



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ACOLHIMENTO E ABORDAGEM DO CÂNCER NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE VILA RAIZ NO MUNICÍPIO DE BELO JARDIM-PE.**

**MARCELO CAMARA HOLANDA**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

ACOLHIMENTO E ABORDAGEM DO CÂNCER NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
VILA RAIZ NO MUNICÍPIO DE BELO JARDIM-PE.

MARCELO CAMARA HOLANDA

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: MARIA HELENA PIRES  
ARAUJO BARBOSA

---

NATAL/RN  
2021

---

---

Agradeço a minha família, esposa e filho por toda compreensão, diante das ausências que minha profissão obriga a submetê-los, por estarem sempre ao meu lado apoiando e dando força pra eu continuar minha jornada de trabalho associada a vida acadêmica

---

---

Dedico todas as minhas conquistas profissional aos meus pais que sempre me apoiaram nas escolhas que fiz e em especial a minha amada mãe, Raimunda Fatima Câmara Holanda, que nunca deixou de acreditar no meu potencial, sempre me incentivando a conquistar meus espaços com respeito e consideração as pessoas que atravessou minha jornada academica e profissional.

---

## **RESUMO**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Raiz está localizada na zona rural do município de Belo Jardim no agreste do estado pernambucano. Dentre outros desafios, a equipe da UBS identificou a necessidade de intervenção quanto ao acolhimento dos usuários e ao tratamento desses nos serviços de referência. Diante disso, os objetivos das microintervenções realizadas foram: reorganizar o acolhimento com classificação de risco; promover melhorias na abordagem e acompanhamento de pacientes com câncer na UBS Vila Raiz em Belo Jardim-PE. Ficou bem definida a importância da APS atualmente, pois além de ser o primeiro contato do usuário, é também onde se coordena a realização de exames e encaminhamento para outras especialidades. Com as microintervenções ficou implantado na equipe de saúde a semente da união, integração em busca de um bem maior, que é o de sanar a dor daqueles que nos procura, com acolhimento humanizado e voltado pra resolutividade dos problemas de uma população carente que na maior parte do tempo só busca atenção e um bom ouvinte, que carece de profissionais cívicos e comprometidos a buscar solução para os agravos encontrados.

## SUMÁRIO

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 1. Introdução           | 07 |
| 2. Microintervenção 1   | 08 |
| 3. Microintervenção 2   | 13 |
| 4. Considerações Finais | 18 |
| 5. Referências          | 20 |

## 1. INTRODUÇÃO

A UBS – Raiz esta localizada na zona rural do Município de Belo Jardim no Agreste Pernambucano trata-se de uma população muito carente, onde existe uma dependência total do SUS (Sistema Único de Saúde) para qualquer demanda de saúde. Belo Jardim é um Município de médio porte que apesar de ser o segundo maior PIB da região do Agreste Pernambucano sofre muito pelo sub financiamento do SUS, deixando as filas de espera paradas por muitos tempos e a população a mercê dos governantes.

A UBS – Raiz é composta por três micros áreas Vila Raiz, Vila Nova e Campo Novo o que dificulta a questão de organização de atendimento, visto que a equipe multiprofissional não se encontra no posto sede todos os dias. Esta equipe é composta por um Médico, dois Enfermeiros, um Técnico de Enfermagem e cinco ACS (Agente Comunitário de Saúde), atende uma população geral de 2.150 pessoas, tendo uma maior demanda de mulheres e crianças.

Ao iniciar minhas atividades como medico da UBS – Vila Raiz me deparei com diversos problemas no que diz respeito à marcação de consulta, e a forma de priorizar os atendimento, o que me instigou a procurar melhorias. Vendo na implantação da classificação de risco uma forma de melhor estratificar o atendimento.

Assim como também foi visto a necessidade de melhor acompanhar os pacientes com diagnósticos de câncer, pois uma vez diagnosticados os mesmo acabavam por não voltar mais a unidade, visto que o seu tratamento depende da atenção especializada.

Para melhora o acolhimento na UBS decidimos implantar a classificação de risco e dessa forma melhor priorizar e agilizar atendimentos diante dos riscos apresentado por cada paciente. Para que isso acontecesse capacitamos à equipe para que qualquer membro possa identificar um paciente de risco. Reconhecendo os sinais e sintomas que leve a detecção precoce do câncer e assim poder encaminhar em tempo abiu como também acompanhar mais de perto os pacientes e familiares fragilizadas pelo diagnostico de câncer.

O trabalho de conclusão do curso se deu pela elaboração das micro intervenções, sendo elencado pela equipe os principais problemas enfrentados pela comunidade, desenvolvido os objetivos a ser alcançado, traçado as metas para podermos chegar no resultado desejado, sendo apresentados os relatórios das intervenções realizadas pela equipe com os impactos destes para comunidade e equipe.

## **2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1**

### Microintervenção I

Acolhimento à Demanda Espontânea e à Demanda Programada na UBS – Vila Raiz, Belo Jardim – PE

Especializando: Marcelo Câmara Holanda

Levando em consideração que a atenção primária à saúde é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) é de fundamental importância o acolhimento desses pacientes que segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva, para isso se faz necessário que se tenha uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, com isso é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. (BRASIL,2013)

Para que haja esse acolhimento se faz necessário que o paciente se sinta seguro em um ambiente que lhe confira privacidade, não necessariamente tenha que ser feito por um profissional específico, esse processo de acolher faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo, no processo de saúde e adoecimento. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. (BVS, 2008)

Foi pensando nisso que a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Raiz decidiu reorganizar esse primeiro contato dos pacientes com o SUS, para isso em reunião decidimos utilizar o sistema de classificação de risco onde foi utilizado o Protocolo de Manchester, com algumas adaptações aplicável na atenção primária. Onde terá prioridade de atendimento os pacientes que apresenta sinais e sintomas de alguma doença emergente, ou formas agudizadas de patologias já pré-existente como por exemplo pico hipertensivo, hiperglicemia.





Figura 1 e 2. Reuniões da equipe da UBS Vila Raiz

Vale ressaltar que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem tanto certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, quanto flexibilidade nessa organização e solidariedade entre os membros da equipe. (BRASIL, 2012)

No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades. Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos.
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas.
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado.
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo).
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação. (BRASIL, 2012)

A classificação de risco não tem o objetivo de excluir e sim de definir a ordem do

atendimento, todos são atendidos, porem existe atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários sendo agilizado o atendimento a partir dessa análise. (BVS, 2008). Para que houvesse um direcionamento nesse processo de análise e classificação foi utilizado o protocolo de Manchester, veja as figuras a seguir.

#### ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| COR      | CLASSIFICAÇÃO   | TEMPO DE ATENDIMENTO |
|----------|-----------------|----------------------|
| VERMELHO | Emergente       | Imediato             |
| LARANJA  | Muito Emergente | 10 minutos           |
| AMARELO  | Urgente         | 60 minutos           |
| VERDE    | Pouco Urgente   | 120 minutos          |
| AZUL     | Não Urgente     | 240 minutos          |

Figura 3. Protocolo de Manchester adotado como modelo de classificação de risco da UBS – Vila Raiz.

Fonte: Adaptado de BEVERIDGE et al (1999).

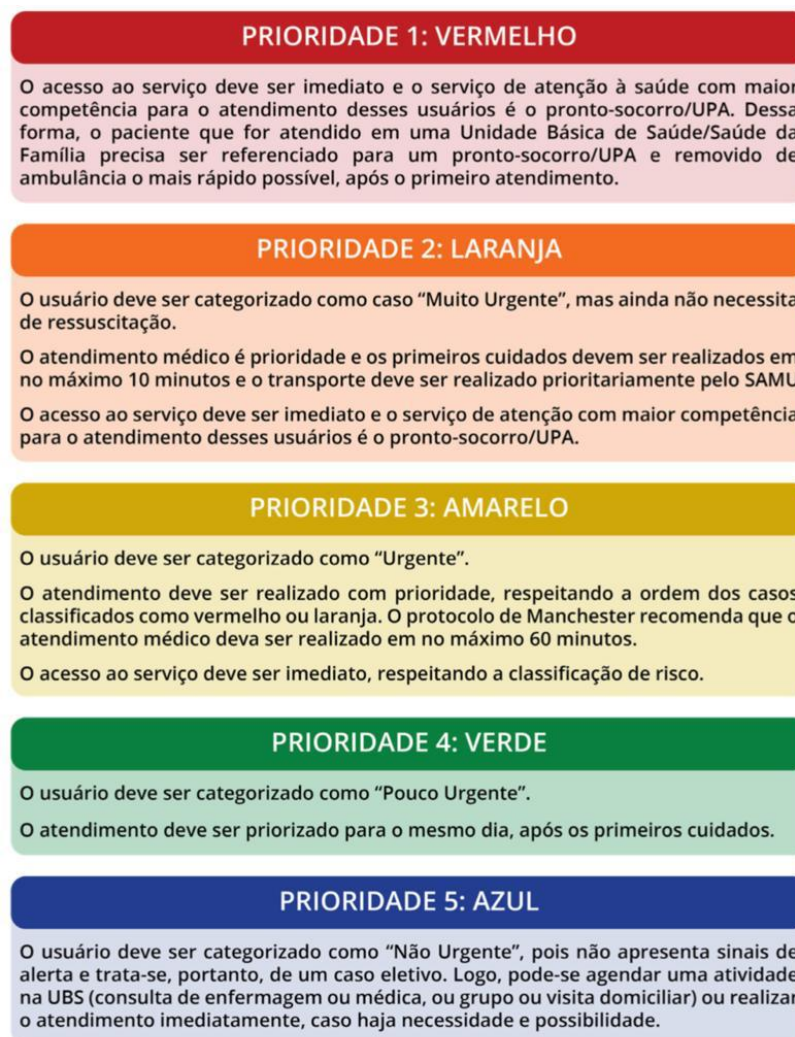


Figura 4. Protocolo de

Manchester adotado como modelo de classificação de risco da UBS – Vila Raiz.

Fonte: Adaptado de BEVERIDGE et al (1999).

Para implantação desse novo sistema seguimos alguns passos

1. Toda a equipe foi treinada e orientada pra ter uma maior sensibilidade no acolhimento desses pacientes, sendo capazes de identificar e reconhecer suas angustias;
2. Foi feito um processo de reeducação da comunidade para adaptação do novo sistema de atendimento da UBS.
3. Os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), fizeram atividades educativas de fundo orientativo com finalidade de esclarecer pra população que o atendimento seria de forma espontânea e não mais por ordem de chegada e sim por prioridade de saúde, tendo demanda agendada apenas pras consultas de retorno.
4. Confecção de Banes explicativo que foi afixado na recepção pra que todos pudessem ter uma boa visibilidade;
5. Também criamos fichas coloridas que seria dada aos pacientes como forma de ordem de atendimento e o direcionamento para o profissional adequado pra atender a cada demanda entre o médico, enfermeiro e odontólogo.

Temos visto que a adesão à classificação de risco na unidade vem trazendo uma

diminuição nas filas de espera para atendimento médico, odontológico e de enfermagem sendo assim percebido uma melhora significativa com relação a atender as necessidades da comunidade, porem uma das maiores dificuldades tem sido com relação à adesão da comunidade pois mesmo sendo feito todo um trabalho educativo em cima disso a comunidade ainda tem uma dificuldade com a mudança, na tentativa de sanar esse problema estamos preparando uma apresentação onde mostraremos em numero o avanço significativos que tivemos com relação a agilidade das consultas e resolução dos problemas. Outro ponto que tem dificultado é a questão politica local que a todo o momento tenta interferir querendo burlar os critérios de classificação tentando fazer seus "eleitores" ser atendido primeiro.

Na tentativa de garantir a continuidade do novo sistema de atendimento na unidade, temos feito palestras educativas com depoimentos de pacientes que rapidamente teve seus problemas de saúde resolvido ou agilizado depois da classificação de risco onde tentamos atender hoje a demanda de hoje.

Tem sido muito gratificante ver a comunidade a cada dia ficando mais satisfeita com o nosso atendimento, percebendo que mesmo com toda mudança ocorrida e a resistência inicial as melhorias tem sido notória.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

#### Microintervenção II

Abordagem do Câncer na Atenção Primária à Saúde na UBS – Vila Raiz, Belo Jardim – PE

Especializando: Marcelo Câmara Holanda

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância.

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas.

Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, conhecida como metástase. (INCA, 2020)

segue abaixo os quadros 1 e 2 que mostra a incidência estimada conforme a localização primária do tumor e sexo

Em homens, Brasil, 2020

| <b>Localização Primária</b> | <b>Casos Novos</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|--------------------|----------|
| Próstata                    | 65.840             | 29,2     |
| Cólon e Reto                | 20.540             | 9,1      |
| Traqueia, Brônquio e Pulmão | 17.760             | 7,9      |
| Estômago                    | 13.360             | 5,9      |
| Cavidade Oral               | 11.200             | 5,0      |
| Esôfago                     | 8.690              | 3,9      |
| Bexiga                      | 7.590              | 3,4      |
| Laringe                     | 6.470              | 2,9      |
| Leucemias                   | 5.920              | 2,6      |
| Sistema Nervoso Central     | 5.870              | 2,6      |

|   |         |              |
|---|---------|--------------|
| Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma | 225.980 | <b>100,0</b> |
| Todas as Neoplasias                           | 309.750 |              |

Quadro. 1

Em mulheres, Brasil, 2020

| <b>Localização Primária</b>                   | <b>Casos Novos</b> | <b>%</b>     |
|---|--------------------|--------------|
| Mama feminina                                 | 66.280             | 29,7         |
| Cólon e Reto                                  | 20.470             | 9,2          |
| Colo do útero                                 | 16.710             | 7,5          |
| Traqueia, Brônquio e Pulmão                   | 12.440             | 5,6          |
| Glândula Tireoide                             | 11.950             | 5,4          |
| Estômago                                      | 7.870              | 3,5          |
| Ovário  | 6.650              | 3,0          |
| Corpo do útero                                | 6.540              | 2,9          |
| Linfoma não-Hodgkin                           | 5.450              | 2,4          |
| Sistema Nervoso Central                       | 5.230              | 2,3          |
| Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma | 223.110            | <b>100,0</b> |
| Todas as Neoplasias                           | 316.280            |              |

Quadro. 2

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2020

quadro 3 motra a incidencia de câncer no municipio de Belo Jardim

**Casos por UF da residência segundo Município da residência**

**Município da residência:** 260170 Belo Jardim

**Ano do diagnóstico:** 2020

| <b>Município da residência</b> | <b>da 26 Pernambuco</b> | <b>Total</b> |
|--------------------------------|-------------------------|--------------|
| Total                          | 32                      | 32           |
| 260170 BELO JARDIM             | 32                      | 32           |

Quadro. 3 **Fontes:** Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informações de Câncer (SISCAN)

**Data de atualização dos dados:** 15/01/2021

É sabido que quando se trata de câncer o diagnóstico precoce faz toda a diferença com relação ao tratamento e evolução da doença, assim como é imprescindível que o paciente tenha conhecimento da importância da prevenção e também da aceitação e enfrentamento quando a doença já está instalada. Para prevenir é fundamental o reconhecimento de alguns sinais e sintomas associados com cânceres passíveis de diagnóstico precoce, veja no quadro a baixo.

| Localização do câncer | Sinais de alerta  |
|-----------------------|---|
| Mama                  | Nódulo mamário, assimetria, retração da pele, recente retração do mamilo, descarga papilar sanguinolenta, alterações eczematosas na aréola. |
| Colo do útero         | Dor e sangramento após relação sexual, corrimento vaginal excessivo.  |
| Cólon e reto          | Mudança nos hábitos intestinais, perda inexplicada de peso, anemia, sangue nas fezes.   |
| Cavidade oral         | Lesões brancas (leucoplasia) ou vermelhas (eritroplasia), massa ou ulceração na boca.   |
| Nasofaringe           | Sangue pelo nariz, permanente congestão nasal, perda da audição, nódulos na parte superior do pescoço.                                      |
| Laringe               | Rouquidão persistente..   |
| Estômago              | Dor abdominal superior crônica, sem melhora com tratamento clínico, aparecimento recente de indigestão, perda de peso.                      |
|                       | Lesão marrom em   |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Pele melanoma           | crescimento, com bordas irregulares ou áreas de coloração irregular que podem coçar ou sangrar    |
| Outros cânceres de pele | Ceratose (lesão ou ferida na pele que não cura).  |
| Bexiga                  | Dor, ato de urinar frequente e difícil, sangue na urina.  |
| Próstata                | Demora em iniciar e finalizar o ato urinário, frequente ato de urinar durante a noite (nictúria). |
| Retinoblastoma          | Mancha branca na pupila, estrabismo convergente (na infância).                                    |
| Testículo               | Aumento de um testículo (assimetria).   |

Fonte: (Adaptado: WHO, 2007)

A detecção precoce pode salvar vidas, reduzir a morbidade associada ao curso da doença e diminuir custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento das doenças. Ela deve ser estruturada na atenção à saúde, com a definição clara de suas estratégias e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde. (BRASIL, 2013)

Baseado nesse contexto a UBS Vila Raiz iniciou um trabalho de conscientização da população na tentativa de fazer diagnósticos precoce assim como o acompanhamento de pacientes com a doença já instalada, esse acompanhamento visa fazer visitas domiciliares a esses pacientes onde tem o objetivo de esclarecer dúvidas do paciente como também da família com relação ao enfrentamento da doença, podendo assim trazer mais conforto para essa família e segurança no enfrentamento da patologia que por muitas vezes é bem debilitante.

Para esse enfrentamento tivemos algumas dificuldades nos que diz respeito à questão de transporte para a locomoção da equipe, já que o acompanhamento trata-se de visita domiciliar.

Optamos pelas visitas, pois a patologia na maioria das vezes torna o paciente bem debilitado dificultando o mesmo à procura a unidade de atenção básica, e esses pacientes acabam se perdendo com relação ao acompanhamento na Atenção Primária a Saúde.

Todo esse trabalho traz uma satisfação muito grande da comunidade, pois se sentem acolhidas diante de uma patologia que na sua maioria é diagnosticada de forma tardia. E é usando dessa satisfação que pretendemos dar continuidade ao serviço, pois a procura por parte



da própria comunidade tem sido cada vez mais frequente, obrigando a gestão pública a fornecer o mínimo recurso que nos é necessário pra realizarmos as visitas

### **Referência Biográfica**

INCA. Instituto Nacional de Câncer. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 17 jan 2021

\_\_\_\_\_. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2th ed. Geneva: WHO, 2002.

BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Rastreamento**. 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento\\_caderno\\_atencao\\_primaria\\_n29.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf)>. Acesso em: 18 jan 2021

BRASIL. DATASUS, **Sistema de Informação**. 2021. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def)>. Acesso em: 19 jan 2021

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em conta tudo que estamos enfrentado considero que tivemos muitos avanços na UBS – Vila Raiz, com a implantação da classificação de risco podemos da maior agilidade nos problemas apresentados pela população, onde passamos a conseguir atender no mesmo dia as demandas que apareciam , reduzindo desta forma as filas de espera por atendimento e andamento nos problemas já existentes.

A equipe passou a interagir mais entre se, com a ampliação do conhecimento e envolvimento nas tomadas de decisão, sendo todos os membros da equipe capaz de identificar um paciente de maior risco como também a os sinais e sintomas apresentado inicialmente por alguns tipos de câncer podendo ser feito a detecção precoce e assim poder priorizar e agilizar o atendimento, trazendo uma maior resolutividade e satisfação para a população à descrita.

O acolhimento de forma mais eficaz nos possibilitou otimizar o tempo tendo desta forma mais condições de atender e dar atenção a situações e pacientes que antes ficavam de certa forma desassistido pela UBS, como nos casos das pessoas diagnosticadas pelos diversos tipos de câncer, que uma vez encaminhada para o serviço de referência acabava não voltando para UBS, e com a otimização do tempo que ocorreu a medida que passamos a ter um acolhimento eficaz com priorização de atendimento nos possibilitou fazer busca ativa desses pacientes e acompanha-los mais de perto, trazendo mais conforto e segurança não só para o paciente como para sua família. Todavia enfrentamos alguns problemas no que desrespeito a transporte visto que era uma peça chave na busca desses pacientes.

Ficou bem definida a importância da APS atualmente, pois além de ser o primeiro contato do usuário, é também onde se coordena a realização de exames e encaminhamento para outras especialidades de casos que não terá resolutividade no nível primário devido à complexidade da patologia, como acontece nos casos dos diversos tipos de câncer, porem se torna imprescindível o acolhimento e acompanhamento na continuidade dos cuidados das pessoas que recebem ou receberam assistência nos demais níveis de atenção à saúde. E foi por esta ótica que a equipe da UBS-Raiz fez busca ativa dos pacientes anteriormente encaminhados para a referência de tratamento do câncer. O que trouxe uma visão muito positiva da comunidade para a nova forma de funcionamento da UBS.

Todo esse conhecimento adquirido no decorrer da especialização me fez ter uma visão diferenciada da importância do profissional médico dentro da Atenção Primaria a Saúde (APS), onde ficou evidente a importância do trabalho integrado a toda equipe, mostrou que os resultados são mais rápidos e mais eficazes quando se tem uma equipe integrada, pois mesmo diante de problemas estruturais e administrativos conseguimos bons resultados.

Ficou implantado na equipe da UBS – Vila Raiz a semente da união, integração em busca de um bem maior que é o de sanar a dor daqueles que nos procura, com acolhimento humanizado e voltado pra resolutividade dos problemas de uma população carente que na

maior parte do tempo só busca atenção e um bom ouvinte, que carece de profissionais sensíveis e comprometidos a buscar solução para os agravos encontrados.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**, Brasília, DF, 2013. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>

Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Acolhimento**. 2008. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso: em: 13 nov 2020

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. II). Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf)>. Acesso em: 14 nov 2020

BEVERIDGE R, C. B. et al. **Canadian emergency department triage and acuity scale: implementation guidelines**. Canadian Journal Of Emergency Medicine, n. 1, S1-24, 1999. Suppl 3. Disponível em: . Acesso em: 20 fev. 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-ecancer>>. Acesso em: 17 jan 2021

\_\_\_\_\_. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2th ed. Geneva: WHO, 2002.

BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Rastreamento**. 2013.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento\\_caderno\\_atencao\\_primaria\\_n29.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf)>

Acesso em: 18 jan 2021

BRASIL. DATASUS, **Sistema de Informação**. 2021. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?>

PAINEL\_ONCO/PAINEL\_ONCOLOGIABR.def>.

Acesso em: 19 jan 2021