

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER:
ABORDAGEM DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA NO
MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

3ª Revisão

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER: ABORDAGEM DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

3ª Revisão

Elaborado por:

- Ana Maria Alencar
- Agna Soares da Silva Menezes
- Andressa da Cruz Almeida
- Aline Ribeiro Nepomuceno
- Ana Paula Ferreira Maciel
- Carolina dos Reis Alves
- Daniella Cristina Martins Dias Veloso
- Deiviane Pereira da Silva
- Fabrícia Vieira de Matos
- Genesco Leonardo de Souza Nunes
- Kênia Souto Moreira
- Ludmila Rodrigues Campolina
- Maria Fernanda Veloso Silva
- Michelly Silva Santos Mourão
- Patrícia Ferreira Costa
- Tatiane Fróes Fernandes
- Viviane Maia Santos

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER: ABORDAGEM DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

3ª Revisão

Revisado Por:

- Anderson Gonçalves de Souza (Referência Técnica em Saúde da Mulher de Montes Claros)
- Ariadna Angélica Rodrigues Dias Pereira (Médica Residente em Saúde da Família)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde)
- Cláudia Mendes Campos Versiani (Enfermeira Mestre em Enfermagem)
- Danilo Fernando Macedo Narciso (Médico Mestre em Ciências da Saúde)
- Deiviane Pereira da Silva (Enfermeira Residente em Saúde da Família)
- Genesco Leonardo de Souza Nunes (Enfermeiro Residente em Saúde da Família)
- Joice F. Costa Quadros (Enfermeira, Referência Técnica dos Programas Estratégicos/Especialista em Saúde da Família)
- Kênia Souto Moreira (Enfermeira Especialista em Saúde da Família)

Outubro / 2017

FICHA TÉCNICA

PREFEITO MUNICIPAL
Humberto Guimarães Souto

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Dulce Pimenta Gonçalves

ASSESSOR EXECUTIVO
José Mendes da Silva

OUVIDORA DA SAÚDE
Luciene Mussi França Nunes

DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
Shirley Ferreira de Sousa

DIRETORA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Bruno Pinheiro de Carvalho

DIRETORA DE VIGILANCIA EM SAÚDE
Aloizio Pereira da Cunha

COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nayara Teixeira Gomes (Elaboração Janeiro/2017)
Daniella Cristina Martins Dias Veloso (Aprovação Março/2017)

Outubro / 2017

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.....	14
Figura 2 – Pirâmide etária de Montes Claros.....	15
Figura 3 – Comparação entre pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.....	15
Figura 4 – Colocação do Espéculo Vaginal.....	63
Figura 5 – Coleta na ectocérvice.....	64
Figura 6 – Colocação do material da ectcérvice na lâmina.....	65
Figura 7 – Coleta na endocérvice.....	65
Figura 8- Colocação do material da endocérvice na lâmina.....	66

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1- Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros em 2010.....	14
Quadro 2 – Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal	74
Tabela 1 - Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva	23
Tabela 2 - Rede física (SUS) de Montes Claros	24
Tabela 3 – Periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama..	89
Tabela 4 – Padronização dos laudos mamográficos no Sistema BI-RADS.....	90

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 –Rastreamento do Câncer de Colo de Útero.....	52
Fluxograma 2 –Conduta frente a resultado citológico alterado.....	77
Fluxograma 3 –Atendimento para realização de Cirurgia de Alta Frequência.....	78
Fluxograma 4 –Conduta frente a descarga papilar	88
Fluxograma 5 –Atendimento protocolo de rastreamento do câncer de mama	91
Fluxograma 6 – Atendimento do enfermeiro.....	92

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO	13
2.1-ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DESAÚDE	22
2.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	24
3. JUSTIFICATIVA	26
4. ASPECTOS LEGAIS.....	27
5 OBJETIVOS.....	47
6 METODOLOGIA.....	49
7 DESENVOLVIMENTO	46
7.1 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	51
7.1.1INTRODUÇÃO	51
7.1.2 PÚBLICO ALVO	51
7.1.3PERIODICIDADE PARA REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAU	53
7.1.4RECOMENDAÇÕES PARA A MULHER ANTES DA REALIZAÇÃO DA COLETA DO PAPANICOLAU	56
7.1.5ATENDIMENTO INDIVIDUAL: CONSULTA DE ENFERMAGEM	57
7.1.6 INTERPRETAÇÃO DOS LAUDOS DOS EXAMES CITOPATOLÓGICOS.....	70
7.2.PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.....	80
7.2.1.INTRODUÇÃO.....	80
7.2.2 RECOMENDAÇÕES E SISTEMATIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA.....	80.
7.2.3 RASTREAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA.....	89
7.2.4 RECOMENDAÇÕES.....	.92
7.2.5 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO.....	92
REFERÊNCIA:	93

RESUMO

O cuidado à saúde faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes da Estratégia Saúde da Família. É imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde municipais para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência. Daí, fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os seguintes objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; e (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente o da enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou 18 documentos publicados a partir de 2002, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Janeiro de 2013.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial ao imprimir uma nova concepção do processo de saúde-doença e ter como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde. Para tanto, é estabelecido como desafio uma mudança paradigmática, em que o foco do trabalho é transferido da doença para a saúde, que passa a ser compreendida, de forma mais ampla, como qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A organização da Estratégia Saúde da Família se dá pela constituição de equipes multiprofissionais formadas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que têm como ponto de apoio a unidade de saúde da família. Essas equipes devem ser a referência para o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e serem responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias que estão localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes têm como desafio a atuação nas ações de promoção, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde, visando uma maior resolubilidade, deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo e criando vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças, reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde, com atenção, no decorrer do tempo, às pessoas e não às doenças, organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos, tanto os básicos quanto os especializados, necessários para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade, representando assim, o eixo orientador do trabalho nos demais pontos da rede assistencial, visando à

coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida para qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida e demonstrando o grande impacto positivo advindo da garantia do acesso, da qualidade da gestão e das práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família. Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades e expectativas da clientela, com aumento do padrão de satisfação dos usuários que é consistente com o conhecimento profissional e o intuito de aumento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, nos níveis primário e secundário, com a finalidade de proporcionar aos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Saúde da Mulher, garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada e zelando pela segurança das mulheres assistidas.

Este capítulo do protocolo aborda o cuidado à mulher relativo à abordagem dos cânceres do colo do útero e da mama, com orientações

referentes às ações que visam à melhoria da qualidade de vida do público feminino.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a facilitar a compreensão do leitor, em consonância com referências bibliográficas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e de outras fontes de relevância nacional.

Apresentamos a segunda revisão do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, por meio de um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km², em que 38,70 km² estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km² restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Januária, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm³ e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia, BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).

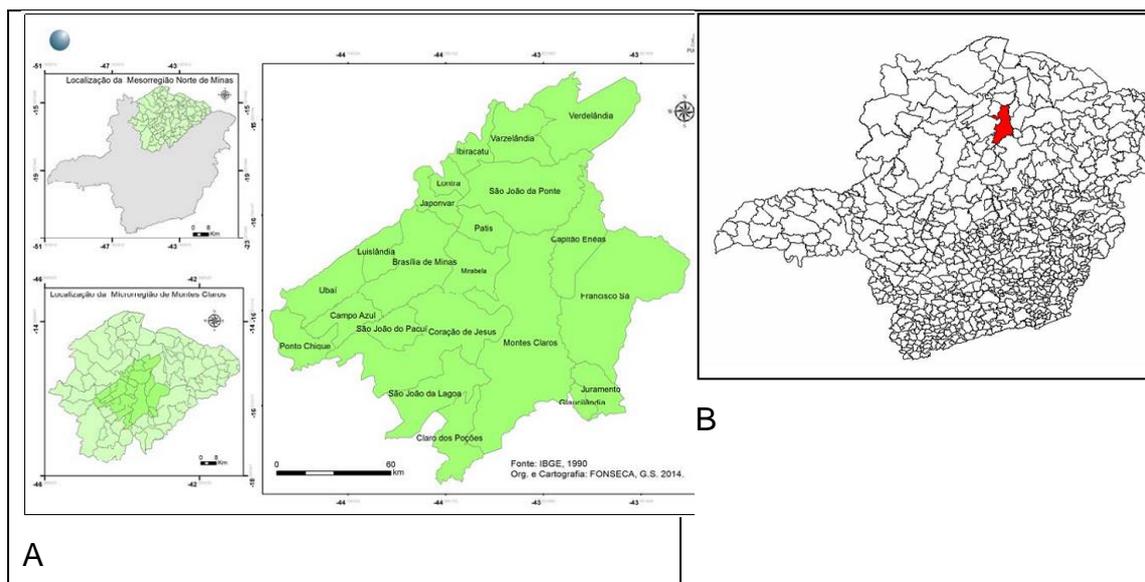


Figura 1: Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

Fonte: Google maps

A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

Aspectos demográficos

A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

A distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015). Evidenciado a seguir na Figura 2.

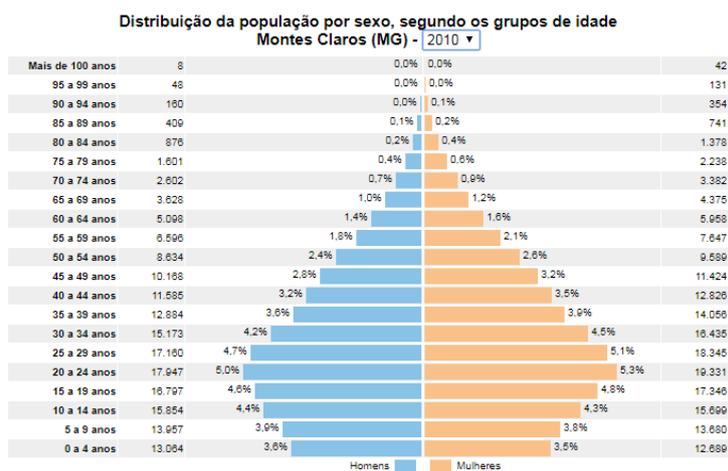


Figura 2: Pirâmide etária de Montes Claros-MG.

Fonte: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330



Figura 3: Comparação entre Pirâmide etária de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil.

Fonte:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%. Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento

populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião, acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).

Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo. Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

<www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais> Acesso em:
Agosto/2017)

Atividades econômicas e de organização social

Atividades econômicas

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Uma das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Conseqüentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

Principais atividades econômicas

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria extrativa, 9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

Renda per capita

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

População Ativa

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários mínimos (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

Grupos sociais organizados

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas.

Educação

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 %.

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

Rede de ensino pública e privada

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;
- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

Instituições públicas de ensino superior

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA) .

Instituições particulares de ensino superior

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .

Faculdade Santo Agostinho (FASA) .

Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .

Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .

Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .

Universidade de Uberaba (UNIUBE) .

Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

2.1 - Organização do Sistema de Saúde

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere o ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

Região ampliada de saúde

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

Polo de Região de Saúde

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício,

Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013).

TABELA 1 – Municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva

CODIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	ESTIMATIVA POPULACIONAL
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇÕES	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
TOTAL:		459.387

FONTE: PDR SES-MG 2013

2.2 - Sistema Municipal de Saúde

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macrorregional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.**

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política

administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 2.

TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS

Serviços De Saúde	Quantidade
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10
Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02
Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almojarifado E Galpão	01
Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	01
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01
CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08
Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02
Laboratório Análise de Água	01

Fonte: SMS/MOC/2017

Rede de Serviços Contratados

HOSPITALAR		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Prontosocor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanálises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte
Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II
Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
RADIOLOGIA		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		

FISIOTERAPIA
Hospital Aroldo Tourinho
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)
Clínica de Fisioterapia São Lucas
Fisiocenter/ Santa Casa
Ortoclínica Ltda
Clínica Geraldo Caldos
SAÚDE AUDITIVA
Otorrino Fisio Center
NEFROLOGIA
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR
Ressonar Imagens Médicas
Núcleo de Medicina Nuclear
ONCOLOGIA
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

3. JUSTIFICATIVA

O câncer de mama representa a primeira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, e, juntamente com o câncer de colo do útero, constituem um problema de saúde pública em virtude dos elevados índices de incidência e mortalidade associados à possibilidade de controle por meio de estratégias efetivas que incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce de doenças. São, portanto, doenças passíveis de serem prevenidas através da garantia de acesso à rede de serviços de maneira qualitativa e quantitativa (INCA,2014; BRASIL, 2013).

As ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade ocorrem, especialmente, por meio da atenção primária, que encontra-se capilarizada no território a nível local, ou seja, próxima do cotidiano das mulheres, e ainda oferece a possibilidade da longitudinalidade e da continuidade do cuidado através do estabelecimento do vínculo profissional-mulher e adequado seguimento frente aos resultados encontrados (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011).

O controle dos cânceres do colo do útero e da mama depende de uma atenção à saúde qualificada, organizada e integrada em todos os níveis de atenção e de complexidade. Sendo assim, o profissional enfermeiro exerce papel crucial na redução da morbimortalidade das mulheres, uma vez que o cuidado com a mulher faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes da ESF, sendo, portanto, imprescindível, instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência. Daí, fez-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de nortear o cuidar da enfermagem.

4. ASPECTOS LEGAIS

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a

prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de rotinas e complementares, conforme a Resolução COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de

casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da

utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

Enfermeiro

- I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de

sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

- V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
- IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico em Saúde Bucal (TSB):

- I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

- X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- XV.- Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII.- Processar filme radiográfico;
- XVIII.- Selecionar moldeiras;
- XIX.- Preparar modelos em gesso;
- XX.- Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas
- IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

- VII.-Processar filme radiográfico;
- VIII.- Selecionar moldeiras;
- IX.- Preparar modelos em gesso;
- X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
- XII.-Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

- I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII.-Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V – orientar e apoiar, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças,

incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

Pessoal Administrativo

- Acolher os usuários e visitantes;
- Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;
- Agendar consultas e exames;
- Digitar dados da Unidade de Saúde;
- Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

Pessoal da Zeladoria e Manutenção

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

5. OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;
- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;
- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos portadores de diabetes pela equipe de enfermagem;
- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;
- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Entre as atribuições das instituições da rede de saúde municipal na prevenção e controle do câncer do colo do útero, pode-se destacar:

- Incentivo à mulher para adoção de hábitos saudáveis de vida: Alimentação saudável, realização de atividade física regular, diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo;
- Informação e esclarecimento da população sobre o rastreamento;
- Identificação da população feminina na faixa etária prioritária;
- Identificação de mulheres com fatores de risco;
- Convocação para realização do exame;
- Realização da coleta citopatológica;
- Identificação de mulheres faltosas e reconvocação;
- Recebimento e entrega dos laudos citopatológicos,
- Identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento e vigilância do caso;
- Orientação e encaminhamento, quando necessário, das mulheres para a Atenção Secundária;
- Avaliação da cobertura do exame na área de abrangência da equipe de saúde;
- Vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento;
- Identificação de falhas no acesso e fechamento dos casos;
- Suporte a pacientes em tratamento curativo ou paliativo.

6. METODOLOGIA

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever, de forma detalhada, as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico), uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo, torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080.

Na construção deste protocolo, utilizou-se a metodologia de revisão integrativa, que visa proporcionar a síntese do conhecimento já sistematizado e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos na prática, se constituindo em um método que permite a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, que vêm sendo, cada vez mais, utilizadas na área da saúde, por facilitar o aprofundamento em determinada temática (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde, no dia nove de janeiro de 2013, às 14:00 horas, com a definição e divisão dos temas a serem abordados no documento. A seguir, foi escolhida a metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão dos participantes em duplas, para a construção preliminar do documento através da busca de publicações relevantes. O processo de construção foi viabilizado com a liberação semanal de dois turnos de trabalho dos participantes, sendo que um turno ficou reservado para o encontro da dupla e outro turno, para a socialização das produções.

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2002 a 2016, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na BDEF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), na SCIELO (Scientific

Eletronic Library On Line), na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacionais. A busca de dados teve início no mês de Janeiro de 2013.

O total de documentos selecionados foram 18, após utilizados os seguintes critérios de inclusão: a temática das publicações devem abordar a assistência à saúde da mulher; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; os documentos devem ter sido publicados a partir do ano de 2002; e, as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita.

Dois documentos foram descartados por não preencherem os seguintes critérios de inclusão: a temática relacionada a assistência à saúde da mulher; disponibilidade do documento completo; e publicação a partir do ano de 2002.

Nos dias 16 e 17 de janeiro de 2013 foi realizada reunião para apresentação dos documentos e discussão sobre os ajustes necessários para a confecção do documento final do protocolo. Na semana posterior, a versão preliminar foi encaminhada aos revisores para apreciação e sugestões. No dia 01 de fevereiro de 2013, ocorreu uma reunião para apresentação do protocolo ao gestor municipal de saúde e à equipe técnica da área da saúde da mulher, com a participação da equipe de trabalho e de representante do Conselho Municipal de Saúde.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 06/02/2013, que o aprovou na plenária do dia 06/03/2013, sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião ordinária número 311 – Trecentésima Décima Primeira. Em decorrência da não homologação o protocolo foi revisado em 2017 e enviado novamente ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 as 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo

Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data.

7. DESENVOLVIMENTO

Este protocolo encontra-se distribuído na área temática – Assistência de Enfermagem à mulher no controle dos Cânceres do colo do útero e da mama do município de Montes Claros.

7.1- PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

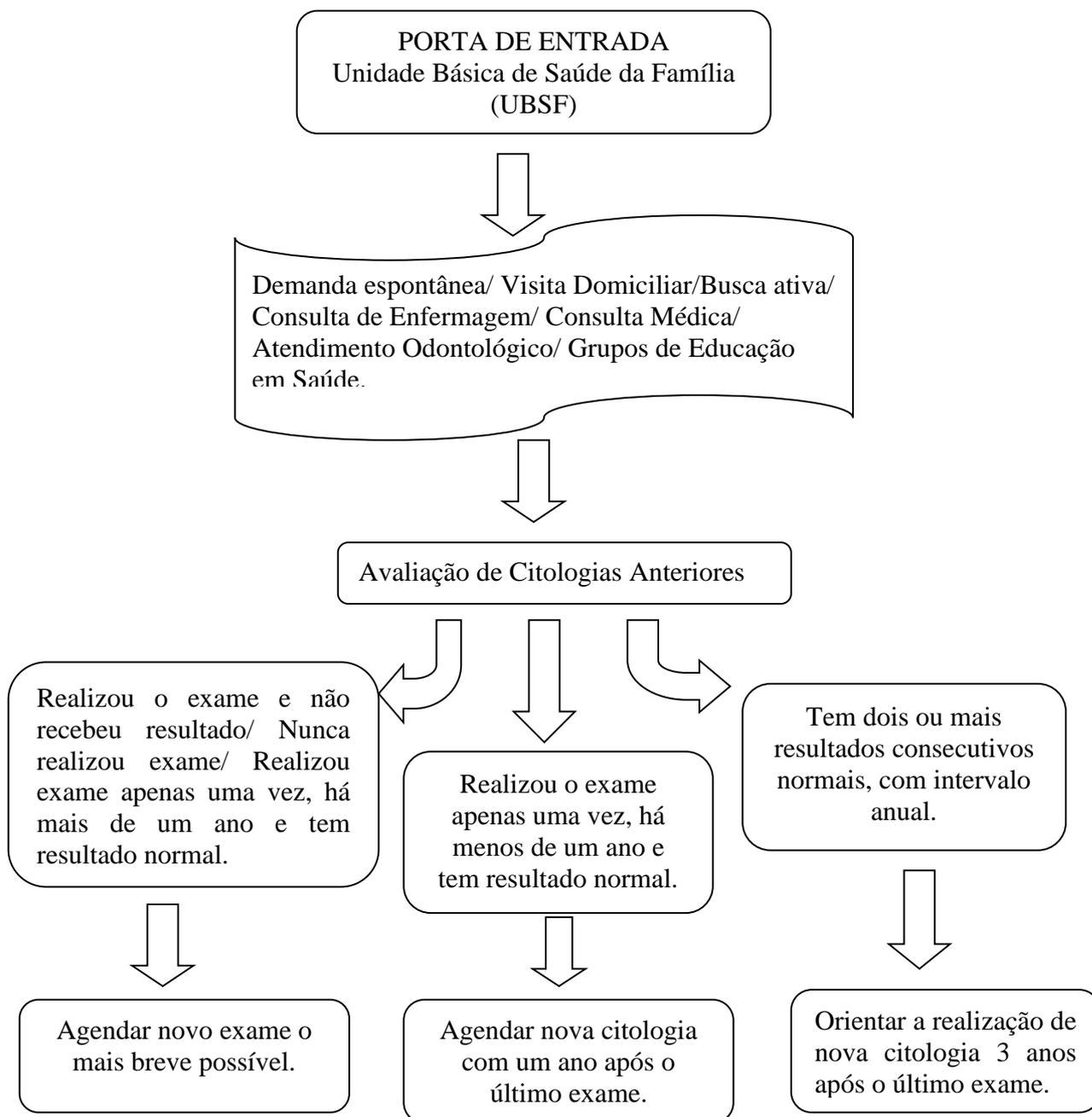
7.1.1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância, sendo caracterizado como doença de evolução lenta. Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (10% dos casos) (BRASIL, 2013; INCA, 2014).

A incidência e mortalidade por câncer cérvico-uterino podem ser reduzidas através de programas organizados de rastreamento, em que o método mais utilizado para detecção das lesões precursoras é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com uma cobertura da população alvo de, no mínimo 80%, e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de colo do útero na população (BRASIL, 2013).

7.1.2 - PÚBLICO ALVO

O Exame citopatológico deve ser realizado nas mulheres, após início de atividade sexual, entre 25 e 64 anos de idade (BRASIL, 2013). O Fluxograma 1 define a periodicidade do rastreamento do câncer de colo uterino.

FLUXOGRAMA 1- Rastreamento do Câncer de Colo de Útero

Fonte: Adaptado de Brasil, 2013.

7.1.3-PERIODICIDADE PARA REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAU

O Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013) e também o Protocolo da Atenção Básica – Saúde da Mulher (2016) recomendam que:

- O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, consecutivos e anuais.
- A coleta deve iniciar-se aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiverem atividade sexual; entretanto, o exame pode ser antecipado na presença de fatores de risco, segundo protocolo de abordagem sindrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Os exames devem ser realizados até os 64 anos e serem interrompidos após essa idade, e, naquelas sem história prévia de lesões pré-neoplásicas, devem ser interrompidos quando, após esta 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, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Vale destacar que essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino, que devem:

- As mulheres com história de lesões pré-neoplásicas retornam ao rastreio trienal ao apresentarem dois exames de controle citológicos semestrais normais após tratamento das lesões precursoras na unidade de referência.

Situações Especiais na Periodicidade

Mulheres pós-menopausa

Devem ser rastreadas com a mesma periodicidade das demais mulheres. A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos, este achado é comum 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.

Se necessário, a cliente deve ser encaminhada para consulta médica para proceder à estrogenização por via vaginal prévia à realização da coleta.

Gestantes

Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente, até o 7º mês, seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.

A consulta de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o rastreio que deve seguir as mesmas recomendações gerais. Apesar de a junção escamo colunar, no ciclo gravídico puerperal, encontrar-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, o que dispensaria a coleta endocervical, esta não parece aumentar o risco sobre a gestação, quando realizada com técnica adequada.

Porém 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, pode ser realizado com a utilização apenas da espátula de Ayres, sendo que a definição da coleta de espécime endocervical fica a cargo do profissional.

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.

Mulheres imunossuprimidas

Fazem parte deste grupo: mulheres infectadas pelo vírus HIV, imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteroides.

O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, em caso de resultados

normais, mantido o seguimento anual enquanto o fator de imunossupressão estiver presente.

Mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, devem 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.

Mulheres submetidas à histerectomia

Histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve seguir rotina de rastreamento.

Histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível.

Histerectomia total por lesão precursora ou 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.

Mulheres sem história de atividade sexual

Não há indicação para rastreamento do câncer do colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres.

7.1.4-RECOMENDAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DA COLETA DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Para realização do exame preventivo do câncer do colo do útero com a finalidade de garantir a qualidade dos resultados, recomenda-se evitar o uso de substâncias que recobrem os elementos celulares, dificultando a análise citológica e resultando no prejuízo na qualidade da amostra. Sendo assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016) recomenda:

- Não devem ser utilizados duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo, a ultrassonografia, durante as 48 horas anteriores à coleta;
- Não devem ser utilizados anticoncepcionais locais, espermicidas, nas 48 horas anteriores ao exame;
- Não devem ser utilizados lubrificantes ou preservativos com lubrificantes nas 48 horas anteriores ao exame;
- A coleta não deve ser feita no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citológico. Aguardar o 5º dia após o término da menstruação para a realização da coleta.

Vale ressaltar que, em caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico deve ser realizado de forma compulsória e a coleta, se indicada, pode ser realizada.

No caso de presença de sangue no material coletado, podem-se adicionar gotas de ácido acético a 2% à solução fixadora/álcool buscando melhorar a qualidade da amostra.

Observação: a Abstinência Sexual prévia ao exame somente é justificada quando utilizado lubrificantes ou preservativo com lubrificante; a presença de espermatozóides no material coletado não compromete a análise citológica (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

7.1.5-ATENDIMENTO INDIVIDUAL: CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem deve ser direcionada ao estado de saúde atual e também progresso da paciente, com enfoque preventivo e observando os fatores de riscos presentes. A usuária será acompanhada pela enfermagem por meio da consulta de enfermagem que é precedida da organização do material e do ambiente do consultório, que deve ser equipado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013):

Equipamentos necessários:

- Mesa ginecológica;
- Escada de dois degraus;
- Mesa auxiliar;
- Foco de luz com cabo flexível;
- Biombo ou local reservado para troca de roupa;
- Cesto de lixo;
- Espaço físico adequado.

Materiais necessários para coleta:

- Espéculos de metal ou descartáveis e de tamanhos variados – pequeno, médio e grande;
- Balde com solução desincrostante, em caso de instrumental não descartável;
- Lâminas de vidro com extremidade fosca;
- Espátula de Ayres;
- Escova endocervical;
- Luvas para procedimento;
- Pinça de Cheron;
- Pacote contendo gaze esterilizada;
- Solução fixadora ou álcool a 96%;
- Gaze;
- Recipiente para acondicionamento das lâminas;
- Caixa de madeira ou plástica para transporte de lâminas;
- Formulários de requisição do exame citopatológico;

- Fita adesiva de papel para a identificação dos frascos;
- Lápis grafite ou preto nº2;
- Camisola;
- Lençóis;
- Papel toalha;
- Sabão líquido;
- Solução de Schiller;
- Ácido Acético a 3 ou a 5%;
- Bissulfito;
- Soro Fisiológico 0,9%;

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Identificação:

- Nome;
- Data Nascimento;
- Idade;
- Cor;
- Naturalidade;
- Nome da Mãe
- Endereço com CEP
- Número do Cartão Nacional de Saúde;

Dados socioeconômicos:

- Grau de instrução;
- Profissão/ocupação;
- Estado civil/união;
- Renda familiar;
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);

Antecedentes familiares:

- Hipertensão arterial;
- Diabetes mellitus;
- Malformações congênitas e anomalias genéticas;

- Câncer de mama e/ou do colo uterino;
- Outras doenças.

Antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial;
- Doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
- Hanseníase, tuberculose, sífilis e outras doenças infecciosas;
- Doenças neurológicas e psiquiátricas;
- Cirurgia (tipo e data);
- Transfusões de sangue;
- Alergias (inclusive medicamentosas);
- Doenças neoplásicas;
- Vacinação;
- Uso de medicamentos;
- Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.

Antecedentes ginecológicos:

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca);
- Uso de métodos anticoncepcionais;
- Infertilidade e esterilidade (tratamento);
- Doenças sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- Malformações uterinas;
- Mamas (patologias e tratamento realizado);
- Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou preventivo, data e resultado).
- Realização de biópsias anteriores e resultados
- Realização de Cirurgia de Alta Frequência (CAF)

Sexualidade:

- Início da atividade sexual;
- Libido e Orgasmo
- Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- Sinosorragia (sangramento após o ato sexual)

- Número de parceiros;
- DUM;

Antecedentes obstétricos:

- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações);
- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento);
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação;
- Intervalo entre as gestações;
- Complicações em gestação/ parto/ puerpério.
- História de aleitamentos.

Queixas Ginecológicas:

Queixa Principal (QP)- Deve ser questionado acerca de queixas ginecológicas.
História da Moléstia Atual (HMA)- Quando, como e onde começou? Evolução até a consulta e como está no dia da consulta. Fatores agravantes e atenuantes. Tratamentos efetuados (nome do medicamento, dose, tempo de uso e resposta). Existência de queixas pelo parceiro. Investigação de sintomas associados.

Padrões da Vida Cotidiana

Funcionamento gastrointestinal, sintomas urinários (infecções ou incontinência), hábitos alimentares (ingesta de fibras, gorduras, alimentos com cálcio e carboidratos simples), atividades físicas (tipo, regularidade e duração); ingesta hídrica, sono e repouso.

Aspectos Psicológicos

Abordagem das relações familiares (aspectos psicológicos), com identificação da psicodinâmica familiar, situações de estresse, fase do ciclo de vida, problemas pessoais e do relacionamento amoroso ou familiar.

Etapas do atendimento antes da coleta

Preparação da Lâmina

A lâmina e o frasco que serão utilizados para colocar o material a ser examinado devem ser preparados previamente:

- O uso de lâmina com bordas lapidadas e extremidade fosca é obrigatório;
- Deve-se identificar a lâmina escrevendo as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro na Unidade de Saúde, com lápis preto nº 2 ou grafite, na extremidade fosca, previamente à coleta;
- Não deve ser usada caneta hidrográfica, esferográfica, etc., pois isto leva à perda da identificação do material.

Preenchimento dos dados nos formulários de requisição de exames

É fundamental o correto preenchimento a caneta, pois dados incompletos ou ausentes podem comprometer a análise do material.

TODAS AS REQUISIÇÕES DE CITOPATOLÓGICO DEVEM TER O CARTÃO SUS ATUALIZADO ANTES DO REGISTRO DO EXAME E OBRIGATORIAMENTE SER **CADASTRADAS NO SISCAN** COM A GERAÇÃO DE NÚMERO DE PROTOCOLO QUE DEVE SER ANOTADO NA REQUISIÇÃO PARA ENVIO AO LABORATORIO DE ANÁLISE.

Solicitar que a usuária esvazie a bexiga e troque a roupa, em local reservado, e vista uma camisola ou avental.

Exame Físico Geral

- Exame físico geral:
 - Inspeção da pele e das mucosas;
 - Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar;
 - Palpação da tireóide, da região cervical, da supraclavicular e da axilar;
 - Ausculta cardiopulmonar;
 - Exame do abdome;
 - Exame dos membros inferiores;

- Determinação do peso;
- Determinação da altura;
- Cálculo do IMC;
- Medida da pressão arterial;

Procedimento de Coleta:

- O profissional de saúde deve lavar as mãos com água e sabão e secá-las, antes e após o atendimento;
- O profissional deve pedir à usuária que fique em posição ginecológica adequada, o mais confortável possível, e cobri-la com o lençol;
- O profissional deve, então, posicionar o foco de luz;
- O profissional de saúde deve calçar a luva de procedimento;

O exame especular deverá ser feito, após breve explicação sobre o procedimento e apresentação do instrumento à paciente.

No exame estático, deve-se observar a disposição dos pêlos, conformações anatômicas (monte de Vênus, grandes e pequenos lábios, clitóris, hímen, períneo e borda anal).

Inicia-se a primeira fase do exame, com a exposição da região a ser examinada e observação atenta dos órgãos genitais externos, da distribuição dos pelos, da integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, da presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e de outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações.

Exame Especular

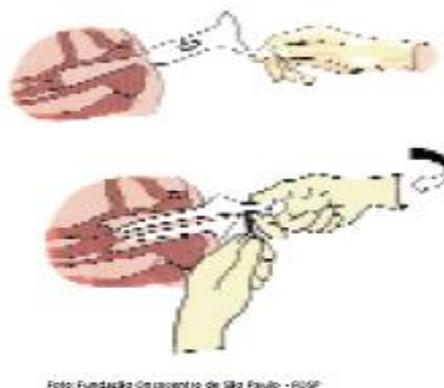
Colocação do espéculo:

- Deve-se escolher um espéculo de tamanho adequado às características perineais e vaginais da mulher.
- Não deve ser usado lubrificante. Em casos de mulheres idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se umedecer o espéculo com soro fisiológico 0,9%;
- O espéculo deve ser introduzido suavemente, em posição vertical (a abertura do introito vaginal) e ligeiramente inclinado com ângulo de 75 graus conforme

Figura 4, de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta;

- Iniciada a introdução do espéculo, deve ser feita uma rotação deste deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal, para, em seguida, abri-lo lentamente e com delicadeza como apresentado na Figura 4;
- Na dificuldade de visualização do colo do útero, deve ser sugerido à mulher, que tussa. Caso a manobra não surta o efeito esperado, a ajuda de um outro profissional deve ser solicitada.

FÍGURA 4- Colocação do Espéculo Vaginal.



- Nessa fase do exame, também é importante a observação do conteúdo endovaginal e das características das paredes e do colo do útero.

Os dados da inspeção do colo são importantes para o diagnóstico citopatológico e devem ser relatados na requisição do exame e na descrição no prontuário.

Coleta do Material

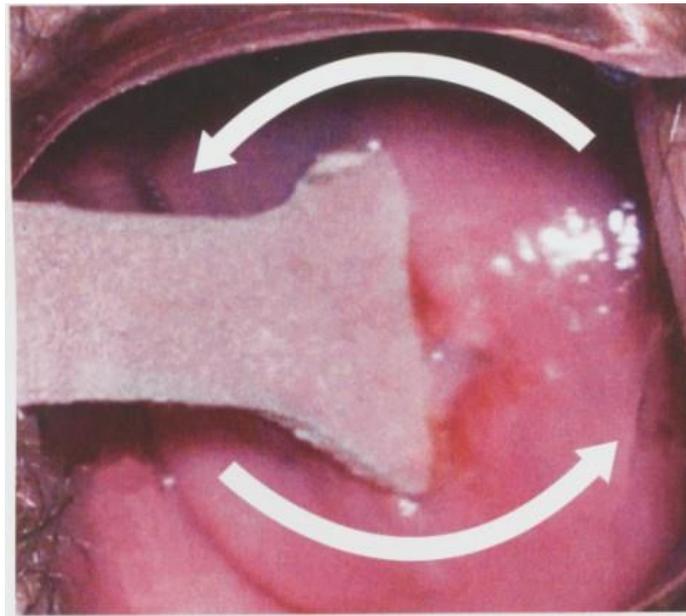
A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice e depositada em uma única lâmina.

Coleta na ectocérvice:

- Deve-se utilizar, para coleta do material, a ponta da espátula de Ayres que apresenta a reentrância com as proeminências;

- A proeminência mais longa da espátula deve ser encaixada no orifício externo do colo uterino, apoiando-a firmemente, fazendo-se uma raspagem na mucosa ectocecival em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, conforme descrito na Figura 5, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina. Durante esta raspagem, deve-se exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.

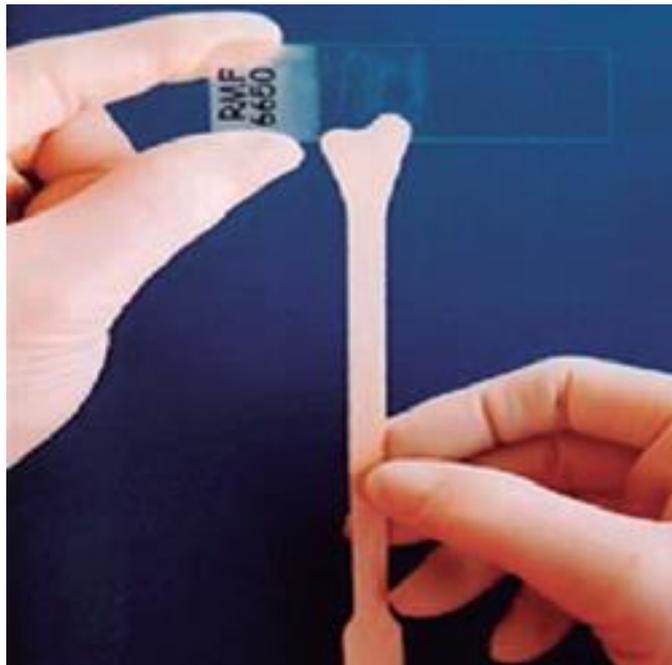
FIGURA 5- Coleta na Ectocérvice.



Fonte: INCA, 2014

- O material colhido deve ser depositado, de maneira uniforme e no sentido transversal, na metade da lâmina próxima de sua região fosca e do mesmo lado desta, previamente identificada com as iniciais da mulher e o nº do registro, conforme descrito na Figura 6.

FIGURA 6- Colocação do Material da Ectocérvice na lâmina.



Fonte: BRASIL, 2013

Coleta na endocérvice:

- Deve ser utilizada a escova endocervical;
- Deve-se recolher o material introduzindo-se a escova endocervical no orifício cervical e fazendo-se um movimento giratório de 360 graus, percorrendo todo o contorno deste orifício, conforme ilustrado na Figura 7.

FIGURA 7- Coleta na Endocérvice.



Fonte: INCA, 2014

- Após a coleta, o material retirado da endocérvice deve ser depositado na metade da lâmina distal à região fosca e do mesmo lado desta, no sentido longitudinal da lâmina, fazendo-se a rotação da escova através de um movimento giratório no sentido contrário ao utilizado na coleta;
- Visando à obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular, o material coletado deve ser depositado sobre a lâmina de maneira delicada.

FIGURA 8- Colocação do Material da Endocérvice na lâmina



Fonte: Brasil, 2013.

Após deve ser fixado por imersão em álcool a 96% e em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto, para se evitar o ressecamento do material a ser estudado. E o acondicionamento das lâminas no recipiente próprio/frasco.

EMBROCAÇÃO COM ÁCIDO ACÉTICO DE 3 A 5% - EPITÉLIO ACETOBranco

O ácido acético coagula as proteínas do núcleo e do citoplasma das células, causando uma precipitação ou coagulação reversível das proteínas nucleares e de citoqueratinas. Sendo assim, essa substância age desidratando as células e seu efeito depende do conteúdo de albumina no epitélio do colo uterino (IARC, 2004; BEREK, 2014).

No epitélio escamoso normal, o ácido acético não afeta significativamente as células da camada superficial, pois estas contêm poucos núcleos onde se concentram a albumina, resultando em escasso material coagulado que dão a essas áreas uma coloração rosa opaca (IARC, 2004; BEREK, 2014).

Quando ocorre displasia celular, a albumina se concentra também no citoplasma, e assim, com a ação do ácido acético, ocorre uma intensa coagulação dessa proteína, o que impede a passagem da luz através do epitélio, que se torna branco, ocorrendo o **ACETOBANQUEAMENTO**, que produz um efeito perceptível, comumente visível a olho nu, que contrasta com a cor rosada do epitélio escamoso normal circundante do colo uterino (IARC, 2004; BEREK, 2014).

Nas áreas de Lesão intraepitelial de Baixo Grau, o ácido acético precisa penetrar até o terço inferior do epitélio, o aparecimento da brancura é retardado e menos intenso devido à menor quantidade de proteínas nucleares. Já as áreas de Lesão intraepitelial de alto grau ou de adenocarcinoma in situ ou invasor se tornam densamente brancas e opacas, imediatamente depois da aplicação do ácido acético, devido à maior concentração de proteínas nucleares anormais e à presença de um grande número de células displásicas nas camadas superficiais do epitélio (IARC,2004). Quando constatado área acetobranca, a paciente deve ser referenciada para avaliação médica.

TESTE DE SCHILLER

O teste de schiller consiste na aplicação de Lugol (Iodo) a 2% no colo uterino com o intuito principal de localizar atipias do epitélio, em especial do escamoso estratificado. Este teste fundamenta-se na fixação do iodo pelo glicogênio existente no epitélio escamoso estratificado do colo do útero, que se torna, em condições normais, marrom escuro, variando a coloração segundo o teor de glicogênio aí existente. (BEREK, 2014; BAUER,1996; DUNCAN et al., 2013).

Na ocorrência de epitélios atípicos, estes permanecem descoloridos por serem pobres em glicogênio, resultando em epitélio escamoso iodo negativo e em um Teste de Schiller positivo. O Teste de Schiller é negativo se o epitélio escamoso é iodo positivo ou marrom escuro (DUNCAN *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que, a intensidade da coloração em um teste de Schiller normal pode ser variável em função da quantidade de glicogênio no epitélio. Em mulheres que se encontram na menopausa, o déficit de estrógeno determina um menor nível de glicogênio, levando a uma captação menor do lugol. Nessas situações, é utilizado o termo iodo claro, devendo ser interpretado como um teste negativo.

O teste de Schiller não deve ser visto como método de substituição ao Papanicolaou e não fornece diagnóstico de câncer e de displasia, apenas indica que áreas iodo-negativas devem ser checadas por serem suspeitas de anormalidades. No caso de constatação de região iodo negativa é obrigatório o encaminhamento para a colposcopia (BAUER, 1996; BEREK, 2014).

Vale ressaltar que, antes de proceder à realização do teste de Schiller, o profissional deve investigar se a mulher apresenta alergia ao iodo. Em caso positivo o teste não deve ser realizado.

Após a interpretação do teste de Schiller, deve ser realizada a aplicação de solução de Bissulfito em toda a extensão do colo para a remoção do iodo.

Conclusão do Procedimento:

Na finalização do exame, deve-se ter atenção quanto aos seguintes aspectos:

- Antes da sua retirada, o espécúlo não deve ser totalmente fechado, de maneira a se evitar que este agarre ou belisque o colo ou as paredes vaginais;
- Após fechamento quase total, o espécúlo deve ser inclinado levemente para cima e retirado delicadamente, ao mesmo tempo em que se observa as paredes vaginais;
- Após retirada do espécúlo, se não descartável, este deve ser depositado no balde com solução desincrostante. Em caso de espécúlo descartável, este deve ser depositado em recipiente para lixo contaminado;
- Descartado o espécúlo, as luvas de procedimento devem ser retiradas e depositadas em recipiente para lixo contaminado;
- Após o descarte das luvas, o profissional deve auxiliar a paciente a descer da mesa e solicitar que ela troque de roupa no lugar adequado;

- Deve-se também informar a paciente sobre a possibilidade da ocorrência de um pequeno sangramento vaginal após o procedimento, que deverá cessar espontaneamente, ou do aparecimento de mancha marrom escura na roupa íntima devido aos resquícios do iodo utilizado após utilização do Shiller.
- Deve-se também informar a paciente a respeito da importância do comparecimento desta à consulta de retorno para discussão do resultado do exame, que deverá ser agendado conforme a rotina da Unidade Básica de Saúde em questão.

Envio do Material ao Laboratório:

- As lâminas devem ser enviadas para o laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas dos formulários de requisição. Os formulários devem estar devidamente preenchidos e as identificações coincidentes com as do frasco e as iniciais das lâminas;
- As lâminas devem ser enviadas para o laboratório, o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente;

SITUAÇÕES ESPECIAIS ENCONTRADAS DURANTE O EXAME ESPECULAR

Na presença de secreção vaginal anormal, friabilidade do colo, efetuar coleta para análise laboratorial e tratar de acordo com abordagem sindrômica (Protocolo abordagem DST). Seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente desta abordagem.

- Prescrição de tratamento para outras doenças detectadas, como DST, caso presentes, na oportunidade de rastreamento (Protocolo abordagem DST).
- 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.

Indicações para solicitação de exames laboratoriais:

Quando houver indicação poderão se pedidos os seguintes exames:

- BHCG sanguíneo – em caso de atraso menstrual, no mínimo, de 15 dias seguir protocolo de assistência de Pre-natal;

Quando houver diagnóstico clínico e/ou laboratorial de DSTs solicitar:

- VDRL
- Anti HIV (ELISA);
- Sorologia para Hepatites B e C;
- Secreção vaginal a fresco, gram, cultura e antibiograma.

7.1.6 INTERPRETAÇÃO DOS LAUDOS DOS EXAMES CITOPATOLÓGICOS

Conforme documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, BRASIL, 2016) de acordo com os resultados dos exames citopatológicos, o profissional deverá tomar as providências pertinentes, como recomendado a seguir:

Epitélios presentes na amostra

Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

- Células escamosas.
- Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial).
- Células metaplásicas.

As células glandulares podem ter origem em outros órgãos que não o colo do útero, o que nem sempre é identificável no exame citopatológico.

A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero (BRASIL, 2013;INCA, 2011).

A presença exclusiva de células escamosas deve ser avaliada pelo profissional responsável. É muito oportuno que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob

a pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero (BRASIL, 2013;INCA, 2011).

EXAME CITOPATOLÓGICO NORMAL

A) Resultado dentro dos limites da normalidade

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico conforme periodicidade descrita anteriormente.

B) Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do resultado do exame ginecológico, conforme periodicidade descrita anteriormente.

Havendo queixa clínica de leucorreia, a paciente deverá ser tratada segundo recomendação específica .

C) Resultado indicando inflamação sem identificação do agente agressor ou etiológico: inespecífica

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do resultado do exame ginecológico, conforme periodicidade descrita anteriormente.

Havendo queixa clínica de leucorreia, a paciente deverá ser tratada segundo recomendação específica .

D) Resultado indicando metaplasia escamosa imatura

A palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na *Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos* com o objetivo de caracterizar esta apresentação como do tipo reparativa.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico.

E) Resultado indicando reparação

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e que podem ser causadas por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico.

F) Resultado indicando atrofia com inflamação

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico.

Na eventualidade do laudo do exame citopatológico mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, deve ser prescrito encaminhado para consulta médica para avaliar a necessidade de preparo estrogênico para tratamento da colpíte atrófica, sendo que uma nova citologia deverá ser coletada sete dias após o término deste tratamento.

E) Resultado indicando radiação

Este achado pode ocorrer nos casos de mulheres tratadas por radioterapia para câncer do colo uterino. O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico.

F) Achados microbiológicos: *Chlamydia sp.* Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes; *Trichomonas vaginalis*; *Actinomyces sp.*

A colpocitologia oncótica não é método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por DSTs. No entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes microorganismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados (BRASIL, 2016).

Chlamydia, *Gonococo* e *Trichomonas*: mesmo que sintomatologia ausente (como na maioria dos casos de infecção por *Chlamydia* e *Gonococo*), seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias e orientações, conforme protocolo de abordagem de DST (BRASIL, 2016).

Actinomyces: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. A conduta é não se trata, não se retira o DIU (BRASIL, 2016).

Herpes vírus: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital (BRASIL, 2016).

G) Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa

Recomendação: Seguir a rotina de rastreamento citológico.

Avaliar a cavidade endometrial, confirmando se o exame não foi realizado próximo ao período menstrual. Essa avaliação deve ser preferencialmente através de histeroscopia, por isso encaminhar a avaliação médica que em caso de *difficuldade de acesso a esse método*, avaliar o eco endometrial através de *ultrassonografia transvaginal* (BRASIL, 2016).

EXAME CITOPATOLÓGICO ANORMAL

É atribuição do profissional da Saúde, que colheu o exame citopatológico, explicar, detalhadamente, o significado do resultado anormal, as condutas recomendadas, os encaminhamentos necessários e os procedimentos que possivelmente serão realizados (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

O profissional de saúde deve realizar a comunicação da alteração detectada no exame para a mulher e realização de apoio emocional e esclarecimento de suas dúvidas. Abordar, a depender do resultado, sobre a necessidade de acompanhamento por meio de exame citopatológico, colposcopia ou outros procedimentos (BRASIL, 2016).

Garantia da continuidade do cuidado em momento oportuno e encaminhamento para serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer de colo do útero, conforme necessidade (BRASIL, 2016).

O quadro 2 a seguir lista os possíveis diagnósticos citopatológicos anormais e resume as respectivas recomendações iniciais de diagnóstico e seguimento e também no fluxograma 2 e Fluxograma 3.

QUADRO 2 – Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal.

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

Fonte Brasil, 2013

Atipias de significado indeterminado em células escamosas

A) Células escamosas atípicas de significado indeterminado provavelmente não neoplásicas.

Recomendações: a conduta na mulher com 30 anos ou mais será a repetição do exame citopatológico em um prazo de seis meses, precedida, quando necessário, do tratamento, na Unidade da Atenção Primária, de processos infecciosos ou do uso de preparo estrogênico para melhora do trofismo genital após a menopausa. Para as mulheres com idade inferior a 30 anos, a repetição da colpocitologia está recomendada no prazo de 12 meses.

Se dois exames citopatológicos subsequentes, em um intervalo de seis meses (ou 12 meses, para menores de 30 anos), forem negativos, a paciente deverá retornar à rotina de rastreamento citológico trienal. Porém, se o resultado de alguma citologia de repetição se mantiver alterado, a paciente deverá ser encaminhada à Unidade de Referência para colposcopia.

B) Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode afastar lesão de alto grau

Recomendações: a paciente deverá ser encaminhada à Unidade de Referência para colposcopia.

Atipias de significado indeterminado em células glandulares

A) Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas

Recomendações: a paciente deverá ser encaminhada à Unidade de Referência para colposcopia.

B) Células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão de alto grau

Recomendações: a paciente deverá ser encaminhada à Unidade de Referência para colposcopia.

Atipias de origem indefinida possivelmente não Neoplásicas e Células atípicas de origem indefinida, quando não se pode excluir lesão de alto grau.

Recomendações: a paciente deverá ser encaminhada à Unidade de Referência para colposcopia e investigação. Além da avaliação colposcópica, deve-se realizar a investigação de endométrio e anexos por meio de exame de imagem em mulheres com mais de 35 anos, mesmo sem irregularidade menstrual, assim como nas mais jovens com sangramento uterino anormal.

Lesão intraepitelial de baixo grau

Recomendações: Repetir o exame citopatológico em um prazo de seis meses, na unidade de atenção primária.

Processos infecciosos ou atrofia genital identificados devem ser tratados antes dessa nova coleta.

Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, a paciente deve retornar à rotina de rastreamento citológico trienal na unidade de atenção primária.

Se qualquer citologia subsequente tiver resultado alterado (lesão igual ou mais grave), encaminhar a paciente à unidade de referência para colposcopia.

Lesão intraepitelial de alto grau; Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor Adenocarcinoma *in situ* ou invasor

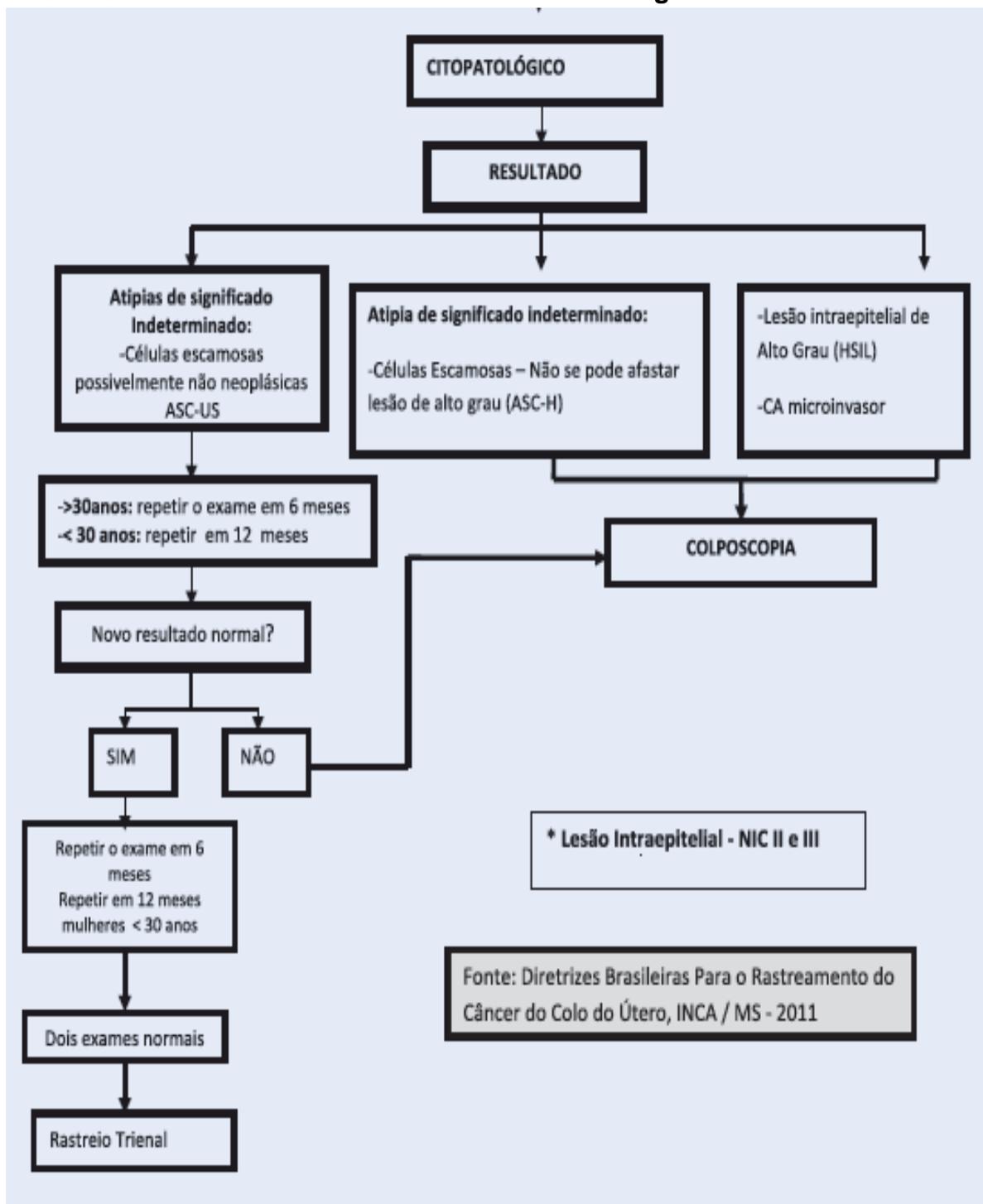
Recomendação: a paciente deve ser encaminhada, imediatamente, à unidade de referência para colposcopia. A repetição da citologia é inaceitável como conduta inicial.

Seguimento pós-tratamento de Lesão intraepitelial de alto grau

Recomendações: na situação em que a biópsia (exame histopatológico de procedimento excisional) mostrar margens comprometidas por NIC II/III, a paciente deverá ser mantida em seguimento com exame citopatológico e colposcópico semestral por dois anos. Após este período, assegurada inexistência de lesão residual, deve-se manter o seguimento citopatológico trienal.

Uma nova biópsia (procedimento excisional) estará indicada quando uma nova citologia mostrar lesão intra-epitelial escamosa de alto grau (HSIL), ou na evidência de NIC II/III residual ou recorrente obtida por biópsia. O novo procedimento (biópsia) também estará indicado quando o seguimento recomendado não for possível.

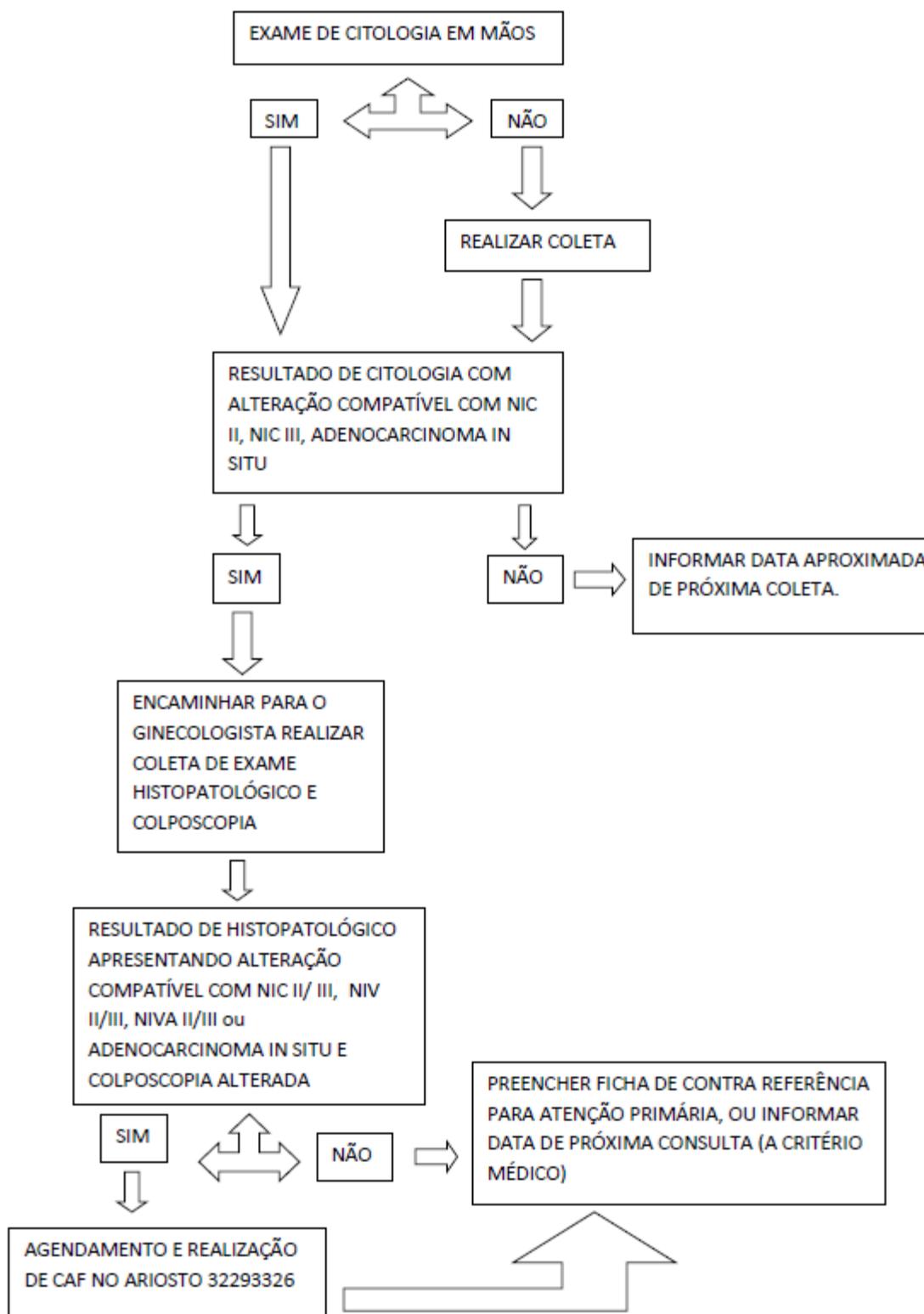
FLUXOGRAMA 2- Conduta frente a resultado citológico alterado.



Fonte: Rosso *et al.*,2014.

FLUXOGRAMA 3- Atendimento para realização de cirurgia de Alta Frequência (CAF).

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CAF)



Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher, 2016.

INFORMAÇÕES PROVENIENTES DO ARIOSTO

CAF (cirurgia de alta frequência)

-Marcação / Retornos : Na Policlínica Ariosto Correa Machado (3229-3326)

-Retornos :

*CAF – 90 dias;

*Biópsias / PCCU -30 dias

Orientações gerais:

-Boa higienização; não estar menstruada; não estar grávida.

-Documentação: Cartão Nacional do SUS; Carteira de Identidade; Encaminhamento Médico e exames anteriores: Biópsias (Alterações compatíveis com NIC II/III, NIV II/III, NIVA II/III ou CA in situ) e PCCU

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO CAF NO SIGTAP

Procedimento: 04.09.06.008-9 - EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMACAO DO COLO UTERINO

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos
 Sub-Grupo: 09 - Cirurgia do aparelho geniturinário
 Forma de Organização: 06 - Útero e anexos

CONSISTE NA RETIRADA DA ZONA DE TRANSFORMACAO, POR MEIO DA CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA. POSSUI OBJETIVO TERAPEUTICO, SENDO REALIZADO A NIVEL AMBULATORIAL, SOB ANESTESIA LOCAL E VISAO COLPOSCOPICA. RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO DE LESOES PRE-INVASIVAS DIAGNOSTICADAS POR BIOPSIA PREVIA OU COMO PARTE DO METODO VER E TRATAR. QUANDO A ZONA DE TRANSFORMACAO ESTA COMPLETAMENTE VISIVEL E SITUADA NA ECTOCERVIXE (ZT TIPO 1) OU QUANDO A JUNÇÃO ESCAMO-COLUNAR ESTIVER LOCALIZADA ATE 1 CM DO ORIFICIO EXTERNO DO COLO DO UTERO (ZONA DE TRASFORMAÇÃO ECTO ENDOCERVICAL - ZT TIPO II ATE 1 CM). O RESULTADO DO EXAME PODE, EM UMA MINORIA DE CASOS, NÃO SER DE MALIGNIDADE.

D060	Carcinoma in situ do endocérvix
D061	Carcinoma in situ do exocérvix
D067	Carcinoma in situ de outras partes do colo do útero
D069	Carcinoma in situ do colo do útero, não especificado
N870	Displasia cervical leve
N871	Displasia cervical moderada
N872	Displasia cervical grave, não classificada em outra parte
N879	Displasia do colo do útero, não especificada
Ambulatorial	08033030 CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA NO TRATO GENITAL INFERIOR (CAF)

FONTE: SIGTAP acesso em 11 de junho 2016, às 11.06.2016

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher, 2016.

7.2 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

7.2.1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama se manifesta por diferentes apresentações clínicas e morfológicas, em que o processo de carcinogênese é, em geral, lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável possibilitando a detecção precoce com redução da morbimortalidade (BRASIL, 2013).

A elevada incidência e mortalidade por câncer de mama no Brasil justifica o planejamento de estratégias nacionais visando a sua detecção precoce. É, portanto, fundamental que haja mecanismos pelos quais indivíduos encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade. Torna-se necessário, para enfrentar tal desafio, a adoção de uma política que contemple, entre outras estratégias, a capacitação de recursos humanos para o diagnóstico precoce do câncer (BRASIL, 2013)

7.2.2 RECOMENDAÇÕES E SISTEMATIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

As recomendações foram fundamentadas em documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

CONSULTA DE ENFERMAGEM

- **Histórico de Enfermagem**

A consulta de enfermagem deve incluir conforme os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013):

- Motivo da consulta; queixa da paciente especialmente mastalgia, nódulo mamário, alterações do mamilo, descarga papilar, assimetria da mama ou retração da pele;
- Início e tempo de duração dos sintomas;

- História pessoal;
- História familiar;
- História Gineco-obstétrica:
 - Data da última menstruação;
 - Ciclo menstrual (duração, intervalo, regularidade e dismenorréia);
 - Menarca, coitarca, número de parceiros;
 - Uso de método anticoncepcional, tipo e tempo de uso. Avaliação da adequação do método utilizado;
 - Citologia oncótica anterior;
 - História de alteração das mamas;
 - N° de gestações, n° de partos, n° de abortos, n° de cesarianas, n° de filhos nascidos vivos, n° de filhos vivos atualmente, natimortos, óbitos neonatais e malformações congênitas, amamentação;
 - Levantamento das necessidades básicas.
- **Identificação de FATORES DE RISCO** com base no histórico de enfermagem:
- **Idade** – envelhecimento constitui o mais importante fator de risco em que cerca de 70–80% dos tumores são diagnosticados a partir dos 50 anos de idade. Vale destacar que a mortalidade também aumenta com a idade;
- **Hábitos** – uso de álcool e tabaco o tabaco é um fator com limitada evidência de aumento do risco de câncer mas merece atenção.
- **Fatores endócrinos** - relacionados principalmente ao estímulo estrogênico endógeno ou exógeno, com aumento do risco proporcional ao tempo de exposição:
 - Menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos);
 - Menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade);
 - Primeira gravidez após os 30 anos;
 - Nuliparidade;
 - Terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos.
 - História pregressa ou familiar de câncer de mama.

Outros fatores incluem:

- Exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos;
- Terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona);
- Ingestão regular de álcool (mesmo que em quantidade moderada – 30g/dia);
- Excesso de peso;
- Obesidade (principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa);
- Sedentarismo.

Vale ressaltar que a prática de atividade física é considerada um fator protetor.

O profissional enfermeiro também deve identificar os Grupos Populacionais com risco muito elevado para o desenvolvimento do câncer de mama segundo Brasil (2013):

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, Irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, antes dos 50 anos de idade;
 - Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, Irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
 - Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
 - Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.
-
- Realização do exame clínico das mamas.
 - Orientação sobre o exame mamográfico (indicação, técnica e periodicidade);
 - Ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do corpo, incluindo o exame das mamas realizado periodicamente pela própria mulher (autoexame);
 - Desmistificação do diagnóstico e da incurabilidade do câncer de mama;

- Agendamento das mulheres assintomáticas para consultas periódicas.

NAS AÇÕES DE BASE COMUNITÁRIA

- Identificação das mulheres com fatores de risco;
- Realização de reuniões educativas (palestras, grupos de reflexão, mostra de vídeos, etc.) sobre o câncer, visando à mobilização e à conscientização para o autocuidado e para a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama, para a quebra dos preconceitos, e para a diminuição do medo da doença;
- Promoção de reuniões específicas sobre fatores de risco do câncer de mama e sobre os métodos de detecção precoce (exame clínico e mamografia) com ênfase na importância do exame clínico das mamas para o diagnóstico precoce e a cura (BRASIL, 2008).
- Orientação do autoexame das mamas como prática de cuidado com a saúde.

Exame Físico Geral

- Inspeção da pele e das mucosas;
- Verificação dos sinais vitais: aferição da pressão arterial, do pulso, da frequência cardíaca, da frequência respiratória e da temperatura axilar;
- Palpação da tireóide e das regiões cervical, supraclavicular e axilar;
- Ausculta cardiopulmonar.
- Exame do abdome;
- Exame dos membros inferiores;
- Determinação do peso;
- Determinação da altura;
- Cálculo do IMC.

Exame Clínico das Mamas

O exame físico das mamas, também chamado de exame clínico das mamas (ECM), é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas ginecológicas.

independente da faixa etária. Com finalidade de rastreamento do câncer de mama, o ECM deve ser realizado a partir dos 40 anos (BRASIL, 2013).

O ECM deve ser realizado, preferencialmente, na primeira semana após a menstruação, e requer, para a sua realização, um ambiente privativo e com boa iluminação, além de respeito à privacidade da mulher. (BRASIL, 2013)

Observação: Quando identificado em estágios iniciais (lesões menores que dois centímetros de diâmetro), o câncer de mama apresenta prognóstico mais favorável. Daí, a importância do profissional, durante o exame físico, estar atento para a detecção precoce das seguintes manifestações clínicas do câncer de mama:

- Nódulo palpável;
- Endurecimento da mama;
- Secreção mamilar;
- Eritema mamário;
- Edema mamário em "casca de laranja";
- Retração ou abaulamento da pele;
- Inversão, descamação ou ulceração do mamilo;
- Linfonodos axilares palpáveis.

Em sequência, os seguintes tempos do exame clínico das mamas devem ser realizados: A) inspeção estática; B) inspeção dinâmica; C) palpação das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares; D) palpação das mamas (BRASIL, 2013).

Os itens A, B e C devem ser realizados com a mulher de pé ou sentada e os itens D em decúbito dorsal (BRASIL, 2013).

A) Inspeção Estática:

A inspeção estática objetiva identificar visualmente sinais sugestivos de câncer, tais como alterações no contorno da mama, ulcerações cutâneas ou do complexo areolopapilar (BRASIL, 2013).

A paciente deve estar sentada, com os membros superiores pendentes ao longo do corpo ou com os braços levantados sobre a cabeça. Deve ser observado se as mamas são simétricas, se existem abaulamentos, retrações ou alterações na cor da pele, e verificado a textura da pele, o padrão de circulação venosa (hiperemia, edema ou ulceração), a saída espontânea de secreção e a alteração das papilas/mamilos (descamação ou erosão) (BRASIL, 2013).

B) Inspeção Dinâmica:

Deve ser solicitado à paciente que eleve e abaixe os braços lentamente, e que realize a contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos, uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos, uma de cada lado; Neste momento, é importante verificar a presença de abaulamentos, de retrações ou de exacerbação de assimetrias (BRASIL, 2013).

C) Palpação da Axila e Regiões Supraclaviculares:

A paciente deve estar sentada, com o braço, do lado a ser examinado, apoiado sobre o braço do examinador. Deve-se palpar os linfonodos cervicais, supra-claviculares, infra-claviculares e axilares. A palpação das cadeias ganglionares supraclaviculares deve ser realizada com a paciente sentada, mantendo a cabeça semifletida com leve inclinação lateral (BRASIL, 2013).

D) Palpação das Mamas:

A paciente deve estar em decúbito dorsal, sem travesseiro e com as mãos atrás da nuca. Deve-se palpar todos os quadrantes mamários, iniciando-se a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeado costal, de forma suave, no sentido horário, partindo-se da base da mama para a

papila/mamilo, até o prolongamento axilar, pesquisando-se a presença de nódulos (BRASIL, 2013)

A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não comprimida com a mulher deitada. A pesquisa de descarga papilar deve ser feita aplicando-se compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila/mamilo.

A saída da secreção pode ser provocada pela compressão digital de um nódulo ou área de espessamento, que pode estar localizado em qualquer região da mama. A descrição da descarga papilar deve informar se esta é uni ou bilateral, se é uni ou multiductal, se é espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, qual a coloração da descarga e a relação desta com algum nódulo ou espessamento palpável (BRASIL, 2013). No caso da mulher mastectomizada, deve-se palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica.

Pacientes com alterações no ECM que sejam sugestivas de câncer devem ser encaminhadas para complementação da investigação diagnóstica em um serviço de referência (NASF ou serviço especializado) para o diagnóstico do câncer de mama.

Os principais achados no ECM que necessitam de referência urgente para investigação diagnóstica são os seguintes (BRASIL, 2013):

1. Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, independente da idade.
2. Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos ou presente depois da menopausa.
3. Nódulo mamário em mulheres com história prévia de câncer de mama.
4. Nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer de mama.
5. Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções do mamilo.
6. Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea (secreções transparentes ou rosadas também devem ser investigadas).
7. Homens com 50 anos ou mais com massa subareolar unilateral de consistência firme, com ou sem distorção de mamilo ou associada a mudanças na pele.

Exame Citológico de Descarga Papilar

Nos casos em que o exame clínico detecta descarga papilar espontânea, principalmente se de cor cristalina, está indicada a coleta de material para exame citológico.

O material obtido pela expressão das papilas (mamilos), geralmente líquido, embora seja frequente e na maioria das vezes destituído de gravidade, deve ser avaliado pela citologia.

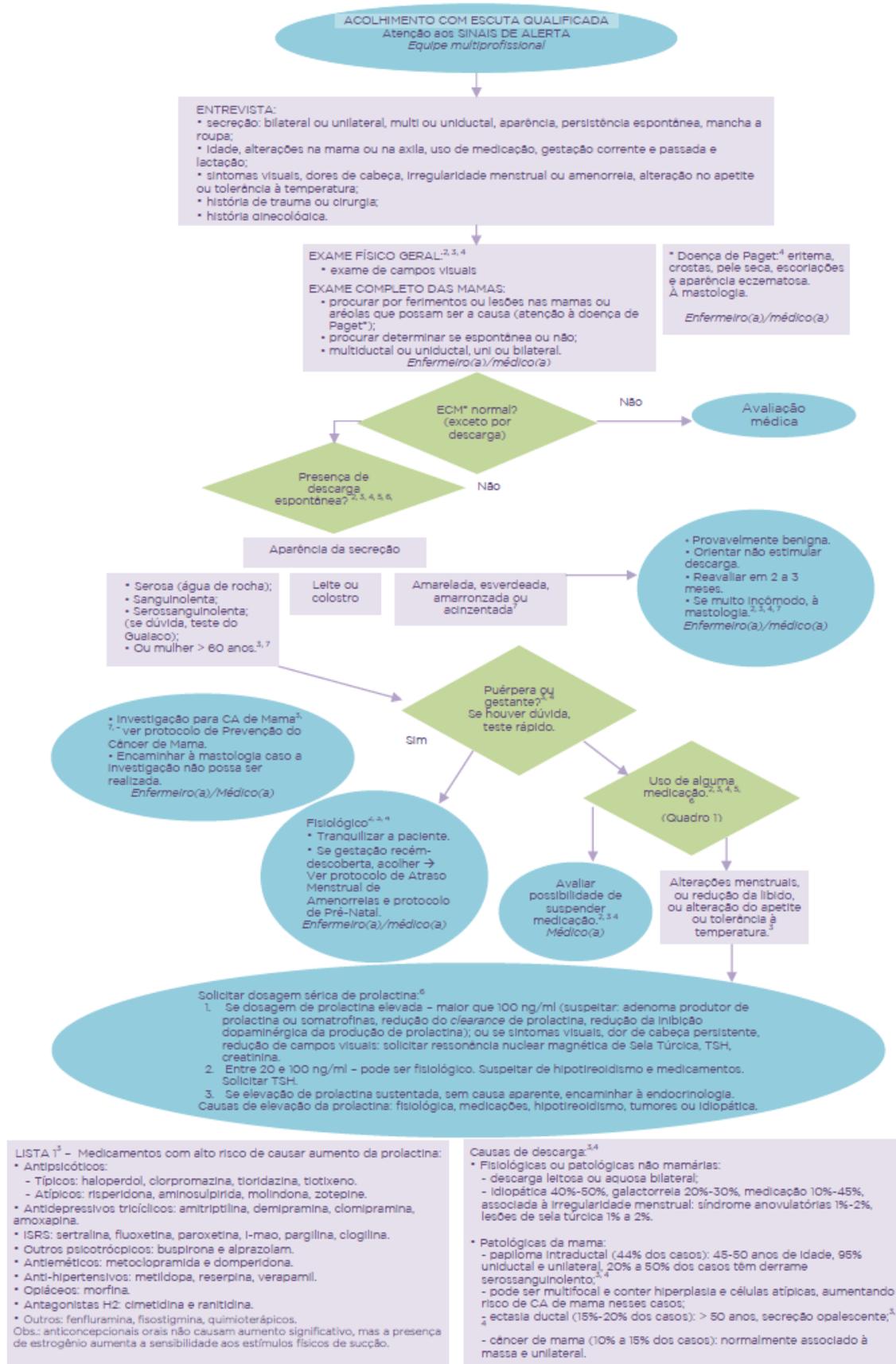
A secreção das mamas fora do ciclo gravídico-puerperal deve ser analisada criteriosamente, sendo fundamental atentar para as seguintes características: se a descarga é espontânea ou à expressão; se é uni ou bilateral; se é de ducto único ou múltiplo, qual a coloração e o aspecto.

Os casos que constituem maior importância para malignidade estão relacionados com descarga papilar espontânea, unilateral, de ducto único, tipo “água de rocha” ou sanguinolenta. A técnica de coleta é bem simples, fazer higiene com SF 0,9% bastando para isso, que se passe uma lâmina de vidro sobre a papila (mamilo) com a descarga, distendendo-se o material na lâmina.

A seguir, coloca-se a lâmina em um recipiente contendo fixador (álcool etílico a 96%) e envia-se o material ao laboratório para o estudo das células ao microscópio após preenchimento do formulário e cadastramento no SISCAN e com a geração do protocolo.

O fluxograma 4 apresenta abordagem frente a Descarga Papilar conforme BRASIL, 2016 p. 45.

Fluxograma 4- Conduta frente a descarga papilar.



7.2.3 RASTREAMENTO PARA CÂNCER DE MAMA

Mamografia

A mamografia é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama, sendo, por isso, o exame de imagem recomendado para o rastreamento do câncer de mama (BRASIL, 2013).

A mamografia não substitui o exame clínico das mamas, mas lhe serve de complemento, principalmente entre as mulheres com mais de 50 anos, sem história familiar de câncer. A mama masculina, embora pouco frequentemente, também pode ser acometida por doenças malignas, que se expressam radiologicamente com as mesmas formas que na mama feminina (microcalcificações, nódulos e outros) (BRASIL, 2013).

A solicitação de mamografia deve ser cadastrada no SISCAN e o número de protocolo anotado no formulário.

TABELA 3- Periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama

População-alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e, se alterado, mamografia
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia a cada dois anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia anual

Fonte: Brasil, 2013.

Padronização dos laudos mamográficos – Sistema BI-RADS®

O *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia e recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), foi desenvolvido para padronizar o laudo mamográfico e reduzir os fatores de confusão na descrição e interpretação das imagens, além de facilitar o monitoramento do resultado final do exame. Esta padronização inclui a evolução diagnóstica e a recomendação da conduta, não devendo ser esquecidos a história clínica e o exame físico da mulher (BRASIL, 2013).

TABELA 4- Padronização dos laudos mamográficos – Sistema BI-RADS®

Categoria	Interpretação	Recomendação de conduta
0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico.*
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

Fonte: Brasil, 2013.

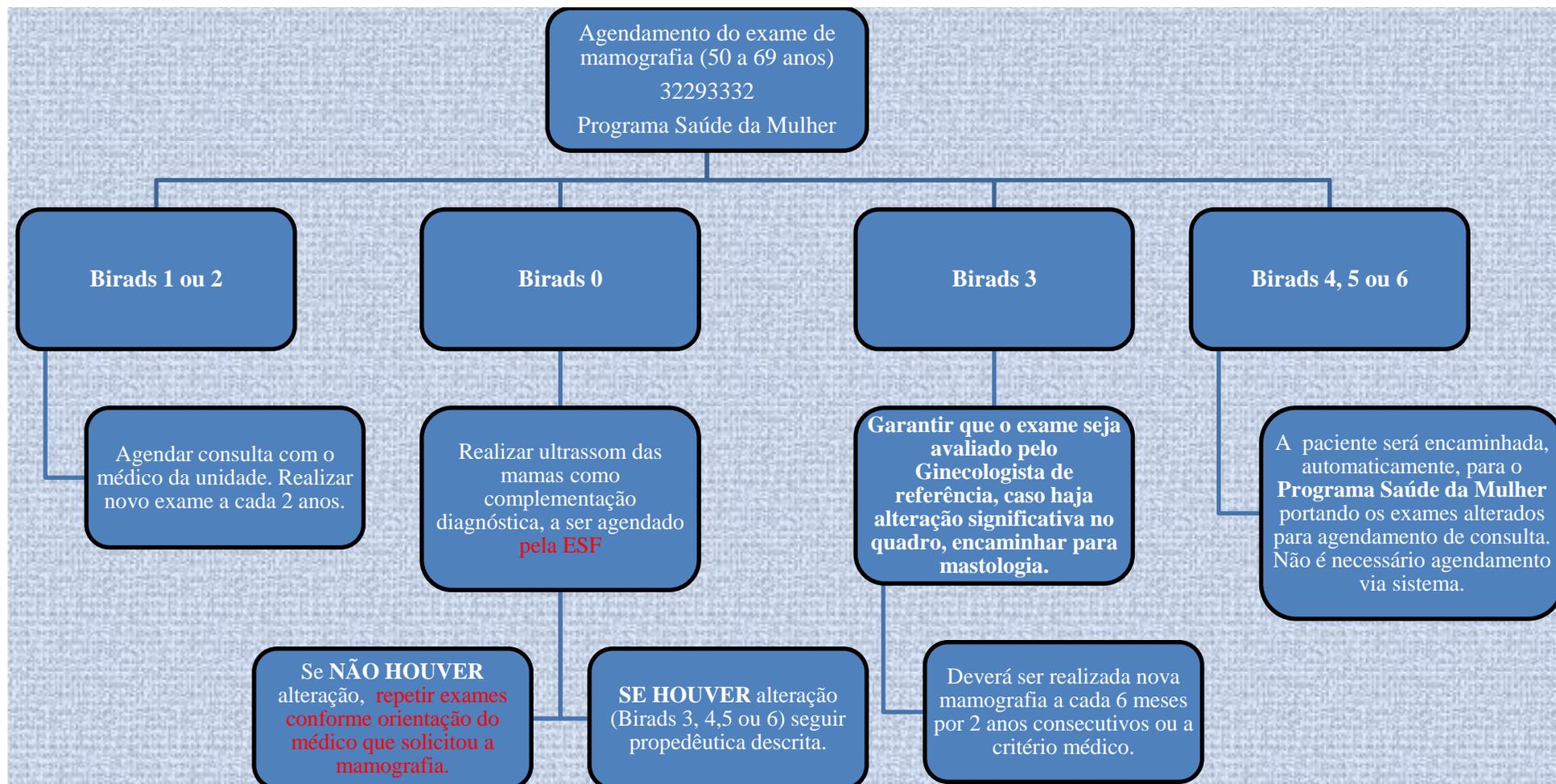
Ultrassonografia

É um método importante para o diagnóstico de patologias mamárias, principalmente quando combinado com a mamografia.

Outras indicações incluem, segundo Brasil (2013):

- Para diagnóstico diferencial entre lesão sólida e lesão cística;
- Nas alterações do exame físico (lesão palpável) com mamografia negativa ou inconclusiva;
- Na jovem com lesão palpável.
- Nas alterações do exame clínico no ciclo gravídico-puerperal.
- Na presença de doença inflamatória ou abscesso.
- Na definição diagnóstica de coleções.

A seguir, é apresentado o Fluxograma 3 de recomendações de acordo com o resultado de mamografia no município de Montes Claros.



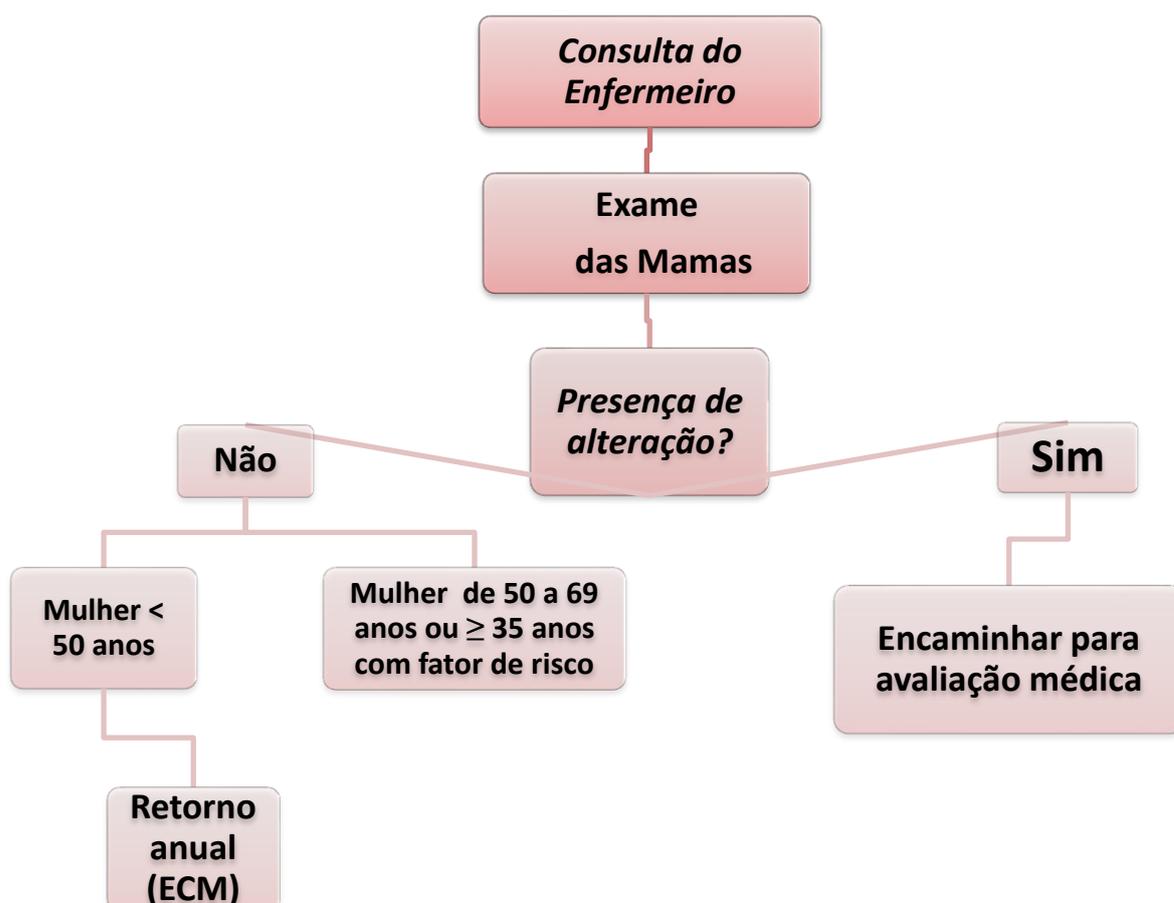
Obs.: Segundo recomendações do INCA, a idade de rastreamento para câncer de mama é de 50 a 69 anos. As usuárias com idade superior a 40 anos serão atendidas somente se estiverem portando mamografia realizada nos últimos 12 meses. Ressalta-se que o retorno Pós Cirúrgico deve que ser atendido na instituição hospitalar de referência (onde foi feita a cirurgia),

7.2.4.Recomendações

- Exame clínico das mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com finalidade de rastreamento, anualmente.
- Mamografia: para mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.
- Exame clínico das mamas e mamografia anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.

7.2.5 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

FLUXOGRAMA 6- Atendimento do enfermeiro.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BAUER, H. *Atlas ilustrado de Colposcopia*. 4 ed. São Paulo: Manole, 1996.

BEREK, J.S. col. *Berek & Novak: Tratado de Ginecologia*. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/controladoscanceres.pdf>>.

Acessado em: 09/01/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Sírio Libanês. *Protocolos da Atenção Básica – Saúde das mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: 2012.

DUNCAN, B. B. *et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária em Evidencias*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

IARC. WHO. *Colposcopia e Tratamento da neoplasia intraepitelial cervical*. Genebra: WHO, 2004.

INCA. Ministério da Saúde. Coordenação geral de Ações Estratégicas. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo de útero*. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INCA. Ministério da Saúde. Coordenação geral de Ações Estratégicas. . *Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Inca, 2014.

MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF* v.11, n.3, p. 308-317, 2005.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica*. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2013.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde*. Montes Claros, 2017.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2015.

ROSSO, C.F.W. *et al. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás*. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Góias, 2014.

SOUZA, M.T *et al.* *Revisão integrativa: o que é e como fazer.* Einstein. 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <[umahttp://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg)> Acesso em: Setembro/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.* Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) Cidades médias: espaços em transição. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

FONSECA, Gildete Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes-claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

FRANÇA, Iara Soares de. Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br/> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>> Acesso em:
Agosto/2017.

PNAD (Pesquisa Nacional : Disponível em:
<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149> Acesso em: Setembro/2017