RIO GRANDE DA SERRA

riograndedaserra.sp.gov.br

# DIÁRIO OFICIAL
## DO MUNICÍPIO

Quinta-feira, 15 de janeiro de 2026 | Ano V | Edição nº 785A

Publicação Oficial do Município de Rio Grande da Serra, conforme Lei Municipal 2.803, de 10 de novembro de 2022



# RIO GRANDE DA SERRA

**Poder Executivo** ..... 3
***Comunicados*** ..... 3

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.
Publicação Oficial do Município de Rio Grande da Serra, conforme Lei Municipal 2.803, de 10 de novembro de 2022

## PODER EXECUTIVO

### Comunicados

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE

**DOCUMENTO RETIFICADO**

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!

11 **2770-0200** | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE

**Documento Norteador Municipal**

# Rastreamento Organizado e Ações de Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama

2025, Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!

11 **2770-0200** | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE

**Documento Norteador Municipal**

# Rastreamento Organizado e Ações de Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama

2025, Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra

**Prefeito do Município de Rio Grande da Serra**

Ricardo Akira Ono Auriani

**Secretário Municipal da Saúde**

Felipe Vieira de Sá dos Santos

**Secretário-Adjunto**

Telma Moraes Pires

**Coordenadoria de Atenção Básica**

Marli Pereira Campos

Silvana Moraes Branco Conceição

**Elaboração**

Silvana Moraes Branco Conceição

Gabriela Liviero Moraes

Pedro Paz Monteiro de Paula

Marli Pereira Campos

**Participação**

Geralda Carvalho – Facilitadora de APS do Estado

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE

**Colaboração**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Tamires Alencar Zacarias | Fisioterapeuta |
| 2 | Dra. Andressa Pereira da Rocha Jofre | Médico |
| 3 | Dra. Aline Marcele Dourado de Santana | Médico |
| 4 | Dra. Beatriz Astete Mollo | Médico |
| 5 | Dra. Claudia Carola Jimenez Gonzales | Médico |
| 6 | Dra. Cynthia Sandroni de Souza Mira | Médico |
| 7 | Dr. Guillermo Julio Pino Batista | Médico |
| 8 | Dr. Kleber Garcia da Motta | Médico |
| 9 | Dra. Pâmela Cristina Silva Figueiredo | Médico |
| 10 | Dr. Pedro Paz Monteiro de Paula | Médico |
| 11 | Dra. Renata Alves Gomes | Médico |
| 12 | Dr. Rodrigo Pepeliascov | Médico |
| 13 | Dr. Vinicius Henrique Prezzotto Santori | Médico |
| 14 | Dr. William dos Santos Lima | Médico |
| 15 | Ana Paula de M. M. Pompeo | Enfermeira |
| 16 | Aparecida Patricia P. A. Vieira | Enfermeira |
| 17 | Célia Barbosa Lima | Enfermeira |
| 18 | Giselda Souza Batista Pereira | Enfermeira |
| 19 | Maria Olivia p. Torres Portugal | Enfermeira |
| 20 | Michellane Santos Costa | Enfermeira |
| 21 | Nathalia Pimentel Filinto | Enfermeira |
| 22 | Natalie Brito de Oliveira Rodrigues | Enfermeira |
| 23 | Thayna Santos Alves | Enfermeira |
| 24 | Albeni M. Santos | Aux. enfermagem |
| 25 | Angela Picitelli | Aux. enfermagem |
| 26 | Cleonilde Roque dos Santos | Aux. enfermagem |
| 27 | Denise Santana N. Cassemiro | Aux. enfermagem |
| 28 | Eliane Brandão de Jesus Martins | Aux. enfermagem |
| 29 | Emily Cardoso Gil Gomes | Aux. enfermagem |
| 30 | Gabriel Soares de Oliveira | Aux. enfermagem |
| 31 | Letícia Pedroso Franco | Téc. enfermagem |
| 32 | Luciana Euzebio dos Santos | Téc. enfermagem |
| 33 | Luciana Santos | Aux. enfermagem |
| 34 | Jéssica Aparecida Z. Monteiro | Téc. enfermagem |
| 35 | Maisa Guassu D. Tavares | Aux. enfermagem |
| 36 | Maria Conceição dos Santos | Aux. enfermagem |
| 37 | Neuza José dos Santos Silva | Aux. enfermagem |
| 38 | Pâmela Leane Brito Lanzilotti | Aux. enfermagem |
| 39 | Rafaela Cristina Cordeiro | Téc. enfermagem |

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE

| | | |
|---|---|---|
| 40 | Regiane Araujo Julião | Aux. enfermagem |
| 41 | Thabata Cristina Berbel | Aux. enfermagem |
| 42 | Wilson Libânio da Silva | Aux. enfermagem |
| 43 | Valéria Concordio | Chefe de Setor |
| 44 | Ariel Bianca dos Santos Gouveia | Agente Comunitário de Saúde |
| 45 | Camilla Ferreira Rabello | Agente Comunitário de Saúde |
| 46 | Camyla Dantas Ferreira | Agente Comunitário de Saúde |
| 47 | Clarissa de Oliveira Costa | Agente Comunitário de Saúde |
| 48 | Claudenice Pinheiro Amorim | Agente Comunitário de Saúde |
| 49 | Conceição Ap. Pavan Cardoso | Agente Comunitário de Saúde |
| 50 | Cristina Rocha dos Santos | Agente Comunitário de Saúde |
| 51 | Daiane Carla da Costa | Agente Comunitário de Saúde |
| 52 | Débora Alves Dias | Agente Comunitário de Saúde |
| 53 | Elisangela Silva de Oliveira | Agente Comunitário de Saúde |
| 54 | Fabiane do Amor Divino | Agente Comunitário de Saúde |
| 55 | Fabiano Tavares de Oliveira | Agente Comunitário de Saúde |
| 56 | Francisleide Rocha dos Santos | Agente Comunitário de Saúde |
| 57 | Gabriel Andrade Cordeiro | Agente Comunitário de Saúde |
| 58 | Isaac Dias Vieira | Agente Comunitário de Saúde |
| 59 | Jefferson Soares do Nascimento | Agente Comunitário de Saúde |
| 60 | Jennifer Rodrigues dos Santos | Agente Comunitário de Saúde |
| 61 | Joseane Pereira de Assunção | Agente Comunitário de Saúde |
| 62 | Juliene Ferraz Arantes | Agente Comunitário de Saúde |
| 63 | Katia Aparecida Aleixo Ribeiro | Agente Comunitário de Saúde |
| 64 | Marcia Alexandra B. Franco | Agente Comunitário de Saúde |
| 65 | Maria Nadijane de Lima | Agente Comunitário de Saúde |
| 66 | Maria Nascimento de Paula | Agente Comunitário de Saúde |
| 67 | Paula Balila Lamazallis | Agente Comunitário de Saúde |
| 68 | Pedro Gabriel J. de Oliveira | Agente Comunitário de Saúde |
| 69 | Rebeca Custodio Judivan | Agente Comunitário de Saúde |
| 70 | Rúbia Linda dos Santos Ramos | Agente Comunitário de Saúde |
| 71 | Rute Rodrigues Esequiel | Agente Comunitário de Saúde |
| 72 | Samara dos Santos Triper | Agente Comunitário de Saúde |
| 73 | Sineia Oliveira Lima Anastácio | Agente Comunitário de Saúde |
| 74 | Talita Pereira de Souza | Agente Comunitário de Saúde |
| 75 | Tatiana de Oliveira Costa | Agente Comunitário de Saúde |
| 76 | Tuane Cassimiro da Silva | Agente Comunitário de Saúde |
| 77 | Yasmim Santos Marcondes | Agente Comunitário de Saúde |
| 78 | Ana Beatriz Souza | Chefe de Setor |
| 79 | Sandra Emidio | Chefe de Setor |

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE

## 1. Apresentação

A Secretaria Municipal de Saúde apresenta este Documento Norteador para a implementação e gestão do Rastreamento Organizado e das ações de Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município. Este instrumento visa padronizar as condutas, otimizar os fluxos de trabalho e garantir o acesso equitativo e oportuno à detecção precoce e ao tratamento da neoplasia.

## 2. Introdução

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente entre mulheres no Brasil e representa uma das principais causas de mortalidade feminina, conforme dados da Incidência de Câncer no Brasil, estimados para 2023:

**Tabela 1: Distribuição Proporcional dos Dez Tipos de Câncer Mais Incidentes* por Sexo** ***Exceto Pele Não Melanoma**

| Classificação | Localização Primária | Casos Estimados | Percentual (%) |
|---|---|---|---|
| **Homens** | | | |
| 1º | Próstata | 71.730 | 30,0% |
| 2º | Cólon e reto | 21.970 | 9,2% |
| 3º | Traqueia, brônquio e pulmão | 18.020 | 7,5% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4º | Estômago | 13.340 | 5,6% |
| 5º | Cavidade oral | 10.900 | 4,6% |
| 6º | Esôfago | 8.200 | 3,4% |
| 7º | Bexiga | 7.870 | 3,3% |
| 8º | Laringe | 6.570 | 2,7% |
| 9º | Linfoma não Hodgkin | 6.420 | 2,7% |
| 10º | Fígado | 6.390 | 2,7% |
| **Mulheres** | | | |
| 1º | **Mama feminina** | **73.610** | **30,1%** |
| 2º | Cólon e reto | 23.660 | 9,7% |
| 3º | Colo do útero | 17.010 | 7,0% |

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4º | Traqueia, brônquio e pulmão | 14.540 | 6,0% |
| 5º | Glândula tireoide | 14.160 | 5,8% |
| 6º | Estômago | 8.140 | 3,3% |
| 7º | Corpo do útero | 7.840 | 3,2% |
| 8º | Ovário | 7.310 | 3,0% |
| 9º | Pâncreas | 5.690 | 2,3% |
| 10º | Linfoma não Hodgkin | 5.620 | 2,3% |

**Fonte:** Baseado em dados da Incidência de Câncer - Brasil, estimativas para 2023.

A alta incidência do câncer de mama no Brasil, com uma projeção de 73.610 novos casos em 2023, o coloca como a neoplasia mais comum entre as mulheres e reforça a urgência de ações de controle. Esse cenário de elevada carga de doença se agrava ao ser confrontado com os dados de mortalidade prematura (óbitos em mulheres de 30 a 69 anos), especialmente na Região Sudeste, onde as taxas permanecem altas ou estão em crescimento para grupos vulneráveis como as mulheres

Pardas e a População Negra, conforme dados apresentados no Boletim Epidemiológico (Volume 56, N.º 15 de 3 out. 2025):

**Tabela 2. Taxas de mortalidade prematura por câncer de mama na Região Sudeste**

| Raça/ Cor | Taxa de Mortalidade (2010) | Taxa de Mortalidade (2024) | Variação no Período | Considerações |
|---|---|---|---|---|
| Branca | 25,8 | 26,5 | Aumento (+0,7) | Taxa mais alta, mas relativamente estável. |
| Preta | 25,8 | 25,6 | Estável / Leve queda (-0,2) | Mantém-se em patamar elevado. |
| Parda | 16,2 | 20,2 | Crescimento (+4,0) | Apresentou o crescimento mais evidente no período. |
| Indígena | 7,4 | 11,1 | Aumento significativo (+3,7) | Taxa menor, mas com forte variação e crescimento. |
| População Negra (Pretas e Pardas) | 18,2 | 21,5 | Crescimento (+3,3) | Taxa consolidada que demonstra iniquidade crescente. |

**Fonte:** Baseado em dados preliminares do Boletim Epidemiológico (2025), referente à mortalidade prematura por câncer de mama.

Esta persistência de óbitos evitáveis, que atinge mulheres em plena fase produtiva, evidencia a falha do rastreamento oportunístico e a necessidade de que a Atenção Primária à Saúde implemente um Rastreamento Organizado e equitativo, garantindo que a detecção da doença ocorra em estágios iniciais, quando as chances de cura e a sobrevida são significativamente maiores.

Diante destas compreensões, o município de Rio Grande da Serra, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, apresenta este Documento Norteador que visa sistematizar, organizar e planejar as ações de rastreamento do câncer de mama na esfera da Atenção Básica.

Esta produção visa sistematizar, organizar e planejar as ações de rastreamento do câncer de mama na esfera da Atenção Básica, com os seguintes objetivos centrais:

- Consolidar diretrizes técnicas e normativas que orientem as equipes da Atenção Primária no modelo de Rastreamento Organizado.
- Fortalecer a integralidade do cuidado, garantindo que o público-alvo seja acompanhado desde a porta de entrada no SUS até a linha de cuidado oncológica.
- Garantir a equidade, com o fortalecimento das estratégias de comunicação e mobilização social, e a integração dos sistemas de informação para monitoramento das ações, especialmente sobre a população vulnerabilizada.

Trata-se de um documento dinâmico, construído a partir da realidade local, mas em consonância com as diretrizes nacionais, com revisão e atualização a partir de novas evidências científicas e normativas ministeriais.

**3. Diretrizes e Público-Alvo**

O programa municipal de detecção precoce deve atuar em dois eixos complementares: o Rastreamento (para assintomáticas) e o Diagnóstico Precoce (para sintomáticas).

3.1. Rastreamento Ativo (Mamografia Bienal)

Esta estratégia deve ser dirigida ao grupo em que o balanço entre benefícios e danos à saúde é mais favorável.

| **Grupo** | **Recomendação[1]** | **Periodicidade** |
|---|---|---|
| Mulheres de Risco Padrão | Mamografia de rotina | Uma vez a cada dois anos (bienal). |
| Faixa Etária | 50 a 74 anos. | |

[1] *Incluem-se nesta recomendação homens trans e pessoas não-binárias não mastectomizados e mulheres trans em terapia hormonal.*

3.2. Outras Faixas Etárias e Condições de Risco

Define-se como foco para estabelecer o Rastreamento Organizado a faixa etária de 50 a 74 anos e periodicidade bienal, em alinhamento com a publicação de posicionamento do Instituto Nacional de Câncer sobre faixa etária para rastreamento do câncer de mama (2025). Contudo, a garantia do acesso e a orientação clínica para outras faixas etárias e grupos de risco permanecem como responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), devendo ser balizadas pela individualização do cuidado:

3.2.1 Pacientes de 40 a 49 anos

Para as mulheres, homens trans e pessoas não-binárias não mastectomizados, com idade entre 40 e 49 anos, o acesso à mamografia é assegurado pelo Sistema Único

de Saúde (SUS), mas não há recomendação formal para a instituição do rastreamento populacional bienal.

A solicitação da mamografia nesta faixa etária deve ocorrer sob demanda e baseada em uma decisão compartilhada entre a paciente e o profissional de saúde, após adequada orientação sobre os potenciais benefícios e desvantagens do exame (como o risco elevado de resultados falso-positivos e a maior exposição à radiação, conforme as evidências atuais).

A prioridade clínica deve ser o diagnóstico precoce, com pronta investigação de quaisquer sinais ou sintomas suspeitos.

3.2.2. Pacientes acima de 74 anos

Para a população feminina, homens trans e pessoas não-binárias não mastectomizados, acima de 74 anos, a indicação para a continuidade do rastreamento mamografico deve ser ponderada de forma rigorosamente individualizada. A decisão clínica deve considerar a expectativa de vida da paciente, a presença de comorbidades significativas e o seu estado geral de saúde, baseando-se no potencial benefício do rastreamento frente aos riscos associados.

O enfoque deve recair, sobretudo, na vigilância ativa de sintomas e na qualidade de vida.

3.2.3. Pacientes de Alto Risco

Pacientes que apresentem alto risco para o desenvolvimento de câncer de mama, como aquelas com histórico familiar muito significativo (múltiplos casos em parentes de primeiro grau, câncer bilateral e/ou antes dos 50 anos) ou com identificação de mutações genéticas específicas (BRCA1 e BRCA2), devem ser acompanhadas em serviços de atenção especializada.

O protocolo de rastreamento para este grupo deve ser individualizado, frequentemente incluindo exames complementares e iniciando-se em idade mais precoce, conforme o risco genético e clínico.

A APS é responsável por identificar esses casos e garantir o referenciamento oportuno para o acompanhamento clínico especializado.

**4. Papel da Atenção Primária à Saúde**

A atuação coordenada do sistema de saúde parte da compreensão da lógica da Rede de Atenção à Saúde (RAS), um modelo que propicia a formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção e tem na Atenção Primária à Saúde (APS) o seu centro de comunicação, além da porta de entrada preferencial para o Sistema de Saúde (SUS). Desse modo, a APS emerge como a condição estruturante e a coordenadora da RAS no município, assumindo a responsabilidade primária pela execução e monitoramento do Protocolo de Rastreamento Organizado e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama.

Esta integração na rede de saúde, possibilita o desenvolvimento de uma Atenção Primária em Saúde fortalecida, capaz de proporcionar qualidade, equidade, relevância e melhor custo-efetividade (Brasil, 2022).

> Essa rede, centrada na Atenção Primária à Saúde, deve permitir a prestação de assistência contínua a determinada população, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa. Seguindo as características que lhe são atribuídas, deve compartilhar seus encaminhamentos com os demais níveis de atenção, por meio de transferências temporais do cuidado, e, na maior parte das vezes, por uma atenção compartilhada de curto ou longo prazo, dependendo da

gravidade, das habilidades especializadas, da recorrência dos agravos, enfim, da estratégia do cuidado utilizada (Brasil, 2022, p. 25).

Justamente por estar na posição central da Rede de Atenção à Saúde, por ser porta de entrada preferencial para a população e por possuir o primeiro nível de densidade tecnológica, a Atenção Primária à Saúde viabiliza a integralidade das ações de saúde e a detecção precoce do câncer de mama, por meio das equipes de saúde (ESF e APS) e das Equipes Multiprofissionais (e-Multi).

**5. Equipes da Atenção Primária à Saúde**

A Atenção Primária à Saúde, por meio de suas Equipes de Saúde da Família (eSF) e a Equipe de Atenção Primária (EAP), têm a função principal de identificar, convocar, acolher e monitorar ativamente a população em seu território, garantindo o fluxo contínuo e a integralidade do cuidado.

5.1. Definições das Equipes Operacionais

As ações de rastreamento devem ser executadas pelas equipes que atuam na atenção básica, principalmente por meio dos seguintes modelos:

| Equipe | Definição e Atribuição |
|---|---|
| **Equipe de Saúde da Família (eSF)** | Equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde) responsável por um território adscrito e uma população definida.<br><br>Sua função é realizar a busca ativa e o convite formal da população-alvo (50-74 anos) e garantir o monitoramento |

| | |
|---|---|
| | contínuo do rastreamento, utilizando o vínculo territorial como ferramenta. |
| **Equipe de Atenção Primária/Básica (eAP/eAB)** | Equipes que, embora não adotem integralmente o modelo da Saúde da Família, são responsáveis por prestar o cuidado primário em um território.<br><br>Sua função é incorporar as diretrizes do rastreamento e diagnóstico precoce em sua rotina de trabalho, garantindo a solicitação da mamografia para a população-alvo elegível e o encaminhamento prioritário de sintomáticas. |
| **Equipe Multiprofissional (e-Multi)** | Atua em apoio às eSF/eAP, provendo o apoio matricial e suporte técnico-pedagógico.<br><br>Contribui na educação continuada das equipes, no suporte psicossocial e com ações de prevenção em saúde. |

5.2. Parâmetros para organização das equipes, para cobertura territorial e registro.

A organização eficiente da APS é crucial para que o protocolo atinja as metas de cobertura e impacto na mortalidade.

5.2.1. Planejamento e Busca Ativa

- Mapeamento Territorial: As equipes devem utilizar o cadastro e-SUS APS e dados demográficos locais para identificar o número exato da população-alvo no seu território de responsabilidade. Este mapeamento deve ser desagregado por raça/cor da pele, possibilitando a identificação e o foco em áreas com maior concentração de populações historicamente vulnerabilizadas
- Meta de Cobertura: Cada equipe deve ter uma meta estabelecida para o percentual de cobertura do rastreamento em seu território.
- Fluxo de Convocação: O ACS é o responsável pela busca ativa e convite formal na residência, sendo este o pilar do rastreamento organizado.
- Equidade no Acesso**:** O fluxo de convocação deve ser estrategicamente intensificado em áreas ou grupos populacionais que apresentam menor adesão histórica ou maior incidência de mortalidade prematura (com foco na população Negra, conforme os dados epidemiológicos), visando corrigir as iniquidades de acesso e diagnóstico.

5.2.2. Gestão de Agenda e Fluxo Rápido

- Agenda Programada: A agenda das UBS deve prever horários específicos para o acolhimento e agendamento de mulheres convocadas para o rastreamento, assegurando que o tempo de espera pelo exame seja o mínimo possível.
- Prioridade na Urgência: É imperativo que as agendas de consulta médica e de enfermagem reservem vagas diárias para o acolhimento prioritário das mulheres sintomáticas, evitando que estas aguardem o tempo de rotina do rastreamento.
- Monitoramento Ativo do Fluxo: As equipes devem ser responsáveis por "rastrear o rastreamento", monitorando o retorno do paciente após o exame e o resultado do laudo. Caso o resultado seja alterado (BIRADS 3, 4 ou 5), o encaminhamento para a investigação diagnóstica deve ser imediato, utilizando o fluxo de regulação prioritário.

5.2.3 Integração dos Fluxos ao Prontuário Eletrônico (e-SUS APS / PEC)

A eficácia do Protocolo de Rastreamento Organizado e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama está intrinsecamente relacionada com a qualidade da rastreabilidade e do registro clínico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os dados do acompanhamento do protocolo devem ser registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no sistema e-SUS APS, utilizando a metodologia SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano) como ferramenta para garantir a completude do dado e o controle do tempo-resposta. A correta utilização do SOAP no e-SUS APS para a busca ativa, o acolhimento, a solicitação de exames, o registro da conduta (BIRADS) e o monitoramento da equidade (raça/cor) é, portanto, essencial para transformar a diretriz em ação monitorada, permitindo a Auditoria Clínica e a gestão dos prazos legais de investigação e tratamento.

As orientações a seguir transformam os requisitos do Protocolo de Rastreamento Organizado do Câncer de Mama em um guia prático para o preenchimento do SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano) no e-SUS APS (PEC).

O profissional deve registrar o atendimento no e-SUS APS de acordo com o motivo do encontro, que se divide em dois fluxos prioritários:

a) Fluxo de Rastreamento Organizado

Este registro deverá ser feito durante a consulta de acolhimento e agendamento da mamografia, ativada pela busca do ACS.

| Item SOAP | **Orientação para preenchimento** | **Enfoque do Protocolo** |
|---|---|---|

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE

| | | |
|---|---|---|
| **S (Subjetivo)** | Registrar a razão do atendimento: "Paciente convocada via busca ativa do ACS para Rastreamento Organizado de Câncer de Mama (ciclo 20XX)." Confirmar ausência de queixas | Rastreamento Proativo |
| **O (Objetivo)** | Elegibilidade: Confirmar idade (50-74 anos) e registrar o dado de Raça/Cor (para monitoramento de equidade). Exame Físico: Registrar o resultado da palpação mamária e axilar: "Ausência de achados suspeitos." | Faixa Etária, Exame de Risco |
| **A (Avaliação)** | CIAP: Utilizar o código de rastreamento (ex: A97 - Rastreamento do Câncer, Geral ou W70 - Rastreamento Preventivo - Neoplasia Maligna da Mama). Síntese: "Mulher assintomática, elegível para rastreamento bienal." | CIAP de Rastreamento |
| **P (Plano)** | Exame: Solicitar Mamografia de Rastreamento (bienal). Educação em Saúde: Registrar a realização do | Agendamento, Decisão Esclarecida |

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE

| | | |
|---|---|---|
| | Acolhimento Qualificado, informando a paciente sobre benefícios e os potenciais danos (falso-positivo, sobrediagnóstico), | |

b) Fluxo de Diagnóstico Precoce

Este registro é feito em atendimentos de demanda espontânea (ou ativa) nos quais os paciente apresenta sinais e sintomas suspeitos.

| Item SOAP | Orientação para Preenchimento no e-SUS APS (PEC) | Enfoque do Protocolo |
|---|---|---|
| S (Subjetivo) | Queixa Principal (QP): Registrar detalhadamente o sintoma (ex: "Nódulo mamário em mama esquerda, percebido há 2 meses, com retração de pele associada. Nega dor."). Incluir a idade (qualquer idade). | Urgência (Sintoma) |
| O (Objetivo) | Exame Físico: Descrever as características do achado (localização, tamanho em cm, consistência, mobilidade, presença de linfonodos axilares). Registro: Registrar o dia do início dos sintomas, se possível. | Achados Clínicos |
| A (Avaliação) | CIAP: Utilizar o código de sintoma (ex: X21 - Nódulo Mamário, X22 - Secreção Mamária) ou de suspeita (ex: D04 - Suspeita de Neoplasia). Síntese: "Suspeita de lesão mamária maligna. Investigação prioritária necessária." | Classificação da Suspeita |

| | | |
|---|---|---|
| P (Plano) | Prioridade: Encaminhamento PRIORITÁRIO e Imediato para Regulação/Serviço Especializado (sem aguardar agendamento ou cotas regulares). Exames: Solicitar exames de imagem e/ou biópsia. Meta: Garantir que a investigação diagnóstica seja concluída em até 30 dias. | Fluxo Prioritário |

5.3. Atividades de Acolhimento e Educação em Saúde

- Acolhimento qualificado: Receber a mulher na UBS, orientá-la sobre a importância e os objetivos do rastreamento organizado, esclarecendo sobre seus benefícios e possíveis danos (como sobre diagnóstico e resultados falso-positivos).
- Educação em saúde: Realizar atividades contínuas de conscientização (fora do período do Outubro Rosa) sobre os sinais e sintomas do câncer de mama (Diagnóstico Precoce), incentivando a mulher a se auto-observar e a procurar a UBS imediatamente ao notar qualquer alteração.

**6. Rastreamento e Diagnóstico Precoce**

É fundamental que as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) dominem a distinção conceitual e operacional entre as duas estratégias de detecção precoce do câncer de mama, garantindo que a abordagem clínica adotada seja adequada à condição da paciente.

6.1 Rastreamento Organizado (Ação Proativa em Assintomáticas)

O Rastreamento Organizado constitui uma ação de saúde pública de caráter proativo e de periodicidade programada, direcionada à população sem sinais ou sintomas da doença.

- **População-Alvo:** Mulheres, homens trans e pessoas não-binárias não mastectomizados, assintomáticos na faixa etária de 50 a 74 anos.
- **Conduta da Equipe:** A equipe da APS é responsável por convocar ativamente a população-alvo para a realização da mamografia bienal, gerenciando o fluxo e o monitoramento do resultado.
- **Objetivo:** Reduzir a mortalidade por câncer de mama através da detecção de lesões em estágios iniciais.

6.2. Diagnóstico Precoce

O Diagnóstico Precoce é uma ação de saúde de caráter reativo (sob demanda), que exige resposta imediata da APS e dos serviços especializados.

- **População-Alvo:** Mulheres, homens trans e pessoas não-binárias não mastectomizados de qualquer idade que apresentem sinais ou sintomas sugestivos de câncer de mama (nódulo palpável, retração da pele, secreção sanguinolenta).
- **Conduta da Equipe:** A equipe deve acolher o caso com prioridade de urgência e realizar o encaminhamento imediato para a investigação diagnóstica (mamografia, ultrassonografia, biópsia), sem considerar a periodicidade do rastreamento ou a idade do paciente.
- **Objetivo:** Garantir que o paciente com alta suspeita tenha o diagnóstico concluído e o tratamento iniciado no menor tempo possível, buscando que o diagnóstico seja realizado em até 30 dias após a suspeita clínica.

**7. Equidade e Populações com Necessidades Específicas**

A organização do rastreamento pelo município deve incorporar o princípio da equidade, reconhecendo que o câncer de mama se manifesta e é enfrentado de maneira desigual por diferentes grupos populacionais. O acesso e o desfecho clínico são diretamente impactados por iniquidades raciais, socioeconômicas e de gênero.

A construção plural pelo qual o SUS ganhou materialidade, também é norteador para pensar estratégias de cuidado que visem superar a fragmentação: contar com os diversos atores que compõe a saúde, e a territorialidade brasileira, é apostar no cuidado (e trabalho) próximo a realidade, e de maneira prática, um trabalho vivo em ato (Sant'Anna; Hennington, 2011).

Compreender as necessidades de saúde dos usuários ou de um coletivo exige uma escuta atenta, respeito à diversidade humana, cultural e social, e uma visão que ultrapasse a simples relação entre saúde e doença. É fundamental que os profissionais estejam capacitados e disponíveis para se envolverem com as questões apresentadas, reconhecendo o usuário como um agente ativo na construção de sua própria saúde, o que torna o encontro entre os envolvidos no processo de cuidado verdadeiramente significativo e efetivo.

7.1. Combate às Iniquidades Raciais (População Negra)

A APS deve atuar de forma estratégica para mitigar o cenário de mortalidade prematura crescente em mulheres Pretas e Pardas (População Negra), conforme indicado pelos dados epidemiológicos regionais:

- Busca Ativa Prioritária: A convocação ativa de mulheres de 50 a 74 anos deve ser intensificada e prioritária em territórios com alta concentração de população Negra, que historicamente apresentam menor acesso ao rastreamento organizado e maior diagnóstico em estágios avançados.

- Acolhimento Sensível: Promover um acolhimento na UBS que seja culturalmente competente e livre de vieses, reconhecendo as barreiras socioeconômicas e o racismo estrutural que dificultam a adesão e o seguimento das pacientes.

7.2. Cuidado à População Transgênero e Não-Binária

O cuidado e a prevenção do câncer de mama em pessoas trans e não-binárias envolve o reconhecimento das necessidades clínicas adaptadas à hormonioterapia, cirurgias e fatores de risco individuais, exigindo que as equipes ofereçam um atendimento seguro, inclusivo e personalizado.

7.2.1. Homens Transgênero Não-Mastectomizados

Indivíduos que nasceram com tecido mamário e não realizaram cirurgia de mastectomia masculinizadora têm risco de câncer de mama similar ao de mulheres cisgênero. Se estiverem na faixa etária de 50 a 74 anos e não tiverem histórico de uso prolongado de testosterona, o rastreamento deve ser oferecido nos mesmos moldes (mamografia bienal). Para aqueles que fazem terapia hormonal, o risco deve ser avaliado individualmente.

7.2.2. Pessoas Não-Binárias

O rastreamento deve seguir as mesmas diretrizes clínicas baseadas na presença de tecido mamário, idade e histórico hormonal, garantindo que o cuidado seja realizado em um ambiente acolhedor e seguro para a identidade de gênero.

**8. Considerações**

As diretrizes apontadas neste Documento Norteador transcendem a execução de um exame diagnóstico: representam o compromisso do município com a superação das iniquidades e a redução da mortalidade prematura por câncer de mama.

O sucesso do Rastreamento Organizado depende diretamente da força e da capacidade de articulação da Atenção Primária à Saúde (APS) em seu papel de coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o apoio matricial e estratégico da Equipe Multiprofissional (eMulti).

É crucial que a atuação da APS se concentre no Foco Duplo (rastrear ativamente e diagnosticar precocemente sintomáticas) e se paute na equidade, corrigindo as disparidades históricas que afetam a População Negra e garantindo o acesso a todas as pessoas elegíveis. Para isso, o registro completo e o monitoramento do tempo-resposta no SISCAN e no e-SUS APS são ferramentas mandatárias.

Por fim, consideramos que o trabalho da APS no controle do câncer de mama é um trabalho vivo em ato, que se constrói na proximidade com o usuário e na busca incessante pela integralidade e pela qualidade do cuidado em saúde.

**9. Referências Bibliográficas**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I : Regulação de Sistemas de Saúde do SUS : módulo 4 : Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação Assistencial e Controle. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Controle do Câncer de Mama no Brasil: Dados e Números 2024. Rio de Janeiro: INCA, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico - Volume 56 - nº 15: Mortalidade por câncer de mama e colo do útero na população feminina segundo raça/cor da pele. Brasília: MS, 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

SANT'ANNA, J. C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho vivo em ato na gestão municipal de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 4, p. 1289-1309, 2011.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece o prazo máximo de 60 dias. Brasília, DF: Presidência da República.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rastreamento Organizado do Câncer de Mama: A experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.