

SECRETARIA DE  
**SAÚDE PÚBLICA**



**PROTOCOLO DE ACESSO DA REDE DE  
ASSISTÊNCIA DE MEDIA E ALTA  
COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO  
ESTADO DO PARÁ**

**BELÉM  
JULHO/2021**

## Lista de Quadros

**Quadro 1 – Polos de regulação para a Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará**

**Quadro 2 – Critérios para Referência Ambulatorial de Alta Complexidade**

**Quadro 3 – Critérios para Referência Ambulatorial (Continuação)**

**Quadro 4 – Critérios para Referência Ambulatorial (Continuação)**

**Quadro 5 – Critérios para Referência Ambulatorial (Continuação)**

**Quadro 6 – Critérios para Referência Ambulatorial (Continuação)**

**Quadro 7 – Critérios para Referência Ambulatorial**

**Quadro 8 - Protocolo de Acesso a nível Hospitalar para a Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará**

**Quadro 9 - Fluxo Regulatório para Referência Hospitalar**

**Quadro 10 – Anexo de Atendimento Exclusivo para o CACON HOL**

## SUMÁRIO

	PROTOCOLOS DE ACESSO DA REDE DE ASSISTÊNCIA DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA	4
1	PROTOCOLO DE REFERÊNCIA AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA:	7
1.1	VAGAS DE PRIMEIRA VEZ DISPONIBILIZADAS PARA REDE SUS VIA REGULAÇÃO (SISREG)	7
1.2	FLUXO DE ACESSO	8
1.3	FLUXO DE ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR ENTRE UNACON'S E CACON – HOL	8
2	VAGAS DE PRIMEIRA VEZ DISPONIBILIZADAS PARA REDE SUS VIA REGULAÇÃO (SISREG)	9
2.1	CASOS CONFIRMADOS OU ALTAMENTE SUSPEITOS	9
3	TUMORES DE COMPORTAMENTOS INCERTOS	14
4	PROTOCOLO DE REFERÊNCIA HOSPITALAR	15
5	PROTOCOLOS DE ACESSO DA REDE DE ASSISTÊNCIA DE MEDIA COMPLEXIDADE PARA O DIAGNÓSTICO DOS CASOS MAIS PREVALENTES EM ONCOLOGIA	18
6	PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO – HOIOL	25
6.1	CRITÉRIOS PARA AGENDAMENTO DE CONSULTA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	25
6.2	ATENDIMENTO ÀS INTERCORRÊNCIAS DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO NA UNIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO (UAI):	25
6.3	ACOLHIMENTO NA UAI	26
6.4	CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UAI	26
6.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA ATENDIMENTO NA UAI	27
7	CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	27
7.1	CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UTI	27
7.2	FATORES SUBJETIVOS PARA ADMISSÃO NA UTI	28
7.3	FATORES AVALIADOS PARA ADMISSÃO EM UTI NO PÓS OPERATÓRIO	28
7.4	CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	28
8	CRITÉRIOS PARA REGULAÇÃO DE CONSULTA OU INTERNAÇÃO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA JUNTO A CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL OU COMPLEXO REGULADOR REGIONAL SANTARÉM	29
	REFERÊNCIAS	31

## PROTOSCOLOS DE ACESSO DA REDE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

A regulação do acesso aos serviços de alta complexidade em oncologia ambulatorial e hospitalar é realizada através das regulações municipais a partir da atenção primária.

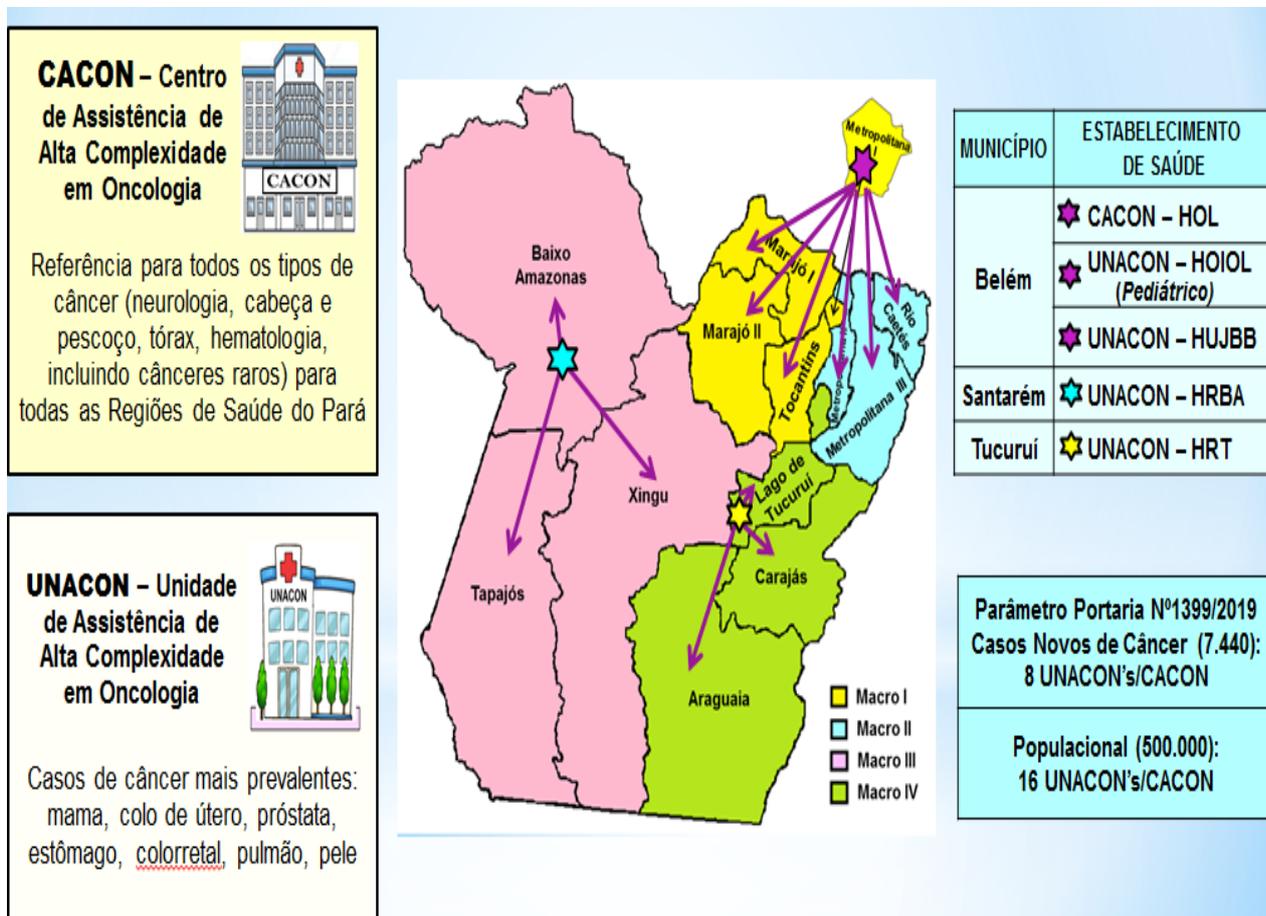
A proposta da Regulação Estadual para os serviços de oncologia deverá garantir o respeito ao comando único, o acesso hierarquizado, a regionalização e a capacidade instalada nos serviços habilitados.

O acesso aos serviços de alta complexidade, na atenção secundária, deverá ser realizado sob regulação prévia, visando o monitoramento efetivo do atendimento em tempo oportuno, de sua população. Para tanto, a equipe da atenção básica deverá intermediar junto à equipe da regulação municipal o agendamento de Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT) que possibilitem o diagnóstico dos casos suspeitos de câncer segundo protocolos emanados pelo MS e/ou INCA, para cada seguimento.

O objetivo do protocolo de acesso em oncologia é o de orientar as equipes de Atenção à Saúde e Regulação Municipais quanto ao protocolo para agendamento de consultas especializadas em oncologia e/ou solicitação de internações para usuários do SUS do Estado do Pará, de forma regulada através do Sistema de Regulação do MS (SISREG) e Sistema Estadual de regulação – SER, na Rede de Alta Complexidade em Oncologia.

A Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará é composta por sete (7) estabelecimentos: Um (1) Centro de Assistência Alta Complexidade em Oncologia - CACON do Hospital Ophir Loyola (Belém), e quatro (4) Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON em atividade: Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUJBB (Belém); Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo – HOIOL (Belém); Hospital Regional do Baixo Amazonas – HRBA (Santarém); Hospital Regional de Tucuruí – HRT (Tucuruí) (Figura 1) e duas (2) novas unidades de alta complexidade em oncologia em processo de implantação: Hospital Regional de Castanhal e Hospital Municipal de Parauapebas.

**Figura 01 - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO ESTADO DO PARÁ**



ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei. 11.419/2006)  
 EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL598864.686909E81819A49B.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754

**Quadro 1 – Polos de regulação para a Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará**

REGIÕES DE SAÚDE	COMPLEXO ou CENTRAL DE REGULAÇÃO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO DO ACESSO	ESTABELECIMENTO	TIPOS DE CÂNCER FAIXA ETÁRIA
MARAJÓ I MARAJÓ II METROPOLITANA I METROPOLITANA II METROPOLITANA III RIO CAETES TOCANTINS	Departamento de Regulação do Município de Belém (DERE/SMS/BELEM)	UNACON – Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pele</li> <li>▪ Colo de Útero</li> <li>▪ Mama</li> <li>▪ Próstata</li> <li>▪ Estômago</li> <li>▪ Colorretal</li> <li>▪ Pulmão, cabeça e pescoço</li> </ul> <b>FAIXA ETÁRIA: acima de 19 anos</b>
ARAGUAIA CARAJAS LAGO DE TUCURUÍ MARAJÓ I MARAJÓ II METROPOLITANA I METROPOLITANA II METROPOLITANA III RIO CAETES TOCANTINS	POLO BELEM Central Estadual de Regulação – (CER/DDASS/SESPA)	CACON – Hospital Ophir Loyola (HOL)	Todos os tipos de câncer com faixa etária acima de 19 anos Situações específicas: MOLA, NASOANGIOFIBROMA
	POLO BELEM Central Estadual de Regulação (CER/DDASS/SESPA)	UNACON – Hospital Oncológico Infantil Otávio Lobo (HOIOL)	Todos os tipos de câncer infanto-juvenil com faixa etária de 0 a 19 anos incompletos
ARAGUAIA CARAJAS LAGO DE TUCURUÍ	POLO BELEM Central Estadual de Regulação – (CER/DDASS/SESPA)	UNACON – Hospital Regional de Tucuruí	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pele, Pulmão</li> <li>▪ Colo de Útero, Mama</li> <li>▪ Próstata, Estômago, Colorretal</li> </ul> <b>FAIXA ETÁRIA: acima de 19 anos</b>
BAIXO AMAZONAS TAPAJÓS XINGU	POLO SANTAREM Complexo Regulador Regional de Santarém (9º CRS/SESPA)	Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pele</li> <li>▪ Colo de Útero</li> <li>▪ Mama</li> <li>▪ Próstata</li> <li>▪ Estômago</li> <li>▪ Colorretal</li> <li>▪ Pulmão</li> <li>▪ Cabeça e Pescoço</li> <li>▪ Câncer hematológico</li> </ul> <b>FAIXA ETÁRIA: acima de 19 anos e onco pediátricos (Crianças e adolescentes de 0 a 19 anos)</b>
<p>Em caso de ausência de vaga na Região de Saúde de origem da demanda do usuário, a Central Estadual de Regulação tem autonomia para direcionar para outra Região de Saúde. Assim como conforme localização geográfica e apoio logístico de transporte o usuário poderá ser encaminhado para a UNACON e/ou CACON mais viável para a demanda em questão.</p>			

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei 11.419/2006)  
EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D53157F7C159E864.68E909E81819A49B.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754

## 1. PROTOCOLO DE REFERÊNCIA AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA:

Serão disponibilizadas pelo CACON E UNACON'S, vagas de consulta em oncologia para dois grupos de pacientes, a saber:

- **Pacientes com diagnóstico confirmado 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.

### 1.1 - Fluxo Regulatório Para Referência Ambulatorial

- **Solicitação de consulta em oncologia via SISREG:** 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 consulta em oncologia e agendamento das consultas:** responsabilidade das Coordenadorias Regionais em Saúde e do Complexo Regulador Estadual. A equipe reguladora irá avaliar todas as solicitações de consulta, caso não existam as condições necessárias para agendamento, a solicitação será devolvida via SISREG 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 consulta será agendada via SISREG.

- **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 SISREG, fazendo todas as orientações necessárias aos pacientes, o paciente deve ser encaminhado com o número da chave de confirmação do agendamento e Guia de Referência e Contra Referência devidamente preenchida e documentos (CNS, CPF/RG, comprovante de residência) e exames complementares (se houver). No caso de cancelamentos ou desistências, as Unidades Solicitantes deverão informar ao Complexo Regulador Estadual. A CER poderá utilizar a vaga liberada para agendamento de outro paciente em aguardo na fila de espera do SISREG.

- **Atendimento às consultas agendadas:** responsabilidade do CACON/UNACON atender aos pacientes e definir necessidade de realização de exames complementares para diagnóstico e estadiamento conforme recursos disponíveis regulados através do SISREG.

- Para pacientes encaminhados com **suspeita de câncer**, caso o diagnóstico obtido no CACON/UNACON **não seja de câncer**, o CACON/UNACON **deverá reencaminhar o paciente à Unidade Solicitante para continuidade de seguimento ambulatorial** através de Guia de Referência e Contra Referência.

## 1.2 - Fluxo de Acesso

Toda solicitação para consulta com especialista em oncologia e/ou exames de apoio diagnóstico deve ser feita através da plataforma ambulatorial do SISREG em Guia de Referência e Contra Referência e/ou de exames, preenchida corretamente, de maneira legível e em todos os campos:

- Nome completo, idade, número prontuário, sexo e origem da paciente;
- Na Guia de solicitação de Referência e Contra Referência deve constar: Diagnóstico com CID10, quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios relacionados ao caso;
- Cada requisição de consulta deve conter Guia de Referência e Contra Referência preenchida adequadamente;
- É necessária data da solicitação e identificação do médico, com carimbo e assinatura;
- A Guia de Referência e Contra Referência deve estar identificado com o carimbo da Unidade de Saúde, a qual o paciente foi atendido;
- Toda solicitação de exames e/ou consulta agendada pelo SISREG, deverá conter o número de chave gerado pelo sistema, anexado a Guia de exames ou de solicitação de consulta e Guia de Referência e Contra Referência, cópias de RG, CPF, comprovante de residência e Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Se paciente for de TFD, caberá ao município de residência do paciente abrir processo de TFD com Laudo devidamente preenchido contendo assinatura e carimbo do autorizador do município.

## 1.3 - Fluxo de Acesso Ambulatorial e Hospitalar entre UNACON's e CACON – HOL

- Pacientes atendidos nas UNACON's **fora do perfil** para o diagnóstico e/ou tratamento, poderão ser encaminhados para o CACON/HOL, através do envio de documentação comprobatória para a Central Estadual de Regulação via e-mail: [cer.ambulatorial@gmail.com](mailto:cer.ambulatorial@gmail.com), para o setor ambulatorial de consultas e cadastro na plataforma ambulatorial do SISREG pelas UNACON's, para autorização conforme critérios estabelecidos na Tabela 2;
- Pacientes atendidos nas UNACON's com necessidade de transferência para **leito hospitalar** com perfil do CACON/HOL deverão ser cadastrados na Central de Leitos do Estado (CER) para direcionamento via sistema de regulação estadual, conforme critérios estabelecidos na Tabela 4;
- Pacientes atendidos nas UNACON's com necessidade de receber o **medicamento de alto custo** para tratamento oncológico, poderão ser encaminhados para o CACON/HOL, através do envio de documentação comprobatória para Coordenação Estadual de Atenção Oncológica/SESPA, via e-mail: [ceasespa.oncologia@gmail.com](mailto:ceasespa.oncologia@gmail.com), para avaliação e articulação entre os setores de responsabilidade da SESPA;
- Pacientes atendidos nas UNACON's com necessidade de realizarem a **Radioterapia**, poderão ser encaminhados para o CACON/HOL, através do envio de documentação comprobatória para Coordenação Estadual de Atenção Oncológica/SESPA, via e-mail: [ceasespa.oncologia@gmail.com](mailto:ceasespa.oncologia@gmail.com), para marcação interna no ambulatório do CACON/HOL.

**2 – Vagas de primeira vez disponibilizadas para rede SUS via regulação (SISREG)**

**2.1 - CASOS CONFIRMADOS OU ALTAMENTE SUSPEITOS**

**Quadro 2 – Critérios para Referência Ambulatorial de Alta Complexidade**

<b>Tipo de Consulta</b>	<b>CID</b>	<b>Indicações Clínicas</b>	<b>Condições Necessárias para solicitação de vaga</b>
<p>Consulta em Oncologia Mastologia</p> <p><b>Solicitar no SISREG: CONSULTA EM MASTOLOGIA ONCOLOGICA</b></p>	<p><b>C50.0</b> <b>C50.4</b> <b>C50.8</b> <b>C50.9</b></p>	<p>Câncer de Mama <b>diagnosticado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer de mama confirmado através do anatomopatológico e/ou imunohistoquímica</li> </ul>
		<p><b>Suspeita</b> de Câncer de Mama</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamografia e/ou Ultrassonografia com classificação radiológica <math>\geq 5</math> (BIRADS)</li> <li>• Sinais e Sintomas: tumoração evidente, lesões ulceradas, endurecidas acima de 5cm.</li> <li>• Presença de aglomerado linfonodal em região axilar ipso lateral.</li> </ul>
<p>Consulta em Oncologia Ginecologia</p> <p><b>Solicitar no SISREG: CONSULTA EM GINECOLOGIA ONCOLOGICA</b></p>	<p><b>C52.9</b> <b>C53.0</b> <b>C53.1</b> <b>C53.9</b> <b>C55.9</b></p>	<p>Câncer de Colo Uterino <b>diagnosticado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer de Colo Uterino com confirmação histológica (biópsia de colo do útero positiva para câncer) ou carcinoma <i>in situ</i></li> </ul>
		<p><b>Suspeita</b> de Câncer de Colo Uterino</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCCU alterado, USG, TC, RNM sugestivo de neoplasia maligna</li> <li>• Sinais e Sintomas: Secreção vaginal anormal fora do período menstrual, dor abdominal baixa, dor pélvica.</li> </ul>
	<p><b>D 39.1</b></p>	<p><b>Suspeita</b> de Câncer de Ovário</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do ovário.</li> <li>• Massa ovariana sólida ou mista sugestiva de neoplasia maligna em USG ou TC de pelve ou laudo de RNM</li> </ul>
	<p><b>C56</b></p>	<p>Câncer de Ovário <b>diagnosticado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer de ovário confirmado através da anatomopatológico e/ou imunohistoquímica.</li> <li>• Massa ovariana complexa, ascite e CA125 elevado.</li> </ul>
	<p><b>C54.1</b></p>	<p>Câncer de Endométrio <b>diagnosticado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer de Endométrio com confirmação histológica (biópsia de endométrio positiva para câncer por histeroscopia ou curetagem) ou Laudo de RNM sugestivo de neoplasia.</li> </ul>

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei 11.419/2006)  
 EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL598864.68E909E81819A49E.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754

**Quadro 3 – Critérios para Referência Ambulatorial (Continuação)**

<b>Tipo de Consulta</b>	<b>CID</b>	<b>Indicações Clínicas</b>	<b>Condições Necessárias para solicitação de vaga</b>
Consulta em Oncologia <b>Dermatologia</b>  Solicitar no SISREG: <b>CONSULTA EM DERMATOLOGIA ONCOLOGICA</b>	<b>C44.0</b> <b>C44.9</b>	Câncer Pele não-melanoma <b>diagnosticado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer de Pele não-melanoma confirmado por biópsia com necessidade de tratamento de Alta Complexidade (exclusivo para dermatologistas)</li> </ul>
	<b>C43.9</b>	<b>Suspeita</b> de Melanoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita clínica de Melanoma (exclusivo para dermatologistas)</li> </ul>
	<b>C44.3</b>	Câncer de Pele e outras partes não especificadas (partes moles) <b>diagnosticado e suspeito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer diagnosticado com biópsia ou laudo de TC e/ou RNM</li> </ul>
Consulta em Oncologia <b>Urologia</b>  Solicitar no SISREG: <b>CONSULTA EM UROLOGIA ONCOLOGICA</b>	<b>C61.0</b>	Câncer de Próstata <b>diagnosticado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer de Próstata confirmado por biópsia</li> <li>• Pacientes com sinais e sintomas de câncer de próstata e nível sérico de PSA &gt; 100 ng/ml</li> </ul>
	<b>C60.0</b>	Câncer de Pênis suspeito ou diagnosticado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massa ou lesão de aspecto vegetante ou resultado confirmado por biópsia</li> </ul>
	<b>C62.0</b> <b>R93.4</b>	Câncer de Testículo <b>Suspeita</b> de Câncer Testicular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massa sólida testicular confirmada por exame de imagem (laudo de TC) e/ou marcador de tumor germinativo elevado acima do valor normal (HCG, alfafetoproteína e DHL)</li> </ul>
	<b>C67.0 a</b> <b>C67.9</b>	Câncer da Bexiga confirmado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer de bexiga com confirmação diagnóstica</li> </ul>
	<b>R93.4</b>	<b>Suspeita</b> de Câncer Renal, Bexiga, ou de órgãos urinários, não especificados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de Hematúria ou massa renal, vesical ou vias urinárias sugestiva em TC de pelve ou TC de abdome com contraste</li> </ul>
	<b>C64.0</b> <b>C68.9</b>	Câncer Renal ou de vias urinarias confirmado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer renal ou de vias urinarias com confirmação diagnóstica</li> </ul>
	<b>D35.0</b>	Neoplasia benigna de glândula supra renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo de RNM e TC</li> </ul>
	<b>C66</b>	Neoplasia Maligna dos Uteres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo de RNM e TC</li> </ul>

EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL598864.68E909E81819A49B.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754 ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei 11.419/2006)

**Quadro 4 – Critérios para Referência Ambulatorial (Continuação)**

<b>Tipo de Consulta</b>	<b>CID</b>	<b>Indicações Clínicas</b>	<b>Condições Necessárias para solicitação de vaga</b>
<b>Consulta em Oncologia Gastrointestinal</b>  <b>Solicitar no SISREG: CONSULTA EM ONCOLOGIA ABDOMINAL</b>	<b>C15</b>	Câncer de Esôfago <b>diagnosticado e suspeito</b>	• Câncer de Esôfago confirmado por biópsia endoscópica ou exame de imagem (endoscopia) fortemente sugestivo de câncer
	<b>C16.0</b> <b>C16.8</b> <b>C16.9</b>	Câncer de Estômago <b>diagnosticado e suspeito</b>	• Câncer de Estômago confirmado por biópsia ou exame de imagem (endoscopia) fortemente sugestivo de câncer
	<b>C18 a C21</b>	Câncer Colo-Retal <b>diagnosticado e suspeito</b>	• Câncer de Cólon-Reto confirmado por biópsia via colonoscopia ou retossigmoidoscopia ou exame de imagem fortemente sugestivo de câncer
	<b>C22.0</b>	Câncer de Fígado e Vias Biliares intra-hepáticas	• Exame com laudo de TC ou RNM sugestivo de câncer e sinais e sintomas e marcadores tumorais
	<b>C23.9</b> <b>C24.0</b>	Câncer de Vesícula Biliar	• Exame com laudo de TC ou RNM sugestivo de câncer e sinais e sintomas
	<b>C25.0</b>	Câncer de Pâncreas	• Exames com laudo de TC ou RNM sugestivo de tumor em pâncreas e/ou marcadores tumorais e sinais e sintomas.
	<b>C26.9</b>	Câncer do Aparelho Digestivo e localizações mal definidas	• Exames de imagens com laudo de TC ou RNM sugestivo de Câncer
	<b>C48.0</b>	Câncer de Tecido Mole do retroperitônio e peritônio	• Exame com laudo de TC e/ou RNM sugestivo de câncer
	<b>R93.3</b>	<b>Suspeita de Câncer Pancreático ou Câncer Hepático Primário</b> (inclui vias biliares)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TC de Abdome com massa sólida ou heterogênea em sítio pancreático ou hepático (obrigatório afastar cistos e pseudocistos).</li> <li>• <u>Não incluir casos com metástase hepática de outro sítio primário.</u></li> </ul>
<b>Consulta em Oncologia Tóraca</b>  <b>Solicitar no SISREG: CONSULTA EM CIRURGIA TORACICA</b>	<b>R91</b> <b>C34.0</b> <b>C34.9</b> <b>C37.9</b>	<b>Suspeita de Câncer de Pulmão</b> <b>Câncer de pulmão não especificado</b> <b>Câncer de Timo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TC de Tórax com <u>pelo menos um</u> dos critérios abaixo:</li> <li>✓ Nódulo pulmonar solitário não calcificado MAIOR que 01 cm sugestivo de neoplasia maligna.</li> <li>✓ Massa pulmonar solitária sugestivo de neoplasia maligna.</li> <li>✓ Massa ÚNICA em mediastino ou parede torácica sugestiva de neoplasia maligna. (obrigatório afastar tuberculose pulmonar)</li> </ul>

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei. 11.419/2006) EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL598864.68E909E81819A49B.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754

**Quadro 5 – Critérios para Referência Ambulatorial (Continuação)**

<b>Tipo de Consulta</b>	<b>CID</b>	<b>Indicações Clínicas</b>	<b>Condições Necessárias para solicitação de vaga</b>
Consulta em Oncologia <b>Ortopedia</b>  Solicitar no SISREG: <b>CONSULTA EM ORTOPIEDIA ONCOLOGICA</b>	<b>R93.7</b> <b>C40.0</b> <b>C41.0</b>	<b>Suspeita</b> de tumor <b>primário</b> ósseo ou tumor primário de partes moles dos membros  <b>Câncer de ossos e cartilagens articulares dos membros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumor ósseo ou de partes moles: massa sugestiva de neoplasia maligna por TC ou RNM (afastar causas infecciosas e osteomielite).</li> <li>• <u>Não incluir casos com metástase óssea de outro sítio primário.</u></li> <li>• Tumores benignos agressivos ósseos dos membros. Profilaxia e tratamento de fratura patológica provocada por lesões metastáticas em ossos de membros superiores e inferiores do esqueleto</li> </ul>
Consulta em Oncologia – Cabeça e Pescoço  Solicitar no SISREG: <b>CONSULTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO ONCOLOGICA</b>	<b>C73</b> <b>C73.9</b> <b>C77.0</b>	<b>Câncer de Tireóide diagnosticado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer de Tireóide confirmado por PAAF de tireóide (apenas casos com PAAF de padrão maligno)</li> </ul>
	<b>C32.0</b>	<b>Câncer de Laringe diagnosticado</b> ou suspeito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histopatológico com biópsia e/ou exame de imagem (laringoscopia)</li> </ul>
	<b>C05.0</b> <b>C.07.9</b> <b>C10.0</b> <b>C09.8</b> <b>C11.9</b> <b>C13.2</b> <b>C00.1</b> <b>C01.9</b> <b>C03.0</b> <b>C30.0</b> <b>C08.9</b> <b>C14.8</b>	<b>Câncer de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palato</li> <li>• Parótida</li> <li>• Orofaringe</li> <li>• Amígdala</li> <li>• Nasofaringe</li> <li>• Hipofaringe</li> <li>• Lábio</li> <li>• Língua</li> <li>• Gengiva</li> <li>• Cavidade nasal e ouvido</li> <li>• Glândulas salivares</li> <li>• Lesão sobreposta do lábio,</li> <li>• Cavidade oral e faringe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histopatológico com biópsia e/ou exames de imagem com contraste (TC ou RNM) fortemente sugestivo de câncer</li> </ul>
	<b>C06</b>	<b>Câncer de Cavidade Oral diagnosticado</b> ou suspeito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer Oral confirmado por biópsia ou</li> <li>• exames de imagem com contraste (TC ou RNM) fortemente sugestivo de câncer</li> </ul>
	<b>C10</b>	<b>Câncer de Faringe/Laringe diagnosticado</b> ou suspeito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer de Faringe/Laringe confirmado por biópsia ou</li> <li>• exames de imagem (laringoscopia ou nasofibroscopia) fortemente sugestivo de câncer</li> </ul>

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA**  
**DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE REDES ASSISTENCIAIS – DDRA**  
**COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA – CEAO**  
**Quadro 6 – Critérios para Referência Ambulatorial (Continuação)**

<b>Tipo de Consulta</b>	<b>CID</b>	<b>Indicações Clínicas</b>	<b>Condições Necessárias para solicitação de vaga</b>
Consulta em <b>Neurocirurgia</b>  <b>Solicitar no SISREG: CONSULTA EM NEUROCIRURGIA TRIAGEM</b>	<b>R90</b>	<b>Suspeita</b> de tumor primário de SNC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massa em SNC única ou múltipla confirmada por TC ou RNM de crânio (afastar causas infecciosas).</li> </ul>
	<b>C71</b> <b>C72.0</b>	Suspeita de Câncer de encéfalo Câncer de medula espinhal, dos nervos cranianos e de outras partes do SNC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo de TC e/ou RNM sugestivo de tumores do SNC e quadro clínico</li> </ul>
	<b>D42.0</b>	Suspeita de Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido das meninges cerebrais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo de TC e/ou RNM sugestivo de tumores do SNC e quadro clínico</li> </ul>
Consulta em Oncologia <b>Hematologia</b>  <b>Solicitar no SISREG: CONSULTA EM HEMATOLOGIA TRIAGEM</b>	<b>C81 a</b> <b>C85</b>	Linfoma <b>diagnosticado ou suspeita</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Linfoma confirmado por biópsia ou</li> <li>• exames de imagem (TC com contraste) sugestivos de linfoma</li> </ul>
	<b>C42.1</b> <b>C91</b> <b>C92</b>	Leucemia Aguda <b>diagnosticado ou suspeita</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais que 20% blastos em mielograma ou sangue periférico</li> </ul>
	<b>D47.1</b>	<b>Suspeita</b> de Doença Mieloproliferativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biópsia de medula óssea sugestiva ou Jak2 mutado</li> </ul>
	<b>D46</b>	<b>Suspeita</b> de Mielodisplasia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achado de displasia em biópsia de medula ou mielograma <u>E</u> citopenia grave, descartado anemia megaloblástica</li> </ul>
	<b>R79.9</b> <b>C90</b>	<b>Suspeita</b> de Mieloma Múltiplo Mieloma Múltiplo <b>diagnosticado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de componente monoclonal em eletroforese de proteínas séricas ou plasmocitose em mielograma</li> </ul>
<b>R72</b>	<b>Suspeita</b> de Leucemia Linfóide Crônica ou Leucemia Mielóide Crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucocitose em hemograma mantido por mais de 6 semanas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Linfócitos valor absoluto &gt;5.000/mm<sup>3</sup> ou</li> <li>- Leucócitos &gt; 20.000 ou</li> <li>- BCR-ABL positivo</li> </ul> </li> </ul>	
Consulta em Oncologia – <b>Oftalmologia (exclusivo para oftalmologistas - CACON)</b>	<b>R93.0</b>	<b>Suspeita</b> de Melanoma de Coróide	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame fundoscópico compatível com Melanoma de Coróide <u>E</u> USG ocular compatível com neoplasia maligna</li> </ul>
	<b>C69.2</b>	<b>Suspeita</b> de Câncer do olho e anexos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame com laudo compatível de neoplasia maligna</li> </ul>

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei. 11.419/2006)  
EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL598864.68E909E81819A49E.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754

### 3. TUMORES DE COMPORTAMENTOS INCERTOS

**Quadro 7 – Critérios para Referência Ambulatorial**

Consulta em Oncologia <b>Ginecologia</b>  Solicitar no SISREG: <b>CONSULTA EM GINECOLOGIA ONCOLOGICA</b>	<b>O 01.9</b>	<b>Neoplasia trofoblástica gestacional - MOLA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevação de Beta-HCG por duas semanas consecutivas após qualquer tipo de gestação OU</li> <li>• Plateau de Beta-HCG três semanas consecutivas após qualquer tipo de gestação</li> <li>• A partir de 10 anos</li> </ul>
	<b>D 39.2</b>	<b>Coriocarcinoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histopatológico confirmando a doença</li> <li>• A partir de 10 anos</li> </ul>
<p>- Nota: Todas as pacientes com Neoplasia Trofoblástica Gestacional – MOLA, serão atendidas e farão tratamento ambulatorial e/ou cirúrgico na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e posteriormente referenciadas para realizarem a quimioterapia no Hospital Ophir Loyola, <b>através de agendamento interno: 3265-6597/ ambulatorio@ophirloyola.pa.gov.br</b></p>			
Consulta em Oncologia – <b>Cabeça e Pescoço/ Neurocirurgia Intervencionista</b>  Solicitar no SISREG: <b>CONSULTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO ONCOLOGICA</b>	<b>D16.6</b>	Tumor de Nasofaringe sugestivo de <b>Nasoangiofibroma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laudo de TC e/ou RNM de face com contraste que indique tumor de nasofaringe sugestivo para Nasoangiofibroma, ou</li> <li>• Biópsia de lesão</li> </ul>
<p>- Nota: TODOS os pacientes serão atendidos no OPHIR LOYOLA - desde a entrada pelo ambulatório até a realização do procedimento cirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para casos inicialmente identificados e diagnosticados no HOIOL o paciente será regulado para o HOL para prosseguimento a partir da etapa em que se encontra, através de agendamento interno: <b>3265-6597/ ambulatorio@ophirloyola.pa.gov.br</b></li> <li>• Após a avaliação do caso pelo CACON/HOL e o paciente for adolescente até 18 anos e peso menor que 35 quilos ou idade inferior que 12 anos de idade que requer suporte de terapia intensiva pediátrica, deverá ser alinhado e programado suporte de terapia intensiva interhospitalar durante o processo de atendimento com HOIOL o qual deverá ser comunicado previamente.</li> </ul>			

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei 11.419/2006) EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL598864.68E909E81819A49B.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754

#### 4. PROTOCOLO DE REFERÊNCIA HOSPITALAR

Serão disponibilizadas, pelo CACON/HOL e UNACON'S vagas em **Leitos de Alta Complexidade em Oncologia** para seis grupos de pacientes, a saber:

**Quadro 8 - Protocolo de Acesso a nível Hospitalar para a Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará**

INDICAÇÕES CLÍNICAS		CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA SOLICITAÇÃO DE VAGA
<b>A</b>	<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE CÂNCER E IMPOSSIBILIDADE DE TRATAMENTO AMBULATORIAL</b>	Pacientes que tenham diagnóstico definitivo e necessitem de transferência de Hospital Geral para o CACON/UNACON'S para tratamento específico do câncer de acordo com os critérios estabelecidos para referência
<b>B</b>	<b>SEM DIAGNOSTICO, COM FORTE SUSPEITA DE CÂNCER</b>	Presença de sinais e sintomas e critérios mínimos de exames (laboratorial e de imagem) de acordo com a descrição especificada no protocolo de acesso estadual, associado a falta de condições de tratamento ambulatorial (necessitando de cuidados mais intensivos ou restrito ao leito e status performance igual ou menor que 50%)
<b>C</b>	<b>COM SUSPEITA DE CÂNCER RAROS/ NÃO PREVALENTES</b>	Presença de sinais e sintomas e critérios mínimos de exames (laboratorial e de imagem) de acordo com a descrição especificada no protocolo de acesso estadual para câncer raros, associado à falta de condições de tratamento ambulatorial (necessitando de cuidados mais intensivos ou restrito ao leito e status performance igual ou menor que 50%) e que necessitem de um diagnostico diferencial e definitivo. Estes casos serão referenciados e deverão ser aceitos no CACON/HOL, por ser o único hospital de referencia para esses casos
<b>D</b>	<b>COM PRESENÇA DE METASTASES COM TUMOR PRIMÁRIO INDEFINIDO</b>	Presença de sinais e sintomas e critérios mínimos de exames (laboratorial e de imagem) de acordo com a descrição especificada no protocolo de acesso estadual, associado a falta de condições de tratamento ambulatorial (necessitando de cuidados mais intensivos ou restrito ao leito e status performance igual ou menor que 50%) para casos com presença de focos de metástases e tumor primário indefinido. Estes casos serão referenciados e deverão ser aceitos no CACON/UNACON para diagnostico definitivo e tratamento
<b>E</b>	<b>REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO ESPECIFICO</b>	Pacientes egressos da unidade: quimioterapia de longa duração, lodoterpaia, radioterapia e afins
<b>F</b>	<b>COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO</b>	Pacientes egressos da unidade que já estão e em tratamento do câncer em CACON/UNACON's

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei 11.419/2006)  
EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL598864.68E909E81819A49E.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754

**Quadro 9 - Fluxo Regulatório para Referência Hospitalar**

Indicações Clínicas	Tipo de Leito	CID	Código do Procedimento	Condições Necessárias para Solicitação de Vaga
A E F	Tratamento de intercorrências de paciente oncológico	C01 a C97	304100013 304100021	Intercorrência em paciente com diagnóstico confirmado de câncer e que esteja em tratamento oncológico
A B C D E F	Diagnóstico e tratamento em Oncologia	C01 a C97	304100013 304100021 *uso exclusivo de CACON/UNACON: 304080020 0304090018/ 0304090026	Mesmas condições para vagas ambulatoriais
A B E F	Diagnóstico e Tratamento de Leucemias Agudas	C95.0	304100013 304100021 *uso exclusivo de CACON/UNACON: 304080039	Suspeita de Leucemia Aguda - Leucocitose em hemograma mantido por mais de 6 semanas: Linfócitos valor absoluto >5.000/mm <sup>3</sup> ou Leucócitos > 20.000 ou BCR-ABL positivo
A B C D E F	Leito de CTI (clínica de Terapia Intensiva)	C01 a C97	304100013 304100021	Intercorrência em paciente com diagnóstico confirmado de câncer que esteja em tratamento oncológico ou caso suspeito

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei. 11.419/2006)  
EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL598864.68E909E81819A49E.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754

**Quadro 10 - ANEXO DE ATENDIMENTO EXCLUSIVO PARA O CACON HOL**

<b>Tipo de Consulta</b>	<b>CID</b>	<b>Indicações Clínicas</b>	<b>Condições Necessárias para solicitação de vaga</b>
<p><b>Consulta em Cirurgia e Bucomaxilo facial</b></p> <p><b>Solicitar no SISREG: CONSULTA BUCOMAXILO FACIAL</b></p>	<b>D16.5</b> <b>D16.4</b>	Neoplasia benigna dos ossos da mandíbula e ossos do crânio da face	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do volume em região bucal</li> </ul>
	<b>K10.1</b> <b>K09</b>	Granuloma central de células gigantes e Cisto odontogênico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do volume em região bucal</li> </ul>
	<b>M9262</b> <b>M9250</b> <b>M9270</b> <b>M9280</b> <b>M9280</b> <b>M9290</b> <b>M9301</b> <b>M9363</b>	Fibroma ossificante Tumor de células gigantes do osso Tumor odontogênico Cementoma Tumor neuroectodérmico melanótico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de volume em região bucal ou reabsorção dentária</li> </ul>
	<b>K07.6</b> <b>K07.69</b>	Distúrbio da articulação temporomandibular, não especificada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor Crônica ou aguda da articulação temporomandibular e estruturas anexas e/ou limitação de abertura bucal e/ou dificuldade em suas funções mastigatórias</li> </ul>
	<b>K10.2</b> <b>K10.21</b> <b>K10.25</b> <b>K10.26</b> <b>K10.28</b>	Osteorradionecrose Outras afecções inflamatórias dos maxilares especificadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições suspeitas ou diagnosticada de infecção buco-maxilo-facial</li> </ul>
	<b>K10.81</b> <b>K10.82</b> <b>K10.83</b> <b>K07.1</b>	Hiperplasia condilar Anomalias da relação entre as arcadas dentárias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características clínicas de anomalias de desenvolvimento</li> </ul>
	<b>K11.5</b> <b>K11.6</b>	Sialolitíase Mucocele de glândula salivar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema e dor em glândulas salivares, xerostomia</li> </ul>
	<p><b>Consulta em Oncologia Clínica - Agendamento no HOL</b></p>	<b>C97</b>	<p><b>Câncer diagnosticado</b> não incluso nas categorias acima</p> <p><b>Câncer metastático diagnosticado</b> com sítio primário indeterminado</p>

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patrícia Santos Martins (Lei 11.419/2006)  
EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL59E864.68E909E81819A49E.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DAA754

## 5. PROTOCOLOS DE ACESSO DA REDE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE PARA O DIAGNÓSTICO DOS CASOS MAIS PREVALENTES EM ONCOLOGIA

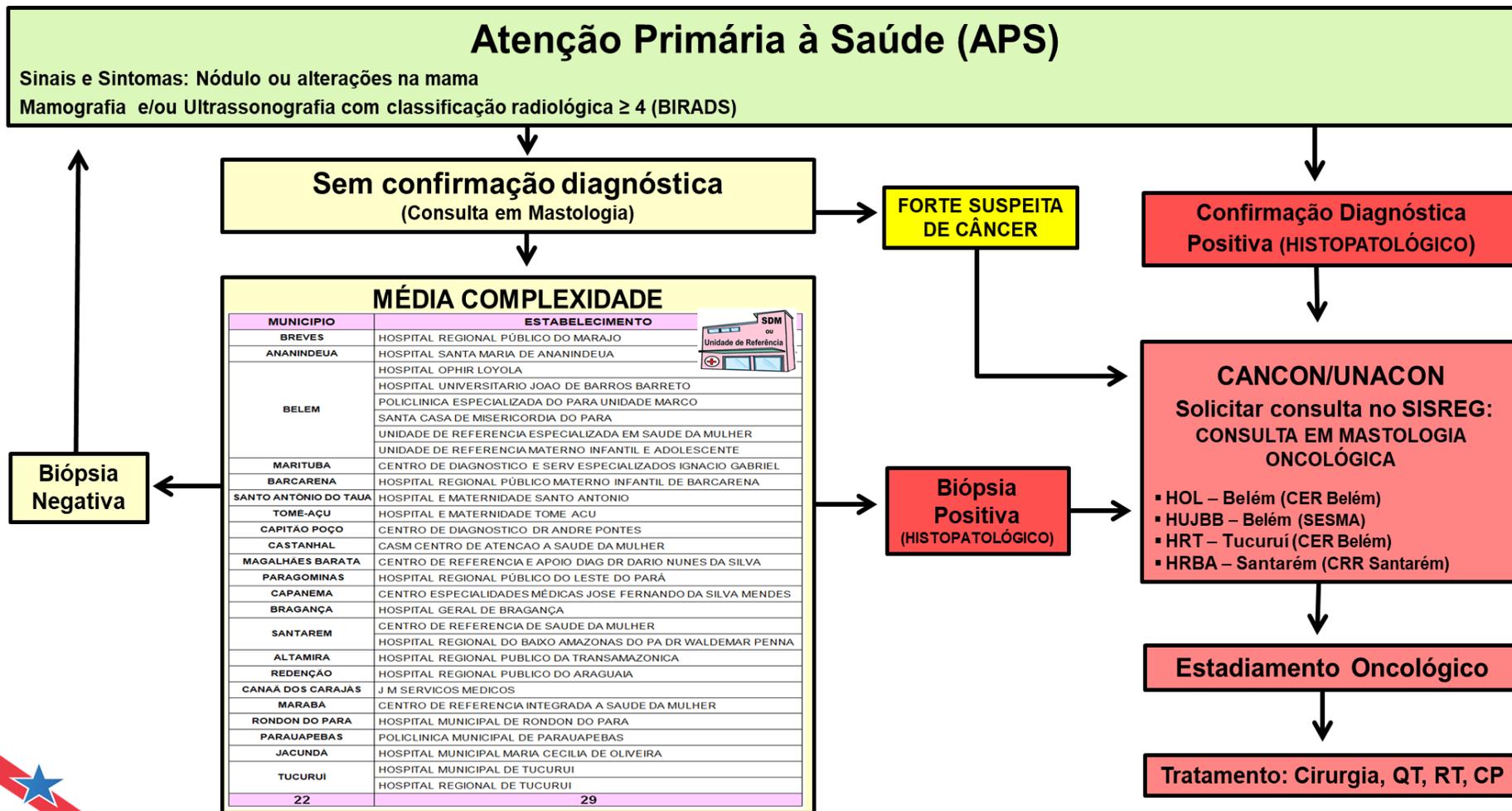
A regulação do acesso aos serviços de média complexidade em oncologia ambulatorial é realizada através das regulações municipais a partir da atenção primária.

O acesso aos serviços de média complexidade, na atenção secundária, deverá ser realizado sob regulação prévia, visando o monitoramento efetivo do atendimento em tempo oportuno, de sua população. Para tanto, a equipe da atenção básica deverá intermediar junto à equipe da regulação municipal o agendamento de consulta especializada e exames do Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT) que possibilitem o diagnóstico dos casos suspeitos de câncer segundo protocolos emanados pelo MS e/ou INCA, visando o cumprimento da Lei 13.896 de 30/10/19, **que garante aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) com suspeita de câncer o direito a biópsia no prazo máximo de 30 dias**, contados a partir do pedido médico.

O objetivo do protocolo de acesso da rede assistencial de média complexidade para o diagnóstico dos casos mais prevalentes em oncologia é o de orientar as equipes de Atenção à Saúde e Regulação Municipais quanto ao protocolo para agendamento de consultas especializadas para usuários do SUS do Estado do Pará, de forma regulada através do Sistema de Regulação do MS (SISREG) e Sistema Estadual de regulação – SER, na Rede de Média e Alta Complexidade em Oncologia.

Segue abaixo os quadros com a referencia para os tipos de canceres mais prevalentes: mama, colo de útero, ovário e endométrio, canceres do aparelho gastrointestinal (estômago, esôfago, colón e reto, fígado e pâncreas), canceres de próstata, pênis, testículo e bexiga, canceres de pele, tireoide e cabeça e pescoço, canceres infanto-juvenil.

# Câncer de Mama



# Câncer de Colo do Útero, Ovário e Endométrio

## Atenção Primária à Saúde (APS)

Sinais e Sintomas: Secreção vaginal anormal, dor abdominal baixa, dor pélvica, sangramento espontâneo ou no ato sexual (fora do período menstrual)  
 PCCU, USG, TC, RNM sugestivo de neoplasia maligna

Sem confirmação diagnóstica  
 (Consulta em Ginecologia / Patologia Cervical)

FORTE SUSPEITA  
 DE CÂNCER

Confirmação Diagnóstica  
 Positiva (HISTOPATOLÓGICO)

### MÉDIA COMPLEXIDADE

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO
SOURÉ	HOSPITAL MUNICIPAL MENINO DEUS
BREVES	HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
ANANINDEUA	HOSPITAL SANTA MARIA DE ANANINDEUA
BELEM	HOSPITAL OPHIR LOYOLA
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOAO DE BARROS BARRETO
	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ
	UNIDADE DE REFERENCIA ESPECIALIZADA EM SAUDE DA MULHER
MARITUBA	UNIDADE DE REFERENCIA MATERNO INFANTIL E ADOLESCENTE
BARCARENA	CENTRO DE DIAGNOSTICO E SERV ESPECIALIZADOS IGNACIO GABRIEL
CAMETÁ	HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE BARCARENA
	UNIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
SANTO ANTÔNIO DO TAUÁ	CENTRO DE REFERENCIA INTEGRAL A SAUDE DA MULHER E DA CRIANÇA
SANTA IZABEL	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO ANTONIO
TOMÉ-ÁÇU	CENTRO DE SAUDE DE SANTA IZABEL
CAPITÃO POÇO	HOSPITAL E MATERNIDADE TOMÉ ACU
CASTANHAL	CENTRO DE DIAGNOSTICO DR ANDRE PONTES
IPIXUNA DO PARÁ	CASM CENTRO DE ATENCAO A SAUDE DA MULHER
MAGALHÃES BARATA	CLIMED MEDICINA DIAGNOSTICA
PARAGOMINAS	CENTRO DE REFERENCIA E APOIO DIAG DR DARIO NUNES DA SILVA
CAPANEMA	HOSPITAL MUNICIPAL DE PARAGOMINAS
BRAGAÇA	CENTRO ESPECIALIDADES MÉDICAS JOSE FERNANDO DA SILVA MENDES
JURUTI	HOSPITAL GERAL DE BRAGAÇA
SANTAREM	HOSPITAL MUNICIPAL DE JURUTI FRANCISCO RODRIGUES BARROS
ITAITUBA	CENTRO DE REFERENCIA DE SAUDE DA MULHER
ALTAMIRA	HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PA DR WALDEMAR PENNA
	CENTRO DE REFERENCIA DE SAUDE DA MULHER
CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DA TRANSAMAZONICA
SANTANA DO ARAGUAIA	HOSPITAL GERAL DE ALTAMIRA SAO RAFAEL
CANAÃ DOS CARAJÁS	HOSPITAL REGIONAL DE CONCEICAO DO ARAGUAIA
MARABÁ	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO DE ASSIS
RONDON DO PARÁ	J M SERVICOS MEDICOS
PARAUPEBAS	CENTRO DE REFERENCIA INTEGRADA A SAUDE DA MULHER
JACUNDÁ	HOSPITAL MUNICIPAL DE RONDON DO PARÁ
TUCURUI	POLICLINICA MUNICIPAL DE PARAUPEBAS
	HOSPITAL MUNICIPAL MARIA CECILIA DE OLIVEIRA
	HOSPITAL MUNICIPAL DE TUCURUI
	HOSPITAL REGIONAL DE TUCURUI
29	37

Biópsia  
 Negativa

Biópsia  
 Positiva  
 (HISTOPATOLÓGICO)

**CANCON/UNACON**  
 Solicitar consulta no SISREG:  
 CONSULTA EM GINECOLOGIA  
 ONCOLÓGICA

- HOL – Belém (CER Belém)
- HUIBB – Belém (SESMA)
- HRT – Tucuruí (CER Belém)
- HRBA – Santarém (CRR Santarém)

Estadiamento Oncológico

Tratamento: Cirurgia, QT, RT, CP



# Cânceres do Aparelho Gastrointestinal (ESTÔMAGO, ESÔFAGO, COLORRETAL, FÍGADO, PÂNCREAS)

## Atenção Primária à Saúde (APS)

**Sinais e Sintomas:** Plenitude gástrica, Sangramento digestivo alto ou baixo; Náusea e vômito, Perda de peso maior que 20% em 6 meses, Anorexia, Astenia, Dor epigástrica  
**Exames:** Laudo de TC e RNM, Sangue oculto em fezes positivo, Protoparasitológico de fezes negativo, Anemia ferropriva (hemograma, ferro sérico)

**Sem confirmação diagnóstica**  
 (Consulta em Gastroenterologia)

**FORTE SUSPEITA DE CÂNCER**

**Confirmação Diagnóstica Positiva (HISTOPATOLÓGICO)**

### MÉDIA COMPLEXIDADE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIO	ESTABELECIMENTO
Marajó II	BREVES	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO MARAJO
Metropolitana I	BELEM	HOSPITAL JEAN BITAR
		HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DR ABELARDO SANTOS
		POLICLINICA ESPECIALIZADA DO PARA UNIDADE MARCO
		URE PRESIDENTE VARGAS
Metropolitana III	CASTANHAL	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DE CASTANHAL
Rio Caetés	CAPANEMA	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DOS CAETES DR JORGE NETO DA COSTA
Baixo Amazonas	SANTAREM	HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PA DR WALDEMAR PENNA
Xingu	ALTAMIRA	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DA TRANSAMAZONICA
Araguaia	REDENÇÃO	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO ARAGUAIA
Lago de Tucuruí	TAILÂNDIA	HOSPITAL GERAL DE TAILANDIA
	TUCURUÍ	HOSPITAL REGIONAL DE TUCURUI
8	9	12

**Biópsia Negativa**

**Biópsia Positiva (HISTOPATOLÓGICO)**

**CANCON/UNACON**  
 Solicitar consulta no SISREG:  
 CONSULTA EM ONCOLOGIA ABDOMINAL

- HOL – Belém (CER Belém)
- HUJBB – Belém (SESMA)
- HRT – Tucuruí (CER Belém)
- HRBA – Santarém (CRR Santarém)

**Estadiamento Oncológico**

**Tratamento: Cirurgia, QT, RT, CP**

# Câncer de Próstata, Pênis, Testículo, Bexiga

## Atenção Primária à Saúde (APS)

**Sinais e Sintomas:** Toque retal com nódulo; Massa Sólida; Lesões

**Exames:** PSA > 10 ng/ml; Aumento do PSA (sequencial) maior que 0,75ng/ml ao ano, após exclusão de prostatite; PSA entre 2,5 e 10ng/ml com densidade do PSA < 15%; Laudo de TC.

Sem confirmação diagnóstica  
(Consulta Urologia)

FORTE SUSPEITA  
DE CÂNCER

Confirmação Diagnóstica  
Positiva (HISTOPATOLÓGICO)

### MÉDIA COMPLEXIDADE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIO	ESTABELECIMENTO
Marajó II	BREVES	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO MARAJO
Metropolitana I	BELEM	HOSPITAL PUBLICO ESTADUAL GALILEU
		HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DR ABELARDO SANTOS
		URE PRESIDENTE VARGAS
Metropolitana III	CASTANHAL	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DE CASTANHAL
Baixo Amazonas	SANTAREM	HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PA DR WALDEMAR PENNA
Xingu	ALTAMIRA	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DA TRANSAMAZONICA
Araguaia	REDENÇÃO	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO ARAGUAIA
Lago de Tucuruí	TUCURUÍ	HOSPITAL REGIONAL DE TUCURUI
7	7	9

Biópsia  
Negativa

Biópsia  
Positiva  
(HISTOPATOLÓGICO)

CANCON/UNACON  
Solicitar consulta no SISREG:  
CONSULTA EM UROLOGIA  
ONCOLÓGICA

- HOL – Belém (CER Belém)
- HUJBB – Belém (SESMA)
- HRT – Tucuruí (CER Belém)
- HRBA – Santarém (CRR Santarém)

Estadiamento Oncológico

Tratamento: Cirurgia, QT, RT, CP

## Cânceres de Pele, Tireoide e Cabeça e Pescoço

### Atenção Primária à Saúde (APS)

**Sinais e Sintomas** ▶ Câncer de Pele: Feridas ou nódulos na pele ▶ Tireoide e Cabeça e Pescoço: Nódulos, caroços, manchas na cavidade oral, faringe, laringe, seios paranasais e glândulas salivares, dificuldade para falar respirar ou engolir.

**Exames:** Laudo de TC, RNM, USG e PAAF alterado, Laringoscopia

### Sem confirmação diagnóstica

(Consulta em Dermatologia, Consulta em Endocrinologia e Consulta em Cirurgia de Cabeça e Pescoço)

**FORTE SUSPEITA DE CÂNCER**

**Confirmação Diagnóstica Positiva (HISTOPATOLÓGICO)**

### MÉDIA COMPLEXIDADE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIO	ESTABELECIMENTO
Metropolitana I	BELEM	HOSPITAL JEAN BITAR
		POLICLINICA ESPECIALIZADA DO PARA UNIDADE MARCO
		URE PRESIDENTE VARGAS
Metropolitana III	CASTANHAL	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DE CASTANHAL
Baixo Amazonas	SANTAREM	HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PA DR WALDEMAR PENNA
Lago de Tucuruí	TUCURUÍ	HOSPITAL REGIONAL DE TUCURUI
4	4	6

**Biópsia Negativa**

**Biópsia Positiva (HISTOPATOLÓGICO)**

### CANCON/UNACON

Solicitar consulta no SISREG:  
 CONSULTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO ONCOLÓGICA, CONSULTA EM DERMATOLOGIA ONCOLÓGICA E CIRURGIA ONCOLÓGICA

- HOL – Belém (CER Belém)
- HRT – Tucuruí (CER Belém) *Apenas PELE*
- HRBA – Santarém (CRR Santarém)

**Estadiamento Oncológico**

**Tratamento: Cirurgia, QT, RT, CP**

# Cânceres Infanto-Juvenil

## Atenção Primária à Saúde (APS)

Sinais e Sintomas: Encaminhar para Média Complexidade para realização de exames de Critérios Mínimos ou Realizar exames de Critérios Mínimos

Sem confirmação diagnóstica  
(Consulta em Pediatria)

FORTE SUSPEITA  
DE CÂNCER

Confirmação Diagnóstica  
Positiva (HISTOPATOLÓGICO)

### MÉDIA COMPLEXIDADE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	TIPO DE CÂNCER
Metropolitana I	BELÉM	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DR ABELARDO SANTOS	TUMORES ABDOMINAIS, CEREBRAIS
		CASMUC-UFPA	TRIAGEM ONCOLÓGICA INFANTIL
		HEMOPA	LEUCEMIAS E LINFOMAS
		SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA	LEUCEMIAS E LINFOMAS, TUMORES ABDOMINAIS, CEREBRAIS
		CENTRO INTEGRADO DE INCLUSAO E REABILITACAO CIIR	LEUCEMIAS E LINFOMAS, TUMORES ABDOMINAIS, CEREBRAIS, RETINOBLASTOMA
		HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAO DE BARROS BARRETO - HUIBB	TUMORES ABDOMINAIS, CEREBRAIS
		PSM'S	
		HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO	TODOS OS TIPOS DE CÂNCERES
Baixo Amazonas	SANTARÉM	HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PA DR WALDEMAR PENNA	NEOPLASIAS MAIS FREQUENTES NA INFANCIA E ADOLESCENCIA
2	2	10	

Biópsia  
Negativa

Biópsia  
Positiva  
(HISTOPATOLÓGICO)

CANCON/UNACON  
Solicitar consulta Regulada no  
SISREG: CONSULTA EM  
ONCOLOGIA PEDIATRICA

- HOIOL – Belém (CER Belém)
- HRBA – Santarém (CRR Santarém)

Estadiamento Oncológico

Tratamento: Cirurgia, QT, RT, CP

## 6. PROTOCOLO DE ACESSO HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO – HOIOL

### ONCOPEDIATRIA CLÍNICA

- ✓ Leucemias
- ✓ Linfomas
- ✓ Tumores sólidos dos diferentes sistemas
- ✓ Infecções decorrentes do tratamento complementar, radio e quimioterapia

### ONCOPEDIATRIA CIRURGICA

- ✓ Cirurgias emergência em usuários oncológicos
- ✓ Complicação de patologias cirúrgicas oncológicas
- ✓ Realização de biópsias diagnósticas
- ✓ Realização de métodos terapêuticos complementares

#### 6.1 CRITÉRIOS PARA AGENDAMENTO DE CONSULTA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA:

Caso o usuário apresente evolução do quadro clínico e de exames de apoio diagnósticos que se enquadrem nos critérios definidos no Anexo I deste documento, às equipes de **Regulação** dos municípios de abrangências das regiões de saúde acima relacionadas deverão cadastrar as solicitações de consulta em oncologia pelo SISREG, em obediência aos critérios especificados nos anexos I e fluxo definido no anexo II deste protocolo.

#### 6.2 ATENDIMENTO ÀS INTERCORRÊNCIAS DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO NA UNIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO (UAI):

Os usuários oncológicos pediátricos egressos em tratamento oncológico ou casos novos de neoplasia malignos pediátricos atendidos no HOIOL serão acolhidos na Unidade de Atendimento às Intercorrências Oncológicas (UAI), a qual é a unidade de urgência e emergência voltada para atendimento de usuários matriculados no referido estabelecimento. Essa UAI funciona 24 horas, com equipe médica, de enfermagem e técnica de enfermagem.

### 6.3 ACOLHIMENTO NA UAI:

A equipe de enfermagem faz avaliação inicial em obediência ao protocolo de classificação de risco adotado pelo HOIOL, verificando sinais vitais, queixa atual, antecedentes pessoais, uso de quimioterápicos e cirurgias prévias. Após a classificação e risco são encaminhados para o consultório médico.

### 6.4 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UAI:

✓ Usuários de 0 a 19 incompletos em tratamento oncológico no HOIOL que apresentem intercorrências clínicas descritas a seguir, mediante apresentação de matrícula no HOIOL:

- ✓ Febre com  $\text{tax} > 37,8^{\circ}\text{C}$  comprovada ou relatada pelo cuidador;
- ✓ Neutropenia febril;
- ✓ Sintomas neurológicos: cefaleia intensa, convulsões, parestias, parestesias, crise de ausência, paraplegias, irritabilidade, confusão mental, torpor, mudanças de comportamentos;
- ✓ Sintomas respiratórias: tosse frequente, dispneia, taquipneia, desconforto respiratório, presença de tiragem intercostal e subcostal, cianose, rouquidão, epistaxe, otalgia intensa, otorreia;
- ✓ Sintomas gastrointestinais: abscesso dentário, epigastralgia intensa, mucosite, disfagia, sialorreia, xerostomia, cólica abdominal, dor anal, diarreia, disenteria, constipação há mais de 3 dias; náuseas e vômitos intensos, melena, enterorragia, hematêmese;
- ✓ Sintomas geniturinários: disúria, polaciúria, oligoanúria, cólicas, hematúria;
- ✓ Presença de dispositivos implantáveis com alterações sugestiva infecção;
- ✓ Sistema tegumentar: presença de foliculite, pústula, celulite, abscessos, paroníquia, dermatoviroses (TORCHS e Varicela), presença de lesão vesicante secundária a quimioterapia;
- ✓ Sinais e sintomas de qualquer infecção localizada;
- ✓ Sinais e sintomas de sepsis precoce: taquicardia, taquipneia, hipotensão, perfusão lentificada, cianose;
- ✓ Sintomas alérgicos: rush cutâneo, urticária, edema de glote, choque anafilático, outras reações alérgicas a medicação (síndrome da lagosta) e a



hemocomponentes;

✓ Sinais e sintomas hematopoiéticos: palidez intensa; Presença de sufusões hemorrágicas: equimoses, petéquias, hematomas, gengivorragias, epistaxe, otorragias, sangramentos em demais sistemas; sinais de hipóxia;

✓ Outros: traumas (fraturas não expostas), lesões traumáticas, ingestão de corpo estranho; intoxicação por medicamentos não quimioterápico serão avaliadas, estabilizadas e encaminhadas para unidade de urgência de atendimento específica caso necessite;

✓ usuário de 0 a 19 anos incompletos após término de terapia por um período de 6 meses com intercorrências ligadas a sua patologia de base;

✓ usuários caso novo de 0 a 19 anos incompletos de neoplasia maligna infanto-juvenil

, considerados instáveis para o ambulatório de oncologia pediátrica;

## 6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA ATENDIMENTO NA UAI:

✓ usuário de 0 a 19 anos incompletos após término de terapia por um período superior a 6(seis) meses;

✓ usuário sem diagnóstico de neoplasia maligna infanto-juvenil;

✓ usuário assintomáticos;

✓ usuário que já completaram 19 anos;

## 7. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO:

Caso o usuário não apresente resolução do quadro clínico durante o tratamento ambulatorial na UNACON, será gerado uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e esta será cadastrada através do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HOIOL no Sistema Estadual de Regulação (SER) junto à Central Estadual de Regulação (CER), em obediência aos critérios definidos no Anexo I e fluxo definido no anexo III deste protocolo.

### 7.1 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UTI:

A internação em leitos de UTI destina-se ao atendimento de usuários exclusivamente oncológicos, graves ou de risco e potencialmente recuperáveis.

## 7.2 FATORES SUBJETIVOS PARA ADMISSÃO NA UTI:

Diagnóstico, Doença Coexistente, Disponibilidade tratamento adequado, Desejo do usuário ou do responsável, Antecipada qualidade de vida, Reserva fisiológica, Resposta ao tratamento, Faixa etária e Parada cardiorrespiratória recente.

## 7.3 FATORES AVALIADOS PARA ADMISSÃO EM UTI NO PÓS OPERATÓRIO:

Cirurgia de grande porte e extensa, Sepses grave, Instabilidade hemodinâmica, Hemorragia maciça, Insuficiência respiratória. Nestes casos, no momento do agendamento da cirurgia, o médico assistente deverá solicitar a reserva do leito de UTI.

## 7.4 CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA:

### PRIORIDADE 01

Usuários criticamente enfermos e instáveis que necessitam de cuidados de terapia intensiva e monitoração que não pode ser provida fora de ambiente de UTI. Usualmente, incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc.

### PRIORIDADE 02

Usuários que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata.

### PRIORIDADE 03

Usuários criticamente doentes, mas que tem uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza da sua doença aguda.

### PRIORIDADE 04

Usuários geralmente não apropriados para admissão à UTI. A admissão deve ser feita em base individual, em circunstâncias não usuais e ao discernimento do diretor clínico da UTI. Esses usuários podem ser colocados em duas categorias:



Categoria A: Benefício mínimo com os cuidados intensivos devido ao baixo risco de intervenção ativa que não possa ser realizado em ambiente fora da UTI.

Categoria B: Doença terminal ou irreversível, com probabilidade de morte iminente.

8. CRITERIOS PARA REGULAÇÃO DE CONSULTA OU INTERNAÇÃO EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA JUNTO A CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL OU COMPLEXO REGULADOR REGIONAL SANTARÉM

## LEUCEMIAS

**QUADRO CLINICO:** SANGRAMENTOS, PALIDEZ, DORES OSSEAS, LINFONODOMEGALIAS, HEPATO /ESPLENOMEGALIA, PARALISIA FACIAL, AUMENTO TESTICULAR

**HEMOGRAMA:**  
ANEMIA + LEUCOCITOSE COM PRESENÇA DE BLASTOS + PLAQUETOPENIA OU LEUCOPENIA COM BLASTOS LEUCEMICOS EM 2 HEMOGRAMAS CONSECUTIVOS:

**PERFIL DO HOIOL**

**HEMOGRAMA:**  
ANEMIA + LEUCOPENIA + PLAQUETOPENIA:  
INVESTIGAR OUTRAS CAUSAS

EXAMES COMPLEMENTARES SE POSSÍVEL : DESIDROGENASE LÁTICA(DHL),SOROLOGIAS , MIELOGRAMA

## LINFOMAS

**QUADRO CLINICO\***LINFONODOS > 3CM, INDOLORES, AGLOMERADOS, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, COM CRESCIMENTO PROGRESSIVO E DURAÇÃO < 10 MESES ASSOCIADO FEBRE, PERDA DE PESO, SUDORESE , PRURIDO : INVESTIGAR EM HOSPITAL SECUNDARIO

SE LOCALIZAÇÃO : SUPRACLAVICULAR(QUALQUER TAMANHO) –BIOPSIA GANGLIONAR-HOSPITAL SECUNDARIO

SE **RX TORAX OU TC DE TORAX** SUGESTIVO DE MASSA MEDIASTINAL COM SINTOMAS RESPIRATORIOS(TOSSE , DISPNEIA) E DHL(DESIDROGENASE LÁTICA) AUMENTADA :  
**PERFIL HOIOL**

LINFONODOMEGALIA \* CERVICAL COM OBSTRUÇÃO VIAS AEREAS SUPERIORES+ DHL AUMENTADO E **USG OU TC CERVICAL** : **PERFIL HOIOL**

MASSA ABDOMINAL : CRESCIMENTO PROGRESSIVO, COM RISCO DE ABDOME AGUDO, DHL AUMENTADO . **USG OU TC** DEMONSTRANDO MASSA SÓLIDA **PERFIL HOIOL**

**QUADRO CLINICO:** AUMENTO DE VOLUME ABDOMINAL, **DE CRESCIMENTO RÁPIDO**, DOR, PERDA DE PESO, HEMATURIA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, FEBRE, ALTERAÇÃO DE HABITO INTESTINAL, CUSHING

**USG OU TC :** DEMONSTRANDO MASSA SOLIDA RENAL OU SUPRA RENAL **PERFIL HOIOL**

MASSA HEPATICA : BIOPSIA HEPATICA- GRUPO FIGADO FUNDAÇÃO STA CASA

**DHL ELEVADO**

MASSAS ABDOMINAIS COM HISTORIA DE MAIS DE 8 MESES SEM COMPROMETIMENTO ESTADO GERAL: INVESTIGAR HOSPITAL SECUNDARIO

## TUMORES SNC E OCULARES

**Quadro clinico:** Cefaléia, vomitos matutinos, Hipertensão intracraniana, alteração de marcha, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, aumento de perimetro cefalico, irritabilidade, convulsões, dor lombar, parestias ou parestias . Leucocoria , dor ocular, proptose ocular

**TC de cranio ou RNM de cranio:** presença de formação expansiva com ou sem dilatação ventricular. Presença de lesao intraocular **Perfil HOIOL**

**RNM ou TC coluna :** presença de lesão expansiva em canal medular , com sinais de compressão. **Perfil HOIOL**

**Usg ocular ou mapeamento de retina :** lesão intraocular uni ou bilateral  
Avaliação Oftalmologia + Triagem Oncologica CASMUC

## Tumores osseos e partes moles

**Quadro Clinico:** dor ossea localizada , aumento de volume de membro com ou sem sinais flogisticos, perda de peso, febre , presença de aumento de partes moles ou nódulos de crescimento progressivo em menos de 6 meses

**RX simples Local Acometido:** reação periostal . Presença de tumor osseo, fratura patologica. Avaliação ortopedia do **HOIOL**

**Dosagem de VHS ou DHL:** elevado

**TC ou RNM Membro acometido se possível:** Presença de tumor osseo  
Avaliação ortopedia do **HOIOL**

**USG partes moles ou TC do local acometido:** presença de massa solida infiltrativa, sem limites definidos . **PERFIL HOIOL** Descartar : Hemangioma

**Biopsia da lesão acometida: neoplasia maligna : Perfil HOIOL**

## REFERÊNCIAS

Protocolo de consultas e exames de média e alta complexidade e alto custo, Belém, 2014.

Plano Estadual de Oncologia do Estado do Pará - 2015

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2014.

Protocolo Clínico de Regulação de Acesso para Tratamento de Alta Complexidade em Oncologia, São Paulo, 2015.

Protocolo de Ingresso ao Serviço de Alta Complexidade em Oncologia do UNACON do Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará – Dr. Waldemar Penna, 2016.

Portaria Nº 140 do MS/SAS de 27 de fevereiro de 2014 (DOU – 28/02/2014).

ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO USUÁRIO: Patricia Santos Martins (Lei 11.419/2006)  
EM 20/07/2021 14:52 (Hora Local) - Aut. Assinatura: D531557FCL59E864.68E909E81819A49E.8E15E16E387F22C5.AB1ED295C4DDA4754