



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

**Protocolo de Rastreamento e Detecção
Precoce do Câncer de Mama do
Município de Porto Alegre**

GRUPO RESPONSÁVEL PELA REVISÃO DO PROTOCOLO

DINORÁ HOEPER

JANICE MARIA DE OLIVEIRA LONZETTI

LUCIANE RAMPANELLI FRANCO

MAGALI QUEIROZ DUARTE TORRES

SORAIA NILSA SCHMIDT

LURDES MARIA TOAZZA TURA

Núcleo Mama Porto Alegre

Este protocolo foi elaborado por um grupo de especialistas da rede municipal de saúde, em parceria com profissionais do Hospital Moinhos de Ventos e do Grupo Hospitalar Conceição, tendo sido implantado em setembro de 2003.

Em 2007 e 2008 foi revisado pela equipe técnica da Saúde da Mulher da SMS, profissionais da rede básica de saúde do município, equipe do Núcleo Mama POA da Associação Hospitalar Moinhos de Vento, profissionais da Gerência Distrital de Saúde Sul/Centro/Sul, da Secretaria Municipal de Saúde e Instituto da Mama do Rio Grande do Sul. Esta revisão também considerou as Diretrizes do INCA do ano de 2006 e a lei federal nº 11664 de 29 de abril de 2008.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os colegas da SMS que colaboraram para a elaboração deste protocolo, em especial aos outros integrantes da Política de Saúde da Mulher, aos colegas do Grupo Hospitalar Conceição e do Hospital Moinhos de Vento, que proporcionaram o embasamento científico e treinamento para que pudéssemos desenvolver este trabalho.

SUMÁRIO

1	Introdução	4
2	Magnitude	4
3	Transcendência	5
4	Vulnerabilidade	5
5	Objetivos	6
6	Metas	6
7	Fatores de Risco	6
8	AUTO-EXAME	8
9	EXAME CLÍNICO	8
10	Algoritmo Rastreamento do câncer de mama	9
11	Graus de recomendação	13
12	Quadro 1 – Grupo de Risco	14
13	Referências Bibliográficas	15

Introdução

A Secretaria Municipal de Saúde definiu como prioridade os Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher. Para tanto foi criado o Protocolo de Rastreamento e Detecção Precoce do Câncer de Mama, que contém recomendações baseadas na melhor informação científica. O protocolo foi elaborado por um grupo de especialistas da rede municipal de saúde, em parceria com profissionais do Hospital Moinhos de Ventos e do Grupo Hospitalar Conceição. Ele serve como instrumento de auxílio, nunca de obrigatoriedade, e deve ser periodicamente revisado segundo as novas evidências médicas.

Magnitude

O câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras desde 1980, apresentando curva ascendente, mas com tendência à estabilização nos últimos anos. Dados estimados pelo Ministério da Saúde para o ano de 2008 mostram que o número de casos novos esperados para o Brasil, no ano de 2008, é de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres.

Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 68 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (67/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (28/100.000). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (16/100.000).

Embora a mortalidade por câncer de mama tenha se mantido estável nos últimos cinco anos em Porto Alegre, esta é primeira causa de óbito em mulheres em idade fértil e a 2ª causa de óbito nas mulheres até 80 anos ou mais, sendo superado apenas pelas doenças cardiovasculares. A média de óbitos tem sido de 190 casos por ano. Em 2007 houve 162 mortes por esta patologia, entretanto, esta redução deve ser analisada ao longo dos próximos anos para verificar se é consistente.

Em Porto Alegre estima-se que o número de mamografias necessárias para uma cobertura de 100% das pacientes SUS dependentes, seja em torno de 77.000 exames ao

ano. Atualmente a cobertura está em torno de 74% , considerando o rastreamento para as mulheres entre 50 e 69 anos.

Transcendência

As mulheres representam uma prioridade para as políticas públicas de saúde por peculiaridades sócio-biológicas. Como o câncer de mama é a principal causa de óbito nas mulheres em idade fértil e a segunda em todas as faixas etárias, as ações de saúde que visem o seu rastreamento e sua detecção precoce podem ter um impacto direto na morbimortalidade, interferindo positivamente nos indicadores de saúde da população.

Vulnerabilidade

O rastreamento é a principal ação em saúde pública para o controle do câncer de mama, por meio do diagnóstico precoce. A literatura médica é controversa em relação à efetividade dessas modalidades de rastreamento. Especificamente em relação ao auto-exame de mama, ele não é recomendado como estratégia isolada de detecção e rastreamento, por não ser eficiente e não reduzir a mortalidade podendo, inclusive, aumentar o número de biópsias de lesões benignas e causar falsa segurança nos exames falsamente negativos.

Nas mulheres rastreadas pela mamografia e pelo exame clínico, entre 50 e 69 anos, há uma redução da mortalidade em torno de 15% na maioria dos ensaios clínicos realizados (grau de recomendação A). As conclusões de meta-análises demonstram que os benefícios do uso de mamografia reduzem cerca de 30% da mortalidade em mulheres acima de 50 anos, após 7 a 9 anos da implementação das ações.

Nas mulheres entre 40 e 49 anos, sem fator de risco, as evidências atuais não permitem recomendar a inclusão ou exclusão do rastreamento mamográfico (Grau de recomendação C). Porém naquelas que apresentarem risco aumentado para o desenvolvimento da doença há efetiva redução da mortalidade por câncer (Grau de recomendação B).

Em 30 de abril de 2008, foi publicada a lei federal nº 11.664 que determina a realização de mamografias para rastreamento do câncer de mama a partir dos 40 anos de idade, tendo prazo legal de 1 ano para entrar em vigor. O Ministério da Saúde, através do INCA, irá determinar as diretrizes para a sua efetivação.

O intervalo ótimo de rastreamento é controverso, mas a maior parte das recomendações (USA e Canadá) são para a realização de exames anuais. A evolução da

doença é, em geral, de aproximadamente 3,3 anos, entretanto, nas mulheres com menos de 50 anos é em torno de 1,7 ano.

OBJETIVO GERAL

Diminuir a morbimortalidade por câncer de mama

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar o rastreamento para câncer de mama.
2. Ampliar a cobertura do atendimento às mulheres, de forma qualificada humanizada e integrada.
3. Detectar precocemente a população com fator de risco para câncer de mama e manter seguimento.
4. Garantir o acesso aos exames de diagnóstico, tratamento e seguimento das alterações.
5. Realizar vigilância epidemiológica e busca ativa de mulheres faltosas e das que nunca fizeram o exame.
6. Validar e revisar o protocolo clínico periodicamente.

METAS

1. Realizar rastreamento clínico do câncer de mama em 60% das mulheres entre 15 e 40 anos e 80% das mulheres acima de 40 anos anualmente.
2. Realizar rastreamento mamográfico anual em 80% das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos e naquelas com alto risco para câncer de mama (parente de 1º grau com câncer de mama, câncer de mama prévio ou lesão mamária prévia de alto risco).
3. Identificar e monitorar 80% das mulheres que se incluem no grupo de risco para câncer de mama, usuárias do SUS.
4. Reduzir a mortalidade por câncer de mama na cidade de Porto Alegre em 20% nos próximos 10 anos.

FATORES DE RISCO

A idade constitui o principal fator de risco da doença, havendo um aumento da incidência proporcional à idade. Também é fator de risco importante a história familiar, principalmente mãe e irmã que tenham apresentado câncer de mama antes da menopausa. Outros fatores são: reprodutivos (menarca precoce antes dos 12 anos, menopausa tardia após 55 anos, primeira gravidez após 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação ionizante, obesidade, fumo e álcool, uso prolongado de Terapia Hormonal (TH). O risco de câncer de mama associado ao uso de ACO ocorreu apenas nas mulheres que tiveram a doença com menos de 35 anos de idade. Esse risco diminui à medida que aumenta o tempo de interrupção do uso, assim, após dez anos de interrupção o efeito torna-se nulo. ¹

Identificação de Fatores de Risco Pessoal, Familiar, Ambiental e Cultural

História Pessoal

- Idade acima de 40 anos (grau de recomendação A)
- Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipias ou neoplasia lobular *in situ*
- Antecedente pessoal de câncer de mama
- Antecedente pessoal de câncer primário de endométrio ou ovário
- Mutação de BRCA 1-2
- Radiação ionizantes antes dos 35 anos
- Uso de anticoncepcionais com dosagens elevadas de estrógeno
- Uso prolongado de anticoncepcionais e/ou estrógenos
- Início de uso de anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gestação
- Nuliparidade e/ou primeira gestação após os 30 anos
- Menarca precoce e menopausa tardia
- Obesidade
- Fumo
- Consumo habitual de álcool
- Estresse psicológico crônico

Observação: A paridade associada ao aleitamento é considerada fator de redução para o câncer de mama, com diminuição de 7% a cada parto (grau de recomendação A).

¹ Após os 35 anos de idade pacientes em uso de ACO devem ser orientadas quanto à troca de método anticoncepcional por um não hormonal.

História Familiar

- Parente em 1º grau (mãe, irmã, filha) com câncer de mama, sendo a idade ao diagnóstico menor do que 50 anos
- Parente com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária
- Parente masculino com câncer de mama.

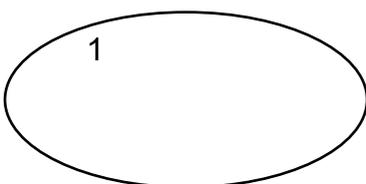
AUTO-EXAME

As mulheres devem ser orientadas sobre os benefícios e limitações do auto-exame de mama, sendo instruídas quanto à técnica e a relatar ao profissional de saúde quaisquer alterações detectadas (grau de recomendação D). O auto-exame não é recomendado como estratégia isolada de detecção e rastreamento, por não ser eficiente e não reduzir a mortalidade. Entretanto é uma importante estratégia para sensibilização das mulheres e como educação para saúde.

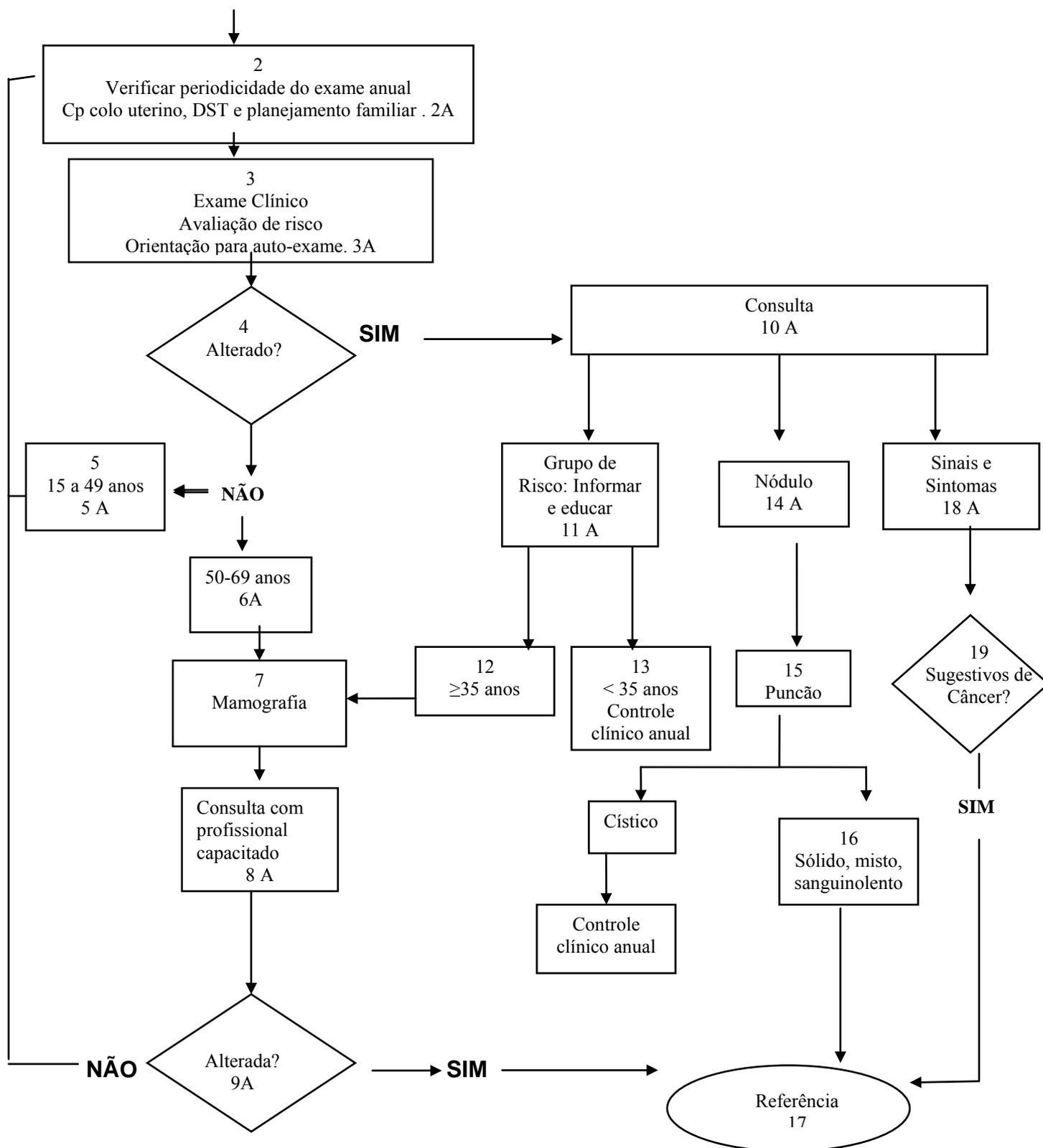
EXAME CLÍNICO

Deve ser realizado por profissional capacitado e, se alterado ou paciente sintomática, encaminhar à consulta médica.

10 ALGORÍTMO



Mulheres
acima de 15 anos
1D



1 D - Embora a literatura internacional recomende o exame clínico anual por profissional capacitado, a partir dos 20 anos de idade, propõe-se que o rastreamento deva ser

oferecido a todas mulheres a partir dos 15 anos, já que o início da vida sexual ativa ocorre, em média, nesta faixa etária (grau de recomendação D).

2 A - As mulheres com idade superior a 15 anos devem ser acompanhadas anualmente, inclusive com busca ativa (conforme capacidade operacional da equipe) para realização de: exame clínico das mamas, citopatológico do colo do útero (de acordo com protocolo), planejamento familiar e DST (grau de recomendação D).

3 A - As mulheres com idade superior a 15 anos deverão ser avaliadas anualmente por profissional capacitado através de: identificação de fatores de risco pessoal, familiar, ambiental e cultural; auto-exame e exame clínico das mamas.

5 A- As mulheres com idades entre 15 e 35 anos, nas quais não houve identificação de alteração no exame físico ou antecedentes pessoais ou familiares de risco, devem ser orientadas a retornar anualmente ou a qualquer momento se detectarem alterações no auto-exame (grau de recomendação D).

6 A - As mulheres entre 50 e 69 anos, independente de risco, deverão realizar mamografia anual em 2 incidências (relação custo-benefício efetiva quanto a vidas salvas (Grau de recomendação A) – Ainda não existe consenso sobre a realização anual de mamografias para aquelas mulheres que não se incluem no grupo de risco, na faixa etária entre 40 e 49 anos.

8 A – A mamografia deverá ser avaliada em consulta por profissional capacitado (os estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, portanto há necessidade de avaliação clínica, por profissional capacitado). Se normal, seguir orientações de controle anual e auto-exame.

9 A- Mamografia alterada ou inconclusiva (vide quadro de classificação BI-RADS), encaminhar ao centro de referência..

10 A - A consulta por profissional capacitado deverá avaliar a presença de fatores de risco, a presença de nódulo mamário e a presença de outros sinais ou sintomas mamários.

11 A- As mulheres com fatores de risco, entre 35 e 49 anos, devem realizar mamografia anual. As que estiverem fora desta faixa etária deverão realizar controle clínico anual. Em todas as faixas etárias as pacientes deverão ser informadas quanto aos fatores de risco para os quais é possível intervenção (álcool, fumo, uso de TH, aleitamento materno, paridade, idade da primeira gestação).

14 A - Na presença de nódulo palpável, em qualquer faixa etária, poderá ser realizada a punção aspirativa na unidade de saúde (opcional) ou deverá ser encaminhada para centro de referência, para o diagnóstico da natureza sólida ou cística do nódulo. As mulheres portadoras de nódulos císticos, a partir de 15 anos, deverão ser monitoradas anualmente, ou a qualquer momento na presença de alterações no auto-exame (grau de recomendação D).

Na presença de nódulo sólido, líquido sanguinolento ou material insuficiente, encaminhar para referência.

18 A - Na avaliação clínica realizada na unidade de saúde, devem ser considerados os seguintes sinais e sintomas, para diagnóstico diferencial. Na presença destes, as pacientes deverão ser tratadas e monitoradas anualmente, na unidade de saúde:

- Dor torácica de outra etiologia
- Dor mamária cíclica de intensidade leve ou moderada ou que cede com medidas analgésicas gerais
- Abscesso de mama (encaminhar a emergência ginecológica para drenagem).
- Galactorréia
- Afecção dermatológica da mama ou dos membros superiores
- Mamilo invertido constitucional

Na confirmação da presença de qualquer dos sintomas ou sinais abaixo listados, deverá ser encaminhada para consulta especializada em centro de referência pois estes pode estar relacionados ao câncer mamário:

- Espessamento, retração ou infiltração de pele (aspecto de casca de laranja)
- Inversão do mamilo
- Prurido areolar ou lesões areolares que costumam a cicatrizar
- Descarga mamilar sanguinolenta ou em água de rocha
- Gânglios axilares pouco móveis, duros, únicos ou múltiplos.

- Graus de Recomendação

GRAUS	SIGNIFICADO
-------	-------------

A	Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
B	Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
C	Relatos de casos estudos não controlados.
D	Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

A utilização do grau de recomendação associado à citação bibliográfica no texto tem como objetivos principais: conferir transparência à procedência das informações, estimular a busca de evidência científica de maior força, introduzir uma forma didática e simples de auxiliar a avaliação crítica do leitor, que arca com a responsabilidade da decisão frente ao paciente que orienta.²

²http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/texto_introdutorio.pdf (consultado 28 de julho de 2007 às 15h).

Quadro 1 – Grupo de Risco

GRUPO DE RISCO

- ▶ Idade acima dos 40 anos
- ▶ História familiar
 - 1 parente em 1º grau com câncer de mama, sendo a idade ao diagnóstico menor do que 30 anos;
 - 2 parentes de 1º grau com câncer de mama, sendo a idade ao diagnóstico menor do que 50 anos em pelo menos uma;
 - 2 parentes de 1º grau com câncer de mama, sendo a idade de ambas ao diagnóstico menor do que 60 anos;
 - 1 parente de 1º grau e 1 parente de 2º grau com câncer de mama, sendo a soma da idade de ambas ao diagnóstico menor do que 110 anos.
- ▶ História pessoal
 - Antecedente pessoal de câncer de mama
 - Hiperplasia atípica
 - Mutação de BRCA 1-2
 - Irradiação do tórax na periadolescência
 - História de nuliparidade, primeira gestação após os 30 anos
 - Menarca precoce (antes dos 12 anos)
 - Menopausa tardia (após 55 anos)
 - Uso prolongado de estrógeno (TRH)
 - Obesidade
 - Fumo e álcool
 - Estresse psicológico crônico
 - História de câncer primário de endométrio ou ovário.

Classificação BI-RADS (Breast Imaging Reporting and System do Comitê do Colégio Americano de Radiologia:

- ▶ BI-RADS 0: necessita avaliação adicional (ultra-som, compressão localizada, comparação com exames anteriores)
- ▶ BI-RADS I: nenhuma alteração é vizibilizada. A frequência do exame deve ocorrer conforme protocolo de rastreamento.
- ▶ BI-RADS II: achados benignos. A frequência do exame deve ocorrer conforme protocolo de rastreamento.
- ▶ BI-RADS III: achado provavelmente benigno. A chance de malignidade é de 2%. Repetir exame em seis meses.
- ▶ BI-RADS IV achados suspeitos para malignidade. Paciente deverá ser encaminhada para referência para continuar a investigação.
- ▶ BI-RADS V: achados altamente suspeitos para malignidade.

SUGESTIVO DE CÂNCER

- ▶ Espessamento, retração ou infiltração de pele (aspecto de casca de laranja), Inversão do mamilo,
- ▶ Prurido areolar ou lesões areolares que costumam a cicatrizar,
- ▶ Descarga mamilar sanguinolenta ou em “água de rocha”,
- ▶ Gânglios axilares pouco móveis, duros únicos ou múltiplos.

REFERÊNCIAS:

1. Allred DC, Harvey JN, Berardo M, Clark GM. **Prognostic and predictive factors in breast cancer by immunohistochemical analysis.** Mod Pathol 1998; 11:155-68.
2. Bilmoria MM. **The woman at high risk for breast cancer: evaluation and management strategies.** Cancer 1995; 45:263-78.
3. Bodian CA, Perzin KH, Lattes R. **Lobular neoplasia. Long-term risk of breast cancer and relation to other factors.** Cancer 1996; 78:1024.
4. Boff RA. **Mastologia Aplicada: Abordagem multidisciplinar.** Editora EDUCS 2001
5. Bonadonna G, Valagussa P, Brambilla C, et al. **Primary chemotherapy in operable breast cancer: eight-year experience an the Milan Cancer Institute.** J Clin Oncol 1998; 16:93.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA,2007.
7. Budman DR, Berry DA, et al. **Dose and dose intensity as determinants of outcome in the adjuvant treatment of breast cancer.** J Natl Cancer Inst 1998; 90:1205-20.
8. Carter CL, Allen C, Henson DE. **Relation of tumor size, lymph-node status and survival in 24740 breast cancer cases.** Cancer 1989; 63:181-7.
9. **D Colaborative group. Lancet. 2002- 7- 20;360; 187- 95.**

10. Fitzgibbons PL, Page DL, Weaver D, et al. **Prognostic factors in breast cancer. College of American Pathologists Consensus Statement 1999.** Arch Pathol Lab Med 2000; 124:966-78.
11. Fleming ID, Cooper IS, Henson DE, et al. **AJCC Cancer Staging Manual.** Lippincott, Philadelphia, 1997.
12. Furberg, H et al. **Lactation or breast cancer risk. Int. j. epidemiology, 1999, 28- 396- 402.**
13. Johnson-Thompson MC, Guthrie J. **Ongoing research to identify environmental risk factors in breast carcinoma.** Cancer 2000; 88:1224-9.
14. Mansour EG, Gray R, Shatila AH, et al. **Efficacy of adjuvant chemotherapy in high-risk node-negative breast cancer: ten-year analysis - an intergroup study.** J Clin Oncol 1998; 16:3486.
15. **NCCN Practice Guidelines for breast cancer. National Comprehensive Cancer Network. USA, 2000.**
16. Sociedade Brasileira de Mastologia. **Reunião Nacional de Consenso.** Gramado, 2001
17. Schwartz G, Solin LJ, Olivetto I, et al. **The consensus conference on the treatment of in situ ductal carcinoma of the breast.** Breast J 2000; 6:4-13.
18. Sociedade Brasileira de Mastologia 7» **Reunião Nacional de Consenso. Biópsia do linfonodo sentinela no câncer de mama.** Salvador, 2000. Thomas, DB. **Breast cancer- Int. J. Epidemiology, 1993, 22(4); 619-26.**
19. **Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women**

without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, ICRF Cancer Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, Oxford, UK. Lancet.1996;347:1713-27.

20. Marchbanks PA et al: **Oral contraceptives and the risk of breast cancer.** N Engl J Med.2002;346:2025-32.