

# PROTOCOLOS

# DE ACESSO VOLUME II



Protocolo Clínico de Regulação de Acesso para  
Tratamento de Alta Complexidade em Oncologia



**PREFEITURA DE**  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

## PROTOSCOLOS DE ACESSO

Protocolo Clínico de Regulação de Acesso para Tratamento de Alta Complexidade  
em Oncologia – versão 2015 revisada

VOLUME II

São Paulo - SP  
2019

2019 Secretaria Municipal da Saúde.

®Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

## **Elaboração**

**Luis Fernando Pracchia** – Área Técnica de Oncologia – SMS/SP

### **Grupo Condutor Municipal da RAS ONCO do MSP – SMS/SP**

1) Atenção Básica – Cassia Liberato Muniz Ribeiro, Cecília Seiko Takano Kunitake, Miriam Rodrigues de Medeiros, Edmir Peralta Alburquerque

2) Atenção Especializada – Média Complexidade Ambulatorial – Ana Kelly Malaquias

3) Atenção Especializada – Média Complexidade Hospitalar – Valeria Rondinelli, Giulio Cesare Santo

4) Rede de Urgência e Emergência – Maria Cecilia Sanchez

5) Assistência Laboratorial – Gloria Maria Ferreira Ribeiro

6) Assistência Farmacêutica – Dirce Cruz Marques

7) Controle / Regulação – Adriana Maria de Andrade Souza, Nádia Carvalho da Silva Müller, Liamar Moreira Rothman, Marli da Costa Taraia

8) Área Técnica da Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Marcia Maria Gomes Massironi

9) Área Técnica Saúde da Mulher – Adalberto Kiochi Aguemí, Luiz Carlos Pazero

10) Coordenação de Epidemiologia e Informação – Helio Neves, Michel Naffah Filho, Sylvia Christina de Andrade Grimm, Clarissa de Lacerda Nazario

## Aprovação

### **Grupo Condutor Municipal da RAS ONCO do MSP – SMS/SP**

Grupo Condutor Estadual de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – SES-SP

**Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo, Deliberação CIB nº 71 de 2016** (DOE – 03/12/16 - seção 1 - p.46)

## **Projeto Gráfico**

Waleska Kethury Pereira Rodrigues  
Escola Municipal de Saúde - SMS/SP

## Ficha Catalográfica

S241p São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde

Protocolos de acesso: protocolo clínico de regulação de acesso para tratamento de alta complexidade em oncologia – versão 2015 revisada : volume II/Secretaria Municipal da Saúde. – São Paulo: SMS, 2019.

28p. : il.

1. Protocolos Clínicos. 2. Oncologia. I. Título.

CDU-616

# ÍNDICE

1. Apresentação _____	5
Como utilizar esse protocolo? _____	7
2. Protocolo de Referência Ambulatorial _____	8
3. Critérios para Referência Ambulatorial _____	9
A. Consulta em Oncologia – Mastologia _____	9
B. Consulta em Oncologia – Oncologia Pediátrica (exclusivo para pacientes abaixo de 18 anos) _____	10
C. Consulta em Oncologia – Dermatologia (exclusivo para dermatologistas) _____	11
D. Consulta em Oncologia – Ginecologia _____	12
E. Consulta em Oncologia – Urologia _____	13
F. Consulta em Oncologia – Oftalmologia (exclusivo para oftalmologistas) _____	14
G. Consulta em Oncologia – Gastrointestinal _____	15
H. Consulta em Oncologia – Pneumologia _____	16
I. Consulta em Oncologia – Ortopedia _____	17
J. Consulta em Oncologia – Cabeça e Pescoço _____	18
K. Consulta em Oncologia – Neurologia _____	19
L. Consulta em Oncologia – Hematologia _____	20
M. Consulta em Oncologia Clínica _____	21
4. Fluxo Regulatório para Referência Ambulatorial _____	22
5. Protocolo de Referência Hospitalar _____	23
6. Critérios para Referência Hospitalar _____	24
A. internação para Tratamento de intercorrências de paciente oncológico _____	24
B. internação para Diagnóstico e tratamento em Oncologia _____	25
C. internação para Diagnóstico e Tratamento de Leucemias Agudas _____	26
7. Fluxo Regulatório para Referência Hospitalar _____	27
8. Anexo I - Escore ECOG Performance Status _____	28



# 1. APRESENTAÇÃO

---

## **Protocolo Clínico de Regulação de Acesso para Tratamento de Alta Complexidade em Oncologia – versão 2015 revisada**

As atividades de regulação em Oncologia no MSP foram iniciadas no ano de 2009 com a elaboração do primeiro Protocolo Clínico de Regulação em Oncologia do país e com a implantação do processo de informatização das vagas de consultas médicas em Oncologia, via sistema SIGA.

Em 2009, o MSP contava com 4 hospitais parceiros, privados e filantrópicos, que ofertaram consultas em oncologia à Central de Regulação Municipal. Não havia regulação dos hospitais sob gestão Estadual, não sendo possível o encaminhamento de pacientes aos hospitais estaduais especializados em Oncologia.

Em 2012, o processo de informatização das vagas foi concluído, estando desde então 100% das vagas informatizadas e disponíveis para regulação e agendamento pelo Complexo Regulador Municipal. Foi feita revisão do Protocolo Clínico de Regulação em Oncologia, ampliando os tipos de tumores atendidos pela Rede Municipal.

Em 2015 a Secretaria Estadual da Saúde iniciou a oferta de consultas em Oncologia pela Rede Estadual (Rede Hebe Camargo) através de sistema informatizado próprio (CROSS). No mesmo ano foi estabelecida integração entre a Regulação Municipal e Estadual, permitindo que os pacientes possam ter consultas agendadas em serviços tanto sob gestão Municipal quanto Estadual.

Em 2016 houve a harmonização dos diferentes Protocolos de Acesso em Oncologia do Estado de São Paulo, após aprovação do presente protocolo pela Comissão Intergestores Regionais.

O presente Protocolo contempla as normas e legislações vigentes da atenção oncológica do SUS, a saber:

- A Portaria/GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- A Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo IX, que

institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- A Portaria/GM/MS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- A Deliberação CIB nº 71 de 2016;
- A Deliberação CIB nº 58 de 2018

O presente documento contempla os critérios clínico-laboratoriais para referência de pacientes das Unidades de Atenção à Saúde do Município de São Paulo para as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON/CACON) **sob gestão municipal**. Também estão descritos os fluxos regulatórios para efetivação dos encaminhamentos (referência).

De acordo com a Deliberação CIB nº 58 de 2018, os **serviços sob gestão Estadual localizados no Município de São Paulo devem solicitar as Consultas Especializadas em oncologia via sistema estadual CROSS**.

### IMPORTANTE

**Este Protocolo entra em vigor a partir de 2019.**

## COMO UTILIZAR O PROTOCOLO?



Para um acesso rápido recomendamos utilizar o ÍNDICE.



“Clicando” no título desejado você será levado diretamente para a página em que ele é descrito.



Também pode utilizar a ferramenta “Localizar (Ctrl+F)”, em que pode ser digitado alguma palavra-chave presente no assunto procurado.



Para visualização em celulares recomendamos realizar download do arquivo e visualizar utilizando o aplicativo “Adobe Acrobat”.

## 2. PROTOCOLO DE REFERÊNCIA AMBULATORIAL

### Considerações Gerais

Serão disponibilizadas, pelos UNACON/CACON, vagas de **Consulta em Oncologia** para três grupos de pacientes, a saber:

- **Pacientes com diagnóstico firmado de câncer.**

Estas vagas devem ser utilizadas para pacientes que tenham diagnóstico de câncer firmado por exame patológico obtido por biópsia ou procedimento cirúrgico.

- **Pacientes com alta suspeita clínica de câncer.**

Estas vagas só devem ser utilizadas para pacientes com alta suspeita clínica de câncer nos quais o diagnóstico de certeza só poderá ser obtido mediante procedimentos diagnósticos / terapêuticos de Alta Complexidade não disponíveis na rede de Média Complexidade. Estas vagas também podem ser utilizadas caso o paciente tenha diagnóstico de câncer firmado por exame patológico obtido por biópsia ou procedimento cirúrgico.

- **Pacientes em programa de rastreamento populacional para câncer de mama.**

Estas vagas só devem ser utilizadas para pacientes em programa de rastreamento para câncer de mama que necessitem confirmação diagnóstica rápida e terapia antitumoral sem longo tempo de espera. Estas vagas serão a via final da Linha de Cuidados em Câncer de Mama.

As vagas de **Consulta em Oncologia** devem ser utilizadas apenas para pacientes com condições de tratamento ambulatorial (Escore ECOG Performance Status abaixo de 3 = Paciente fora do leito mais de 50% do tempo, vide Anexo I).



### 3. CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL

#### A. Consulta em Oncologia – Mastologia

##### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C50	Câncer de Mama <b>diagnosticado</b>
Z12.3	Mulheres com <b>alteração em ações de rastreamento</b> ( <i>screening</i> )

##### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Câncer de Mama <b>diagnosticado</b>	Câncer de mama com confirmação histológica por biópsia <b>OU</b> PAAF de mama com citologia sugestiva de câncer de mama
Mulheres com <b>alteração em ações de rastreamento</b> ( <i>screening</i> )	Pacientes provenientes de rastreamento com pelo menos um dos critérios abaixo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nódulo mamário palpável ao exame físico,</li> <li>• Mamografia BIRADS 5 ou 6,</li> <li>• USG Mamário BIRADS 5 ou 6.</li> </ul>

##### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

##### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

##### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de anatomopatológico (apenas a conclusão do laudo AP) ou citológico (PAAF);
- Data e Resultado BIRADS de mamografia ou USG Mamário;
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## B. Consulta em Oncologia – Oncologia Pediátrica (exclusivo para pacientes abaixo de 18 anos)

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
Z03.1	<b>Suspeita</b> ou <b>Diagnóstico</b> de Câncer Pediátrico

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
<b>Suspeita ou Diagnóstico</b> de Câncer Pediátrico	<p>Pacientes com a presença de pelo menos um dos critérios abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Alteração de, pelo menos, 2 séries no hemograma (série branca, vermelha e plaquetária), associada ou não a palidez, petéquias, hematomas ou sangramentos</li> <li>•Cefaléia associada a vômitos matinais, excluídas as causas oftalmológicas e sinusopatias</li> <li>•Febre de origem indeterminada com duração maior que 15 dias, excluídas causas infecciosas</li> <li>•Adenomegalias, de qualquer localização, sem regressão após 8 semanas</li> <li>•Massa abdominal palpável; urina hematúrica sem história de trauma</li> <li>•Alargamento de mediastino comprovado por radiografia de tórax, excetuando-se as hiperplasias tímicas</li> <li>•Dor óssea localizada e contínua, com ou sem aumento de partes moles, com duração maior que 15 dias</li> <li>•Alteração dos olhos; brilho, reflexo “branco, proptose, heterocromia, equimose bilateral</li> </ul>

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de laudo de exames;
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## C. Consulta em Oncologia – Dermatologia (exclusivo para dermatologistas)

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C44	Câncer Pele não-melanoma <b>diagnosticado</b>
C43	<b>Suspeita</b> de Melanoma

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Câncer Pele não-melanoma <b>diagnosticado</b>	Câncer de Pele não-melanoma, confirmado por biópsia, com critérios de Alto Risco (lesão > 5 cm em corpo, lesão > 2 cm em face, tumor pouco diferenciado ou invasão > 2mm ao anatomopatológico) ou com necessidade de tratamento de Alta Complexidade (Cirurgia com enxertia ou rotação de retalho ou Radioterapia)
<b>Suspeita</b> de Melanoma	Suspeita clínica de Melanoma

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Exclusivo para médicos dermatologistas da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Descrição da lesão com localização e tamanho;
- Data e Resultado de anatomopatológico (incluir grau de diferenciação e invasão tumoral);
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## D. Consulta em Oncologia – GINECOLOGIA

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C53	Câncer de Colo Uterino <b>diagnosticado</b>
R93.5	<b>Suspeita</b> de Câncer de Ovário
C54.1	Câncer de Endométrio <b>diagnosticado</b>
C51.9	Câncer de Vulva <b>diagnosticado</b>

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Câncer de Colo Uterino <b>diagnosticado</b>	Câncer de Colo Uterino com confirmação histológica: biópsia de colo uterino com neoplasia invasora (carcinoma epidermóide ou adenocarcinoma) ou LIE alto grau (NIC 3).
<b>Suspeita</b> de Câncer de Ovário	Massa ovariana sólida ou mista sugestiva de neoplasia maligna em USG ou TC de pelve
Câncer de Endométrio <b>diagnosticado</b>	Câncer de Endométrio com confirmação histológica (biópsia de endométrio positiva para câncer)
Câncer de Vulva <b>diagnosticado</b>	Câncer de Vulva com confirmação histológica (biópsia de vulva/vagina positiva para câncer)

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de anatomopatológico (apenas para câncer de colo uterino, endométrio e vulva);
- Data e Resultado de USG ou TC abdome/pelve (apenas descrever as lesões suspeitas);
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## E. Consulta em Oncologia – UROLOGIA

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C61	Câncer de Próstata <b>diagnosticado</b>
R93.4	<b>Suspeita</b> de Câncer Testicular
R93.4	<b>Suspeita</b> de Câncer Renal, Bexiga Urinária ou Suprarrenal

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Câncer de Próstata <b>diagnosticado</b>	Câncer de Próstata confirmado por biópsia OU Pacientes com sinais e sintomas de câncer de próstata e nível sérico de PSA > 100 ng/ml
<b>Suspeita</b> de Câncer Testicular	Massa sólida testicular confirmada por USG
<b>Suspeita</b> de Câncer Renal, Bexiga Urinária ou Suprarrenal	Hematúria e massa renal ou vesical confirmada por USG/TC de pelve; massa suprarrenal confirmada por USG/TC de pelve

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de anatomopatológico (apenas para câncer de próstata);
- Data e Resultado de PSA, se disponível (apenas para câncer de próstata);
- Data e Resultado de USG ou TC abdome/pelve (apenas descrever as lesões suspeitas);
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## F. Consulta em Oncologia – Oftalmologia (exclusivo para oftalmologistas)

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
R93.0	<b>Suspeita</b> de Melanoma de Coróide

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
<b>Suspeita</b> de Melanoma de Coróide	Exame fundoscópico compatível com Melanoma de Coróide E USG ocular compatível com neoplasia maligna

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Exclusivo para **médicos oftalmologistas** da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de exame fundoscópico;
- Data e Resultado de USG ocular (incluir a medida do tumor em 3 eixos);

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## G. Consulta em Oncologia – Gastrointestinal

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C15	Câncer de Esôfago <b>diagnosticado</b>
C16	Câncer de Estômago <b>diagnosticado</b>
C18 a C21	Câncer Colo-Retal <b>diagnosticado</b>
R93.3	<b>Suspeita</b> de Câncer Pancreático ou Câncer Hepático <b>Primário</b> (inclui vias biliares)

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Câncer de Esôfago <b>diagnosticado</b>	Câncer de Esôfago confirmado por biópsia endoscópica
Câncer de Estômago <b>diagnosticado</b>	Câncer de Estômago confirmado por biópsia endoscópica
Câncer Colo-Retal <b>diagnosticado</b>	Câncer de Cólon-Reto confirmado por biópsia via colonoscopia ou retossigmoidoscopia
<b>Suspeita</b> de Câncer Pancreático ou Câncer Hepático <b>Primário</b> (inclui vias biliares)	Massa Pancreática ou Hepática Sólida ou Heterogênea sugestiva de Neoplasia Maligna à TC de Abdome (obrigatório afastar cistos e pseudocistos). Não incluir casos com metástase hepática de outro sítio primário.

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de anatomopatológico (apenas a conclusão do laudo AP);
- Data e Resultado de TC abdome (apenas descrever as lesões suspeitas);
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## H. Consulta em Oncologia – Pneumologia

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
R91	<b>Suspeita</b> de Câncer de Pulmão

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
<b>Suspeita</b> de Câncer de Pulmão	Tomografia Computadorizada de Tórax com <b>pelo menos</b> um dos critérios abaixo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nódulo pulmonar solitário não calcificado MAIOR que 01 cm sugestivo de neoplasia maligna.</li> <li>- Massa pulmonar solitária sugestiva de neoplasia maligna.</li> <li>- Massa ÚNICA em mediastino ou parede torácica sugestiva de neoplasia maligna. (obrigatório afastar tuberculose pulmonar)</li> </ul>

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de TC tórax (incluir a localização e tamanho da massa);
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.



## I. Consulta em Oncologia – Ortopedia

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
R93.7	<b>Suspeita</b> de tumor <b>primário</b> ósseo ou tumor <b>primário</b> de partes moles

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
<b>Suspeita</b> de tumor <b>primário</b> ósseo ou tumor <b>primário</b> de partes moles	<p>Tumor ósseo ou de partes moles: massa sugestiva de neoplasia maligna por TC ou RNM (afastar causas infecciosas).</p> <p>Coluna: RNM compatível com tumor de coluna vertebral invadindo o canal raquimedular ou tumor primário intra-espinal.</p> <p>Não incluir casos com metástase óssea de outro sítio primário.</p>

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de TC ou RNM (incluir a localização e tamanho da massa);
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## J. Consulta em Oncologia – Cabeça e Pescoço

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C73	Câncer de Tireóide <b>diagnosticado</b>
C00 a C06	Câncer de Cavidade Oral <b>diagnosticado</b>
C09 a C13	Câncer de Faringe/Laringe <b>diagnosticado</b>
C07	Câncer de Parótida <b>diagnosticado</b>

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Câncer de Tireóide <b>diagnosticado</b>	Câncer de Tireóide confirmado por PAAF de tireóide (apenas casos com PAAF de padrão maligno)
Câncer de Cavidade Oral <b>diagnosticado</b>	Câncer Oral confirmado por biópsia
Câncer de Faringe/Laringe <b>diagnosticado</b>	Câncer de Faringe/Laringe confirmado por biópsia
Câncer de Parótida <b>diagnosticado</b>	Câncer de Parótida confirmado por biópsia

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de anatomopatológico (apenas a conclusão do laudo AP) ou citológico (PAAF);
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## K. Consulta em Oncologia – Neurologia

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
R90	<b>Suspeita</b> de tumor primário de SNC

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
<b>Suspeita</b> de tumor primário de SNC	<p>Massa em SNC única ou múltipla confirmada por TC ou RNM de crânio (afastar causas infecciosas).</p> <p>Não incluir casos com metástase cerebral de outro sítio primário.</p>

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de TC ou RNM (incluir a localização e tamanho da massa);
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## L. Consulta em Oncologia – Hematologia

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C81 a C85	Linfoma <b>diagnosticado</b>
R79.9	<b>Suspeita</b> de Mieloma Múltiplo
R72	<b>Suspeita</b> de Leucemia Linfóide Crônica ou Leucemia Mielóide Crônica

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Linfoma <b>diagnosticado</b>	Linfoma confirmado por biópsia <u>OU</u> PAAF de linfonodo suspeito para doença linfoproliferativa
<b>Suspeita</b> de Mieloma Múltiplo	Anemia ao hemograma <u>E</u> presença de pico monoclonal em eletroforese de proteínas séricas
<b>Suspeita</b> de Leucemia Linfóide Crônica ou Leucemia Mielóide Crônica	Leucocitose em hemograma (linfócitos valor absoluto > 5.000/mm <sup>3</sup> ou leucócitos valor absoluto > 50.000) mantida por mais de 6 semanas na ausência de infecção ativa

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Data e Resultado de exames (hemograma, eletroforese de proteínas séricas, etc);
- Data e Resultado de anatomopatológico (apenas a conclusão do laudo AP) ou citológico (PAAF) para os casos de linfomas;
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## M. Consulta em Oncologia Clínica

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C01 a C97	<b>Câncer diagnosticado</b> não incluso nas categorias acima
C97	<b>Câncer metastático diagnosticado</b> com sítio primário indeterminado

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
<b>Câncer diagnosticado</b> não incluso nas categorias acima	Exame patológico de tumor primário ou de metástase
<b>Câncer metastático diagnosticado</b> com sítio primário indeterminado	

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Consulta especializada via sistema SIGA

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, quadro evolutivo, alterações de exame físico;
- Descrição de tratamentos anteriores com local de tratamento;
- Data e Resultado de anatomopatológico (apenas a conclusão do laudo AP);
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## 4. FLUXO REGULATÓRIO PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL

- **Solicitação de consulta em oncologia via CMC-SIGA:** responsabilidade das Unidades Municipais. As Unidades devem solicitar o tipo de consulta de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas disponíveis na Tabela 1.
- **Avaliação técnica da solicitação de consulta em oncologia e agendamento das consultas:** A avaliação técnica da solicitação é de responsabilidade compartilhada entre das Centrais de Regulações Regionais e a Central de Regulação de Oncologia do Complexo Regulador Municipal. Os médicos reguladores irão avaliar todas as solicitações de consulta, caso não existam as condições necessárias para agendamento, a solicitação será devolvida via CMC-SIGA com justificativa pertinente. Caso as solicitações estejam de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas disponíveis na Tabela 1, a consulta será agendada, pela Central de Oncologia do Complexo Regulador Municipal, via CMC-SIGA ou via CROSS (para UNACON/CACON sob gestão Estadual).
- **Informação do agendamento aos pacientes:** responsabilidade das Unidades Municipais Solicitantes. As Unidades Municipais solicitantes irão proceder com o contato telefônico com os pacientes e realizar a entrega dos comprovantes de agendamento emitidos pelo sistema SIGA ou CROSS, fazendo todas as orientações necessárias aos pacientes. No caso de cancelamentos ou desistências, as Unidades Solicitantes deverão informar sua Central de Regulação Regional que enviará de forma eletrônica solicitação de cancelamento da consulta ao Complexo Regulador Municipal. O Complexo Regulador Municipal poderá utilizar a vaga liberada para agendamento de outro paciente em aguardo na fila de espera CMC SIGA.
- **Atendimento às consultas agendadas:** responsabilidade do UNACON/CACON. Os UNACON/CACON devem proceder ao atendimento dos pacientes e definir a necessidade de realização de exames complementares para diagnóstico e estadiamento utilizando de seus recursos próprios. Para pacientes encaminhados com suspeita de câncer, caso o diagnóstico obtido no UNACON/CACON não seja de câncer, o UNACON/CACON deverá re-encaminhar o paciente à Unidade Solicitante para continuidade de seguimento ambulatorial. O UNACON/CACON não será responsável pelo tratamento de outras afecções que não câncer.

## 5. PROTOCOLO DE REFERÊNCIA HOSPITALAR

### Considerações Gerais

Serão disponibilizadas, pelos UNACON/CACON, vagas em **Leitos de Alta Complexidade em Oncologia** para três grupos de pacientes, a saber:

**Pacientes com diagnóstico firmado de câncer e impossibilidade de tratamento ambulatorial (ECOG Score Performance Status 3 ou maior).** Estas vagas devem ser utilizadas para pacientes que tenham diagnóstico ou suspeita de câncer e necessitem transferência de Hospital Geral para UNACON/CACON para tratamento ou diagnóstico de certeza de câncer.

**Pacientes com complicações do tratamento oncológico.** Estas vagas só devem ser utilizadas para pacientes que já se encontrem em tratamento do câncer em UNACON/CACON e necessitem transferência de Hospital Geral para UNACON/CACON para tratamento das complicações relacionadas ao câncer ou seu tratamento.

**Pacientes com suspeita de Leucemias Agudas.** Estas vagas só devem ser utilizadas para pacientes com suspeitas de Leucemias Agudas que necessitem transferência de Hospital Geral para UNACON/CACON para diagnóstico de certeza e tratamento das Leucemias Agudas.

As vagas de **Leitos de Alta Complexidade em Oncologia** devem ser utilizadas **apenas para pacientes sem condições de tratamento ambulatorial** (Score ECOG Performance Status igual ou maior a 3 = No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos ou Paciente restrito ao leito) ou para pacientes com suspeita de Leucemias Agudas.

## 6. CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA HOSPITALAR

### A. internação para Tratamento de intercorrências de paciente oncológico

#### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C01 a C97	Intercorrência em paciente com <b>Diagnóstico confirmado de Câncer</b> e que <b>esteja em tratamento oncológico</b> em UNACON/CACON

#### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Intercorrência em paciente com <b>Diagnóstico confirmado de Câncer</b> e que <b>esteja em tratamento oncológico</b> em UNACON/CACON	Diagnóstico firmado de câncer Paciente em tratamento oncológico  Informar qual o UNACON/CACON no qual o paciente está efetuando o tratamento oncológico

#### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

#### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Contato via Central de Leitos do Complexo Regulador Municipal

#### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, alterações de exame físico;
- Descrição de tratamentos anteriores com local atual de tratamento do câncer;
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.



## B. internação para Diagnóstico e tratamento em Oncologia

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C01 a C97	Mesmas indicações para vagas ambulatoriais <b>Exclusivo para pacientes com Escore ECOG Performance Status igual ou maior a 3</b>

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Mesmas indicações para vagas ambulatoriais <b>Exclusivo para pacientes com Escore ECOG Performance Status igual ou maior a 3</b>	Mesmas condições para vagas ambulatoriais <b>Exclusivo para pacientes com Escore ECOG Performance Status igual ou maior a 3</b>

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Contato via Central de Leitos do Complexo Regulador Municipal

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO "JUSTIFICATIVA"

- Presença de sinais e sintomas, alterações de exame físico;
- Descrição de tratamentos anteriores com local atual de tratamento do câncer;
- Incluir resultado de exames ou anatomopatológico ou citológico, conforme Protocolo.
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## C. internação para Diagnóstico e Tratamento de Leucemias Agudas

### INDICAÇÕES

CID	Indicações Clínicas
C95.0	<b>Suspeita</b> de Leucemia Aguda

### PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
<b>Suspeita</b> de Leucemia Aguda	<p>Hemograma com a <b>presença dos dois critérios abaixo:</b></p> <p><b>Anemia</b> (Hb &lt; 10,0 g/dL) e/ou <b>Plaquetopenia</b> (Plaq &lt; 100.000/mm<sup>3</sup>)</p> <p><b>Presença de 20% ou mais de células imaturas (blastos) em sangue periférico</b></p>

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

### FORMA DE SOLICITAÇÃO

Contato via Central de Leitos do Complexo Regulador Municipal

### INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO “JUSTIFICATIVA”

- Presença de sinais e sintomas, alterações de exame físico;
- Incluir resultado de hemograma completo, contendo: concentração de hemoglobina, número total de leucócitos e plaquetas e número relativo (%) de blastos;
- Número do paciente no sistema CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

## 7. FLUXO REGULATÓRIO PARA REFERÊNCIA HOSPITALAR

**Solicitação de leito em oncologia:** responsabilidade das Unidades Municipais. As Unidades devem solicitar o tipo de consulta de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas disponíveis na Tabela 2.

**Avaliação técnica da solicitação de transferência hospitalar para UNACON/CACON e efetuação das transferências:** responsabilidade do Complexo Regulador Municipal. Os médicos reguladores irão avaliar todas as solicitações, caso não existam as condições necessárias para agendamento, a solicitação será devolvida com justificativa pertinente. Caso as solicitações estejam de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas disponíveis na Tabela 2, a transferência para tratamento oncológico será efetuada entre o Complexo Regulador Municipal e o CACON/UNACON.

**Recebimento do paciente no UNACON/CACON:** responsabilidade do UNACON/CACON. Os UNACON/CACON devem proceder à internação dos pacientes e definir a necessidade de realização de **exames complementares para diagnóstico e estadiamento utilizando de seus recursos próprios**. Para pacientes encaminhados com **suspeita de câncer**, caso o diagnóstico obtido no UNACON/CACON **não seja de câncer**, o UNACON/CACON deverá re-encaminhar o paciente à Unidade Solicitante para continuidade de seguimento ambulatorial. O UNACON/CACON não será responsável pelo tratamento de outras afecções que não câncer.

## 8. ANEXO I - ESCORE ECOG PERFORMANCE STATUS

### Escala de *performance status* ECOG

Grau	Definição
0	Totalmente ativo e sem restrições de atividade.
1	Restrito a atividades físicas, mas deambulando e apto a realizar atividades laborais leves.
2	Incapaz de realizar atividades laborais, mas deambulando e com autocuidado presente.
3	Autocuidado limitado e confinado ao leito ou cadeira durante mais de 50% do período em que permanece acordado.
4	Impossível o autocuidado e totalmente confinado ao leito ou cadeira.