama)
- Mamografia alterada (em pessoas sintomáticas ou assintomáticas) com resultado: BI-RADS 4 ou 5.

Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero - CCU é o quarto câncer mais comum e é a quarta causa de mortes em mulheres no mundo. Sua incidência e mortalidade estão relacionadas a desigualdades territoriais aos acessos a vacinas, rastreamento e tratamentos oportunos. A infecção pelo Papilomavírus Humano - HPV é a principal causa do CCU. Cerca de 99% dos casos de câncer cervical estão associados à infecção pelo HPV, especialmente pelos tipos 16 e 18, que são responsáveis por cerca de 70% dos casos (OMS, 2023). No Brasil, as estimativas indicam que cerca de 17 mil mulheres sejam diagnosticadas com câncer de colo de útero todos os anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

No entanto, o CCU apresenta alto potencial para o desenvolvimento de ações de controle por meio da prevenção primária, pela vacinação e detecção precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

O principal método para a detecção precoce do câncer do colo do útero é o rastreamento, pois possibilita identificar lesões precursoras que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo sua progressão para o câncer.

Considerando a [Portaria SECTICS/MS nº 3, de 07 de março de 2024](#), que incorpora os testes moleculares para detecção de HPV oncogênico (DNA-HPV), no Sistema Único de Saúde, as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento do câncer do colo do útero estão sendo atualizadas para incluir a recomendação da testagem molecular para detecção do vírus HPV e rastreamento primário do câncer do colo do útero (BRASIL, 2024e).

Até a publicação das novas diretrizes, o rastreamento do câncer do colo do útero deve ser realizado com o exame citopatológico (exame de Papanicolau), para as mulheres e pessoas com útero na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos sem alteração.

O quadro abaixo apresenta as recomendações de conduta, a partir do resultado do exame citopatológico:

Quadro 3 – Resultados citopatológicos e condutas clínicas para o rastreamento do câncer do colo do útero

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos
		25 - 29 anos	Repetir citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir citologia em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma in situ (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

OCI 1 - Avaliação diagnóstica de câncer de colo do útero

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, colposcopia, biópsia do colo uterino, anatomopatológico, consulta ou teleconsulta de retorno

Critérios de encaminhamento:

1. Mulheres e pessoas com útero com os seguintes resultados de exames citopatológicos do colo uterino:
 - a. Carcinomas, adenocarcinomas e outras neoplasias.
 - b. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL);
 - c. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), não podendo afastar microinvasão;

- d. Atipias escamosas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H);
 - e. Atipias glandulares de significado indeterminado (AGC);
 - f. Atipias de origem indefinida;
 - g. Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e atipias escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) persistentes (2 resultados com intervalos de 6 meses ou 1 ano).
2. Pessoas com anormalidades ao exame ginecológico (especular ou toque vaginal) que sugiram clinicamente câncer e/ou impeçam a coleta do exame citopatológico do colo uterino.

OCI 2 - Avaliação diagnóstica e terapêutica de câncer de colo do útero

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, colposcopia, anatomopatológico, excisão tipo 1 e tipo 2 do colo uterino, consulta de retorno com colposcopia.

Critérios de encaminhamento:

1. Progressão da avaliação do Conjunto 1 (OCI 1 - colo do útero)- Casos com resultado anatomopatológico de NIC II ou III após biópsia).
2. Recomendação “Ver e tratar”:

A prática “Ver e Tratar” se refere ao tratamento ambulatorial que pode ser feito na primeira consulta, sem a realização da biópsia. Isso reduz o tempo entre a captação e o tratamento, podendo garantir menos perdas no seguimento. Esse método foi considerado viável e com boa aceitabilidade, quando comparado à conduta com biópsia prévia, conforme as Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

Encaminhamento para a recomendação “Ver e Tratar”, considerando o resultado da colposcopia, a partir dos seguintes resultados do exame citopatológico:

- a. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL);
- b. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), não podendo afastar microinvasão;
- c. Atipias escamosas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H);

Câncer colorretal

Os cânceres de cólon e reto, ou câncer colorretal, como também pode ser denominado, abrangem os tumores que acometem o intestino grosso (o cólon) e o reto, sendo que cerca de 50% se localizam no reto e sigmóide e 30% no ceco. Consistem no segundo tipo mais incidente de câncer em homens e mulheres, excluído o câncer de pele não melanoma (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022). Segundo dados dos registros de câncer de base populacional, 80% dos casos diagnosticados no Brasil estão concentrados na população acima dos 50 anos de idade.

A história natural da doença possibilita a sua detecção precoce, uma vez que a maioria dos casos evolui a partir de lesões benignas, os pólipos adenomatosos. A progressão do pólipo para o câncer pode levar mais de 15 anos, portanto, trata-se de um câncer prevenível, tratável e frequentemente curável quando localizado no intestino (sem extensão para outros órgãos) por ocasião do diagnóstico. Portanto, atualmente a recomendação para a detecção precoce do câncer colorretal é o diagnóstico precoce, com investigação célere de sinais e sintomas sugestivos desse câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021).

OCI 1 - Avaliação diagnóstica de câncer colorretal

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, colonoscopia, anatomopatológico e consulta ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

Pessoas com sinais/sintomas suspeitos:

- Massa abdominal
- Mudanças no hábito intestinal
- Perda de peso inexplicada e dor abdominal
- Sangramento retal com dor abdominal ou perda de peso
- Sangramento retal após os 50 anos
- Teste de sangue oculto nas fezes positivo
- Presença de sangue nas fezes
- Fezes afiladas
- Dores ao evacuar
- Diarreia ou constipação que não passam

Câncer de próstata

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais incidente na população masculina em todas as regiões do país, atrás apenas dos tumores de pele não melanoma. Atualmente, é a segunda causa de óbito por câncer na população masculina (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022). A idade é o principal fator de risco para o câncer de próstata, sendo mais incidente em homens a partir da sexta década de vida, bem como, histórico familiar de câncer de próstata antes dos 60 anos e obesidade para tipos histológicos avançados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021).

Considerando as principais evidências científicas atuais, a recomendação para o câncer de próstata é o diagnóstico precoce, conforme a NOTA TÉCNICA Nº 9/2023 https://clicktime.symantec.com/15tpP36bPubqKmAf6uRnh?h=EsYzkGMUpQldqKv1EzprSgHUFT_PISsH63u6PHIOYoc=&u=http://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/nota-tecnica-recomendacao-pelo-nao-rastreamento-populacional-do-cancer-de (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023), que destaca a necessidade de investigação célere das queixas urinárias, como demora em iniciar ou finalizar o jato urinário; diminuição do jato urinário, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou a noite e presença de sangue na urina.

OCI 1 - Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de próstata

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, ultrassonografia de próstata, biópsia de próstata via transretal, anatomopatológico, consulta ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

- 1 - PSA total > 4,0ng/ml e/ou toque retal anormal
- 2 - Forte suspeita clínica de câncer de próstata, após investigação do diagnóstico diferencial

Câncer gástrico

O câncer de estômago ocupa a quinta posição entre os tipos de câncer mais frequentes. As taxas de incidência mais elevadas são observadas na Região Sul, para ambos os sexos, sem considerar os tumores de pele não melanoma (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022). Segundo dados dos registros de câncer de base populacional, 80% dos casos diagnosticados no Brasil estão concentrados na população acima dos 50 anos de idade.

A bactéria *Helicobacter pylori* é a causa necessária, mas não suficiente do câncer de estômago. Os fatores de risco estão associados a características genéticas e hereditária, como anemia perniciosa e lesões pré-cancerosas, características das cepas de *Helicobacter pylori*, condições associadas ao comportamento, como excesso de peso e obesidade, consumo de alimentos preservados no sal, alimentação com baixa ingestão de frutas, vegetais e fibra integral, consumo de álcool e tabaco e ocupacionais, como trabalho na produção da borracha e exposição a radiações, por exemplo raios-X e gama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

O diagnóstico precoce é a estratégia de controle desse câncer, por meio da investigação de sinais e sintomas sugestivos.

OCI 1 - Avaliação diagnóstica de câncer gástrico

Neste conjunto estão contemplados para avaliação especializada e apoio diagnóstico os seguintes procedimentos: consulta médica especializada, esofagogastroduodenoscopia, anatomopatológico, consulta ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamentos

Pessoas com sinais/sintomas sugestivos:

1. Massa abdominal palpável
2. Perda de peso inexplicada maior ou igual a 10%, em indivíduos com mais de 55 anos, com um ou mais dos seguintes sinais/sintomas:
 - a. dor em abdome superior
 - b. dispepsia
 - c. hematêmese
 - d. melena

e. azia (de início recente/por mais de duas semanas)

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 3.492, de 8 de abril de 2024. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 abr. 2024a. Seção 1. p. 98-99. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/04/2024&jornal=515&pagina=98&totalArquivos=240>. Acesso em: 09/07/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº. 1.640, de 7 de maio de 2024. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 mai. 2024b. Seção 1. p. 112-113. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=112&data=08/05/2024>. Acesso em: 09/07/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº. 1.824, de 11 de junho de 2024. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jun. 2024c. Seção 1. Edição Extra p. 13-18. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=600&pagina=13&data=12/06/2024>. Acesso em: 09/07/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº. 1.821, de 11 de junho de 2024. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jun. 2024d. Seção 1. Edição Extra p. 2. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=12/06/2024&jornal=600&pagina=2>. Acesso em: 09/07/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria nº. 3, de 7 de março de 2024. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 mar. 2024e. Seção 1. p. 73. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2024/porta->

[ria-sectics-ms-no-3-de-7-de-marco-de-2024](#). Acesso em: 09/07/2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Diretrizes de detecção precoce de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 09/07/2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Diretrizes de rastreamento câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 09/07/2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf. Acesso em: 09/07/2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 09/07/2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Atlas on-line de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb>. Acesso em: 09/07/2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 9/2023. Recomendação pelo não rastreamento populacional do câncer de próstata, out. 2023. Disponível em: https://clicktime.symantec.com/15tpP36bPubqKmAf6uRnh?h=EsYzkG-MUpQldqKv1EzprSgHUFT_PISsH63u6PHIOYoc=&u=http://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/nota-tecnica-recomendacao-pelo-nao-rastreamento-populacional-do-cancer-de Acesso em: 09/07/2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório de Recomendação Nº 878. Testagem Molecular para Detecção

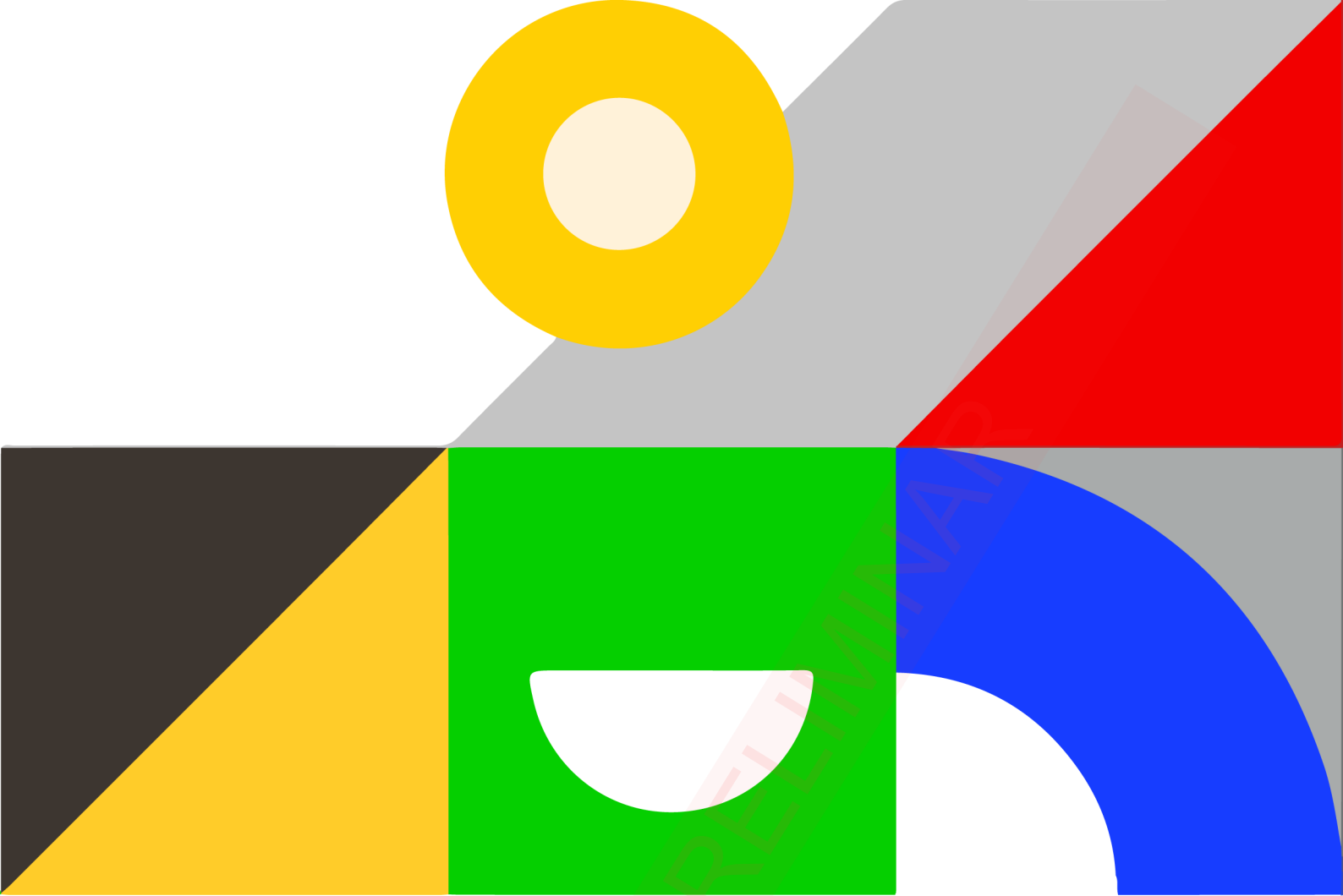
de HPV e rastreamento do câncer do colo do útero. Brasília, fev. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/testagem-molecular-para-de-teccao-de-hpv-e-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso em: 09/07/2024.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral. Protocolo de Regulação Ambulatorial - Oncologia. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_SerieEspecialidades_Oncologia_PDFDigital_20240129_\(1\).pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_SerieEspecialidades_Oncologia_PDFDigital_20240129_(1).pdf). Acesso em: 09/07/2024.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 53, de 21 de maio de 2021. Protocolo estadual de alta suspeição em Oncologia e diretrizes para a pactuação de protocolo regional de acesso à rede de alta complexidade em oncologia, no estado de São Paulo. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2021/05/E_DL-CIB-53_210521.pdf. Acesso em 09/07/2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Executive Board. Accelerating cervical cancer elimination - Report by the Director-General. Geneva: WHO. 30 nov. 2018. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_28-en.pdf. Acesso em: 09/07/2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO. 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf>. Acesso em: 09/07/2024.



VERSÃO PRELIMINAR



MINISTÉRIO DA SAÚDE

