

NOTA TÉCNICA Nº 20/2014 – SUSAM

ASSUNTO: NORMATIZAÇÃO DO RASTREIO ORGANIZADO, BUSCA ATIVA, REGULAÇÃO DA COLPOSCOPIA E PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Considerando a Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS;

Considerando as barreiras geográficas do Estado do Amazonas, as dificuldades na provisão de assistência à saúde pelas distâncias e fixação de profissionais nos municípios do interior, baixas densidades geográficas que implicam numa baixa produção potencial dificultando a implantação de serviços;

Considerando a necessidade da garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada;

Considerando o objetivo do Grupo Conductor da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis – GCRAPDC/AM que é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNTs e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de Doenças Circulatórias, Respiratórias, Diabetes e Neoplasias;

Considerando as necessidades sociais em saúde dos usuários na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a reestruturação da Rede de Assistência nas ações de educação, promoção e prevenção, diagnóstico e tratamento, que induzirão a mudança do perfil epidemiológico das doenças crônicas, e consequente redução da mortalidade;

Considerando o Relatório de Avaliação da Situação da Atenção Oncológica do Estado do Amazonas, fruto da consultoria com a Fundação do Câncer Ary Frauzino, nesse ano de 2014 que resultou numa série de Oficinas de Trabalho para elaboração do diagnóstico, diretrizes organizacionais da rede e implantação de serviços de referências, como por exemplo: elaboração do Plano de Atenção

Oncológica do Amazonas; habilitação de Laboratórios e implantação das UMEQs/QualiCito (Portaria 3.388, de 30 de dezembro de 2013); implantação do Centro Qualificador em Ginecologia – CQG/Am; implantação dos Serviços de Referência em Colo do Útero – SRCs e Serviços de Diagnóstico de Mama – SDMs (Portaria 189, de 31 de janeiro de 2014); habilitações das Unidades de Mamografias Móveis (Portarias GM/MS 2.304/2012 e 1.228/SAS/MS);

Considerando a busca do formato adequado, aquele que prioriza o acesso à saúde, buscando a intensificação dos pontos de atenção, onde o usuário tem como porta de entrada a Atenção Básica e tudo que nela corresponde, avaliando as suas necessidades e buscando a resolução de seus problemas conforme a sua gravidade que irá corresponder aos demais níveis de atenção, sejam eles secundários ou terciários, onde nestes aspectos se percebe o fortalecimento da referência e contrarreferência, garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção de todas as DCNTs;

Enfim, diante do exposto, a Coordenação Estadual da Atenção Oncológica – Secretaria de Estado da Saúde, normatiza nos 62 municípios do Amazonas o RASTREIO ORGANIZADO PARA CÂNCER DE COLO UTERINO E CÂNCER DE MAMA, BUSCA ATIVA, REGULAÇÃO DE COLPOSCOPIA, PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP, FLUXO COLO DO ÚTERO E FLUXO MAMA, descritos nos anexos da presente Nota Técnica.

MARÍLIA MUNIZ CAVALCANTE DE OLIVEIRA
Coordenadora Estadual da Atenção Oncológica

WAGNER WILLIAM DE SOUZA
Secretário Executivo Adjunto de Ações de Saúde da Capital

ANEXO I

RASTREIO ORGANIZADO

PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DO RASTREIO ORGANIZADO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. OBJETIVO

Viabilizar a implantação do Rastreio Organizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

2. JUSTIFICATIVA

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família. Ele envolve a promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação.

A realidade do cuidado nos serviços de APS é complexa e cheia de incertezas, e nela os rastreamentos oportunistas se mesclam com o cuidado clínico cotidiano, quer por iniciativa do paciente, quer por iniciativa do profissional ou por demanda institucional local. Um cuidado efetivo das pessoas requer atenção à experiência pessoal do processo de saúde, sofrimento e doença, bem como entendê-las no contexto de vida e sociocultural para chegar a uma abordagem compartilhada com respeito à atenção à saúde.

A questão do rastreamento e do diagnóstico ou detecção precoce de doenças é tema relevante na prática da Atenção Primária à Saúde. Outro motivo que torna o tema do rastreamento e da detecção precoce importante é o processo de medicalização social intenso que pode gerar intervenções diagnósticas e terapêuticas excessivas e, por vezes, danosas. Nesse contexto, está o recente reconhecimento da iatrogenia¹ como importante causa de má saúde, o que deu origem, entre os médicos generalistas europeus, ao conceito e à prática da prevenção quaternária, relacionada a toda ação que atenua ou evita as consequências do intervencionismo médico excessivo. Nesse sentido, uma melhor compreensão dos princípios do rastreamento e dos conceitos sobre evidências (medicina baseada em evidências) e sobre epidemiologia clínica aplicada ao cuidado (prevalência, sensibilidade, especificidade, risco relativo e absoluto e sua redução, valores preditivos dos testes diagnósticos etc.) em muito contribui para uma melhor e mais fundamentada qualificação da atividade clínica.

3. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA

3.1. Dados Epidemiológicos

3.1.1. Estimativas de Casos novos

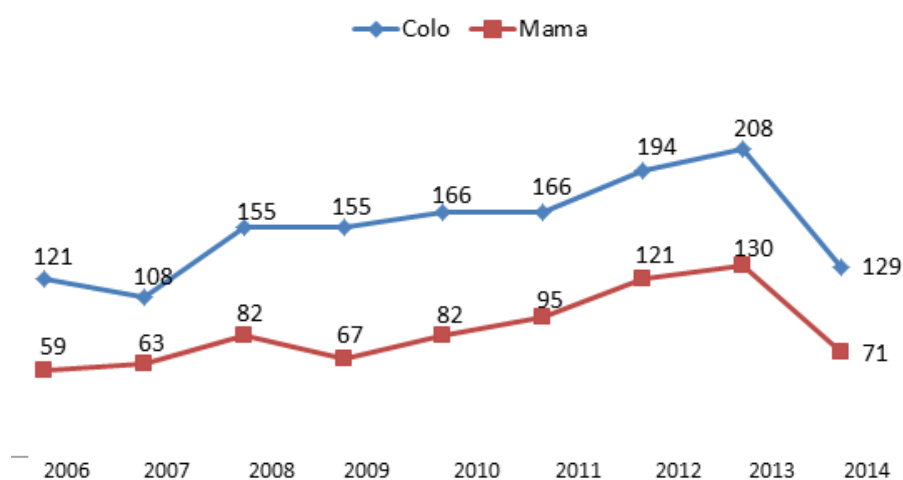
Apresentamos a seguir a estimativa de casos novos dos cânceres do colo do útero e de mama de alguns estados brasileiros e suas respectivas capitais, visando a comparação com o estado do Amazonas e o município de Manaus.

	Câncer de Mama		Câncer do Colo do Útero	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Paraná	3.490	61,74	1000	17,64
- Curitiba	910	92,47	150	15,66
Minas Gerais	5.210	49,17	880	8,31
- Belo Horizonte	1.020	75,86	180	13,34
Bahia	2.560	33,00	1.120	14,43
- Salvador	980	63,00	250	16,66
São Paulo	16.160	73,21	1.880	8,53
- São Paulo	5.630	91,21	750	12,09
Rio de Janeiro	8.380	96,47	1.340	15,47
- Rio de Janeiro	4.050	115,99	590	16,84
Pará	830	21,17	830	21,13
- Belém	360	46,78	260	34,57
Amazonas	390	21,75	630	35,13
- Manaus	340	35,76	510	53,30

Fonte: INCA

3.1.2. Mortalidade

Óbito por Câncer do Colo do Útero e de Mama no município de Manaus no período de 2006 a 2014



FONTE: SIM/SEMSA MANAUS

3.2. Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância.

Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular.

3.3. Câncer de mama

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor.

Considerado problema de saúde pública, o câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade do câncer de mama se manifesta pelas diferentes apresentações clínicas e morfológicas, variadas assinaturas genéticas e consequente variação nas respostas terapêuticas.

O processo de carcinogênese é, em geral, lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável. Esse processo apresenta os seguintes estágios: iniciação, fase em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos; promoção, fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e progressão, caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula.

4. RASTREAMENTO

O termo rastreamento, derivado do inglês *screening*, vem da ideia de peneira – do inglês *sieve* –, rica em furos, ou seja, todos os programas possuem resultados falso-positivos e falso-negativos.

Contudo, a palavra *screening* ou *check-up* passou a ter um significado em nossa época de algo sem furos e a expectativa do público intensificou-se tanto que qualquer grau de falsopositivo e negativo é automaticamente assumido como erro do programa ou do médico. Assim, a demanda na nossa época exige que as provas sobre os danos potenciais sejam analisadas pelos comitês nacionais de rastreamento.

Deve haver uma clara distinção entre rastreamento e diagnóstico de doenças. Quando um indivíduo exhibe sinais e sintomas de uma doença e um teste diagnóstico é realizado, este não representa um rastreamento. A equipe de saúde deve estar sempre vigilante em identificar a apresentação clínica na população sob seus cuidados e deve realizar os exames sempre que surjam sintomas nas pessoas sob seus cuidados, ou seja, realizar os exames necessários de acordo com a clínica apresentada pelo paciente. Isso não configura rastreamento, mas sim cuidado e

diagnóstico apropriado. Já no rastreamento, exames ou testes são aplicados em pessoas saudáveis, o que implica, repetimos e enfatizamos, garantia de benefícios relevantes frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção. Tanto o rastreamento como o diagnóstico podem usar vários métodos e exames (por exemplo, questionários, aparelhos portáteis para medir marcadores sanguíneos, como a glicose, colesterol, exames de laboratório etc.), assim como vários limiares ou pontos de corte para designar a condição. No rastreamento, um exame positivo não implica fechar um diagnóstico, pois geralmente são exames que selecionam as pessoas com maior probabilidade de apresentar a doença em questão. Outro teste confirmatório (com maior especificidade para a doença em questão) é necessário depois de um rastreamento positivo, para que se possa estabelecer um diagnóstico definitivo. Por exemplo, uma mamografia sugestiva de neoplasia deve ser seguida de uma biópsia e confirmação diagnóstica por anatomopatologia.

4.1 Rastreamento oportunístico versus programas organizados de rastreamento

Existe uma distinção importante entre um programa de rastreamento organizado e o chamado rastreamento oportunístico. De forma geral, esse último ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco. Essa forma de proceder tem sido a tônica da maioria dos serviços de saúde no mundo. A desvantagem desse rastreamento é que, além de ser menos efetivo no impacto sobre a morbidade e a mortalidade atribuídas à condição rastreada, também é mais oneroso para o sistema de saúde como um todo.

Os programas de rastreamento organizados são aqueles nos quais se detém maior controle das ações e informações no tocante ao rastreamento. São sistematizados e voltados para a detecção precoce de uma determinada doença, condição ou risco, oferecidos à população assintomática em geral e realizados por instituições de saúde de abrangência populacional (usualmente Sistemas Nacionais de Saúde). Cabe aqui destacar quatro aspectos importantes em um programa de rastreamento:

ACESSO: o rastreamento, quando apropriado e estabelecido em um programa organizado, não constitui modalidade diagnóstica nem assistencial, e sim um direito assegurado do cidadão a uma atenção à saúde de qualidade. Isso significa que ele não precisa de requisição de um profissional médico para a realização do teste ou procedimento de rastreamento, visto que não se trata de diagnose de um quadro clínico, mas sim de critérios estabelecidos que o habilitem a participar do programa, por exemplo, a vacinação, com suas normatizações de idade e periodicidade.

AGILIDADE: o participante não precisa entrar na rotina assistencial dos serviços de atendimento à saúde (de APS) para a realização do rastreamento nem para o recebimento do resultado, a não ser que seja necessário. É o equivalente ao usuário que vem se vacinar: cumpridos os critérios técnicos estabelecidos, os serviços de APS devem esforçar-se ao máximo para prover-lhe a vacinação rapidamente, sem agendamentos ou dificuldades burocráticas.

MELHORES EVIDÊNCIAS: o rastreamento enquanto programa deve ser oferecido à população somente quando comprovado que seus benefícios superam amplamente os riscos e danos, dessa forma, permitindo detecção precoce e tratamento de certas doenças. Entretanto, a adesão ao programa deve ser voluntária e entendida como direito dos cidadãos.

INFORMAÇÃO: o participante deve receber orientação quanto ao significado, riscos e benefícios do rastreamento, bem como sobre as peculiaridades e rotinas do programa e dos procedimentos. No Brasil, temos um bom exemplo nos centros de orientação sorológica para rastreamento de HIV por procura espontânea com aconselhamento pré e pós-teste a respeito da doença. No caso do citopatológico, as mulheres devem receber as orientações de praxe sobre a frequência de rastreamento, sobre os procedimentos, os passos posteriores (recebimento do resultado etc.). Voltando ao exemplo da vacinação, a pessoa vacinada ou seu responsável deve ser orientado sobre os procedimentos, efeitos adversos, objetivos, periodicidade e assim por diante.

Quando se fala em rastreamento, deve-se pensar na visão de coletividade, e não individualmente.

Com modelos organizados de rastreamento, torna-se possível avaliar o impacto de seu funcionamento, fazer ajustes a partir de dados reais e, assim, seguir aprimorando a execução. O gerenciamento cuidadoso do programa de rastreamento é essencial para se garantir a qualidade.

4.2 Critérios para um programa de rastreamento

Para a implantação de programas de rastreamento, o problema clínico a ser rastreado deve atender a alguns critérios, a seguir:

1. A doença deve representar um importante problema de saúde pública que seja relevante para a população, levando em consideração os conceitos de magnitude, transcendência e vulnerabilidade;
2. A história natural da doença ou do problema clínico deve ser bem conhecida;
3. Deve existir estágio pré-clínico (assintomático) bem definido, durante o qual a doença possa ser diagnosticada;
4. O benefício da detecção e do tratamento precoce com o rastreamento deve ser maior do que se a condição fosse tratada no momento habitual de diagnóstico;
5. Os exames que detectam a condição clínica no estágio assintomático devem estar disponíveis, aceitáveis e confiáveis;
6. O custo do rastreamento e tratamento de uma condição clínica deve ser razoável e compatível com o orçamento destinado ao sistema de saúde como um todo;
7. O rastreamento deve ser um processo contínuo e sistemático.

Recomenda-se fortemente o rastreamento de câncer do colo do útero de mulheres sexualmente ativas e que tenham a cérvix. Grau de **recomendação A**. Recomenda-se contra o rastreamento de rotina de câncer do colo do útero em mulheres maiores de 65 anos que tiveram um rastreamento com Papanicolau normal e que não fazem parte de grupo de alto risco para esse câncer. Grau de **recomendação D**. Recomenda-se contra o rastreamento de câncer do colo do útero em mulheres que realizaram histerectomia total. Grau de **recomendação D**.

Por que é importante o rastreamento?

O câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas por meio de programas organizados de rastreamento. A redução expressiva observada na morbimortalidade em países desenvolvidos é atribuída aos programas de rastreamento de base populacional implantados, a partir de 1950 e 1960 (WHO, 2008).

O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com uma cobertura da população-alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência de câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura e seguimento das mulheres (WHO, 2008).

Quando é importante o exame?

Câncer do Colo do Útero

Segundo as diretrizes brasileiras, o exame de Papanicolau deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, **prioritariamente** àquelas da faixa etária de 25 a 64 anos, definida como a população-alvo. Essa faixa etária é justificada por ser a de maior ocorrência das lesões pré-malignas de alto grau, passíveis de serem efetivamente tratadas e não evoluírem para câncer. Antes de 25 anos, prevalecem as lesões de baixo grau, cuja maior parte regredirá espontaneamente e deverá ser apenas observada. Após 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver tido acesso à rotina dos exames preventivos, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é diminuído, dada a sua lenta evolução. A continuidade do rastreamento após os 60 anos deve ser individualizada e, após os 65 anos, a recomendação é de suspender o rastreamento se os últimos exames estiverem normais. A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano. No Brasil, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual.

Câncer de Mama

No caso da mamografia, a solicitação deve ser realizada pelo profissional da unidade, durante a consulta ou em estratégias de busca ativa de mulheres, como visita domiciliar. É fundamental que nas consultas o profissional realize o exame clínico das mamas para detectar lesões palpáveis. Além de solicitar o exame, cabe realizar orientações sobre a forma que o exame é feito, bem como a sua importância para fortalecer a aderência da usuária à sua realização. A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. A mamografia nesta faixa etária a cada dois anos é a rotina adotada em quase todos os países que implantaram rastreamento organizado do câncer de mama.

Organização dos Resultados

É importante que a cada unidade de saúde tenha o cadastro dos exames preventivos encaminhados para poder acompanhar o retorno dos laudos, podendo ser manual ou informatizado. Cabe o mesmo em relação às solicitações de mamografia, constando as informações das datas de solicitação e de realização do exame, informada pelo serviço de mamografia ou pela própria usuária. O resultado deve ser informado à mulher, preferencialmente durante uma consulta. De posse do resultado, o profissional deve realizar a conduta de acordo com o resultado. Caso o resultado determine encaminhamento a outro serviço, é fundamental realizar uma solicitação de encaminhamento qualificada, com os dados relevantes sobre a usuária, sobre o quadro clínico e sobre o resultado do exame. Além disso, é necessário que a equipe acompanhe essa mulher, verificando a adesão ao tratamento. Como a AB é a coordenadora do cuidado, ela deve acompanhar as usuárias durante todo o tratamento, avaliando a necessidade de intervenções durante esse processo.

5. ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, envolvendo intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos.

5.1 Atribuição dos profissionais da Atenção Básica

Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe:

- a. Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama;

- b. Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- c. Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- d. Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal;
- e. Garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informação vigentes;
- f. Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;
- g. Realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- h. Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- i. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe;
- j. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, com utilização dos dados presentes nos sistemas de informação;
- k. Identificar mulheres no território que necessitem de atenção domiciliar, realizando a atenção em AD1 e encaminhando à Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad) nos casos de AD2 e AD3;
- l. Realizar atenção em cuidados paliativos na unidade ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- m. Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher;
- n. Desenvolver atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade;
- o. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- p. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais da equipe.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS):

- a. Conhecer a importância da realização da coleta do exame citopatológico como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua microárea;
- b. Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de mama na população feminina de sua microárea;
- c. Realizar visita domiciliar às mulheres de sua microárea orientando sobre a importância da realização dos exames e facilitando o acesso a eles, registrando em formulário específico informações para subsidiar o rastreio organizado;
- d. Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco;
- e. Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com o

planejamento da equipe, visando à promoção da saúde, à prevenção, e ao acompanhamento das mulheres;

f. Realizar visitas domiciliares às mulheres com resultados alterados, para estimular a adesão ao tratamento e fazer busca ativa das faltosas.

Atribuições do médico:

a. Atender as usuárias de maneira integral;

b. Realizar a consulta e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária;

c. Realizar consulta e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária;

d. Solicitar mamografia, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária;

e. Solicitar exame complementar à mamografia, como ultrassonografia, quando o laudo assim o indicar;

f. Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e da mama, bem como solicitar os exames adicionais;

g. Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero;

h. Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como Doença Sexualmente Transmissível (DST), na oportunidade do rastreamento;

i. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;

j. Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou Emad;

k. Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe e de rastreio organizado;

l. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde.

Atribuições do enfermeiro:

a. Atender as usuárias de maneira integral;

b. Realizar consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária;

c. Realizar consulta de enfermagem e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária;

d. Solicitar exames de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local;

e. Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e de mama;

f. Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero;

- g. Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como DSTs, na oportunidade do rastreamento, de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local;
- h. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- i. Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou Emad;
- j. Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe e de rastreio organizado;
- k. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde.

Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem:

- a. Atender as usuárias de maneira integral;
- b. Realizar coleta de exame citopatológico, observadas as disposições legais da profissão, ação do técnico de enfermagem;
- c. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- d. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a adequada realização do exame citopatológico;
- e. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente e de rastreio organizado.

Atribuições do cirurgião-dentista:

- a. Atender as usuárias de maneira integral;
- b. Realizar avaliação da saúde bucal e procedimentos clínicos das pacientes em tratamento de cânceres do colo do útero e da mama;
- c. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- d. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente e de rastreio organizado.

Atribuições do auxiliar/técnico em saúde bucal:

- a. Atender as usuárias de maneira integral;
- b. Realizar atenção em saúde bucal e atividades de promoção e prevenção à saúde, de acordo com a legislação específica;
- c. Auxiliar, no desenvolvimento das ações de cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- d. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente e de rastreio organizado.

6. METODOLOGIA PARA IMPLANTAÇÃO

- Toda a equipe passará pelo processo de educação permanente, visando conhecer o agravo alvo de rastreo bem como discutir o que é rastreo e as ações preconizadas para sua realização;
- Também estará em discussão o processo de trabalho da equipe, as ações já realizadas e as dificuldades encontradas para a ação de rastreamento;
- A partir daí, a equipe buscará organizar as ações, iniciando o processo em data estipulada pela equipe;
- Serão repassadas para a equipe todas as ferramentas para o rastreamento;
- É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adscrita;
- A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença;
- Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame;
- Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames e dos exames insatisfatórios no caso do colo do útero.

Visita do ACS:

- Ao realizar a visita, o ACS deve proceder ao registro de informações das usuárias, utilizando o Formulário de Rastreo (Anexo 1), para identificação imediata das que necessitam do exame, agendando de pronto, se possível, de acordo com as recomendações;
- Ao entregar o flyer (Anexo 2) com as recomendações da coleta, o ACS já registra o dia e dia e horário para o comparecimento, bem como esclarecendo as recomendações prévias à coleta;
- Ao retornar a UBS, o ACS compartilha os resultados de busca com a equipe, repassa as mulheres agendadas aos profissionais coletadores;
- As mulheres que não estiverem na época de coletar o Papanicolau receberão em data oportuna o CONVITE (Anexo 3) para a realização do exame.

No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é importante e a coleta, se indicada, pode ser realizada. INFORMAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

Realização do Exame:

- Ao comparecer a UBS no dia e horário agendados pelo ACS, a mulher deverá ser acolhida pela equipe;
- O Cartão Nacional de Saúde da usuária deve estar com os dados atualizados;
- Preencher todos os campos solicitados na REQUISIÇÃO do exame. Todos eles são importantes, principalmente para a BUSCA ATIVA, quando necessário;

- Os profissionais coletadores (enfermeiro, médico ou técnico de enfermagem) devem proceder a coleta conforme recomendações e orientar a usuária não só sobre a importância da realização do exame, mas também sobre a busca do resultado;
- No flyer de agendamento da coleta, o profissional deve registrar a data para o recebimento do resultado do exame.

Monitoramento:

- A equipe de saúde deve fazer a relação de todas as usuárias das microáreas na faixa etária de rastreo (25 a 64 anos) e registrar a data da coleta com seus respectivos resultados, visando agendar a próxima coleta conforme as recomendações do INCA. Idem para mamografia, na faixa etária de 40 a 69 anos.
- A usuária, ao comparecer na data agendada para pegar seu resultado, deve ser orientada sobre o mesmo;
- Usuárias com resultados normais deverão ter exame agendado conforme sua situação de rastreo;
- Usuárias com resultados de exames com atipias de suspeição menor, deverão iniciar tratamento local, ou serem encaminhadas ao Serviço de Referência de Colo do Útero – SRC, em casos de atipias de suspeição maior ou repetição de atipias de suspeição menor;
- Em caso de mamografia, seguir as recomendações preconizadas;
- Todos os resultados e encaminhamentos deverão ser registrados em Livro Específico para este fim;
- As usuárias referenciadas deverão ser seguidas pela unidade de saúde a fim da equipe conhecer o status de seu tratamento;
- Usuárias que não forem a UBS para pegar seus resultados deverão ter sua Busca Ativa pelo ACS;
- A Equipe de Saúde deve ter arquivo específico para o Rastreo, organizando por data/ano, onde as usuárias deverão ter sua ficha individual, colocando mês e ano para o próximo exame, conforme a recomendação da coleta de Papanicolau ou de mamografia, facilitando assim, o controle.

**NENHUMA MULHER É ENCAMINHADA DIRETAMENTE A FUNDAÇÃO
CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA - FCECON**

ÊXITO DAS AÇÕES DE RASTREAMENTO

O êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares:

- Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada;
- Alcançar a meta de cobertura da população alvo;
- Garantir acesso a diagnóstico e tratamento;
- Garantir a qualidade das ações;
- Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

6. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Caderno de Atenção Básica nº 13, 2. ed. ,Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Caderno de Atenção Básica nº 29, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

MODELOS DE FORMULÁRIOS E IMPRESSOS PARA O RASTREIO ORGANIZADO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA

DISA: _____ UBSF: _____ MICROÁREA: _____ ACS: _____

Rua: _____

Nº	DATA DA VISITA	Nº DA FAMÍLIA	Nº DA CASA	NOME	D.N.	IDADE	ANO/ÚLTIMO PREVENTIVO	PEGOU RESULTADO	PRÓXIMO PREVENTIVO	OBSERVAÇÕES	ANO/ÚLTIMA MAMOGRAFIA	PEGOU RESULTADO	PRÓXIMA MAMOGRAFIA	OBSERVAÇÕES
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														



UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA _____ ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO

- ✓ Não estar menstruada. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação.
- ✓ Não ter relações sexuais 2 dias antes do exame.
- ✓ Não utilizar lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais 2 dias antes da coleta.
- ✓ Não realizar exames intravaginais, como a ultrassonografia, 2 dias antes da coleta.
- ✓ Levar Cartão Nacional de Saúde – CNS, Identidade e Endereço atualizado com CEP.

SEU EXAME PREVENTIVO ESTÁ AGENDADO PARA O DIA
____/____/____ ÀS ____ h ____

A SER PREENCHIDO PELA UBSF APÓS A COLETA DO EXAME

SEU EXAME PREVENTIVO SERÁ ENTREGUE DIA
____/____/____ ÀS ____ h ____



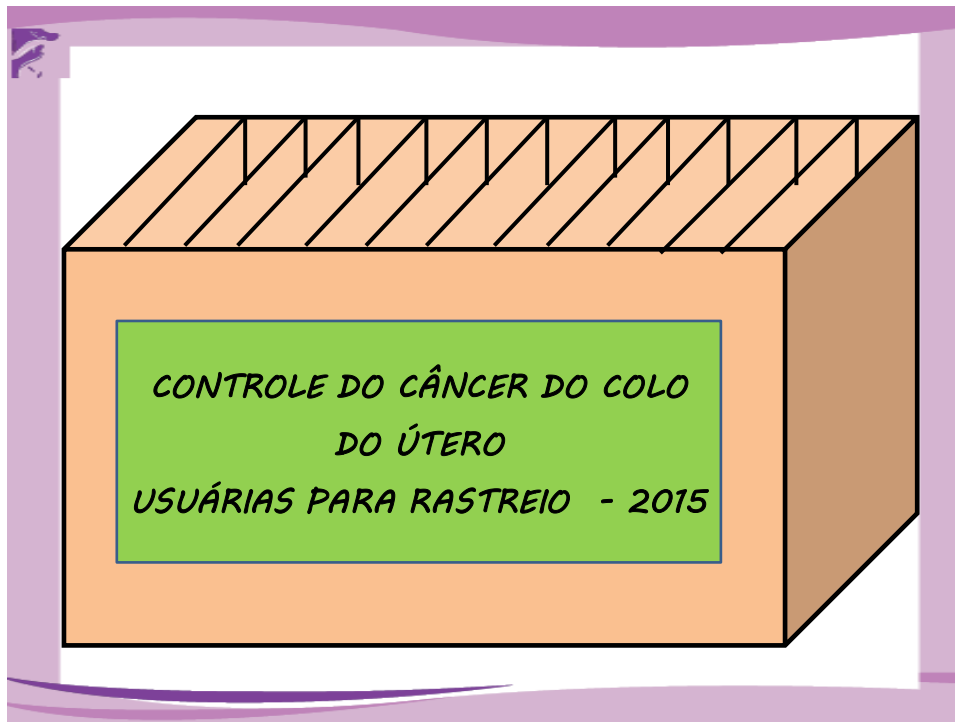
CONVITE

*Neste mês, convidamos você a comparecer em nossa
Unidade de Saúde para realizar seu exame
preventivo do Câncer do Colo do Útero.*

Agende o exame com seu ACS.

Será uma grande alegria recebê-la.

EQUIPE DA UBSF _____



- ▶ Neste arquivo deverão ter 14 espaços, onde de 1 a 12 serão os meses do ano, e os 2 últimos os anos subsequentes.
- ▶ A usuária terá sua ficha individual e será colocada no mês/ano previsto para realizar o exame (preventivo ou mamografia)
- ▶ Para anos subsequentes, organizar as fichas na sequência cronológica dos meses, mas ocupando somente 1 espaço, ficando os meses evidenciados para o ano vigente.
- ▶ Dessa forma, a equipe saberá a usuária faltosa, podendo assim, realizar busca ativa. Um controle parecido com o da vacina anti-rábica.

ANEXO II

NORMATIZAÇÃO DO BUSCA ATIVA

Encaminhamentos

1. Investir em orientação sobre seguimento / busca ativa para os profissionais de saúde, a fim de melhorar a quantidade e a qualidade da informação;
2. Qualificar a inserção das informações no sistema de informação;
3. Criar um flyer com orientações de preparo para a realização do exame preventivo, colocando um espaço para agendamento do resultado do exame e retorno;
4. Lembrar as consultas agendadas e avisar a chegada dos resultados (vê modelo do projeto de SMS para o pré-natal/SEMSA);
5. Construir/criar um livro para registro do acompanhamento/seguimento das usuárias (para que todos os serviços de saúde utilizem um instrumento de informação padronizado);
6. Utilizar cartas como uma das estratégias de busca ativa.

ANEXO III

NORMATIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACESSO DA COLPOSCOPIA

Resultados do Exame Citopatológico		Grau de Suspeição	Conduta	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição de citologia em 6 meses (≥ 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos)
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau		Menor	Repetição de citologia em 6 meses
	Lesão intraepitelial de alto grau		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Carcinoma epidermóide invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i>		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Adenocarcinoma invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia

INDICAÇÃO DE COLPOSCOPIA

RESULTADOS DE EXAME PREVENTIVO COM SUSPEIÇÃO MAIOR, incluindo: Atipias de significado indeterminado em células escamosas não podendo afastar lesão de alto grau; Atipias de significado indeterminado em células glandulares, provavelmente, não neoplásicas; Atipias de significado indeterminado em células glandulares não podendo afastar lesão de alto grau; Atipias de significado indeterminado de origem indefinida provavelmente não neoplásica; Atipias de significado indeterminado de origem indefinida não podendo afastar lesão de alto grau; Atipias em células escamosas: Lesão intraepitelial de alto grau; Atipias em células escamosas: Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; Atipias em células escamosas: Carcinoma epidermóide invasor; Atipias em células glandulares: Adenocarcinoma *in situ*; Atipias em células glandulares: Adenocarcinoma invasor.

RESULTADOS DE REPETIÇÃO DE EXAME PREVENTIVO COM SUSPEIÇÃO MENOR, incluindo: Atipias de significado indeterminado em células escamosas, provavelmente não neoplásica; Atipias em células escamosas: Lesão intraepitelial de baixo grau.

PRÉ-REQUISITOS: Descrição da Inspeção do colo detectando alterações com lesão sugestiva de câncer; resultado de exame colpocitológico com resultado de suspeição maior ou suspeição menor de repetição.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos e Enfermeiros

PRIORIDADE PARA REGULAÇÃO: Pessoa vivendo com HIV/AIDS – PVHA

ANEXO IV

NORMATIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

A. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA ACONDICIONAMENTO E ENVIO DE LÂMINAS DE PREVENTIVO AO LABORATÓRIO

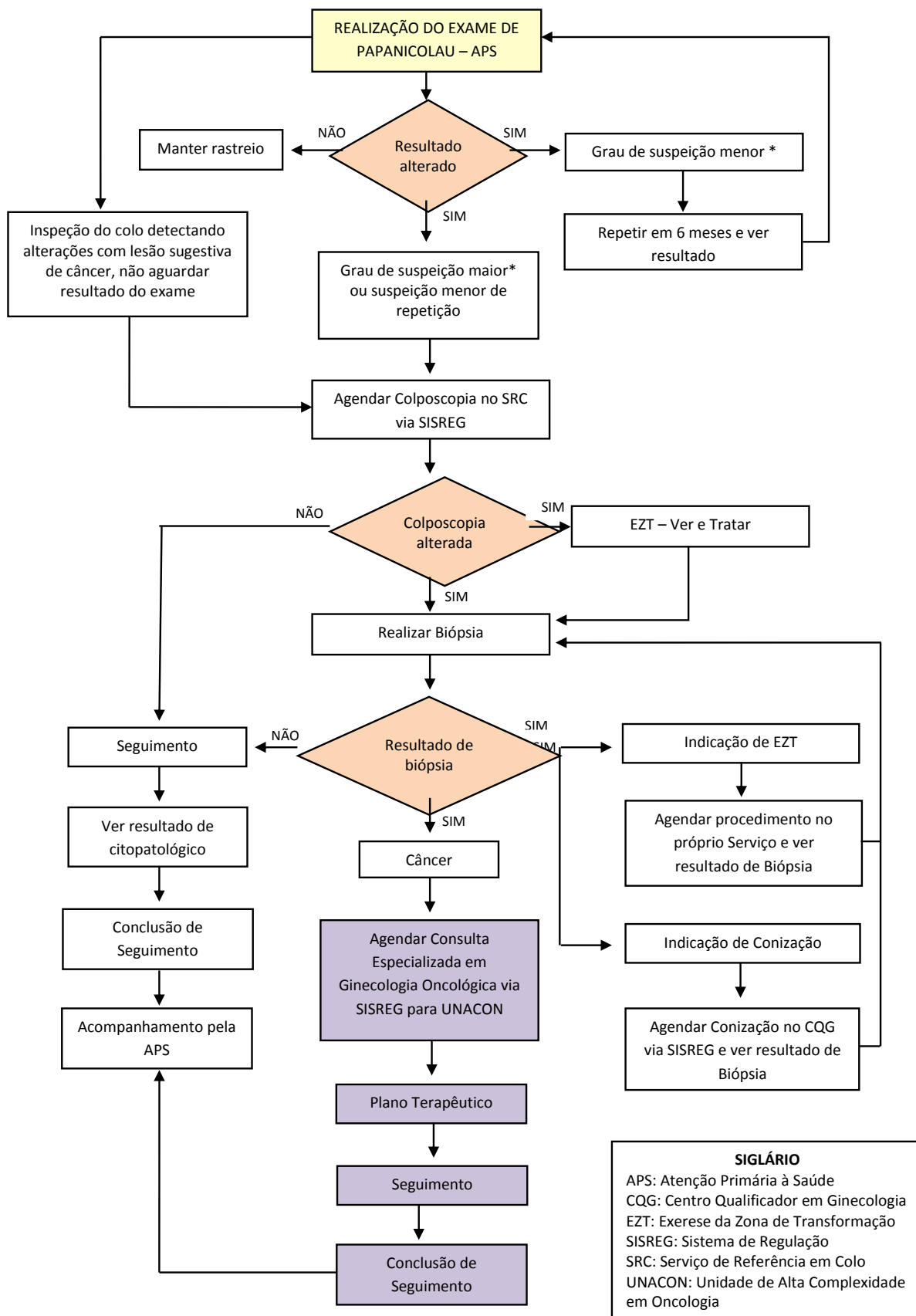
1. As equipes de saúde da família e de unidades tradicionais passarão pelo processo de educação permanente;
2. O preenchimento das informações deverá ser completo, visando facilitar a busca ativa da usuária, quando necessário;
3. O cartão nacional de saúde deverá estar com os dados atualizados;
4. A unidade deverá trabalhar com sequência numérica de Citologia e este número informado no formulário e na lâmina
5. O preenchimento da caixa deve conter as seguintes informações: nome da usuária, data da coleta, idade, iniciais da UBS e nº da citologia;
6. O preenchimento da lâmina deve conter as seguintes informações: linha 1 - iniciais da UBS, linha 2 - iniciais da usuária, linha 3 – idade + nº da citologia, linha 4 – em branco para preenchimento pelo laboratório;
7. Tudo deve estar bem conferido para evitar devolução pelo laboratório;
8. As lâminas devem estar na mesma sequência da citologia dos formulários de requisição;
9. As lâminas deverão ser agrupadas e presas por liga elástica;
10. Os formulários não deverão ser dobrados, sendo colocados dentro de envelope;
11. Caso a unidade tenha poucas amostras, estas podem ir dentro do envelope. Caso contrário, acondicionar dentro de caixa de papelão. Não usar luva, grau cirúrgico ou outro meio inadequado;
12. O envelope deve ter identificado o nome da Unidade de Saúde, o número de exames enviados e o nome do laboratório. Obs. A recomendação é que seja providenciado 5 envelopes resistente, confeccionado em napa ou similar;
13. Os formulários de requisição será acompanhado de cautela em duas vias, com a relação das usuárias, contendo sequência numérica, nome e idade;
14. O laboratório devolve os resultados de exames no mesmo envelope que acondicionaram o material para envio;

Obs.: o laboratório socializará o check list da fase pré-analítica, visando a redução de inconsistências das unidades de saúde, com devolução de material.

ANEXO V

NORMATIZAÇÃO DO FLUXO DO COLO UTERINO

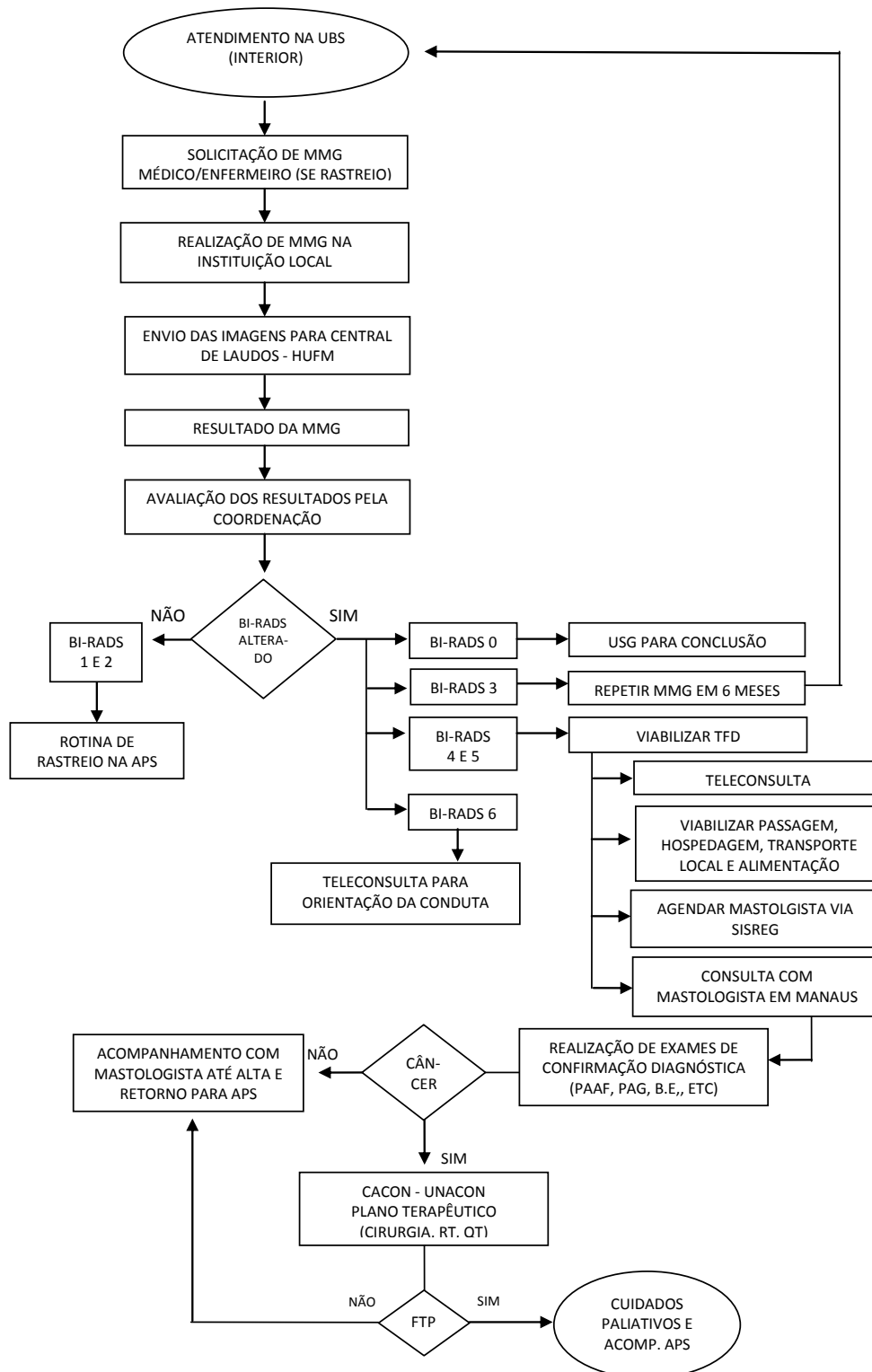
FLUXO DE ATENÇÃO AO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO



ANEXO VI

NORMATIZAÇÃO DO FLUXO MAMA

FLUXO DA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIAS NO INTERIOR ESTADO DO AMAZONAS



DESCRIÇÃO DO FLUXO DE REALIZAÇÃO DA MAMOGRAFIA NO AMAZONAS

1. Atendimento na Atenção Primária – APS;
2. Solicitação de Mamografia – MMG, pelo médico ou pelo enfermeiro (se rastreio)
3. Realização de MMG em unidade local
4. Envio da imagem para Central de Laudos no Hospital Francisca Mendes – HUFM
5. Laudo das imagens e inserção no Sistema de Informação
6. Avaliação dos resultados pela coordenação
 - 6.1. Se BI-RADS 1 ou 2: Rotina de Rastreio
 - 6.2. Se BI-RADS 0: realizar Ultrassonografia – USG para conclusão de resultado
 - 6.3. Se BI-RADS 3: repetir MMG em 6 meses
 - 6.4. Se BI-RADS 4 ou 5: Viabilizar Tratamento fora de Domicílio – TFD
7. Viabilização de TFD (ver responsabilidades de cada nível de gestão: município e estado)
 - 7.1. Realizar Teleconsulta
 - 7.2. Viabilizar passagem, hospedagem, transporte local e alimentação (usuário e acompanhante)
 - 7.3. Agendar consulta com Mastologista via SISREG, a partir da definição da data de chegada em Manaus
8. Consulta com Mastologista
 - 8.1. Realização de Exames para fechamento diagnóstico (PAAF, PAG, biópsia excisional, ressonância, etc.)
 - 8.2. Confirmação de tumor maligno
 - 8.2.1. Se não: acompanhamento periódico pelo mastologista
 - 8.2.2. Se sim: encaminhamento para a Fundação Centro de Controle em Oncologia – FCECON
 - 8.2.2.1. Elaboração do Plano Terapêutico: Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia
 - 8.2.2.2. FPT: Se não, usuária continuará em acompanhamento com mastologista até a alta
 - 8.2.2.3. FTP: Se sim, encaminhar para Cuidados Paliativos e acompanhamento conjunto com APS (se usuária da ESF).