

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Linha de Cuidado para Controle dos Cânceres do Colo do Útero e Mama

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Jean Rodrigues da Silva

DIRETORIA TÉCNICA DE MEDICINA

Luana Garcia Ferrabone

DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E SERVIÇOS ESPECIAIS

Marlene Bonow Oliveira

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mário José Bruckheimer

GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Keli Bett

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO

Gislene Cristina Mantovani de Araújo

GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIAIS

Akadenilques de Oliveira Martins Souza Kudla

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

Renata Andrade Teixeira Heil

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Roselaine Elisa Radtke

ELABORAÇÃO

Rosimeire Pereira Bressan – Enfermeira, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Simone Afra de Farias – Farmacêutica, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

COLABORAÇÃO

Cristiane Soares – Enfermeira, Apoio Técnico da Saúde da Mulher DAPS

Dieine Cristine Zoboli – Enfermeira, Coordenação da Central de Regulação

Fabrcio Morales Farias – Médico Mastologista, Policlínica Boa Vista

Fabrina de Déa Lindner – Médica Ginecologista, Policlínica Boa Vista

Flávia da Rocha Lapa – Médico Mastologista, Policlínica Boa Vista

Flávia Favaretto – Agente Administrativo, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Geraldo Antônio Cassol – Médico Mastologista, Policlínica Boa Vista

Gyovana Goulart – Enfermeira, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Heloisa Hoffmann – Enfermeira, Coordenação do Ambulatório de Oncologia do HSJ

Heloísa Maria de Oliveira Torrens – Enfermeira, Policlínica Boa Vista

Janice de Souza Borba – Enfermeira, Policlínica Boa Vista

Janine Guimarães – Nutricionista, Apoio Técnico da Saúde do Adulto DAPS

Joisse Lucir Antonio – Enfermeira, Ambulatório de Oncologia do HSJ

Marcelo Fernandes – Agente Administrativo, Central de Regulação

Márcia Rosa – Agente Administrativo, Controle e Avaliação

Marilena Celino Cavalcanti – Coordenação Médica da Regulação
Michele Birckholz Rocha – Médica, Central de Regulação de Consultas
Patricia Luzia Johann Teochi – Pedagoga, NAIPE DI/TEA
Rafael Reis e Silva – Médico Mastologista, Policlínica Boa Vista
Renata Andrade Teixeira Heil – Enfermeira, Coordenação de Enfermagem
Renata Aparecida Trevisan – Enfermeira, Ambulatório Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
Simone Aparecida de Souza – Enfermeira
Simone Afra de Farias – Farmacêutica, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde
Talita Maria Meris Poffo – Agente Administrativo, Coordenação Central de Regulação de Exames

Secretaria da Saúde de Joinville

MISSÃO: Promover Saúde todos os dias com Humanização e Eficiência

VISÃO: Ser modelo de Excelência de Gestão em Saúde

VALORES: Ética, Eficiência, Comprometimento, Humanização e Inovação

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Resumo da Linha de Cuidado para controle dos Cânceres do Colo do Útero e Mama ...	10
Figura 02 – Mortalidade por Câncer do Colo do Útero em SC – 2006 à 2016	17
Figura 03 – Fluxograma para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero na Atenção Primária	22
Figura 04 – Taxa de Mortalidade por neoplasia de Mama em SC – 2003 à 2013	28
Figura 05 – Fluxograma para o Rastreamento do Câncer de Mama na Atenção Primária	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer e Atribuições ..	12
Quadro 02 – Recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas Unidades de Atenção Primária	23
Quadro 03 – Recomendações da coleta do exame citopatológico do Colo do Útero diante de situações especiais	24
Quadro 04 – Adequabilidade da amostra	25
Quadro 05 – Recomendações de conduta diante dos problemas mais frequentes encontrados durante a coleta do exame citopatológico do Colo do Útero	26
Quadro 06 – Resumo das recomendações sobre o rastreamento com Mamografia	32
Quadro 07 – Recomendações para conduta inicial frente aos resultados de Mamografias de Rastreamento na Atenção Primária	33
Quadro 08 – Autoexame das Mamas	35
Quadro 09 – Exame Clínico das Mamas	35
Quadro 10 – Ultrassonografia	36
Quadro 11 – Câncer de Mama	40
Quadro 12 – Câncer do Colo do Útero, Vulva e Vagina	40
Quadro 13 – Orientações para solicitação de Mamografia	43
Quadro 14 – Indicadores para avaliação e monitoramento das ações de controle do Câncer de Mama no Município	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGC: *Atypical Glandular Cells* (Células Glandulares Atípicas)

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

AIS: Adenocarcinoma *in situ*

AOI: Células Atípicas de Origem Indefinida

APS: Atenção Primária à Saúde

ASC-H: *Atypical Squamous Cells* (Atípias de significado indeterminado, não sendo possível afastar lesão de alto grau)

ASC-US: *Atypical Squamous Cells* (Atípias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas)

ATS: Avaliação de Tecnologias em Saúde

BI-RADS: *Breast Imaging Reporting and Data System* (Sistema de Relatório de Dados sobre Imagem da Mama)

BPA-i: Boletim de Produção Ambulatorial – individualizado

CACON: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CID: Classificação Internacional de Doenças

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COREN/SC: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina

CRIE: Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DCNT: Doença Crônica não Transmissíveis

EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ECM: Exame Clínico das Mamas

ESF: Estratégia Saúde da Família

GEABS: Gerência de Coordenação da Atenção Básica

HIV: *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HPV: Papiloma Vírus Humano

HRHDS: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

HSIL: Lesão Intraepitelial de Alto Grau

HSJ: Hospital São José

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IARC: *International Agency for Research on Cancer* (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer)

INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

JEC: Junção Escamo-colunar

LIE: Lesão Intraepitelial
LSIL: *Low Squamous Intra-epitelial* (Lesão de Baixo Grau)
mm: Milímetro
MS/GM: Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro
MS/SCTIE: Ministério da Saúde / Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NI: Norma Informativa
OMS: Organização Mundial da Saúde
PA: Pronto Atendimento
PNPCC: Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer
PRC: Portaria de Consolidação
POP: Procedimento Operacional Padrão
SAUDETECH: Sistema Integrado de Gestão
SC: Santa Catarina
SDR: Secretaria de Desenvolvimento Regional
SES/Joinville: Secretaria da Saúde de Joinville
SES/SC: Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina
SIA: Sistema de Informação Ambulatorial
SIG: Sistema Integrado de Gestão
SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIL: *Squamous Intraepithelial Lesions* (Lesão Escamosa Intraepitelial)
SISCAN: Sistema de Informação do Câncer
SISREG: Sistema Nacional de Regulação
SMS/Florianópolis: Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família
USG: Ultrassonografia
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 LEI DOS 60 DIAS	11
3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS – CÂNCER	12
3.1 Atenção Primária	12
3.2 Atenção Especializada	14
3.3 Urgência e Emergência	15
4 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	17
4.1 Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero	18
4.2 Prevenção e Fatores de Risco para o Câncer do Colo do Útero	18
4.2.1 Infecção por Papilomavírus Humano (HPV)	18
4.2.2 Tabagismo	19
4.2.3 Prevenção Primária	19
4.2.3.1 Vacinação contra o HPV	19
4.2.4 Detecção Precoce	20
4.2.4.1 Rastreamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero	20
4.2.4.2 População-alvo	20
4.2.5 Adequabilidade da Amostra	25
5 CÂNCER DE MAMA	28
5.1 Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil	29
5.2 Prevenção e Fatores de Risco	29
5.3 Detecção Precoce	30
5.4 Diagnóstico Precoce	30
5.5 Rastreamento do Câncer de Mama	31
5.6 Rastreamento em Mulheres com Risco Elevado	32
5.7 Recomendações a Respeito de outras Estratégias de Rastreamento segundo as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil	34
5.7.1 Rastreamento com autoexame das mamas	34
5.7.2 Rastreamento com exame clínico das mamas	35
5.7.3 Rastreamento com ultrassonografia das mamas	36
6 ACESSO AO RASTREAMENTO DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E MAMA	37
7 REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	38
7.1 Regulação – Acesso à Atenção Especializada	38
7.1.1 Critérios de encaminhamento para especialidade Ginecologia – Patologia do Colo	38
7.1.2 Critérios de encaminhamento para especialidade Mastologia	39

7.2 Regulação – Acesso às Cirurgias Eletivas	39
7.3 Regulação Oncológica – Acesso ao CACON do Hospital São José	39
8 CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA DA MAMA	41
9 SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	42
9.1 Diagnóstico em Laboratório Clínico	42
9.2 Diagnóstico por Imagem	42
9.2.1 Mamografia	42
9.2.2 Ultrassonografia Mamária Bilateral	44
9.2.3 Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	44
9.3 Assistência Farmacêutica	44
9.3.1 Acesso aos medicamentos	45
9.4 Sistemas de Informação em Saúde	45
9.4.1 Sistema Integrado de Gestão da Secretaria da Saúde de Joinville (SAÚDETECH)	45
9.4.2 Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)	45
9.4.3 Painel – Oncologia	45
9.5 Monitoramento	46
REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

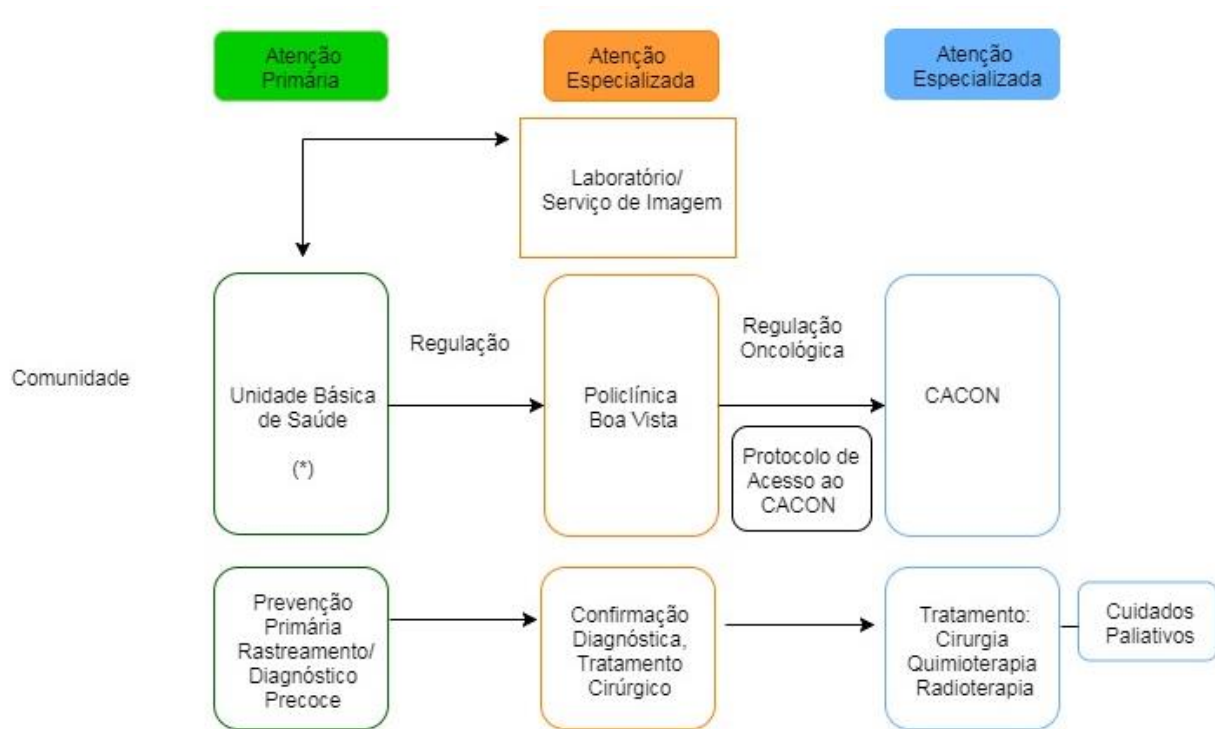
A Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013 (republicada através da PRC nº 02, de 28 de setembro de 2017, anexo IX), instituiu a **Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer** (PNPCC) na **Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir a incidência e mortalidade por câncer e as incapacidades causadas por esta doença, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

A Portaria MS/GM nº 483, de 1º de abril de 2014 (republicada através da PRC nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo IV) por sua vez, redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS estabelecendo **Diretrizes para organização das suas Linhas de Cuidado**, sendo esta construção de responsabilidade dos municípios, com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde.

As **Linhas de Cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades** (INCA, 2012), devendo ser considerados todos os Pontos de Atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, garantindo a oferta de cuidado integral às pessoas com câncer (Portaria MS/GM nº 483, de 1º de abril de 2014).

Os elevados índices de incidência e mortalidade por Câncer do Colo do Útero e da Mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam além do rastreamento, ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento (BRASIL, 2013). Por este motivo, foi elaborada uma Linha de Cuidado específica para tratar do Câncer de Mama e Colo do Útero na Secretaria da Saúde de Joinville.

Figura 01 – Resumo da Linha de Cuidado para controle dos cânceres de Colo do Útero e Mama



(*) Rede Feminina de Combate ao Câncer

Fonte: BRASIL, 2017 (Adaptado)

2 LEI DOS 60 DIAS

A **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**, estabeleceu que o primeiro tratamento oncológico no SUS deve iniciar no prazo máximo de 60 dias a partir do diagnóstico ou em prazo menor conforme necessidade terapêutica do caso.

A aplicação da Lei foi regulamentada pela **Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013** e, posteriormente, pela **Portaria nº 1.220, de 03 de junho de 2014**. Esta última reforça que *“o paciente com neoplasia maligna tem o direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrado em prontuário”* (BRASIL, 2014).

Segundo as Portarias, considera-se o tratamento iniciado com a realização de terapia cirúrgica; início de radioterapia ou o início de quimioterapia. A Portaria traz algumas exceções, nos casos de pacientes com diagnóstico de câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular, câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de alto risco e casos sem indicação de tratamentos não se aplica o prazo de 60 dias (BRASIL, 2013).

O Painel de Monitoramento de Tratamento Oncológico (PAINEL–Oncologia) é a ferramenta oficial para gerenciar o cumprimento do prazo estabelecido pela **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**, conforme previsto na **Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013**. Para isso, possui um módulo denominado “Tempo Diagnóstico / Tratamento”.

3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS – CÂNCER

Quadro 01 – Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer e Atribuições

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE		TERRITÓRIO SANITÁRIO
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família		Joinville
Atenção Especializada	Policlínica Boa Vista	Consulta especializada em: Mastologia Ginecologia Patologia do Colo Adulto Gineco Oncologia Adulto	Municípios da Gerência Regional de Saúde – SDR22 (*)
	Ambulatório Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Consulta especializada em: Ginecologia Patologia do Colo Adulto	
Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON / HSJ	Hospital São José (HSJ)	Quimioterapia Radioterapia Consulta em Oncologia Clínica Consulta em Oncologia Cirúrgica (inclui consultas e exames)	Municípios da Gerência Regional de Saúde – SDR22 (*)
		Atenção Domiciliar	Joinville
Urgência e Emergência	PA Norte 24 Horas Costa e Silva Luiza Schultz Dohler	Atendimentos de Urgência e Emergência Complexidade Intermediária	Joinville
	PA Sul 24 Horas Itaum		
	UPA 24 Horas Adventureiro		
	Hospital Bethesda	Atendimentos de Urgência e Emergência	SC
	Hospital São José		
	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt		

(*) **SDR22:** Joinville, Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Garuva, Itapoá, São Francisco do Sul, São João do Itaperiú (717.970 habitantes)

3.1 Atenção Primária

A **Atenção Primária à Saúde (APS)** em Joinville está organizada em 03 regiões distritais (Norte, Centro e Sul), que cobrem 100% da população de 583.144 habitantes do Município, compostas por 57 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 119 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 02 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) alocadas em 53 Unidades com Estratégia Saúde da Família (UBSF), 01 Unidade Básica de Rede Convencional, 01 Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em Unidade Básica de Rede Convencional, 01 Unidade Prisional, 01 Unidade de Saúde Bucal e 04 EACS em UBFS. A ESF encontra-se em expansão, com aumento significativo de equipes nos últimos anos.

Segundo a **Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)** (PRC nº 02, de 28 de setembro de 2017, Anexo IX, Seção II (origem: Portaria MS/GM nº 874, de 16 de

maio de 2013), que trata das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde, entre as responsabilidades da APS estão:

- ✓ Realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente;
- ✓ Desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente;
- ✓ Avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários;
- ✓ Realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade local/regional;
- ✓ Implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de Atenção;
- ✓ Encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica;
- ✓ Coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ Registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos Sistemas de Informação vigentes, quando couber;
- ✓ Realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de Atenção, conforme proposta definida para a região de saúde;
- e
- ✓ Desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho.

Em relação às atribuições dos profissionais das Equipes de Atenção Primária no controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama são mantidas as previstas no Caderno de Atenção Básica nº 13 – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e Mama (BRASIL, 2013).

O Município conta também, com a **Rede Feminina de Combate ao Câncer (CNES 5206170)**, uma entidade de natureza filantrópica que possui um convênio de cooperação mútua com a Secretaria da Saúde para dispor exames citopatológico cérvico-vaginal e microflora e mamografias bilaterais de rastreamento às mulheres residente em Joinville, por demanda

espontânea. As mulheres com alterações no resultado destes exames devem ser encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde do seu território.

3.2 Atenção Especializada

A **Atenção Especializada**, segundo definição da PNPC caracteriza-se pelo conjunto de serviços de média complexidade, que realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras, com as seguintes responsabilidades:

- ✓ Realizar assistência diagnóstica e terapêutica;
- ✓ Realizar, sempre que necessário, a contrarreferência dos usuários para a Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Oferecer apoio técnico às equipes de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar com o objetivo de ampliar a resolutividade destes; e
- ✓ Estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para o CACON.

Em Joinville, na Policlínica Boa Vista estão organizados os Serviços de Mastologia, Ginecologia Patologia do Colo Adulto e Gineco Oncologia Adulto e no Ambulatório do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt a especialidade Ginecologia Patologia do Colo Adulto, ambas referências para as Unidades da APS no apoio diagnóstico e terapêutico aos casos suspeitos de câncer de mama ou colo do útero, com oferta de consultas com especialistas e exames.

Na Atenção Especializada está incluída também a **Atenção Hospitalar**. Em Joinville, o Hospital São José está habilitado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) que, segundo definição da PNPC, deve apoiar e complementar os serviços da Atenção Primária na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Entre as responsabilidades do CACON estão:

- ✓ Determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados;
- ✓ Oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso;
- ✓ Registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos Sistemas de Informação vigentes;
- ✓ Realizar ações de pronto-atendimento em oncologia;

- ✓ Ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na Rede de Atenção à Saúde a que se integra.

O CACON do Hospital São José possui uma equipe específica para atender os pacientes em **cuidados paliativos**, buscando promover a qualidade de vida de pacientes e familiares que apresentam diagnósticos que não são reversíveis. A equipe multidisciplinar realiza atendimentos individuais e em grupos aos pacientes encaminhados por médicos e enfermeiros do CACON.

Em Joinville, o componente da **Atenção Domiciliar** está diretamente ligado ao CACON do Hospital São José. Entre as atribuições da Atenção Domiciliar estão:

- ✓ Realizar o cuidado paliativo, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de Atenção Primária e articulando com os pontos de Atenção Especializados de cuidado da pessoa com câncer;
- ✓ Atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e em tempo tão íntimos que é o evento morte no domicílio;
- ✓ Comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e à família a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos;
- ✓ Atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor;
- ✓ Preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento;
- ✓ Instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar; e
- ✓ Proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível.

3.3 Urgência e Emergência

A **Rede de Urgência e Emergência** é responsável por prestar cuidado às pessoas com câncer nas suas agudizações e, sempre que necessário, encaminhá-los para o CACON responsável por seu cuidado, ou ainda, para o Hospital Geral de Referência.

Os usuários que buscarem os serviços da Rede de Urgência e Emergência e, no momento do atendimento, forem diagnosticados com suspeita de câncer devem ter assegurados os encaminhamentos e, se necessário, transferência para o CACON, ou um Hospital Geral de Referência.

No Município de Joinville a Rede de Urgência e Emergência é composta por três Unidades de Pronto Atendimento Municipais localizados nas regiões Sul (**PA Sul 24 horas Itaum – CNES 2511738**), Norte (**PA Norte 24 horas Costa e Silva Luiza Schultz Dohler – CNES 8007527**) e Leste (**UPA 24 horas Aventureiro – CNES 6439993**), além das Unidades de

Emergências do **Hospital São José** (Municipal), **Hospital Regional Hans Dieter Schmidt** (CNES 2436450) e **Hospital Bethesda** (CNES 2521296).

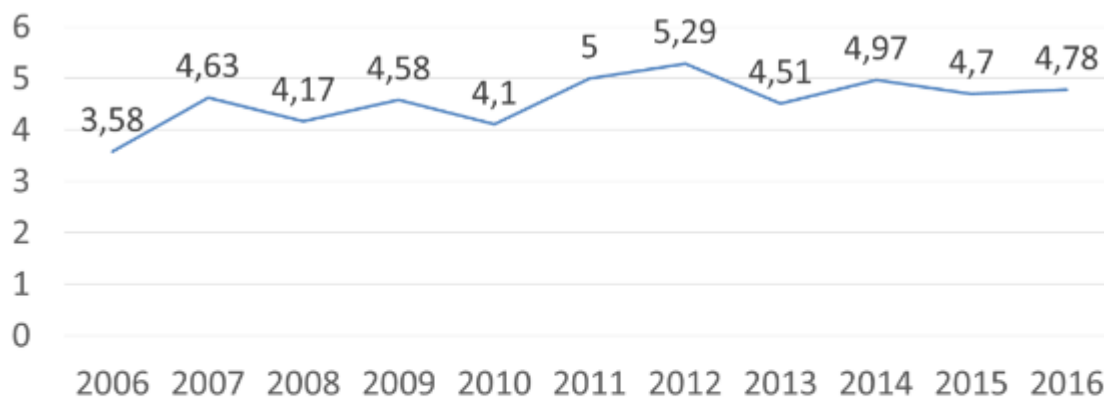
4 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

No Brasil, o câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e colorretal, sendo a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.

Em termos globais, a maioria dos casos (70%) ocorre em áreas com menores níveis de desenvolvimento humano. Quase nove de cada dez óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em regiões menos desenvolvidas, onde o risco de morrer de câncer cervical antes dos 75 anos é três vezes maior (INCA, 2017).

Segundo informações da Secretaria de Estado da Saúde, em Santa Catarina, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero aumentou de 4,02 óbitos a cada 100.000 mulheres em 2003 para 4,51 óbitos em 2013, taxa ligeiramente maior que a mortalidade na região sul (4,39) e cerca de 60% menor que a taxa de mortalidade no Brasil (11,51) no mesmo ano. Em 2016, a taxa de mortalidade para este tipo de câncer aumentou para 4,78 mortes a cada 100.000 mulheres.

Figura 02 – Mortalidade por Câncer do Colo do Útero em SC – 2006 à 2016



REGIÃO SUL, 2013: 4,39 óbitos a cada 100.000 mulheres
BRASIL, 2013: 11,51 óbitos a cada 100.000 mulheres

Fonte: Inca

Fonte: SES/SC – SIA/SIM/DATASUS

Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2016). Na década de 90, 70% dos casos diagnosticados no Brasil eram da doença invasiva, hoje, 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ* (GEABS, SES/SC, 2017).

Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 80 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1996. O controle do câncer do colo do útero mantém-se como prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011. Apesar dos avanços, reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido.

4.1 Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero

Em 2016, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva publicou a 2ª edição das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.

A publicação está em consonância com as ações da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e visa subsidiar os profissionais da saúde em suas práticas assistenciais e apoiar os gestores na tomada de decisão em relação à organização e estruturação da Linha de Cuidado da Mulher com Câncer do Colo do Útero (INCA, 2016).

Na elaboração desta linha de cuidado também foram utilizadas as orientações do Caderno de Atenção Básica nº 13 Controle dos Cânceres do Colo do Útero e Mama (BRASIL, 2013) e Protocolo da Atenção Básica – Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016).



4.2 Prevenção e Fatores de Risco para o Câncer de Colo do Útero

4.2.1 Infecção por Papilomavírus Humano (HPV)

A infecção pelo HPV é o fator de risco mais importante para o Câncer do Colo do Útero. A presença do HPV na quase totalidade dos casos desse câncer e as altas medidas de associação demonstradas implicam na maior atribuição de causa específica já relatada para um câncer em humanos. Dessa forma está determinado que a infecção pelo HPV é causa necessária para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2013).

Dos 40 tipos de HPV que podem infectar o trato genital inferior, de 12 a 18 tipos são considerados oncogênicos para o colo uterino. Entre os HPVs de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero. A infecção pelo HPV é muito comum, até 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. E estudos mostram que o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção pelo HPV (BRASIL, 2013).

Portanto, deduz-se que a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (BRASIL, 2013).

4.2.2 Tabagismo

O **tabagismo** aumenta o risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia e ao início em idade precoce. Mulheres fumantes tem duas vezes mais chances de desenvolver o câncer cervical do que as mulheres não fumantes. O uso de tabaco também está associado ao retorno de lesão pré-maligna em mulheres tratadas. Portanto o controle do tabagismo pode ajudar a minimizar o risco de câncer do colo do útero (BRASIL, 2013).

4.2.3 Prevenção Primária

A **prevenção primária** do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo papiloma vírus humano (HPV). A transmissão do HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Consequentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege apenas parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer através do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal (INCA site).

A principal forma de prevenção, entretanto, é a vacina contra o HPV, incluída pelo Ministério da Saúde no Calendário Nacional de Vacinação em 2014.

4.2.3.1 Vacinação contra o HPV

A vacina disponibilizada é a quadrivalente, que protege contra o HPV (Papiloma Vírus Humano) de baixo risco (tipos 6 e 11, que causam verrugas anogenitais) e de alto risco (tipos 16 e 18, que causam câncer de colo uterino).

Atualmente a população-alvo prioritária da vacina HPV é a de **meninas na faixa etária de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos**, que receberão **duas doses com intervalo de seis meses**, conforme Calendário Nacional de Vacinação (BRASIL, 2018).

Pessoas com HIV positivo, em tratamento oncológico e transplantados, de ambos os sexos, com idade de 09 a 26 anos de idade, devem receber três doses (0, 2 e 6 meses), segundo orientação do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE, 2014), (NI nº 384, 2016).

Essa aplicação previne infecções pelos tipos virais presentes na vacina e, consequentemente, o câncer do colo do útero. Pessoas que nunca tiveram contato com o vírus tem maior evidência de proteção e indicação (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde ressalta que a vacinação é uma ferramenta de prevenção primária e não substitui o rastreamento do câncer, uma vez que a vacina não confere proteção contra todos os subtipos oncogênicos de HPV. Da mesma forma, a vacina não confere proteção contra outras infecções sexualmente transmissíveis e, por isso, a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais (BRASIL, 2014).

As estratégias para a **detecção precoce do câncer do colo do útero** são o **diagnóstico precoce** (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o **rastreamento** na faixa etária preconizada de 25 a 64 anos.

4.2.4 Detecção Precoce

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento).

4.2.4.1 Rastreamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero

Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero a realização periódica do exame citopatológico (Papanicolau) continua sendo a estratégia mais amplamente adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária, para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero (INCA, 2016).

O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade (BRASIL, 2016).

4.2.4.2 População-alvo

A definição de quais mulheres devem ser rastreadas tem sido objeto de muitos questionamentos. É consenso que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença: a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV.

Em relação à faixa etária, há vários fatos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência ou mortalidade por câncer do colo do útero. Segundo estudo realizado pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), estimou que, ao iniciar o rastreamento aos 25 anos de idade, e não aos 20 anos, perde-se apenas 1% de redução da incidência cumulativa do câncer do colo do útero (INCA, 2016).

Entre 1.301.210 exames citopatológicos realizados em mulheres com menos de 24 anos de idade, em 2013, no Brasil, 0,17% dos exames tiveram resultado de HSIL e 0,006% tiveram resultado de câncer ou HSIL não podendo excluir microinvasão (INCA, 2016).

Além da baixa incidência de câncer do colo do útero em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras. Um estudo caso-controle, no Reino Unido, que incluiu 4.012 mulheres com câncer invasor do colo do útero mostrou dois resultados relevantes: o primeiro foi que 75% das mulheres de 20 a 24 anos que tiveram um câncer invasor já tinham pelo menos um exame citopatológico prévio. O segundo resultado foi que as mulheres que tiveram câncer diagnosticado entre 25 e 29 anos não foram protegidas por controles citológicos realizados antes dos 24 anos (evidência moderada) (INCA, 2016).

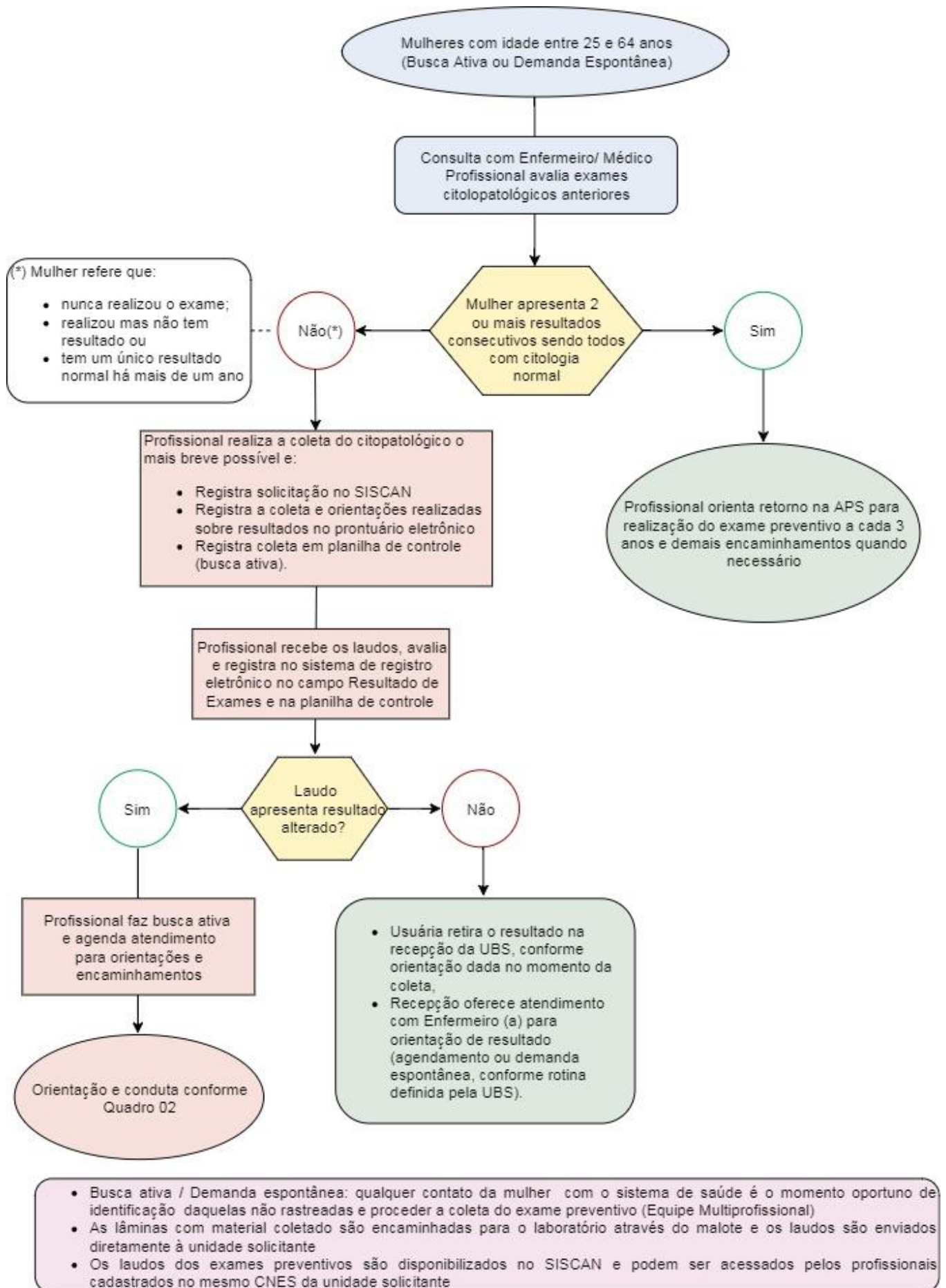
A incidência do câncer invasor do Colo do Útero em mulheres até 24 anos é muito baixa e o rastreamento é menos eficiente para detectá-lo. Por outro lado, o início mais precoce representaria um significativo aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, que apresentam grande probabilidade de regressão e resultam num aumento significativo de colposcopias e na possibilidade de sobretratamento, acarretando maior risco de morbidade obstétrica e neonatal como parto prematuro (evidência alta) associado a uma futura gestação (INCA, 2016).

Há menos evidências objetivas sobre quando as mulheres devem encerrar o rastreamento do câncer de colo do útero. Mulheres com rastreamento citológico negativo entre 50 e 64 anos apresentam uma diminuição de 84% no risco de desenvolver um carcinoma invasor entre 65 e 83 anos, em relação às mulheres que não foram rastreadas. Por outro lado, à medida que aumenta o intervalo desde o último exame, há aumento discreto do risco de desenvolvimento de um novo carcinoma (evidência moderada). As Diretrizes publicadas em 2016 mantiveram a recomendação de manutenção do rastreamento até os 64 anos para as mulheres sem história prévia de doença pré-invasiva, em concordância com o conhecimento mais atual e com a grande maioria das recomendações vigentes (INCA, 2016).

RECOMENDAÇÕES

- ✓ O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual;
- ✓ O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual;
- ✓ Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos;
- ✓ Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se **ambos** forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (INCA, 2016).

Figura 03 – Fluxograma para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero na Atenção Primária



Fonte: Rede de Crônicos SES/Joinville, 2019

Quadro 02 – Recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas Unidades de Atenção Primária

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir o exame citopatológico em 6 meses(*), caso persista o resultado encaminhar para Ginecologista da APS para consulta em no máximo 30 dias. • Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de 6 meses forem negativos, a mulher deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal. • Se achado de lesão igual ou mais grave, encaminhar para colposcopia. <p>(*)A segunda coleta deve ser precedida, quando necessário, do tratamento de processos infecciosos e de melhora do trofismo genital, com uso prévio de estrogênio quando indicado, na Unidade de Atenção Básica.</p>
	Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)	
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para colposcopia (Ginecologia Patologia do Colo Adulto).
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		<ul style="list-style-type: none"> • Repetir o exame citopatológico em 6 meses, caso persista o resultado, encaminhar para colposcopia (Ginecologia Patologia do Colo Adulto); • Após 2 resultados negativos com intervalo de 6 meses, manter rotina de rastreamento trienal.
Lesão de Alto Grau (HSIL)		
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão		<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para colposcopia (Ginecologia Patologia do Colo Adulto).
Carcinoma escamoso invasor		
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor		

Fonte: BRASIL, 2016 – Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Adaptado)

Lesões Suspeitas: na presença de lesões suspeitas (vegetantes ou ulceradas no colo do útero) e em mulheres com queixa de sangramento vaginal fora do período menstrual e/ou desencadeada pela relação sexual, deve-se encaminhar para avaliação especializada, visto que podem ser manifestações de doença invasora. A citologia, nesses casos, devido à necrose tecidual, pode não identificar a presença de células neoplásicas (BRASIL, 2016).

Quadro 03 – Recomendações da coleta do exame citopatológico do Colo do Útero diante de situações especiais

SITUAÇÃO	O QUE FAZER
Sem história de atividade sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Não há indicação para rastreamento do câncer do colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.
Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres. • Há recomendações conflitantes quanto à coleta de material endocervical em grávidas. Apesar de não haver evidências de que a coleta de espécime endocervical aumente o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada, outras fontes recomendam evitá-la devido ao risco em potencial. • Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa.
Climatério e pós-menopausa	<ul style="list-style-type: none"> • Devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. • Na eventualidade de o laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente de atrofia, realizar estrogenização (Encaminhar para Ginecologista da APS).
Histerectomizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento. • Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. Exceção: se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer do colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso (lesão precursora – controles cito/colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. • Na requisição do exame, informar sempre a lesão tratada (indicação da histerectomia).
Imunossuprimidas	<p>São parte deste grupo: mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteroides.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. • Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, deve ter o rastreamento citológico a cada seis meses. Considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina.
Lesões Suspeitas	<ul style="list-style-type: none"> • Na presença de lesões suspeitas (vegetantes ou ulceradas no colo do útero) e em mulheres com queixa de sangramento vaginal fora do período menstrual e/ou desencadeada pela relação sexual, deve-se encaminhar para avaliação especializada, visto que podem ser manifestações de doença invasora. A citologia, nesses casos, devido à necrose tecidual, pode não identificar a presença de células neoplásicas.

Fonte: BRASIL, 2016

4.2.5 Adequabilidade da Amostra

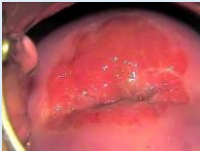
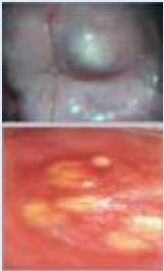
A coleta do exame citopatológico do colo do útero embora considerado um procedimento de baixa densidade tecnológica, requer qualificação e treinamento e deve ser realizado em todos os estabelecimentos da Atenção Básica do país (INCA, 2015). Para que o rastreamento seja eficaz, é importante levar em conta a utilização correta da técnica de coleta, o transporte e conservação adequados da amostra (SMS/FLORIANÓPOLIS e COREN/SC, 2017). A realização da coleta de material para exame preventivo do câncer do colo do útero deve ser realizada conforme orientação descrita no POP de Enfermagem (Rotina 13) da Secretaria da Saúde de Joinville – Rotina de Citologia Oncótica (Preventivo).


Quadro 04 – Adequabilidade da amostra

SITUAÇÃO	O QUE FAZER
Amostra insatisfatória para avaliação	É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por natureza técnica ou devido à presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular. • Nestes casos, a mulher deve repetir o exame em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.
Amostra satisfatória para avaliação	É aquela com células em quantidade representativa, cuja observação permita conclusão diagnóstica. Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero: células escamosas; células glandulares (não inclui o epitélio endometrial) e células metaplásicas.
Esfregaços normais somente com células escamosas	Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical coletada com escova apropriada e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre). • Caso o laudo do exame citopatológico aponte ausência de células endocervicais deve ser repetido com intervalo de um ano e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos.

Fonte: BRASIL, 2016

Quadro 05 – Recomendações de conduta diante dos problemas mais frequentes encontrados durante a coleta do exame citopatológico do Colo do Útero

PROBLEMA	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Ressecamento Vaginal ou Colpite Atrófica	<ul style="list-style-type: none"> • A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos, devendo o exame na mulher menopáusica estar bem indicado para evitar ansiedade e intervenções desnecessárias; • Estes achados são comuns no período do climatério, só demandando tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou prejuízo da amostra pela atrofia*; • O tratamento da colpite atrófica pode ser realizado pela administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses. Deve ser utilizado, de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de sete dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). O creme deve ser suspenso 48 horas antes da coleta; • Por ser mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, este não está contraindicado nas mulheres com história de câncer de mama. No entanto, nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada. 	Médico(a)
Vaginismo	<ul style="list-style-type: none"> • A etiologia do vaginismo não está bem esclarecida, embora comumente esteja associada a fatores psicossociais, afetivos, que podem ser decorrentes de questões culturais, religiosas ou mesmo secundários a vivências sexuais traumáticas. Entre as causas físicas, podem estar: anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis, congestão pélvica*; • Caracteriza-se pela contração involuntária dos músculos próximos à vagina antes da penetração. Pode impedir a realização do exame, pela limitação à introdução do espéculo. Caso isso aconteça, recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou mesmo lesões à mulher. Deve-se apoiá-la, buscar tranquilizá-la e tentar reagendar a avaliação. Deve-se, ainda, investigar a etiologia; • Considerar encaminhamento ao ginecologista caso seja identificada causa orgânica que necessite de tratamento na atenção especializada ou apoio psicológico especializado, quando necessário. 	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Ectopia 	<ul style="list-style-type: none"> • No período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a junção escamo-colunar (JEC) situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão. Logo, a ectopia é uma situação fisiológica, não demandando intervenções. 	Enfermeiro(a)/ médico(a)
Cisto de Naboth 	<ul style="list-style-type: none"> • É decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, sem significado patológico, não demandando intervenções. 	Enfermeiro(a)/ médico(a)

<p>Pólipos Cervicais</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • São projeções da mucosa do canal do colo uterino, podendo levar a sangramento vaginal fora do período menstrual e principalmente após relação sexual. Quando localizados externamente, são facilmente visualizados no momento da realização do exame preventivo; • São benignos na maioria dos casos. Não causam dor pélvica, dispareunia ou distúrbios menstruais significativos; • Encaminhar ao ginecologista para retirada em presença de queixa de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado; sangramento discreto entre as menstruações. 	<p>Enfermeiro(a)/ médico(a)</p>
---	---	-------------------------------------

***Maiores Informações Consulte:** Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde/2016

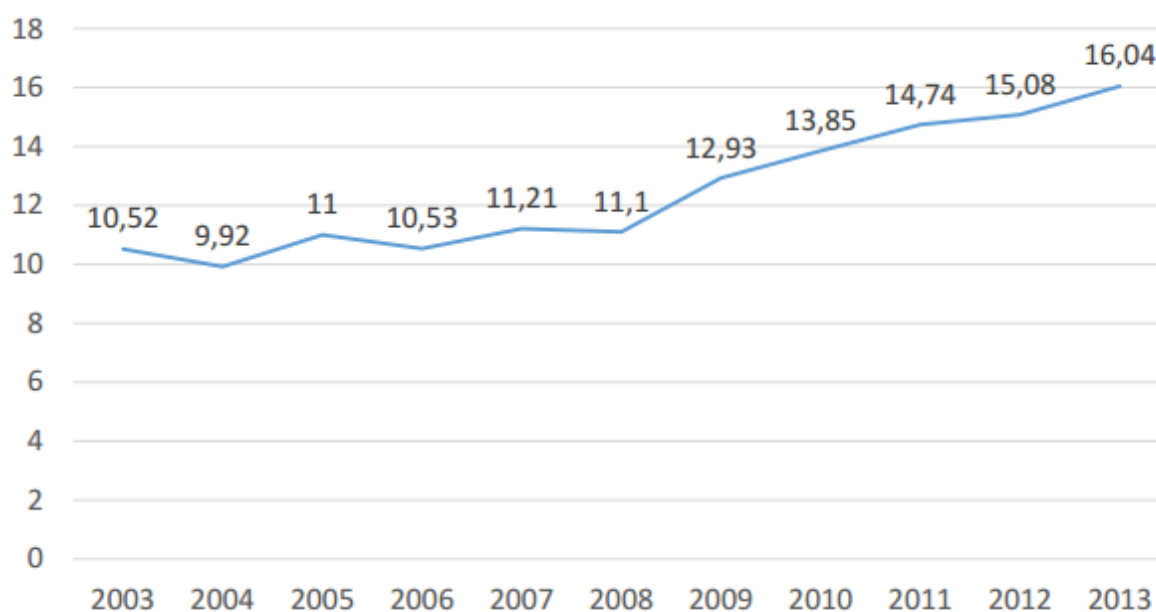
Fonte: BRASIL, 2016

5 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, e também uma das principais causas de morte em países desenvolvidos e em desenvolvimento. As taxas de incidência e mortalidade são maiores nos países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento o risco de morrer de câncer de mama, em geral, é menor em comparação com os países desenvolvidos. No Brasil, embora exista uma grande heterogeneidade na distribuição de casos novos e mortes por câncer de mama, as maiores taxas de incidência e mortalidade ocorrem nas Regiões Sul e Sudeste, e as menores taxas nas Regiões Norte e Nordeste (INCA, 2015).

Em Santa Catarina, a incidência do câncer de mama em 2015 foi de 56,09 casos a cada 100.000 mulheres. A taxa de mortalidade aumentou de 10,52 óbitos a cada 100.000 mulheres em 2003 para 16,04 em 2013, maior que a mortalidade na região sul (13,7) e no Brasil (14,35).

Figura 04 – Taxa de Mortalidade por neoplasia de Mama em SC, 2003 à 2013



REGIÃO SUL, 2013: 13,7 óbitos a cada 100.000 mulheres

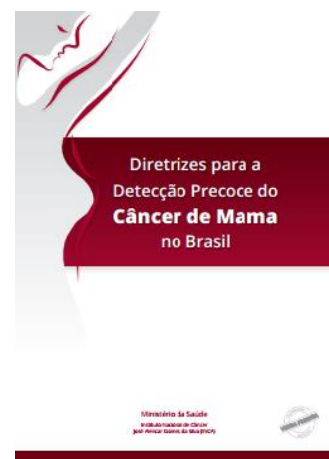
BRASIL, 2013: 14,35 óbitos a cada 100.000 mulheres

Fonte: Inca

O controle do câncer de mama mantém-se como uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde no Brasil.

5.1 Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil

Em 2015 o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva publicou as novas Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil atualizando e ampliando as recomendações anteriores, vigentes desde 2004. As novas diretrizes foram elaboradas de maneira sistematizada, a partir da metodologia da Medicina Baseada em Evidências e da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), em que um conjunto de técnicas de pesquisa foi utilizado para averiguar efetividade, eficácia e acurácia associadas às várias estratégias de diagnóstico precoce e rastreamento, assim como às incertezas existentes sobre os possíveis riscos e benefícios do uso de algumas tecnologias em saúde. Foram avaliadas intervenções voltadas ao rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama (INCA, 2015).



5.2 Prevenção e Fatores de Risco

São considerados **fatores de risco para câncer de mama**:

- ✓ Envelhecimento (idade > 50 anos);
- ✓ Fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade ou primeira gravidez após os 30 anos);
- ✓ História pregressa ou familiar de câncer de mama;
- ✓ Uso de álcool, tabaco (o tabaco é um fator com limitada evidência de aumento do risco de câncer de mama em humanos mas merece atenção);
- ✓ Excesso de peso, sedentarismo;
- ✓ Exposição à radiação ionizante;
- ✓ Terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona).

A **prevenção primária** intervém sobre fatores de risco modificáveis para o câncer de mama. O estímulo da manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável e a prática de atividades físicas regularmente, o aconselhamento para redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo, além do estímulo à amamentação exclusiva, são medidas que podem contribuir para a prevenção primária da doença (BRASIL, 2016; INCA, 2007).

Estima-se que, por meio da **alimentação, nutrição, atividade física e gordura corporal adequados**, é possível reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama no Brasil (INCA, 2009).

As evidências científicas a respeito da relação entre alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer podem ser consultadas no Sumário Executivo Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil (2009) e no Resumo: Alimentos, Nutrição, Atividade Física e

Prevenção do Câncer, uma perspectiva global (2007). O novo Sumário Executivo Evidências e recomendações sobre Alimentação, Nutrição e Atividade Física para a Prevenção do Câncer foi publicado pelo INCA em Consulta Pública em julho de 2017.

5.3 Detecção Precoce

As estratégias para a **detecção precoce do câncer de mama** são o **diagnóstico precoce** (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o **rastreamento** (realização de testes ou exames diagnósticos em **pessoas assintomáticas**, com a finalidade de diagnóstico precoce, para reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado, ou seja, viabiliza a identificação de indivíduos que têm a doença, mas que ainda não apresentam sintomas).

5.4 Diagnóstico Precoce

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer. Nessa estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. O diagnóstico precoce é especialmente importante em contextos de apresentação avançada do câncer de mama.

RECOMENDAÇÃO SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS SUSPEITOS

O **Ministério da Saúde recomenda** que os seguintes **sinais e sintomas sejam considerados como de referência urgente** para serviços de diagnóstico mamário (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos):

- ✓ Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- ✓ Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- ✓ Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- ✓ Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- ✓ Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- ✓ Presença de linfadenopatia axilar;
- ✓ Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- ✓ Retração na pele da mama;
- ✓ Mudança no formato do mamilo;
- ✓ Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral (BRASIL, 2015).

Usuários com sinais e sintomas definidos nessa recomendação devem ser referenciados para a Atenção Especializada – Mastologia na Policlínica Boa Vista, de forma urgente. Esses usuários devem ter prioridade na referência com relação às mulheres com mamografias de rastreamento alteradas ou com sinais e sintomas não sugestivos de câncer de mama, pois a

proporção de casos em que o câncer de mama será confirmado é muito maior, ficando em torno de 10% (INCA, 2015).

5.5 Rastreamento do Câncer de Mama

Rastreamento é a realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou **pessoas assintomáticas**, com a finalidade de diagnóstico precoce, para reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado, ou seja, viabiliza a identificação de indivíduos que têm a doença, mas que ainda não apresentam sintomas. **O rastreamento do câncer de mama é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade.**

Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. Os riscos incluem os resultados falso-positivos, que geram ansiedade e excesso de exames; os resultados falso-negativos, que resultam em falsa tranquilidade para a mulher; o sobrediagnóstico e o sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente (diagnosticados e tratados sem que representem uma ameaça à vida); e, em menor grau, o risco da exposição à radiação ionizante, se frequente ou sem controle de qualidade (INCA, 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/SCTIE n° 61, de 1º de outubro de 2015, manteve como estratégia preconizada para o **rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas com risco habitual a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos**, conforme preconizado nas Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama.

A mamografia nessa faixa etária e a periodicidade bienal são rotinas adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseiam-se na evidência científica do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo e no balanço favorável entre riscos e benefícios. Em outras faixas etárias e periodicidades, o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento com mamografia é desfavorável (INCA, 2015; INCA, 2017). O quadro a seguir traz um resumo das recomendações sobre o rastreamento com mamografia:

Quadro 06 – Resumo das recomendações sobre o rastreamento com Mamografia

RASTREAMENTO COM MAMOGRAFIA		
RECOMENDAÇÕES	Questão norteadora	Qual a eficácia do rastreamento com mamografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama, comparada à ausência de rastreamento?
	< de 50 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos. (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios)
	De 50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos. (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes)
	De 60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos. (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)
	De 70 a 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos. (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto)
	75 anos ou mais	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais. (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)
	Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas seja a bienal. (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal)

Fonte: INCA, 2017.

É necessário diferenciar o procedimento de Mamografia de Rastreamento da Mamografia para avaliar uma alteração suspeita na mama (**Mamografia Diagnóstica**), que pode ser feita em **qualquer idade** para investigação e estabelecer o diagnóstico (Ver Quadro 13 – Orientações para solicitação de Mamografia).

5.6 Rastreamento em Mulheres com Risco Elevado

Aproximadamente 5% dos casos de câncer de mama ocorrem em mulheres com alto risco para desenvolvimento dessa neoplasia. Entende-se como risco elevado de câncer de mama história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

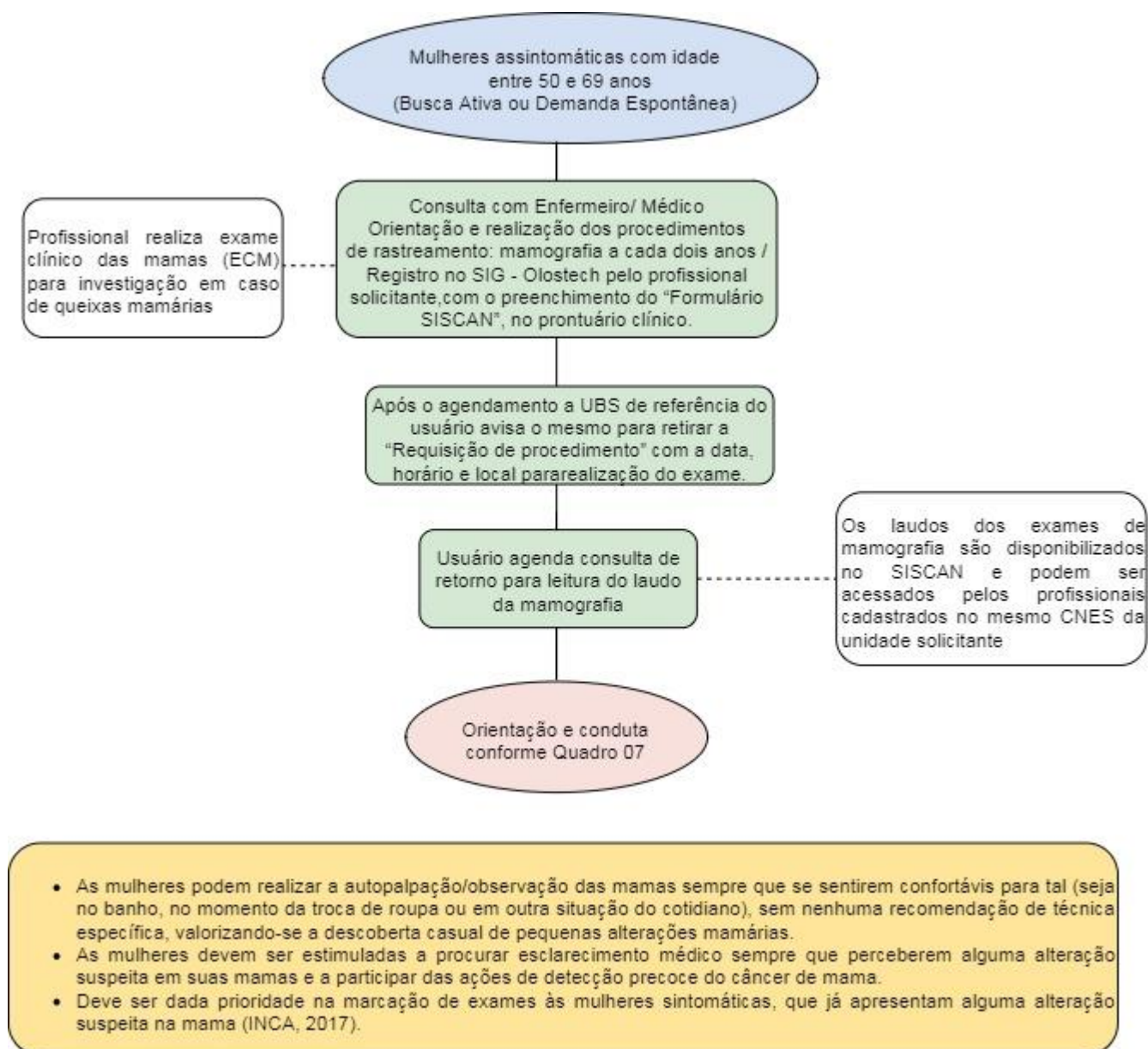
Ainda não existem ensaios clínicos que tenham identificado estratégias de rastreamento diferenciadas e eficazes para redução de mortalidade nas mulheres com risco elevado para desenvolver câncer de mama. Portanto, **recomenda-se acompanhamento clínico individualizado para avaliação do risco e a conduta a ser seguida** (INCA, 2017).

Quadro 07 – Recomendações para conduta inicial frente aos resultados de Mamografias de Rastreamento na Atenção Primária

CATEGORIA BI-RADS®	INTERPRETAÇÃO	RISCO DE CÂNCER	RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA
0	Exame inconclusivo	Indeterminado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação adicional com anamnese e exame clínico • Correlação com outros métodos de imagem, conforme recomendação do médico radiologista, sendo a ultrassonografia de mamas a mais comum • Comparação com mamografia feita no ano anterior • O(a) Enfermeiro(a) deve definir a prioridade do agendamento da consulta médica (médico de saúde da família ou ginecologista) conforme história clínica e exames anteriores
1	Exame negativo	0%	<ul style="list-style-type: none"> • Manter rotina de rastreamento conforme a faixa etária
2	Exame com achado tipicamente benéfico	0%	<ul style="list-style-type: none"> • Manter rotina de rastreamento conforme a faixa etária
3	Exame com achado provavelmente benéfico	< 2%	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento para ginecologista da APS • Acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe da APS na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde • Controle radiológico por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes • O ginecologista vai avaliar necessidade de encaminhamento para mastologista
4	Exame com achado suspeito	2% a 95%, a depender do grau de suspeição	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento para mastologista na Policlínica Boa Vista (a partir de médico e enfermeiro) para estudo histopatológico e acompanhamento
5	Exame com achado altamente suspeito	> 95%	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento compartilhado, mantendo a equipe da APS na coordenação de cuidado, atenta às ações nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde

Fonte: BRASIL, 2016 – Adaptado

Figura 05 – Fluxograma para o Rastreamento do Câncer de Mama na Atenção Primária



Fonte: Rede de Crônicos SES/Joinville, 2019

5.7 Recomendações a Respeito de Outras Estratégias de Rastreamento segundo as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil

5.7.1 Rastreamento com autoexame das mamas

O autoexame das mamas, que foi muito estimulado no passado, não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos. Portanto, não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões embora possa ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo, devendo o profissional de saúde valorizar as queixas e percepções da paciente (BRASIL, 2016).

Quadro 08 – Autoexame das Mamas

AUTOEXAME DAS MAMAS	
Questão Norteadora	Qual a eficácia do rastreamento com autoexame das mamas na redução da mortalidade global e por câncer de mama?
Recomendação	O Ministério da Saúde recomenda contra o ensino do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama (Recomendação contrária fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Fonte: INCA, 2017

A orientação é que a mulher realize a autopalpação/observação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias.

É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que perceber alguma alteração suspeita em suas mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama. Deve ser dada prioridade na marcação de exames às mulheres sintomáticas, que já apresentam alguma alteração suspeita na mama (INCA, 2017).

5.7.2 Rastreamento com exame clínico das mamas

O rastreamento por meio do Exame Clínico das Mamas (ECM) foi outra estratégia que teve eficácia avaliada. O ECM é usado como método tanto diagnóstico quanto de rastreamento. Como método diagnóstico, realizado por médico para diagnóstico diferencial de lesões palpáveis da mama, é um complemento essencial na investigação diagnóstica de doenças mamárias e o primeiro método de avaliação diagnóstica na atenção primária. Como rastreamento, é entendido como um exame de rotina feito por profissional de saúde treinado – geralmente enfermeiro ou médico – realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama. Ao contrário de seu papel consagrado como método diagnóstico, o rastreamento por meio do ECM é alvo de grande controvérsia na literatura científica. Segundo as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil (INCA, 2017) seu benefício como estratégia de rastreamento não foi bem estabelecido, **o equilíbrio entre possíveis danos e benefícios é incerto**, devendo ser realizado no caso de queixas mamárias, como parte inicial da investigação (BRASIL, 2016).

Quadro 09 – Exame Clínico das Mamas

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS	
Questão Norteadora	Qual a eficácia do rastreamento com exame clínico das mamas na redução da mortalidade global e por câncer de mama?
Recomendação	Ausência de recomendação: o equilíbrio entre possíveis danos e benefícios é incerto

Fonte: INCA, 2017

O Exame Clínico das Mamas não tem benefício bem estabelecido como rastreamento, devendo ser realizado no caso de queixas mamárias, como parte inicial da investigação (BRASIL, 2016). Por fim, ressaltam que a ausência de recomendação (favorável ou contrária) apresentada nas Diretrizes não é definitiva e deverá ser reavaliada assim que evidências sobre a eficácia do rastreamento com ECM estiverem disponíveis (INCA, 2015).

5.7.3 Rastreamento com ultrassonografia das mamas

Segundo as Diretrizes citadas, a ultrassonografia é, ao lado da mamografia, o mais importante método de imagem na investigação diagnóstica de alterações mamárias suspeitas, e os dois métodos são vistos como complementares na abordagem de diferentes situações clínicas. A aplicação da ultrassonografia mamária na diferenciação entre cistos e tumores sólidos da mama e na avaliação de nódulos palpáveis em mulheres jovens são exemplos de indicações reconhecidas e bem estabelecidas na prática clínica (INCA, 2015).

Embora consagrada como método de investigação diagnóstica do câncer de mama, as diretrizes citam ausência de evidências sobre a sua eficácia no rastreamento, além de *“limitações que comprometem seu potencial papel como um método de rastreamento para o câncer de mama, entre elas estão a grande dependência da presença e da experiência do médico operador, a maior dificuldade de padronização de técnicas de exame e de critérios de interpretação e a dificuldade na detecção de microcalcificações”*. E aspectos como padronização, reprodutibilidade, proporção de casos falso-positivos e garantia da qualidade no rastreamento com ultrassonografia mamária ainda precisam ser mais bem estudados (INCA, 2015).

Portanto, o Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (**Recomendação contrária forte**: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).

Quadro 10 – Ultrassonografia

ULTRASSONOGRAFIA	
Questão Norteadora	Qual a eficácia do rastreamento com ultrassonografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama?
Recomendação	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (Recomendação contrária forte : os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Fonte: INCA, 2017

6 ACESSO AO RASTREAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DO ÚTERO E MAMA

A Atenção Primária, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essas doenças (BRASIL, 2016). Atingir **alta cobertura da população alvo** é o componente mais importante no âmbito da APS para redução da incidência e mortalidade.

Existem duas estratégias para realização do rastreamento:

- ✓ **Rastreamento Oportunístico:** o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às Unidades de Saúde.
- ✓ **Rastreamento Organizado:** as mulheres são formalmente convidadas para os exames periódicos, apresenta melhores resultados e menores custos.

Segundo o INCA, o padrão predominante do rastreamento no Brasil é oportunístico, ou seja, as mulheres realizam o exame quando procuram os serviços de saúde por outras razões. Consequentemente, 20% a 25% dos exames citopatológicos têm sido realizados fora do grupo etário recomendado e aproximadamente metade deles com intervalo de um ano ou menos, quando o recomendado são três anos. Assim, há um contingente de mulheres superrastreadas e outro contingente sem qualquer exame de rastreamento.

Segundo informações da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, a cobertura no Estado está em 50% para rastreamento de Câncer do Colo do Útero e em 60% para rastreamento de Câncer de Mama, mas o **aumento da cobertura não tem refletido em diminuição da mortalidade por essas doenças**.

A publicação do Ministério da Saúde, Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016), destaca a necessidade de facilitar ao máximo o acesso de mulheres dentro das faixas etárias preconizada para as ações de rastreamento. Com esse objetivo, a orientação é de que cada Unidade de Saúde planejar seus processos de trabalho, incluindo estratégias que podem envolver a flexibilização da agenda das equipes para as ações de rastreamento, além da realização de busca ativa nos domicílios e espaços comunitários.

Lembrando que essas estratégias se tornam ainda mais relevantes para grupos que historicamente tem mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou que apresentam maiores vulnerabilidades e singularidades, como mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade (BRASIL, 2016).

Segundo a **Lei nº 13.767**, de 18 de dezembro de 2018, que altera o art. 473 da **Consolidação das Leis do Trabalho** (CLT), a fim de permitir a ausência ao serviço para realização de exame preventivo de câncer:
Art. 473 – **O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário:**
XII – **até 3 (três) dias, em cada 12 (doze) meses de trabalho**, em caso de realização de exames preventivos de câncer devidamente comprovada.

7 REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PRC nº 02, de 28 de setembro de 2017, Anexo IX) o Componente Regulação é responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

7.1 Regulação – Acesso à Atenção Especializada

O acesso às consultas oferecidas na Atenção Especializada em Mastologia, Ginecologia Patologia do Colo e Oncologia Ginecologia – Adulto da Policlínica Boa Vista, assim como aos exames de média e alta complexidade para os pacientes de Joinville e municípios pactuados é regulado pela **Central de Regulação de Joinville (CNES 7220758)**.

Na Central de Regulação as solicitações são priorizadas pelo médico regulador e posteriormente agendadas.

O acesso às consultas no Ambulatório do Hospital Regional Hans Dieter Schimidt (HRHDS), estadual, passa também pela **Complexo Regulador Estadual de Santa Catarina (CNES 2692260)**, por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), conforme Deliberação nº 47/CIB/2016. Os encaminhamentos para estas Unidades são recebidos pela Central de Regulação de Joinville, que insere os pacientes no SISREG.

7.1.1 Critérios de encaminhamento para especialidade Ginecologia – Patologia do Colo

Encaminhamentos podem ser realizados por médicos ou enfermeiros

- ✓ Resultado de um colpocitológico com: ASC-H; LIE ou SIL de alto grau ou carcinoma in situ;
- ✓ Resultado de dois colpocitológicos consecutivos com: ASC-US; LIE ou SIL de baixo grau;
- ✓ Mulheres na menopausa com sangramento vaginal ou USG transvaginal com espessamento endometrial acima de 6 mm (com avaliação do médico da APS);
- ✓ Lesão suspeita ao exame especular (com avaliação do médico da APS);
- ✓ Resultado de biópsia de colo com: neoplasia invasora (carcinoma epidermóide / adenocarcinoma) ou carcinoma microinvasor ou displasia cervical grave ou LIE alto grau;
- ✓ Resultado de colpocitologia com: células malignas ou carcinoma invasor; AGC (células glandulares atípicas de significado indeterminado);
- ✓ Após confirmação de diagnóstico a Ginecologia – Patologia de Colo encaminha quando necessário à Especialidade Oncologia – Ginecologia.

7.1.2 Critérios de encaminhamento para especialidade Mastologia

Encaminhamentos podem ser realizados por médicos ou enfermeiros

- ✓ Mamografia com achados classificados como BI-RADS® 4, 5 ou 6;
- ✓ Achado suspeito ao exame físico e exames complementares;
- ✓ Nódulos ou tumorações de mama palpáveis de origem recente e crescimento rápido;
- ✓ Descarga (derrame) papilar sanguinolento ou transparente;
- ✓ Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- ✓ Mastalgia focal persistente ou difusa relacionada ao ciclo menstrual que não melhora com a avaliação do médico ginecologista de referência da Unidade de Saúde;
- ✓ Pacientes com alto risco para câncer de mama;
- ✓ Radioterapia torácica prévia com alguma alteração local;
- ✓ História pessoal prévia de câncer de mama ou ovário tratado;
- ✓ História familiar para câncer de mama (um parente de primeiro grau menor de 50 anos / parente com câncer de mama bilateral ou mais de dois parentes com câncer de mama ou ovário independente do grau de parentesco);
- ✓ Predisposição genética comprovada para câncer de mama;
- ✓ Parente homem com câncer de mama;
- ✓ Pacientes homens: Tumorações ou aumento do volume mamário.

7.2 Regulação – Acesso às Cirurgias Eletivas

O acesso a todas as cirurgias eletivas, inclusive cirurgias realizadas no Hospital São José, é regulado pela **Central de Regulação de Internações Hospitalares** da Secretaria de Estado da Saúde, conforme previsto na Deliberação 066/CIB/18 da Comissão Intergestores Bipartite – SES/SC, que aprova os fluxogramas da regulação hospitalar no Estado de Santa Catarina.

As AIHs para cirurgias eletivas geradas nos Ambulatórios de Atenção Especializada da Policlínica Boa Vista (Mastologia, Ginecologia Patologia do Colo Adulto e Gineco Oncologia Adulto) e Hospital Regional Hans Dieter Schimidt (Ginecologia Patologia do Colo Adulto) e realizadas nos Hospitais de referência (HSJ e HRHDS) devem ser entregues pelo paciente na Secretaria da Saúde do Município de origem, onde serão inseridas via SISREG para Central de Regulação de Internações Hospitalares da 22ª SDR.

7.3 Regulação Oncológica – Acesso ao CACON do Hospital São José

Para atender ao que preconiza a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer o acesso à Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital São José passa a ser regulado pela **Central de Regulação de Joinville** com o objetivo de qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e

promovendo a equidade no acesso às ações e aos serviços para o cuidado ao usuário com câncer.

O acesso deverá obedecer ao Protocolo de Acesso ao CACON do Hospital São José, que traz as condições clínicas e os critérios de encaminhamento para os pacientes com diagnóstico firmado de câncer por exame patológico ou com alta suspeita clínica de câncer nos quais a confirmação diagnóstica só poderá ser obtida mediante procedimentos de Alta Complexidade não disponíveis na rede de Média Complexidade.

Os encaminhamentos serão solicitados via regulação *online* pelo médico assistente, com descrição do quadro clínico, classificação internacional de doenças (CID) que justifique o encaminhamento e resultados de exames prévios (quando houver) relacionados ao quadro clínico, para otimizar a avaliação e regulação da classificação de critérios de risco dos encaminhamentos.

Contrarreferência para Atenção Primária à Saúde:

- ✓ Será disponibilizado ao CACON e municípios pactuados o módulo “Contrarreferência” do Sistema Integrado de Gestão (SAUDETTECH) para contrarreferência para APS.
- ✓ Na contrarreferência deverão ser informados os procedimentos realizados, o diagnóstico, assim como orientações com relação ao seguimento e ao acompanhamento do usuário.

A realização de exames e procedimentos ambulatoriais dos pacientes em acompanhamento no CACON do Hospital São José é de responsabilidade do próprio CACON conforme previsto no Termo de Compromisso de Garantia de Acesso em Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (SES/SC, 2017).

Quadro 11 – Câncer de Mama

Indicações (CID)	C50.9
Condições necessárias	Pacientes com diagnóstico de câncer de mama, que já tenham iniciado tratamento na Policlínica Boa Vista

Quadro 12 – Câncer do Colo do Útero, Vulva e Vagina

Indicações (CID)	C53.9, C51 e C52
Condições necessárias	Pacientes com diagnóstico de câncer do colo do útero, endométrio, vulva ou vagina que tenham iniciado o tratamento na Policlínica Boa Vista na especialidade Ginecologia Patologia do Colo Adulto

8 CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA DA MAMA

A Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999 e a Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013, tratam do acesso à Cirurgia Plástica Reconstructiva às mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial da mama durante o tratamento do câncer, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias.

Segundo a Lei, quando houver condições técnicas, a Reconstrução da Mama deve ser efetuada no mesmo tempo cirúrgico da cirurgia de tratamento e nos casos de impossibilidade de reconstrução imediata, a usuária será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas.

Atualmente, usuários com Câncer de Mama realizam a cirurgia reparadora concomitante à cirurgia para o tratamento, nos casos em que as condições técnicas permitem.

9 SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

9.1 Diagnóstico em Laboratório Clínico

- ✓ Os exames laboratoriais são realizados no Laboratório Municipal, postos de coleta alocados em Unidades Básicas de Saúde estratégicas e em laboratórios terceirizados conveniados ao SUS;
- ✓ O agendamento para as coletas de material biológico é realizado pelos solicitantes em Consultório Informatizado ou Sala de Enfermagem Informatizada ou alternativamente nas recepções dos ambulatórios de especialidades, com a utilização do Sistema Integrado de Gestão (SIG – SAUDETTECH);
- ✓ Os resultados dos exames podem ser acessados pela internet com a utilização de usuário e senha entregues ao usuário no atendimento. Alternativamente, podem ser retirados na recepção do laboratório ou posto de coleta onde foi realizada a coleta.

9.2 Diagnóstico por Imagem

9.2.1 Mamografia

- ✓ São realizadas em clínicas privadas conveniadas ao SUS;
- ✓ As Mamografias Bilaterais para Rastreamento (solicitadas por médicos e enfermeiros), quando na faixa etária e periodicidade previstas pelo Ministério da Saúde, assim como as Mamografias com finalidade diagnóstica (solicitadas **apenas** por médicos), devem ser solicitadas através do SIG – SAUDETTECH (ver quadro 13); após o agendamento, a UBS de referência do usuário avisa o mesmo para retirar a “Requisição de Procedimento” com a data, horário e local para realização do exame;
- ✓ Os laudos dos exames de mamografia são entregues ao usuário pela clínica onde foi realizado o procedimento e também são disponibilizados no SISCAN onde podem ser acessados pelos profissionais cadastrados no mesmo CNES da Unidade solicitante.

Quadro 13 – Orientações para solicitação de Mamografia

Mamografia Bilateral para Rastreamento (02.04.03.018-8)	Indicações	Observações
<p><u>Rastreamento</u> em mulheres assintomáticas</p> <p>Solicitação por <u>Enfermeiro</u> ou <u>Médico</u></p>	<p>Mulheres com idade entre 50 e 69 anos, periodicidade bienal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As solicitações de mamografias devem ser inseridas no Sistema Integrado de Gestão (SIG – SAÚDETECH) pelo profissional solicitante, com o preenchimento do “Formulário SISCAN”, no prontuário clínico; • O formulário SISCAN deve ser impresso e entregue ao usuário; • Após o agendamento, a UBS de referência do usuário avisa o mesmo para retirar a “Requisição de procedimento” com a data, horário e local para realização do exame; <p>• Para realização do exame o usuário deve portar consigo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulário SISCAN impresso; 2. Requisição de procedimento; 3. Documentos pessoais.
Mamografia (02.04.03.003-0)	Indicações	Observações
<p><u>Diagnóstica</u></p> <p>Solicitação apenas por <u>Médico</u></p> <p>Pode ser realizada unilateralmente ou bilateralmente e aplica-se a homens e mulheres, acima de 35 anos (Para investigação clínica em mulheres jovens – menores de 35 anos – recomenda-se a ultrassonografia mamária).</p> <p>Observação: Na mamografia diagnóstica considera-se que ambas as mamas serão radiografadas (exceção nos casos em que foi informada “mastectomia” ou “mastectomia poupadora de pele” no campo cirurgia de mama da anamnese da unidade requisitante, bloqueando os campos para descrição de “dados/achados da mama”).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico em mulheres com mamas alteradas ao exame clínico; • Estadiamento (avaliação da extensão de um tumor maligno já diagnosticado); • Acompanhamento de doente operado de câncer de mama. • Mulheres com risco elevado para câncer de mama (*): <ul style="list-style-type: none"> • História familiar de câncer de mama unilateral diagnosticado antes dos 50 anos de idade em pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha); • História familiar de câncer de ovário em parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha), independente da idade do diagnóstico; • História familiar de câncer de mama bilateral em parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha), independente do diagnóstico; • História familiar de câncer de mama masculino; • História de radioterapia torácica prévia; • Mulher com diagnóstico prévio histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular <i>in situ</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • As solicitações de mamografias devem ser inseridas no Sistema Integrado de Gestão (SIG – SAÚDETECH) pelo profissional solicitante, com o preenchimento do “Formulário SISCAN”, no prontuário clínico; • O “Formulário SISCAN” deve ser impresso e entregue ao usuário; • As solicitações serão priorizadas e agendadas pela Central de Regulação; • Após o agendamento, a UBS de referência do usuário avisa o mesmo para retirar a “Requisição de procedimento” com a data, horário e local para realização do exame. <p>• Para realização do exame o usuário deve portar consigo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulário SISCAN impresso; 2. Requisição de procedimento; 3. Documentos pessoais

Fonte: Gerência de Regulação, SES/Joinville, 2019 (adaptado)

9.2.2 Ultrassonografia Mamária Bilateral (Cód. SIGTAP – 02.05.02.009-7)

- ✓ Solicitadas por médicos via do SIG – SAUDETTECH; após o agendamento, a UBS de referência do usuário avisa o mesmo para retirar a “Requisição de Procedimento” com a data, horário e local para realização do exame;
- ✓ São realizadas em clínicas privadas conveniadas ao SUS;
- ✓ O resultado é entregue em mãos, diretamente aos pacientes e também podem ser visualizados no SISCAN pelos profissionais cadastrados no mesmo CNES do profissional solicitante.

9.2.3 Procedimentos com Finalidade Diagnóstica

Coleta de material para exame citopatológico de colo uterino (Cód. SIGTAP – 02.01.02.003-3):

- ✓ Realizada em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária e Especializada;
- ✓ As análises citopatológicas e histopatológicas do material coletado nas Unidades da Atenção Primária e Especializada são realizadas por laboratórios privados credenciados ao SUS;
- ✓ As lâminas com o material coletado nos preventivos realizados nas Unidades da APS e Policlínica Boa Vista são enviadas através do malote para o prédio central da SES/Joinville onde são coletadas no mínimo duas vezes por semana pelos laboratórios de referência;
- ✓ Os laudos são enviados pelos laboratórios para as Unidades solicitantes também via malote da SES/Joinville, além de serem disponibilizados no SISCAN.

Biópsias

Na Policlínica Boa Vista são realizados os procedimentos:

- Biópsia/ exérese de nódulo de mama (Cód. SIGTAP – 02.01.01.056-9);
 - Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina (Cód. SIGTAP – 02.01.01.058-5);
 - Punção de Mama por Agulha Grossa (Cód. SIGTAP – 02.01.01.060-5);
 - Colposcopia (Cód. SIGTAP – 02.11.04.002-9);
 - Biópsia de colo uterino (Cód. SIGTAP – 02.01.01.066-6).
- ✓ A análise **histopatológica/ anatomopatológica** do material coletado nas Unidades da Atenção Primária e especializada são realizadas por laboratórios privados credenciados ao SUS;
 - ✓ Os laudos são enviados para as Unidades solicitantes via malote;
 - ✓ Atualmente o formulário BPA-i (Boletim de Produção Ambulatorial–individualizado) deve ser preenchido pelo profissional que realizou a biópsia para que o procedimento possa ser realizado.

9.3 Assistência Farmacêutica

9.3.1 Acesso aos medicamentos

- ✓ Os medicamentos para os usuários em tratamento oncológico no CACON do Hospital São José, inclusive opióides, são dispensados no próprio hospital, em farmácia própria, seguindo a legislação vigente.

9.4 Sistemas de Informação em Saúde

9.4.1 Sistema Integrado de Gestão da Secretaria da Saúde de Joinville (SAUDETECH)

O Sistema Integrado de Gestão (SIG) utilizado nas Unidades de Saúde e também no CACON do Hospital São José é uma ferramenta que permite o cadastro de usuários, registro de atendimentos individuais e coletivos, agendamento de consultas especializadas e autorização de exames, além da gestão de estoque e dispensação de medicamentos do elenco básico nas farmácias (a gestão de estoque dos medicamentos do CACON não é realizada através do SAUDETECH, sendo de responsabilidade da farmácia do HSJ).

9.4.2 Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

O SISCAN foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, com a finalidade de permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce dos cânceres de colo e mama, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas.

O Sistema também deve ser utilizado pelos laboratórios de citopatologia e anatomia patológica, nas unidades de radiologia e nos serviços de acompanhamento e tratamento de câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia no âmbito do SUS. Destina-se a registrar a suspeita e confirmação diagnóstica, informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas ao exame positivo e/ou alterado, bem como fornece o laudo padronizado, arquivar e sistematizar as informações referentes aos exames de rastreamento e diagnóstico dos cânceres de colo do útero e de mama.

No âmbito da SES/Joinville, a **Unidade de Controle e Avaliação** é responsável pelo treinamento e cadastro dos profissionais no SISCAN. O Sistema está disponível no endereço eletrônico: <http://siscan.saude.gov.br/> sendo necessário informar *login* e senha do profissional.

9.4.3 Painel – Oncologia

O Painel-Oncologia foi lançado pelo Instituto Nacional do Câncer em 2019 com o objetivo de monitorar o tempo de início do tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (Lei nº 12.732, de 22/11/2012 e Portaria GM/MS nº 876, 16/05/2013).

As informações do Painel podem ser acessadas pelos gestores estaduais e municipais e os estabelecimentos de saúde que realizam o tratamento, além do CONASS, CONASEMS e órgãos de controle.

O Painel-Oncologia relaciona informações de diagnóstico e tratamento disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial (BPA-I e APAC oncologia), no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Para garantir a informação diagnóstica histopatológica dos casos de câncer, foram publicadas a Portaria SAS/MS nº 643, de 17/05/2018, que tornou obrigatório o registro de Cartão Nacional de Saúde e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no procedimento “exame anatomopatológico para congelamento/parafina por peça cirúrgica ou por biópsia (exceto colo uterino e mama)” (procedimento código 02.03.02.003-0), e a Portaria SAS/MS n 202, de 08/02/2019, que compatibiliza os códigos da CID-10 com o procedimento “exame anatomopatológico para congelamento/parafina por peça cirúrgica ou por biópsia (exceto colo uterino e mama)”.

A definição de caso é feita a partir da combinação do Cartão Nacional de Saúde com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) informada. Sendo assim, um mesmo cartão com CID diferente representa casos diferentes.

9.5 Monitoramento

O quadro 14 apresenta os indicadores utilizados para avaliação e monitoramento das ações da Linha de Cuidado das Pessoas com Câncer no Município e estão presentes também no Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Quadro 14 – Indicadores para avaliação e monitoramento das ações de controle do Câncer de Mama no Município

Indicador	Fórmula
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Número de exames citopatológicos do colo do útero (cód. procedimento 02.03.01.001-9; 02.03.01.008-6) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (SIA) / População feminina [residente em Joinville] entre 25 a 64 anos dividido por 3 anos (anualizada) (fração da estimativa populacional do IBGE)
Razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão de exames mamografia (cód. procedimento 02.04.03.018-8 – Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos por ano / População feminina [residente em Joinville] entre 50 a 69 anos dividido por 2 anos (anualizada) (fração da estimativa populacional do IBGE)
Proporção de pacientes diagnosticados com câncer na rede municipal que iniciam tratamento em até 60 dias do diagnóstico	Número de pacientes diagnosticados com câncer que iniciam tratamento em até 60 dias do diagnóstico X 100/ Total de pacientes diagnosticados com câncer (Fonte: SISCAN)

Fonte: SES/Joinville, 2018

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 643, de 17 de maio de 2018**. Altera atributos do procedimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 2 (PRC nº 2), de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo IX Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Origem: PRT MS/GM 874/2013). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.220, de 03 de junho de 2014**. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013**. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SICAN) no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013**. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Controle do Câncer de Mama**. Ações de Controle. Detecção Precoce. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2017. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce. Acessado em 19/09/2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Informativo Detecção Precoce. Boletim ano 8, n.2, jul/dez 2017. **Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata**. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Informativo Detecção Precoce. Boletim ano 8, n.1, jan/jun 2017. **Monitoramento das Ações de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama**. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2017.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Informativo Detecção Precoce. Boletim ano 6, nº 3, setembro/dezembro 2015.

**Monitoramento das Ações de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama
Linha de Cuidado e Rede de Atenção ao Câncer de Mama.** Rio de Janeiro – RJ: INCA,
2015.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2015.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Informativo Detecção Precoce. Boletim ano 5, n.2, maio/ago 2014. **Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata.** Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2014.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. **Alimentos, Nutrição e Atividade física.** Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2009. 16p.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Resumo. **Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção do Câncer. Uma perspectiva global.** Tradução de Athayde Handson Tradutores. Rio de Janeiro – RJ: 2007, 12 p.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2016.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica, nº 40. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2015.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica, nº 35. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2014.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2ª edição. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2014.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Cadernos de Atenção Básica, nº 13. 2ª edição. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva Acerca do Sobrepeso e Obesidade.** Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2017. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/posicionamento_inca_sobrepeso_obesidade_2017.pdf. Acessado em setembro de 2017.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Resumo. **Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer: uma perspectiva global** / traduzido por Athayde Hanson Tradutores. Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2007.12p
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria nº 61, de 1º de outubro de 2015**. Torna pública a decisão de não ampliar o uso da mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas com risco habitual fora da faixa etária atualmente recomendada (50 a 69 anos) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2015.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Informativa nº 384, de 2016, CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Informa as mudanças no calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2017. Brasília – DF:2016.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 4ª edição. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2014.
26. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.767, de 18 de dezembro de 2018**. Altera o art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a fim de permitir a ausência ao serviço para realização de exame preventivo de câncer. Brasília – DF: 2018.
27. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013**. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que "dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer", para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Brasília – DF: 2013.
28. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília – DF: 2012.
29. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.797, de 06 de maio de 1999**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Brasília – DF: 1999.
30. ESTADO DE ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Portal do Cidadão. Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/unidadeseservicoscacon-e-unacon>. Acessado em:
31. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Deliberação 066/CIB/2018** da Comissão Intergestores Bipartite – SES, que aprova os fluxogramas da regulação hospitalar no Estado de Santa Catarina. Florianópolis – SC: 2018.

32. ESTADO DE SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer em Santa Catarina. **Deliberação 233/CIB/2016**. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer em Santa Catarina. Florianópolis – SC: 2016.
33. ESTADO DE SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Deliberação nº 47/CIB/2016**. Aprova as Diretrizes para operacionalização das Centrais de Regulação Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina. Florianópolis – SC: 2016.
34. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento Controle e Avaliação do Sistema. Gerência de Controle e Avaliação do Sistema. **Termo de Compromisso de Garantia de Acesso em Assistência de Alta Complexidade em Oncologia**. Florianópolis – SC: 2017.
35. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência da Atenção Básica à Saúde (GEABS). Núcleo da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. **Situação do Câncer de Mama e do Câncer de Colo do Útero em Santa Catarina**. Florianópolis – SC: 2017.
36. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Complexos Reguladores. **Protocolos de Acesso da Regulação do Estado de Santa Catarina**. Volume I. Florianópolis – SC: SES, 2017.
37. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Complexos Reguladores. **Protocolos de Acesso da Regulação do Estado de Santa Catarina**. Volume II. Florianópolis – SC: SES, 2017.
38. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina – COREN-SC. **Protocolo de Enfermagem Volume 3 – Saúde da Mulher na Atenção Primária**. Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis – SC: 2016, atualizado em setembro 2017.
39. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. Coordenação Técnica de Enfermagem. Procedimento Operacional Padrão (POP) de Enfermagem (Rotina 13) da Secretaria da Saúde de Joinville – Rotina de Citologia Oncótica (Preventivo). Joinville – SC: 2018.
40. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Complexo Regulador do Município de São Paulo. Coordenação Municipal de Regulação da Assistência. **Protocolo de Acesso à Oncologia**. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/quem_e_quem/index.php?p=222383. Acessado em: