MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS OFERTAS DE CUIDADOS INTEGRADOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ONCOLOGIA



Brasília - DF
2026

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Protocolo de Acesso às Ofertas de Cuidados Integrados na Atenção Especializada em Oncologia



Brasília - DF
2026

Elaboração, distribuição e informações: MINISTÉRIO DA SAÚDE.
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 9º andar CEP: 70.058-900 – Brasília/DF
Site: www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes
Tel.: (61) 3315-7754

Ministro da Saúde: *Alexandre Rocha Santos Padilha*

Secretário de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS): *Mozart Julio Tabosa Salles*

DECAN/SAES/MS: *Guacyra Magalhães Pires Bezerra*

DEEQAE/SAES/MS: *Rodrigo Alves Torres Oliveira*

CGPP/DEEQAE/SAES/MS: *Marcia Rosalmeida Dantas Cardia*

COPPCA/DEEQAE/SAES/MS: *Gustavo Machado Felinto*

Conteúdo:

Ana Paula da Cruz Caramaschi

Claudia Maria de Jesus Oliveira

Cristiano Guedes Duque

Elizabeth Alves de Jesus

Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Flávia de Miranda Corrêa

Flávia Kelli Alvarenga Pinto

Gabriela Moreno Zilio Castellace

Gilberto Scarazatti

Gilmara Lúcia dos Santos

Guacyra Magalhães Pires Bezerra

José Barreto Campello Carvalheira

Larissa Arruda Barbosa

Liliane Cristina Rodrigues

Augusto Luciano Mesentier da Costa

Maria Beatriz Kneipp Dias

Patrícia Freire Renata Oliveira Maciel dos Santos

Raísa Nunes dos Santos Garcia

Roberto de Almeida Gil

Rosalva Raimundo da Silva

Débora Spalding Verdi

Thais Alessa Leite

Revisão:

Gustavo Machado Felinto

Marcos Jonathan Lino dos Santos

Paula Elaine Diniz dos Reis

Pedro Angelo Luzini Gondim

Raquel Monteath dos Santos

Tamires Marinho Santos

Thalita Cristinny Araújo Silva



Apresentação

Este documento tem por objetivo orientar o acesso ao conjunto de Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), considerando o arcabouço normativo vigente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, destaca-se a Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024, que instituiu o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, atualmente incorporado ao Programa Agora Tem Especialistas, nos termos da Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025.

Adicionalmente, consideram-se as disposições da Portaria SAES/MS nº 1.640, de 7 de maio de 2024, alterada pela Portaria SAES/MS nº 1.976, de 14 de agosto de 2024, que tratam da operacionalização do referido Programa, bem como a Portaria SAES/MS nº 1.824, de 11 de junho de 2024, que incluiu subgrupo, Forma de Organização, procedimentos, atributos e compatibilidades na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais no Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, Ofertas de Cuidados Integrado (OCI) em Oncologia.

Os protocolos de acesso servirão de subsídio para a organização e a definição de condutas pelos Núcleos de Apoio a Gestão (NAG), que consistem em instâncias responsáveis pelo apoio à implementação de dispositivos de regulação, pelo compartilhamento de informações entre os serviços de saúde, pela gestão das filas, pelo matriciamento da rede de saúde, entre outras atribuições. Em articulação com as diretrizes de cuidado, essa ferramenta também poderá subsidiar a atuação dos Núcleos de Gestão do Cuidado (NGC), especialmente na orientação dos profissionais da assistência e na definição do fluxo de cuidado mais adequado para cada situação.

Boa leitura.

Sumário

Apresentação 04
Introdução 06
Câncer de mama 08
Câncer do colo do útero 12
Câncer colorretal 17
Câncer de próstata 18
Câncer gástrico 19
Referências 21

Introdução

O Componente Ambulatorial do Programa Agora Tem Especialistas integra a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) e tem por finalidade ampliar e qualificar o acesso da população à Atenção Ambulatorial Especializada (AES). Seu objetivo central consiste na redução de filas e dos tempos de espera, assegurando a realização de consultas, exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos voltados, sobretudo, ao enfrentamento da demanda reprimida.

Nesse contexto, as Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) constituem arranjos assistenciais que articulam consultas, exames e tecnologias de cuidado, conforme disposto na Portaria SAES/MS nº 3.492/2024, de modo a assegurar atenção oportuna, resolutiva e de qualidade. Essa estratégia fortalece a articulação entre a AES e a Atenção Primária à Saúde (APS), e promove a continuidade do cuidado na Rede de Prevenção e Controle do Câncer (RPCC).

A APS desempenha papel estratégico na detecção precoce do câncer por meio de duas abordagens complementares: o rastreamento, voltado à identificação de lesões pré-cancerígenas ou câncer pré-clínico em população-alvo assintomática, e o diagnóstico precoce, baseado no reconhecimento de sinais e sintomas suspeitos em estágio inicial da doença.

Ressalta-se, ainda, a obrigatoriedade de incluir a população indígena, atendida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), nos fluxos assistenciais da RPCC, em articulação com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A medida visa assegurar equidade no acesso e garantir que os povos indígenas sejam contemplados em todas as etapas da linha de cuidado, a saber: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento oportuno e cuidados em oncologia.

Assim, o presente protocolo orienta a organização dos fluxos de referência e contrarreferência, de modo a assegurar que a pessoa usuária navegue pela RPCC de forma ágil e receba o cuidado oncológico em tempo oportuno.

A implementação deve observar os princípios da integralidade e da continuidade do cuidado, em conformidade com o estabelecido pela Lei nº 15.385, de 10 de abril de 2026, que instituiu novo marco regulatório para a prevenção e o controle do câncer no Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a garantir equidade, qualidade e efetividade na atenção oncológica.

Quadro 1. Ofertas de Cuidados Integrados de acordo com tipo de câncer, código na Tabela de Procedimentos do SUS, nome do conjunto e descrição.

Tipo de câncer	Código SIGTAP e Nome do conjunto	Descrição
Câncer de mama	09.01.01.001-4 - OCI Avaliação diagnóstica inicial de câncer de mama	Conjunto de procedimentos para avaliação clínica especializada e investigação da suspeita diagnóstica
	09.01.01.009-0 - OCI Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de mama - I	Conjunto de procedimentos para avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
	09.01.01.010-3 - OCI Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de mama - II	Conjunto de procedimentos para avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
	09.01.01. 013-8 - OCI DE Imunohistoquímica de Neoplasia Maligna de Mama	Conjunto de procedimentos para avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
Câncer de colo de útero	09.01.01.005-7 - OCI Investigação diagnóstica de câncer de colo do Útero	Contempla os seguintes procedimentos de avaliação especializada e apoio diagnóstico: consulta médica especializada, colposcopia, biópsia do colo uterino, anatomopatológico, consulta presencial ou teleconsulta de retorno
	09.01.01.011-1 - OCI Avaliação diagnóstica e terapêutica de câncer de colo do útero-	Conjunto de procedimentos para avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
	09.01.01.012-0 - OCI: Avaliação diagnóstica e terapêutica de câncer de colo do útero-II	Conjunto de procedimentos para avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica

Câncer de próstata	09.01.01.004-9 - OCI Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de próstata	Conjunto de procedimentos para avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
Câncer colorretal	09.01.01.008-1 - OCI Avaliação diagnóstica de câncer de colorretal	Conjunto de procedimentos para atender casos suspeitos que necessitam de avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica
Câncer gástrico	09.01.01.007-3 - OCI - Avaliação diagnóstica de câncer gástrico	Conjunto de procedimentos para atender casos suspeitos que necessitam de avaliação clínica especializada, investigação e confirmação da suspeita diagnóstica

Fonte: Portaria SAES/MS Nº 3.949, de 19 de março de 2026.

Protocolos de Acesso às Ofertas de Cuidados Integrados na Atenção Especializada em Oncologia

Câncer de mama

No Brasil, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o tipo mais incidente entre as mulheres em todas as regiões. Para o triênio 2026–2028, são esperados cerca de 78.610 novos casos por ano, com risco estimado de 71,57 casos a cada 100 mil mulheres (Instituto Nacional de Câncer, 2026). As taxas são mais elevadas no Sudeste (88,29 por 100 mil mulheres) e no Sul (77,91), e a menor é observada na região Norte (31,28) (INCA, 2026). O câncer de mama é, também, a primeira causa de morte por câncer entre mulheres no país.

As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o rastreamento e o diagnóstico precoce. O rastreamento populacional é recomendado a cada dois anos para mulheres cisgênero, homens transgênero e pessoas não-binárias nascidas com sistema reprodutivo feminino que mantenham as mamas, na faixa de 50 a 74 anos. Para a faixa de 40 a 49 anos, a mamografia pode ser ofertada sob demanda, mediante decisão compartilhada entre a pessoa usuária e o profissional de saúde, mesmo na ausência de sinais ou sintomas; acima dos 74 anos, a indicação é individualizada, considerando condições clínicas e expectativa de vida (Ministério da Saúde, 2025).

No âmbito da avaliação diagnóstica, em especial, na investigação de alterações mamárias, poderá ser necessária a realização de exames de imagem, como a mamografia e/ou a ultrassonografia

mamária bilateral, conforme a Portaria SAES/MS nº 3.949, de 19 de março de 2026 e Nota Técnica nº 626/2025-CGCAN/DECAN/SAES/MS. A definição do exame dependerá da indicação clínica e da avaliação médica.

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

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

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

Fonte: PARÂMETROS TÉCNICOS PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA – Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2022.

A detecção precoce do câncer de mama contempla duas estratégias: o diagnóstico precoce, direcionado a população elegível com sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama, e o rastreamento, voltado às pessoas assintomáticas elegíveis (INCA, 2021). Essas ações se distinguem quanto ao impacto de implementação e necessitam de infraestrutura e custo distintos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

OCI Avaliação diagnóstica inicial de câncer de mama

Este conjunto contempla os seguintes procedimentos para avaliação especializada e apoio diagnóstico: mamografia diagnóstica, ultrassonografia (US) de mama, consulta médica especializada, emissão de laudo, consulta presencial ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres cisgênero, homens transgênero e pessoas não-binárias nascidas com sistema reprodutivo feminino, com mais de 50 anos;
- Qualquer nódulo mamário em homens com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário que persista por mais de um ciclo menstrual, em mulheres cisgênero, homens transgênero e pessoas não-binárias nascidas com sistema reprodutivo feminino com mais de 30 anos;
- Nódulo mamário de consistência endurecida, fixo ou que aumente de tamanho, em pessoas adultas de qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Pessoas com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral;
- Linfadenopatia axilar;
- Aumento progressivo da mama acompanhado de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração da pele da mama;
- Alteração do formato do mamilo.

OCI Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de mama I

Este conjunto contempla os seguintes procedimentos para avaliação especializada e apoio diagnóstico: consulta médica especializada, punção mamária com agulha fina, citopatológico de mama, consulta presencial ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

- Progressão da avaliação a partir da OCI Avaliação diagnóstica inicial de câncer de mama;
- Mamografia alterada (em pessoas sintomáticas ou assintomáticas) com resultado BI-RADS® 4 ou 5.

OCI Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de mama II

Este conjunto contempla os procedimentos para avaliação especializada e apoio diagnóstico: consulta médica especializada, punção mamária com agulha grossa, biópsia/exérese de nódulo de mama, exame anatomopatológico, consulta presencial ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

- Progressão da avaliação a partir da OCI Avaliação diagnóstica inicial de câncer de mama I;
- Mamografia alterada (em pessoas sintomáticas ou assintomáticas) com resultado BI-RADS® 4 ou 5;
- Resultado inconclusivo no citopatológico de mama realizado na OCI Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de mama I.

OCI Imunohistoquímica de neoplasia maligna de mama

A Portaria SAES/MS nº 3.949, de 19 de março de 2026, incorporou a OCI Imuno-histoquímica de neoplasia maligna de mama, com a finalidade de qualificar o diagnóstico do câncer de mama ao possibilitar a classificação dos tumores em diferentes subtipos moleculares, essenciais para definição terapêutica.

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) estejam cientes de que a imuno-histoquímica (IHQ) é realizada a partir da lâmina obtida por biópsia, cujo acesso se dá no âmbito das OCI de Progressão da Avaliação Diagnóstica de Câncer de Mama I e II. Trata-se de exame complementar ao histopatológico, indicado especialmente nos casos cujo resultado aponta malignidade ou é inconclusivo.

A IHQ permite melhor estudo da biologia tumoral e contribui de forma decisiva para o refinamento diagnóstico, o prognóstico e a escolha do tratamento adequado (Lacerda e Viana, 2023).

Trata-se dos marcadores tumorais:

1. Receptor de estrogênio (ER); indica a presença de receptores hormonais nas células tumorais e auxilia na identificação de tumores potencialmente responsivos à terapia endócrina;

2. Receptor de progesterona (PR); sua avaliação, em conjunto com o receptor de estrogênio, contribui para a caracterização do perfil hormonal do tumor e para a definição de estratégias terapêuticas;

3. HER2 (receptor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2); avaliação permite identificar tumores com superexpressão desse receptor, informação fundamental para a

definição da indicação de terapias direcionadas ao HER2;

4. Ki-67 (marcador de proliferação celular); marcador relacionado à proliferação celular, cuja avaliação auxilia na caracterização da atividade proliferativa do tumor e, em conjunto com os demais marcadores e dados clínico-patológicos, contribui para a avaliação prognóstica e para a definição da estratégia terapêutica.

Com base na expressão dos receptores hormonais (ER e PR), da proteína HER2 e do índice proliferativo Ki-67, o câncer de mama pode ser classificado em subtipos moleculares caracterizados pelos seguintes perfis: Luminal A, Luminal B (HER2-negativo ou HER2-positivo), HER2-positivo não luminal e triplo-negativo. Essa classificação possui valor prognóstico e preditivo, orientando a seleção da terapia sistêmica, que pode incluir hormonoterapia, terapias direcionadas ao HER2, quimioterapia e outras modalidades terapêuticas, conforme o perfil biológico do tumor, o estágio da doença e as diretrizes clínicas vigentes

Além de orientar a escolha do tratamento, a IHQ contribui significativamente para a avaliação prognóstica. De modo geral, os tumores ER/PR positivos associam-se a melhor prognóstico, os HER2 positivos, embora mais agressivos, beneficiam-se de terapias-alvo mais eficazes, e os casos com alto índice proliferativo (Ki-67 elevado), indicam maior agressividade tumoral e pior prognóstico, em razão da elevada taxa de proliferação celular.

Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero (CCU) é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres e a quarta causa de morte por câncer feminino no mundo. Sua incidência e mortalidade estão relacionadas às desigualdades territoriais no acesso à vacinação, ao rastreamento e ao tratamento oportuno.

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a principal causa do CCU. Cerca de 99% dos casos de câncer cervical estão associados à infecção pelo HPV, especialmente pelos tipos 16 e 18, que são responsáveis por cerca de 70% dos casos (Organização Mundial da Saúde, 2023). No Brasil, as estimativas indicam cerca de 19,3 mil novos casos por ano no triênio 2026–2028 (INCA, 2026).

O CCU, contudo, apresenta alto potencial de controle por meio da vacinação e da detecção precoce (MS, 2024). O rastreamento é o principal método de detecção precoce, pois identificar lesões precursoras que podem ser tratadas adequadamente, impedindo sua progressão para o câncer.

A Portaria SECTICS/MS nº 3, de 07 de março de 2024, incorporou os testes moleculares para detecção de HPV oncogênico (DNA-HPV) ao Sistema Único de Saúde. Na sequência, a Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025, aprovou as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, que recomendam a testagem molecular do DNA-HPV como método primário de rastreamento.

Considerando a Portaria SAES/MS nº 3.949, de 19 de março de 2026, que inclui procedimentos e altera atributos de procedimentos integrantes do Componente Ambulatorial, e o Manual

de apoio à implementação do teste DNA-HPV para gestores do Sistema Único de Saúde, é necessário organizar de forma clara e objetiva, o fluxo de acesso e encaminhamento dos casos suspeitos de câncer do colo do útero.

O teste DNA-HPV, por apresentar maior sensibilidade em relação ao exame citopatológico, tende a aumentar a identificação inicial de casos suspeitos, o que implica maior demanda por colposcopias e biópsias. Nesse contexto, torna-se fundamental garantir que os procedimentos previstos na Portaria – como colposcopia, biópsia cervical e exame anatomopatológico de colo uterino – sejam ofertados em tempo oportuno, assegurando a confirmação diagnóstica necessária para o sucesso do rastreamento.

Os resultados positivos para os tipos de HPV de alto risco, especialmente 16 e 18, devem ser encaminhados diretamente para colposcopia, enquanto os demais casos suspeitos identificados pelo DNA-HPV devem seguir o fluxo de investigação definido nas Diretrizes, com regulação para os procedimentos diagnósticos pertinentes. Para que esse fluxo seja efetivo, é indispensável que os gestores estabeleçam protocolos claros de encaminhamento e regulação, garantindo integração entre a Atenção Primária, os serviços especializados e os laboratórios de anatomia patológica.

O objetivo da testagem do DNA-HPV é a identificação de todo caso suspeito para que seja investigado em tempo oportuno, com diagnóstico precoce e efetividade no rastreamento, fortalecendo a resposta do SUS frente ao câncer do colo do útero.

Rastreamento do câncer do colo do útero no SUS

O rastreamento organizado do câncer do colo do útero no SUS adota o teste molecular de detecção do DNA-HPV oncogênico como método primário, em substituição ao exame citopatológico isolado. A população-alvo consiste em pessoas com colo do útero (mulheres cisgênero, homens transgênero e pessoas não-binárias nascidas com sistema reprodutivo feminino) na faixa de 25 a 64 anos, a cada cinco anos, independentemente do status vacinal contra o HPV (Quadro 3).

A citologia deixa de ser o exame primário e passa a ter função reflexa, sendo realizada apenas quando o teste de DNA-HPV detecta tipos oncogênicos diferentes do 16 e do 18. A conduta diante de cada resultado do teste molecular segue o disposto no Quadro 4: resultados negativos retornam ao rastreamento de rotina; a detecção dos tipos 16 ou 18 encaminha diretamente à colposcopia; e a detecção de outros tipos oncogênicos define a realização da citologia reflexa, cujo resultado orienta a conduta subsequente (Quadro 5). As recomendações aplicam-se a pessoas assintomáticas de risco padrão; casos sintomáticos seguem fluxo de investigação diagnóstica próprio.

Quadro 3 – Recomendação de rastreamento do câncer do colo do útero, por faixa etária

Faixa etária	Conduta	Observações
Menos de 25 anos[1]	Não rastrear	Infecções por HPV geralmente transitórias, com alta taxa de regressão espontânea
25 a 64 anos	Teste de DNA-HPV oncogênico a cada 5 anos	Independe do status vacinal contra o HPV
A partir de 64 anos	Encerrar o rastreamento, desde que o último exame seja negativo	Exceção: histórico de NIC 2/3 ou adenocarcinoma in situ (AIS)

Nota: 1. A recomendação de não realizar rastreamento antes dos 25 anos não se aplica às pessoas com colo do útero que vivem com HIV ou que apresentam outras condições de imunossupressão ou imunodepressão. Nesses casos, o rastreamento deve ser iniciado após o início da vida sexual.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I – Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Aprovadas pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025.

Quadro 4 – Conduta conforme o resultado do teste de DNA-HPV

Resultado do DNA-HPV	Conduta
HPV não detectado	Manter o rastreamento de rotina (repetir em 5 anos)
HPV oncogênico 16 ou 18 detectado	Encaminhar para colposcopia
Outros tipos de HPV oncogênico detectado (HPV de alto risco, exceto 16 e 18) 1,2	Realizar citologia reflexa e conduzir conforme o Quadro 5
Resultado inválido	Repetir a coleta do teste de DNA-HPV

Notas:

1. *Em indivíduos da população-alvo portadores de HIV e em outras situações de imunodepressão ou imunossupressão, a detecção HPV de alto risco constitui indicação de encaminhamento para colposcopia.*
2. *Em pessoas da população-alvo que vivem em situação de difícil acesso geográfico ou com barreiras que possam comprometer o seguimento, poderá ser considerado o encaminhamento direto para colposcopia após a detecção de HPV de alto risco, conforme avaliação da equipe de saúde e organização da rede de atenção à saúde.*

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I – Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Aprovadas pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025.

Quadro 5 – Conduta conforme o resultado da citologia reflexa (realizada após DNA-HPV positivo para tipos diferentes de 16 e 18)

Resultado da citologia reflexa	Conduta
Negativa (sem atipias)	Repetir o teste de DNA-HPV em 12 meses
ASC-US — células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas	Encaminhar para colposcopia
ASC-H — células escamosas atípicas, não se podendo afastar lesão de alto grau	Encaminhar para colposcopia
AGC — células glandulares atípicas de significado indeterminado	Encaminhar para colposcopia
AOI — células atípicas de origem indefinida	Encaminhar para colposcopia
LSIL — lesão intraepitelial escamosa de baixo grau	Encaminhar para colposcopia
HSIL — lesão intraepitelial escamosa de alto grau (inclusive não podendo excluir microinvasão)	Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor	Encaminhar para colposcopia
AIS (adenocarcinoma in situ) ou adenocarcinoma invasor	Encaminhar para colposcopia
Insatisfatória	Encaminhar para colposcopia

Legenda: ASC-US – atypical squamous cells of undetermined significance; ASC-H – atypical squamous cells, cannot exclude HSIL; AGC – atypical glandular cells; AOI – células atípicas de origem indefinida; LSIL – low-grade squamous intraepithelial lesion; HSIL – high-grade squamous intraepithelial lesion; AIS – adenocarcinoma in situ; NIC – neoplasia intraepitelial cervical.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I – Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Aprovadas pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025.

OCI Avaliação Diagnóstica de Câncer do Colo do Útero

Este conjunto contempla os seguintes procedimentos de avaliação especializada e apoio diagnóstico: consulta médica especializada, colposcopia, biópsia cervical, anatomopatológico, consulta presencial ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

1. Pessoas com colo do útero com os seguintes resultados de exames citopatológicos do colo uterino:

a. Carcinomas, adenocarcinomas e outras neoplasias;

b. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL);

c. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), não podendo afastar microinvasão;

d. Atipias escamosas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H);

e. Atipias glandulares de significado indeterminado (AGC);

f. Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e atipias escamosas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) persistentes (2 resultados com intervalos de 6 meses ou 1 ano).

g. Identificação de HPV de alto risco, em atenção aos genótipos 16 e 18, constitui indicação de encaminhamento imediato para colposcopia.

h. Pessoas com colo do útero que vivem com HIV e em outras situações de imunodepressão ou imunossupressão, com identificação de HPV de alto risco, independentemente do genótipo, deverá ser encaminhadas para encaminhamento direto à colposcopia.

i. Pessoas com identificação de HPV de alto risco, independentemente do genótipo, em situação de difícil acesso geográfico ou com risco de perda de seguimento, deverão ser encaminhadas para encaminhamento direto à colposcopia, conforme avaliação da equipe de saúde.

2. Pessoas com anormalidades ao exame ginecológico (especular ou toque vaginal) que sugiram clinicamente câncer e/ou impeçam a coleta do exame citopatológico do colo uterino

OCI Avaliação diagnóstica e terapêutica de câncer de colo do útero I

Este conjunto contempla os seguintes procedimentos de avaliação especializada e apoio diagnóstico: consulta médica especializada, colposcopia, exame anatomopatológico, excisão tipo 1 do colo uterino, consulta presencial ou teleconsulta de retorno.

OCI Avaliação diagnóstica e terapêutica de câncer de colo do útero II

Este conjunto contempla os seguintes procedimentos de avaliação especializada e apoio

diagnóstico: consulta médica especializada, colposcopia, exame anatomopatológico, excisão tipo 2 do colo uterino, consulta presencial ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento paras OCI Avaliação diagnóstica e terapêutica de câncer de colo do útero I e II:

1. Progressão da avaliação do Conjunto OCI Avaliação diagnóstica de câncer de colo do útero - Casos com resultado anatomopatológico de NIC II ou III após biópsia.

2. Pessoas com colo de útero com os resultados de exames citopatológicos destacados a seguir, para a Recomendação "Ver e Tratar", considerando o resultado da colposcopia:

a. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL);

b. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), não podendo afastar microinvasão;

c. Atipias escamosas de significado indeterminado, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H);

Câncer colorretal

O câncer colorretal compreende as neoplasias malignas que acometem o cólon e o reto. No Brasil, constitui o segundo tipo de câncer mais incidente em homens e mulheres, excluído o câncer de pele não melanoma, com estimativa de aproximadamente 53.840 casos novos por ano no triênio 2026–2028 (INCA, 2026). Segundo dados dos registros de câncer de base populacional, 80% dos casos diagnosticados no Brasil estão concentrados na população com mais de 50 anos de idade.

A história natural da doença favorece a detecção precoce, uma vez que a maioria dos casos evolui a partir de lesões benignas, os pólipos adenomatosos. A progressão do pólipo para o câncer pode levar mais de 15 anos, portanto, trata-se de um câncer prevenível, tratável e frequentemente curável quando localizado no intestino (sem extensão para outros órgãos) por ocasião do diagnóstico.

A detecção precoce do câncer colorretal apoia-se em duas estratégias complementares: o rastreamento e o diagnóstico precoce. O Ministério da Saúde adotou o Teste Imunoquímico Fecal (FIT) como exame de referência para o rastreamento de pessoas assintomáticas de 50 a 75 anos, com periodicidade bienal e encaminhamento à colonoscopia em caso de resultado positivo, com implementação a partir do segundo semestre de 2026. Para pessoas sintomáticas, mantém-se o diagnóstico precoce, com investigação célere de sinais e sintomas sugestivos (MS, 2026).

OCI Avaliação diagnóstica de câncer colorretal

Este conjunto contempla os seguintes procedimentos de avaliação especializada e apoio diagnóstico: consulta médica especializada, colonoscopia, exame anatomopatológico e consulta presencial ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

- Massa abdominal;
- Mudanças no hábito intestinal;
- Perda de peso inexplicada e dor abdominal;
- Sangramento retal com dor abdominal ou perda de peso;
- Sangramento retal após os 50 anos;
- Teste de sangue oculto nas fezes positivo;
- Presença de sangue nas fezes;
- Fezes afiladas (em fita);
- Dores ao evacuar;
- Diarreia ou constipação persistentes.
- História clínica ou familiar sugestiva de síndrome hereditária de predisposição ao câncer colorretal, quando indicada investigação endoscópica prioritária.
- Anemia ferropriva sem etiologia estabelecida

Câncer de próstata

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais incidente na população masculina em todas as regiões do país, atrás apenas dos tumores de pele não melanoma. Atualmente, é a segunda causa de óbito por câncer na população masculina (INCA, 2026). A idade é o principal fator de risco, sendo o câncer de próstata mais incidente a partir da sexta década de vida, bem como, histórico familiar de câncer de próstata antes dos 60 anos e obesidade, a qual está associada a tipos histológicos avançados (INCA, 2021).

Considerando as principais evidências científicas atuais, não se recomenda o rastreamento populacional, sendo que a recomendação para o câncer de próstata é o diagnóstico precoce, conforme a Nota técnica Nº 9/2023-COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS. A nota destaca a necessidade de investigação célere das queixas urinárias, como demora em iniciar ou finalizar o jato urinário; diminuição do jato urinário, aumento da frequência urinária (diurna ou noturna) e presença de sangue na urina.

OCI Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de próstata

Este conjunto contempla os seguintes procedimentos de avaliação especializada e apoio diagnóstico: consulta médica especializada, ultrassonografia de próstata, biópsia de próstata via transretal, exame anatomopatológico, consulta presencial ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

1. PSA total > 4,0 ng/mL e/ou toque retal alterado;

2. Forte suspeita clínica de câncer de próstata, após investigação do diagnóstico diferencial.

Câncer gástrico

O câncer de estômago está entre os tipos de câncer mais frequentes no Brasil, ocupando a quarta posição entre os homens, excluídos os tumores de pele não melanoma. As taxas de incidência mais elevadas concentram-se nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo na população masculina (INCA, 2026). Segundo dados dos registros de câncer de base populacional, 80% dos casos diagnosticados no Brasil estão concentrados na população acima dos 50 anos de idade.

Os fatores de risco distribuem-se em três grupos. Os genéticos e hereditários que incluem condições como anemia perniciosa e lesões pré-cancerosas, além de características de determinadas cepas de Helicobacter pylori. Os comportamentais abrangem excesso de peso e obesidade, consumo de alimentos conservados no sal, baixa ingestão de frutas, vegetais e fibras, consumo de álcool e tabaco. Os ocupacionais relacionam-se a atividades como a produção de borracha e à exposição à radiação, por exemplo raios-X e gama (INCA, 2022).

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

OCI - Avaliação diagnóstica de câncer gástrico

Este conjunto contempla os seguintes procedimentos de avaliação especializada e apoio diagnóstico: consulta médica especializada, esofagogastroduodenoscopia com biópsia, exame anatomopatológico, consulta presencial ou teleconsulta de retorno.

Critérios de encaminhamento:

1. Massa abdominal palpável ou outro achado ao exame físico sugestivo de neoplasia gástrica

2. Perda ponderal involuntária, especialmente quando associada a um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas:

a. dor epigástrica persistente;

b. dispepsia persistente ou refratária ao tratamento clínico;

c. saciedade precoce;

d. plenitude pós-prandial persistente;

e. náuseas ou vômitos persistentes.

(o valor de 10% não está nas principais diretrizes)

3. Sinais de sangramento digestivo alto, incluindo:

a. hematêmese;

b. melena;

c. anemia ferropriva sem causa aparente;

4. Disfagia progressiva

5. Dispepsia de início recente ou persistente associada a pelo menos um dos seguintes fatores:

a. perda ponderal involuntária;

b. anemia;

c. vômitos persistentes;

d. massa abdominal;

e. história familiar de câncer gástrico.

Referências

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

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

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

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria nº. 3, de 7 de março de 2024. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 mar. 2024e. Seção 1. p. 73. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/relatorios/portaria/2024/portaria-sectics-ms-no-3-de-7-de-marco-de-2024. Acesso em: 09/07/2024.

18 Protocolo de Acesso às Ofertas de Cuidados Integrados na Atenção Especializada em Oncologia Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 9/2023. Recomendação pelo não rastreamento populacional do câncer de próstata, out.023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/notatecnica_ra streio_cancer_de_prostata_2023.pdf . Acesso em: 09/07/2024 Acesso em: 09/07/2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório de Recomendação Nº 878. Testagem Molecular para Detecção de

21

HPV e rastreamento do câncer do colo do útero. Brasília, fev. 2024Disponível em:https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/testagemmolecular-para-deteccao-de-hpv-e-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero/view. Acesso em: 09/07/2024

Brasil. Nota Técnica nº 1/2025-DAET/SAES/MS. Ajustes realizados na formulação das Ofertas de Cuidados Integrados – OCI. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-n-1-2025- daet-saes-ms.pdf.

Brasil. Portaria SAES/MS nº 2.331, de 10 de dezembro de 2024. Inclui, exclui, altera atributos e compatibilidades de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-2.331- de-10-de-dezembro-de-2024-601118253.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº.3.949, de 19 de março de 2026. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2026. Edição nº 54. Pag. 144. Disponível em: https://in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-3.949-de-19-de-marco-de-2026-694439127. Acesso em: 28/05/2026.

Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes de detecção precoce de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_ precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 09/07/2024.

Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes de rastreamento câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_utero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 09/07/2024.

Instituto Nacional de Câncer. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponivel em : https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do- 19 Protocolo de Acesso às Ofertas de Cuidados Integrados na Atenção Especializada em Oncologia cancer_0.pdf. Acesso em: 09/07/2024.

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

Instituto Nacional de Câncer. Atlas on-line de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Base de dados. Disponível em: https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb. Acesso em: 09/07/2024.

Rio De Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral. Protocolo de Regulação Ambulatorial - Oncologia. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_

SerieEspecialidades_Oncol ogia_PDFDigital_20240129_(1).pdf. Acesso em: 09/07/2024. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 53, de 21 de maio de 2021. Protocolo estadual de alta suspeição em Oncologia e diretrizes para a pactuação de protocolo regional de acesso à rede de alta complexidade em oncologia, no estado de São Paulo. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2021/05/E_DL-CIB-53_210521.pdf. Acesso em 09/07/2024.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Manual de apoio à implementação do teste DNA-HPV para gestores do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2026: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2025.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Gastric Cancer. Version 2025.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Suspected cancer: recognition and referral (NG12). London: NICE, atualização 2023.



Conte-nos o que pensa
sobre esta publicação.
Clique aqui
e responda a pesquisa.



Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

