



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Secretaria Executiva de Assistência à Saúde
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Nota Técnica N.º 1/2025 - SES/SEAS/SAIS

Brasília-DF, 06 de setembro de 2025.

À Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SES/SAIS),

Assunto: Nota Técnica: "**ATENDIMENTO INICIAL A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS**"

1. Assunto

De acordo com estimativas do INCA para o período 2023-2025, o Distrito Federal registrará cerca de 7.330 novos casos de câncer anualmente, considerando também os casos de câncer de pele não melanoma (INCA, 2022). Durante 2024, foram contabilizadas 65.253 consultas oncológicas, abrangendo pacientes adultos portadores de tumores sólidos, patologias onco-hematológicas e casos pediátricos. No que se refere aos tratamentos realizados, os números incluem 61.263 sessões de quimioterapia, 1.235 sessões de radioterapia e 2.187 procedimentos cirúrgicos oncológicos (SES/DF, 2025).

Neste contexto, em relação aos atendimentos de urgência e emergência durante o tratamento, estes pacientes podem desenvolver quadros agudos graves, como infecções, neutropenia febril e alterações metabólicas, com altas taxas de internação, superiores a 90%, o que requer uma intervenção, diagnóstico e tratamento rápido (Vieira, Diniz, Comel 2020). Diante desse cenário, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer enfatiza a provisão de cuidados abrangentes e em tempo hábil em todas as etapas da jornada do câncer, com foco na prevenção de agravamentos de estados críticos e garantir respostas rápidas (Brasil, 2023).

2. Objetivo

Este documento tem o objetivo de orientar a equipe multiprofissional, em especial o profissional médico generalista, bem como os serviços de saúde frente às situações agudas em pacientes com câncer, visando reconhecer precocemente condições potencialmente fatais e garantir o encaminhamento e tratamento adequado.

3. Justificativa

A crescente incidência de casos de câncer no Distrito Federal e na RIDE, aliada ao aumento da sobrevivência dos pacientes oncológicos decorrente dos avanços terapêuticos, resulta em maior demanda por atendimentos de urgência e emergência relacionados às complicações do tratamento oncológico.

Pacientes em tratamento quimioterápico, radioterápico ou no pós-operatório de cirurgias oncológicas apresentam maior suscetibilidade a complicações agudas graves, como neutropenia febril, síndrome de lise tumoral, compressão medular e distúrbios metabólicos, que demandam reconhecimento e intervenção imediatos para evitar desfechos desfavoráveis (Vieira, Diniz, Comel 2020).

Desta forma, justifica-se a elaboração desta nota técnica como instrumento norteador para qualificar a assistência, otimizar o tempo de resposta e garantir a continuidade do cuidado oncológico de forma segura e eficaz na rede de atenção à saúde do Distrito Federal. Ressalta-se ainda que, Protocolos Clínicos institucionais serão desenvolvidos a partir da elaboração desta Nota Técnica.

4. Definições

Urgência Oncológica: condição clínica aguda relacionada ao câncer ou seu tratamento, com risco de deterioração clínica nas próximas horas/dias.

Emergência Oncológica: situação com risco iminente de morte, que exige intervenção imediata.

Síndrome de Lise Tumoral (SLT): ocorre devido à lise (destruição) massiva de células tumorais, liberando grandes quantidades de potássio, fosfato e ácidos nucleicos na corrente sanguínea.

Neutropenia Febril: condição médica urgente e grave que ocorre em pacientes com câncer, especialmente aqueles submetidos à quimioterapia que afeta a produção de células sanguíneas.

Compressão Medular: a Compressão Medular Espinhal Neoplásica é resultante de qualquer condição que leve à indentação do saco tecal ou compressão da medula espinhal.

Síndrome da Veia Cava Superior: considerada uma condição que resulta da obstrução do fluxo sanguíneo através da veia cava superior (VCS). Esta obstrução pode ser causada pela invasão direta de um tumor ou pela compressão externa da VCS.

Hipercalemia Maligna: elevação do cálcio sérico associado à lise óssea excessiva ou, por mecanismos humorais relacionados ao tumor.

Dor Oncológica Intensa: é um sintoma altamente prevalente em pessoas com diagnóstico de câncer. Embora não exista um limiar específico para classificar a dor intensa, por se tratar de uma experiência complexa e subjetiva, sua severidade pode ser considerada a partir do relato de dor moderada, grave ou severa.

5. Critérios de exclusão

- Pacientes oncológicos menores de 18 anos;
- Tumores hematológicos;
- Pacientes sem diagnóstico de neoplasia confirmado;
- Pacientes oncológicos sem sinais de descompensação clínica aguda;
- Pacientes oncológicos que NÃO estão em tratamento sistêmico (Quimioterapia / Imunoterapia nos últimos 28 dias).

6. Critérios de inclusão

- Pacientes oncológicos maiores de 18 anos;
- Pacientes oncológicos em tratamento sistêmico (Quimioterapia / Imunoterapia nos últimos 28 dias).

7. Atendimento à pessoa em situação de urgência e emergência oncológica

Os atendimentos referentes às situações abordadas nesta Nota Técnica deverão ser realizados em Serviços Hospitalares de Emergência ou Unidades de Pronto Atendimento, conforme especificado no Quadro 1. Entretanto, quando pacientes oncológicos procurarem as Unidades Básicas de Saúde apresentando quadros agudos, estes deverão ser acolhidos, estabilizados conforme a capacidade técnica local e prontamente encaminhados ao serviço de referência apropriado.

Quadro 1. Distribuição de serviços de saúde para atendimento de urgências e emergências oncológicas

Região de Saúde	UPAs	SHE
Central	-	HRAN
Centro Sul	UPA RF, UPA NB	HRGU
Leste	UPA SSB	HRL
Norte	UPA SOB	HRPL e HRS
Oeste	UPA CEI I, UPA CEI II	HRC e HRBZ
Sudoeste	UPA REC, UPA VP	HRT
Sul	-	HRG

O primeiro contato do paciente oncológico nas UPAs e SHE ocorrerá por meio do Acolhimento com Classificação de Risco, realizado pelo enfermeiro classificador. Neste processo, o profissional deverá atentar-se ao histórico clínico do paciente e aos principais sinais e sintomas característicos dos quadros graves, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 Avaliação do paciente oncológico no Acolhimento e Classificação de Risco.

Contexto do paciente: A avaliação deve sempre considerar o histórico do paciente, comorbidades, tratamentos oncológicos recentes ou em andamento, e uso de medicamentos	
Sintomas inespecíficos: Reconheça que os pacientes oncológicos podem ter sintomas atenuados de infecção ou outras emergências devido à imunossupressão ou à própria doença. A febre pode ser o único sinal de infecção em neutropênicos	
Monitoramento contínuo: A reavaliação periódica é indicada sempre que houver uma mudança nos sintomas ou no estado geral do paciente	
ATENÇÃO: Paciente oncológicos que NÃO estejam em tratamento sistêmico nos últimos 28 dias devem seguir o fluxo de atendimento por sinais e sintomas do paciente adulto, conforme orientações do Manual da ACCR.	
Sinais e Sintomas Chave para Classificação de Risco - VERMELHO	
Vermelho	1. Dor (características e tipos) Avaliação detalhada da dor: História clínica, exame físico e Escala Visual Analógica (> de 7 pontos). Dor irruptiva: Exacerbação transitória de dor intensa sobre dor crônica controlada.
	2. Neurológicos Cefaleia nova, alterada ou progressiva. Manifestações neurológicas: Cefaleia, confusão, distúrbios visuais ou auditivos. Fraqueza motora: Flexores de MMII ou extensores de MMSS em compressão cervical. Achados sensoriais: Dormência, parestesias ascendentes, perda proprioceptiva. Ataxia de marcha de início recente com dor nas costas. (Ataxia: dificuldade ou mesmo incapacidade de se manter a coordenação motora como normalmente). Convulsões, câibras musculares, tetania. (Tetania: distúrbio caracterizado por contrações musculares tônicas intermitentes, acompanhadas de tremores, paralisias e dores musculares, devido a problemas gastrintestinais ou à deficiência de sais de cálcio). Sintomas graves: Confusão, obnubilação, coma.
	3. Disfunções Autonômicas Disfunção esfinteriana: Incontinência/retenção urinária ou fecal (tardia ou precoce na síndrome da cauda equina). Comprometimento hemodinâmico: Síncope, hipotensão, disfunção renal. Síncope. Oligúria.
	4. Respiratórios / Cardiovasculares Dispneia aos pequenos esforços ou repouso, com ou sem sinais de hipoxemia. Edema laríngeo (estridor): Grave, risco de vida. Distensão das veias do pescoço/parede torácica. Edema em face, pescoço ou braços; cianose; pletora facial. Pulmonares: Crepitações, hipóxia, taquipneia, esforço respiratório.
	5. Gastrointestinais / Geniturinários Náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, constipação. Letargia, fadiga, fraqueza muscular. Hematúria. Dor no flanco, com relato de alteração do débito urinário.
	6. Pele e Mucosas / Cateteres Sinais locais de infecção: Eritema, erupções, celulite, úlceras, vesículas, mucosite, fissuras perianais. Infecções graves: Ectima gangrenoso, infecções fúngicas invasivas. Cateteres IV: Eritema, sensibilidade, disfunção.
	7. Infeciosos / Imunológicos Febre: >37.8°C única ou >37.8°C por mais de 1 hora. Sinais de sepse ou disfunção orgânica: Alteração do estado mental, hipotensão, hipóxia, oligúria.
Laranja	O Paciente oncológico em tratamento sistêmico nos últimos 28 dias que apresentar sinais e sintomas diferentes dos itens acima deverá ser incluído na classificação LARANJA.

O Quadro 3 apresenta orientações específicas para médicos generalistas como apoio aos possíveis diagnósticos das emergências e urgências oncológicas mais frequentes. Estas diretrizes visam facilitar o reconhecimento precoce, a conduta inicial e a estabilização do paciente. Após a estabilização do fator que complicou o quadro clínico, o paciente deverá ser transferido para unidade de internação adequada à sua complexidade, podendo ser Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidado Oncológicos.

O parecer ao médico oncologista deverá ser solicitado após o atendimento inicial e estabilização do paciente.

Quadro 3. Orientações específicas para médicos generalistas como apoio aos possíveis diagnósticos das emergências e urgências oncológicas mais frequentes (Continua).

Sinais e Sintomas:	Possível diagnóstico	Conduta em unidades de Pronto Atendimento*
• Dor nas costas, frequentemente pior à noite. • A dor pode ser local ou radicular. • Dor presente apenas ao movimento. • Achados sensoriais (dormência ascendente e parestesias) são muito comuns e geralmente precedem a fraqueza. • Ataxia (incoordenação da marcha) de início recente. Sinais motores (fraqueza sutil ou ataxia) • Disfunção da bexiga e intestino: Retenção urinária é a manifestação mais comum. Constipação e íleo adinâmico. Contexto Oncológico: Os tumores que mais frequentemente causam síndrome da compressão medular (SCM) em adultos são os metastáticos, provenientes de cânceres como pulmão, mama, próstata e mieloma múltiplo.	Compressão Medular Epidural Neoplásica (CMEN)	• Solicitar parecer oncologista • Internação • Considerar avaliação da Neurocirurgia • Considerar avaliação da Radioterapia • Exames Diagnósticos: - Ressonância Magnética (RM) de toda a coluna (cervical, torácica e lombar), com e sem contraste, é a modalidade preferida. Deve ser obtida o mais rápido possível e dentro de 24 horas. - Tratamento / Conduta na suspeita clínica: • Glicocorticoides: Sugere-se dexametasona 10 mg intravenosa, seguida por 4 mg (4 vezes ao dia, total 16 mg/dia) intravenoso ou por via oral em doses divididas. • Manejo de Sintomas: Tratamento de retenção urinária (cateterização) e constipação (regime profilático agressivo). Caso não exista • contraindicação, iniciar hidratação intravenosa. • Controle de dor.

Quadro 3. Orientações específicas para médicos generalistas como apoio aos possíveis diagnósticos das emergências e urgências oncológicas mais frequentes (Continua).

• Anormalidades metabólicas: hipercalcemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia. • Podem incluir: náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, letargia, hematúria, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, convulsões, câibras musculares, tetania, síncope e possível morte súbita. • Dor no flanco. • Atenção: pode haver arritmia cardíaca / morte súbita ou convulsão. Contexto Oncológico: A síndrome de lise tumoral (SLT) ocorre mais frequentemente em pacientes com malignidades hematológicas de alto grau, como linfomas não-Hodgkin agressivos e leucemias agudas, especialmente a leucemia linfoblástica aguda e a leucemia mieloide aguda. Tumores de rápido crescimento, como o linfoma de Burkitt, também estão associados a um alto risco de SLT.	Síndrome de Lise Tumoral (SLT)	• Considerar parecer da oncologia • Exames Diagnósticos: • ≥ 2 valores séricos anormais (acima do limite superior normal ou aumento de 25% em relação ao basal) ácido úrico, potássio, fosfato ou cálcio, presentes em até 3 dias antes ou 7 dias após o início da quimioterapia. • creatinina sérica ($\geq 1,5 \times$ ULN) - Monitoramento: Devem ser monitorados débito urinário, potássio, fosfato, ácido úrico, cálcio, creatinina, ureia e LDH, iniciando antes do tratamento oncológico. ECG/monitoramento cardíaco pode ser necessário. - Tratamento/Conduta: • Hidratação Intravenosa (IV): 200 a 250 ml intravenoso por hora. • Agente Hipouricemiante: alopurinol 300 mg, dividido em 3 vezes ao dia (não deve ser usado com ácido úrico ≥ 8 mg/dL). • Manejo da SLT Aguda: - Requer manejo imediato das anormalidades eletrolíticas (hipercalcemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia). -Disfunção Renal: Consulta com nefrologista é aconselhável, com potencial necessidade de diálise.
--	---------------------------------------	--

Quadro 3. Orientações específicas para médicos generalistas como apoio aos possíveis diagnósticos das emergências e urgências oncológicas mais frequentes (Continua).

• Febre $>37,8^{\circ}\text{C}$ ou $>37.8^{\circ}\text{C}$ sustentada por >1 hora). • Sinais de sepse (ex: alteração do estado mental, hipotensão, hipóxia, oligúria). Contexto Oncológico: paciente realizando quimioterapia citotóxica.	Neutropenia Febril Febre associada a Neutrófilos $< 500 \text{ mml}^3$ ou $< 1000/\text{mm}^3$ com previsão de queda para $< 500/\text{mm}^3$ nas próximas 48 horas.	• Considerar parecer da oncologia • Exames Diagnósticos: - Laboratoriais: Hemograma completo com diferencial, função hepática e renal, eletrólitos, lactato, urinálise. - Culturas Microbiológicas: Pelo menos duas hemoculturas devem ser obtidas imediatamente antes da antibioticoterapia empírica. - Testes para vírus respiratórios / painel viral. - Imaginologia: Realizada prontamente, mas sem atrasar antibióticos. - Radiografia de tórax (baixo risco) ou TC de tórax de alta resolução (alto risco com sintomas respiratórios, mais sensível). - TC abdominal se houver suspeita de enterocolite neutropênica ou colite por <i>C. difficile</i>. - Tratamento/Conduta: • Emergência Médica: Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro o mais rápido possível (dentro de 60 minutos) após a coleta de hemoculturas. - Regime Empírico Inicial: • Alto Risco: Recomenda-se monoterapia com um beta-lactâmico antipseudomonas IV (ex: cefepime, meropenem, imipenem, piperacilina-tazobactam). Evita-se ceftazidime devido ao aumento da resistência. • Monitoramento Próximo: Pacientes devem ser monitorados frequentemente (sinais vitais, ingestão oral, débito urinário). • Duração da Terapia: Varia, mas geralmente é continuada até a recuperação do número absoluto de neutrófilos (≥ 500 células/microL) e afebrilidade sustentada. • Considerar o uso dos fatores estimuladores de colônias (FECs), como o G-CSF (filgrastim e pegfilgrastim);
---	---	---

Quadro 3. Orientações específicas para médicos generalistas como apoio aos possíveis diagnósticos das emergências e urgências oncológicas mais frequentes (Continua).

• Edema da face ou pescoço, tosse e dispneia. • Dores de cabeça, confusão, distúrbios visuais/auditivos e, em casos graves. • Distensão das veias no pescoço e na parede torácica (visível ao exame físico). • Edema de braço, cianose e pletora facial são menos comuns. Contexto Oncológico: mais frequentemente relacionado ao câncer de pulmão e linfomas, especialmente o linfoma não-Hodgkin.	Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS)	• Considerar parecer da oncologia - Exames Diagnósticos: • TC de tórax e pescoço com Contraste (CECT). • Radiografias de Tórax: Frequentemente anormais, com alargamento do mediastino e/ou derrame pleural. -Tratamento/Conduta: • Em casos de hipoxemia grave, garantir via aérea, suportar respiração e circulação. • Manejo Suportivo: Evitar injeções intramusculares nos membros superiores, limitar fluidos IV excessivos, posicionar cabeça e braços para reduzir edema.
• obnubilação grave e coma. • náuseas, vômitos, anorexia, letargia, disfunção renal, arritmias cardíacas, convulsões, câibras musculares, tetania e síncope. Contexto Oncológico: Entre os tumores sólidos, o câncer de pulmão, de mama, o carcinoma de células escamosas e o câncer renal são os mais prevalentes em causar hipercalcemia. Em relação às malignidades hematológicas, o mieloma múltiplo, o linfoma e a leucemia são os tipos mais comuns associados a essa condição.	Hipercalcemia Maligna ◦ Classificação de severidade: ▪ Leve: Cálcio total corrigido para albumina <12 mg/dL (<3 mmol/L), geralmente assintomática ou com sintomas leves. ▪ Grave: Cálcio total corrigido para albumina >14 mg/dL (3.5 mmol/L), associada a obnubilação e coma.	• Considerar parecer da oncologia - Exames Diagnósticos: • Solicitar exames laboratoriais de rotina, com atenção para o cálcio. - Tratamento/Conduta (Cálcio menor que 12 mg/dL): - Medidas Gerais: • Tratamento padrão para hipercalcemia; • Descontinuar medicamentos ou suplementos que possam estar causando a hipercalcemia. • Hidratação Intravenosa: 200 a 250 ml por hora. - Urgência (hipercalcemia sintomática e/ou cálcio total >12 mg/dL): • Tratamento padrão para hipercalcemia; • Descontinuar medicamentos ou suplementos que possam estar causando a hipercalcemia; • Bisfosfonatos Intravenosos: dose única de ácido zoledrônico 4 mg intravenoso.

Quadro 3. Orientações específicas para médicos generalistas como apoio aos possíveis diagnósticos das emergências e urgências oncológicas mais frequentes (Continuação).

Dor oncológica	• Considerar parecer da oncologia; Considerar parecer da equipe da dor; Considerar parecer da equipe dos Cuidados Paliativos; • Dor Leve - Escala Visual Analógica (EVA) (1 a 3/10): • analgésicos de uso habitual; Dor Moderada (EVA 4 a 6/10): analgésicos de uso habitual; • Tramadol 50-100 mg intravenoso ou via oral; - Dor intensa (EVA 7 a 10/10): • Morfina 2 - 4 mg intravenoso, de 4/4 horas, se necessário, até alívio. • Fazer prescrição de dose de resgate de morfina; • Fazer ajuste de opióide a depender do controle de dor; • Em caso de dor neuropática, considerar associação de gabapentina ou amitriptilina.
----------------	--

* Todos os exames indicados deverão ser solicitados como urgência/emergência.

8. Referências

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. *Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer*; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm. Acesso em: 2 jul. 2025.

DREWS, Reed E.; RABKIN, Dmitry J.; MOUSA, Albeir Y. Malignancy-related superior vena cava syndrome. In: *UPTODATE*. [S.l.], 14 mar. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

HORWITZ, Mara J. Hypercalcemia of malignancy: Mechanisms. In: *UPTODATE*. [S.l.], 02 maio 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *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: 2 jul. 2025.

LARSON, Richard A.; PUI, Ching-Hon. Tumor lysis syndrome: Pathogenesis, clinical manifestations, definition, etiology and risk factors. In: *UPTODATE*. [S. l.]: UpToDate, Inc., 2025. Disponível em: <www.uptodate.com>. Acesso em: 02 jul. 2025.

LAUFER, Ilya; BILSKY, Mark; SCHIFF, David; BROWN, Paul. Treatment and prognosis of neoplastic epidural spinal cord compression. In: *UPTODATE*. [S.l.], 23 jan. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LAUFER, Ilya; SCHIFF, David; KELLY, Hillary R.; BILSKY, Mark. Clinical features and diagnosis of neoplastic epidural spinal cord compression. In: *UPTODATE*. [S.l.], 09 dez. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LARSON, Richard A.; PUI, Ching-Hon. Tumor lysis syndrome: Pathogenesis, clinical manifestations, definition, etiology and risk factors. In: *UPTODATE*. [S.l.], 09 fev. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LARSON, Richard A.; PUI, Ching-Hon. Tumor lysis syndrome: Prevention and treatment. In: *UPTODATE*. [S.l.], 16 maio 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PORTENOY, Russell K.; AHMED, Ebtesam; KEILSON, Yair Y. Cancer pain management: Use of acetaminophen and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. In: *UPTODATE*. [S.l.], 19 out. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PORTENOY, Russell K.; MEHTA, Zankhana; AHMED, Ebtesam. Cancer pain management: General principles and risk management for patients receiving opioids. In: *UPTODATE*. [S.l.], 29 out. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PORTENOY, Russell K.; DHINGRA, Lara K. Overview of cancer pain syndromes. In: *UPTODATE*. [S.l.], 31 maio 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PORTENOY, Russell K.; AHMED, Ebtesam; KEILSON, Yair Y. Cancer pain management: Role of adjuvant analgesics (coanalgesics). In: *UPTODATE*. [S.l.], 16 dez. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PORTENOY, Russell K.; MEHTA, Zankhana; AHMED, Ebtesam. Cancer pain management with opioids: Optimizing analgesia. In: *UPTODATE*. [S.l.], 26 set. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

STRADA, E. Alessandra; PORTENOY, Russell K. Rehabilitative and integrative therapies for pain in patients with cancer. In: *UPTODATE*. [S.l.], 02 abr. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SHANE, Elizabeth. Diagnostic approach to hypercalcemia. In: *UPTODATE*. [S.l.], 19 mar. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SHANE, Elizabeth; BERENSON, James R. Treatment of hypercalcemia. In: *UPTODATE*. [S.l.], 08 mar. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

VIEIRA, Wilian Santos; DINIZ, Marisa Basegio Carretta; COMEL, João Carlos. Perfil dos atendimentos de pacientes oncológicos da unidade de emergência de um hospital referência regional no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 44, p. 193–206, 2020. DOI: 10.15343/0104-7809.202044193206. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202044193206>. Acesso em: 2 jul. 2025.

WINGARD, John R. Treatment and prevention of neutropenic fever syndromes in adult cancer patients at low risk for complications. In: *UPTODATE*. [S.l.], 12 maio 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

WINGARD, John R. Treatment of neutropenic fever syndromes in adults with hematologic malignancies and hematopoietic cell transplant recipients (high-risk patients). In: *UPTODATE*. [S.l.], 27 jun. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.

WINGARD, John R. Diagnostic approach to the adult cancer patient with neutropenic fever. In: *UPTODATE*. [S.l.], 03 jan. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 2 jul. 2025.



Documento assinado eletronicamente por **GUSTAVO BASTOS RIBAS - Matr.0152617-0, Chefe da Assessoria de Política de Prevenção e Controle do Câncer**, em 08/09/2025, às 11:15, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ROBINSON CAPUCHO PARPINELLI - Matr.1442027-9, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 10/09/2025, às 07:50, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
verificador= **180976786** código CRC= **5FB07C09**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70.719-040 - DF
Telefone(s):

Sítio - www.saude.df.gov.br