Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Atenção Primária
Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais

Linha de Cuidado do Adulto:

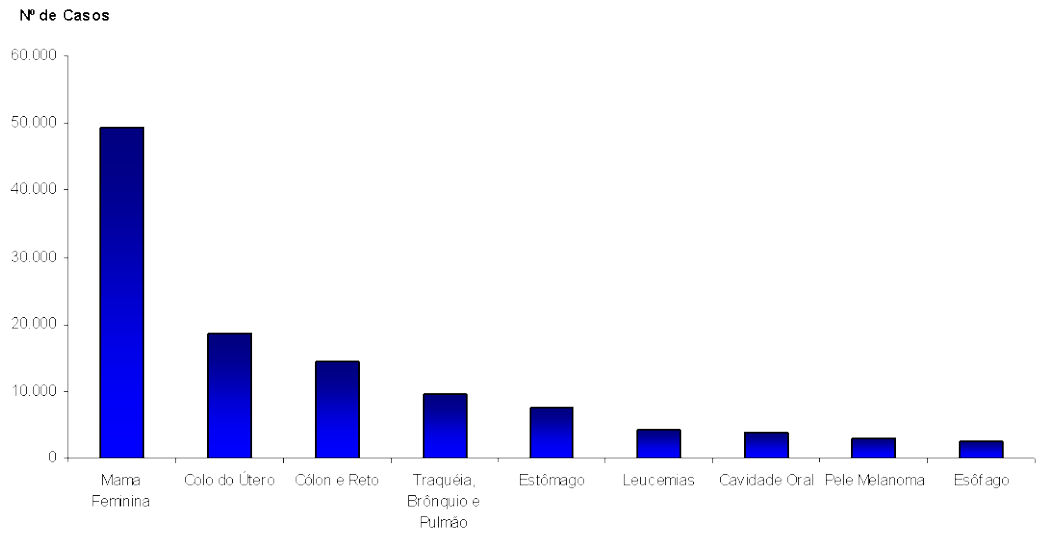
Atenção Integral à Saúde da Mulher — Câncer de mama e de colo de útero

2010

CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO

Entre os objetivos e metas prioritários do Pacto pela Saúde, em seus componentes pela Vida e de Gestão. Especificamente, um dos objetivos do Pacto pela Vida é contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama sendo uma das seis prioridades do Pato pela Vida.

Tipos de câncer* mais incidentes estimados para o ano de 2008, em mulheres, Brasil.



Fonte: MS/Instituto Nacional de Câncer – INCA * Exceto pele não melanoma

Coeficientes de incidência estimados para 2008* para os tipos de câncer mais freqüentes (exceto pele não-melanoma) em mulheres, Brasil e regiões geográficas.

	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Sudeste	Região Sul
1º	Mama feminina (50,7)	Colo do Útero (22,2)	Mama feminina (28,4)	Mama feminina (38,2)	Mama feminina (68,1)	Mama feminina (67,1)
2º	Colo do Útero (19,2)	Mama feminina (15,6)	Colo do Útero (17,6)	Colo do Útero (19,4)	Cólon e Reto (21,1)	Colo do Útero (24,4)
3º	Cólon e Reto (14,9)	Estômago (5,4)	Cólon e Reto (5,8)	Cólon e Reto (10,9)	Colo do Útero (17,8)	Cólon e Reto (21,9)
4º	Pulmão (9,7)	Pulmão (5,0)	Estômago (5,5)	Pulmão (8,8)	Pulmão (11,4)	Pulmão (16,2)
5º	Estômago (7,9)	Cólon e Reto (3,8)	Pulmão (5,3)	Estômago (6,0)	Estômago (9,5)	Estômago (10,4)

**** por 100.000 habitantes***

CUIDADOS EM CÂNCER DE MAMA

A HISTÓRIA DO PROGRAMA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A primeira iniciativa da SMS para organização do atendimento para o controle do câncer de mama no Município do Rio de Janeiro se deu em 1996, com a publicação da Resolução SMS Nº 568, que regulamentou a implementação do Programa de Controle do Câncer de Mama em todas as Unidades de Saúde as SMS-Rio, estabelecendo competências de acordo com o nível de complexidade do atendimento, e instituiu a criação de Pólos de Atendimento Mamário, aos quais caberia a triagem de pacientes, investigação de patologias mamárias, solicitação de mamografias e ultra-sonografia das mamas segundo protocolo estabelecido pela mesma resolução, e encaminhamento dos casos necessários para as Unidades de maior complexidade, através da Guia de referência do SUS-SMS/RIO. Estabelecia ainda que a solicitação de mamografia seria exclusividade dos médicos cadastrados nos Pólos de Atendimento Mamário, que a quantidade de Pólos por AP seria definida pelas Coordenações de Área, tendo como pré-requisito, o serviço possuir médico habilitado para o diagnóstico de patologias mamárias.

Houve uma grande preocupação com a uniformização de condutas, levando a padronização de formulários para solicitação de exames, registros de atendimentos e foi instituído protocolo para racionalização da indicação de mamografia, prevendo o incentivo ao auto-exame mensal das mamas a partir de 20 anos, exame clínico anual, e realização de mamografia em casos de suspeita de câncer ou situações de alto risco.

Vários problemas e entraves foram detectados, como oferta insuficiente de consultas em pólos, protocolo restritivo para mamografia, dificuldades na efetiva implementação de referência e contra-referência, falta de integrção dos órgãos envolvidos etc. Portanto, para obter a coerência das práticas desenvolvidas pelo Programa com os princípios do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde, através da Superintendência de Controle do Câncer iniciou, em fevereiro de 2004 o novo modelo do Programa de Controle do Câncer de Mama no Município do Rio de Janeiro, totalmente reformulado dentro de uma abordagem sistêmica.

A própria definição do SUS e sua normatização, tornam clara a impossibilidade de desenvolvimento das ações de saúde sem que se tenha uma visão do todo, sem o entendimento da necessidade de trabalhar de forma articulada, buscando na integração das Unidades a eficácia do Sistema, entendendo que, cada uma atuando dentro do seu perfil, mantém uma relação de interdependência no processo de geração de saúde, considerando desde a entrada do cliente, que deve ocorrer preferencialmente pela atenção básica, até sua saída através de níveis de maior complexidade ou retorno à atenção básica, devendo este fluxo de processamento ser mantido sob regulação, permitindo a retroalimentação, garantindo assim o controle das ações e constantes avaliações.

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma das neoplasias mais comuns entre a população feminina em todo o Mundo, e traz muita ansiedade entre as mulheres. Sua incidência cresce rápida e progressivamente após os 35 anos de idade. As estimativas do Instituto Nacional do Câncer para 2010 são de 49.240 casos novos de câncer de mama no Brasil, dos quais 7.470 no Estado do Rio de Janeiro, sendo 4.010 no Município do Rio de Janeiro, representando quase 10% do total de casos novos esperados para todo o país.

As mulheres sob maior risco de desenvolvimento da doença são as mulheres que já tiveram câncer de mama anteriormente, mulheres com história familiar de câncer de mama, portadoras de lesões mamárias precursoras como hiperplasias com atipias, menarca precoce, menopausa tardia, nulíparas, obesidade pós-menopausa ou consumo de bebida alcoólica. O câncer de mama familiar é responsável somente por 5%, sendo importante assinalar que um familiar de primeiro ou segundo grau aumenta o risco de câncer de mama de cerca de três vezes em relação à população em geral. Nos países desenvolvidos, as taxas de câncer de mama se elevaram progressivamente em poucas décadas, associado ao fato do aumento crescente do número de

mulheres fumantes, que ocorreu da metade do século XX em diante. Deve ser considerado o enorme benefício do diagnóstico precoce alcançado por meio do rastreio mamográfico que permite às mulheres continuarem inseridas na vida social, com sua capacidade de trabalho preservada e um aumento global da sobrevida, o objetivo maior dos programas de rastreio. O exame clínico das mamas, isoladamente, não incrementa a detecção dos estágios iniciais do câncer de mama. A diminuição da morbi-mortalidade do câncer de mama foi obtida adicionando-se a mamografia aos métodos de detecção. Há consenso na utilização da mamografia como método de rastreio em mulheres assintomáticas acima de 50 anos quando proporciona diagnóstico de lesões iniciais e tem potencial de mudar a história natural do câncer de mama.

O custeio do tratamento do câncer de mama, cada vez mais onera os sistemas de saúde, entretanto o diagnóstico precoce do câncer de mama pode diminuir a extensão da cirurgia, minimizando o tratamento loco-regional. O custo individual do tratamento do câncer de mama é difícil de ser estimado com precisão, devido ao grau de complexidade e da heterogeneidade dos protocolos de tratamento utilizados, entretanto os custos do rastreio e da necessidade de procedimentos subseqüentes são conhecidos, tornando possível o planejamento das ações preventivas.

Por outro lado, a implantação de programas de rastreio no câncer de mama leva a um aumento no diagnóstico de lesões impalpáveis da mama, e a conseqüente necessidade de procedimentos invasivos diagnósticos, orientados por método de imagem.

A capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde das unidades básicas é de fundamental importância para que se aumente a capacidade do diagnóstico das lesões palpáveis da mama.

A implementação da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) nas lesões palpáveis da mama introduz ferramenta de diagnóstico com custo muito pequeno. Da mesma forma, a confirmação histopatológica através de punção por agulha grossa (PAG), constitui método de baixo custo quando comparado ao procedimento cirúrgico convencional, dispensando a hospitalização, podendo ser realizado a nível ambulatorial, desde que se disponha de profissional devidamente capacitado.

PROTOCOLO PARA RASTREIO DO CÂNCER DE MAMA
DOCUMENTO DE CONSENSO INCA/MS, 2004

O Ministério da Saúde/INCA, de acordo com o Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama, estabeleceu o seguinte protocolo para o rastreamento do câncer de mama:

- Mulheres de 40 a 49 anos – Exame clínico das mamas a cada ano. Mamografia para ECM alterado
- Mulheres de 50 a 69 anos – Exame clínico das mamas a cada ano. Mamografia com intervalo máximo de dois anos
- Mulheres a partir de 35 anos **com risco elevado** – Exame clínico das mamas e Mamografia a cada ano.

Entende-se como mulheres de risco elevado:

- Mulheres com história familiar de câncer de mama em pelo menos em parente de primeiro grau antes dos 50 anos;
- História familiar em pelo menos um parente de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer idade;
- História familiar de câncer de mama masculino;
- Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

CONDUTA APÓS RASTREIO MAMOGRÁFICO

Todas as mamografias realizadas no âmbito do SUS devem ter seus resultados classificados de acordo com a classificação BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Date System). O BI-RADS é um sistema de padronização do laudo mamográfico, criado em 1992 pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR). A tabela a seguir, foi montada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMSDC, como adaptação da 4º Versão do BI-RADS, publicada em 2003, traduzida pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, e tem por objetivo orientar os profissionais quanto à conduta a ser adotada de acordo com o resultado do exame mamográfico. A tabela XX apresenta, de forma simplificada, o significado de cada categoria BI-RADS, a conduta preconizada e orientação para os profissionais da rede.

Categoria	Classificação	Achados mamográficos	Conduta	Orientação pós-rastreio Mamográfico
1	**NEGATIVA**	Mamas Normais	Nova MM de acordo com a faixa etária	ECM em consulta de rotina
2	**B**	Benignos	Nova MM de acordo com a faixa etária	Agendar avaliação pelo Ginecologista
3	**PB**	Provavelmente Benignos	Nova MM semestral no primeiro ano, anual no 2º e 3º ano e depois de acordo com a faixa etária	Encaminhamento ao Pólo de Diagnóstico Mamário
4	**S**	**SUSPEITOS DE MALIGNIDADE**	Biópsia e estudo histopatológico	Encaminhamento ao Pólo de Diagnóstico Mamário
		4.A – Baixa Suspeição		
		4.B – Suspeição Intermediária		
		4.C – Suspeição Moderada		
5	**AS**	**ALTAMENTE SUSPEITOS DE MALIGNIDADE**	Biópsia e estudo histopatológico	Encaminhamento ao Pólo de Diagnóstico Mamário
6	**-**	Diagnóstico de câncer comprovado histologicamente	Seguir conduta proposta para o caso	Avaliar situação do tratamento. Caso não tenha iniciado, encaminhar ao Pólo de Diagnóstico Mamário.
0	**AD**	Incompletos	Avaliação adicional (outras incidências mamográficas, USG, etc)	Encaminhamento ao Pólo de Diagnóstico Mamário

ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO EM PATOLOGIA MAMÁRIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA SMSDC

O exame clínico das mamas deve ser considerado uma etapa do exame ginecológico, mesmo na ausência de queixa direcionada à mama. A ocorrência de alteração ao exame clínico impõe a investigação por método de imagem, lembrando que, para mulheres abaixo de 35 anos devemos dar preferência à Ultra-sonografia. A partir dos 35 anos, a mamografia é o método de eleição, reservando-se a Ultra-sonografia para os casos em que haja necessidade de complementar a avaliação de possíveis achados mamográficos.

Os exames mamográficos devem ser solicitados através do formulário "solicitação de mamografia" do SISMAMA e os resultados analisados pelos médicos solicitantes das Unidades Básicas de Saúde, que deverão encaminhar ao Pólo de Diagnóstico Mamário as mulheres com achados clínicos e/ou mamográficos suspeitos de malignidade, mulheres portadoras de lesão benigna com indicação de tratamento cirúrgico e os casos duvidosos, nos quais o médico assistente julgue oportuna a avaliação pelo especialista.

O encaminhamento para o Pólo de Diagnóstico deve ser feito em guia de referência /contra-referência, e o agendamento realizado pela Central de Regulação.

As pacientes devem ser orientadas para levar, no dia da consulta no Pólo, documento de identidade, comprovante de residência e cartão SUS, além dos resultados dos exames já realizados.

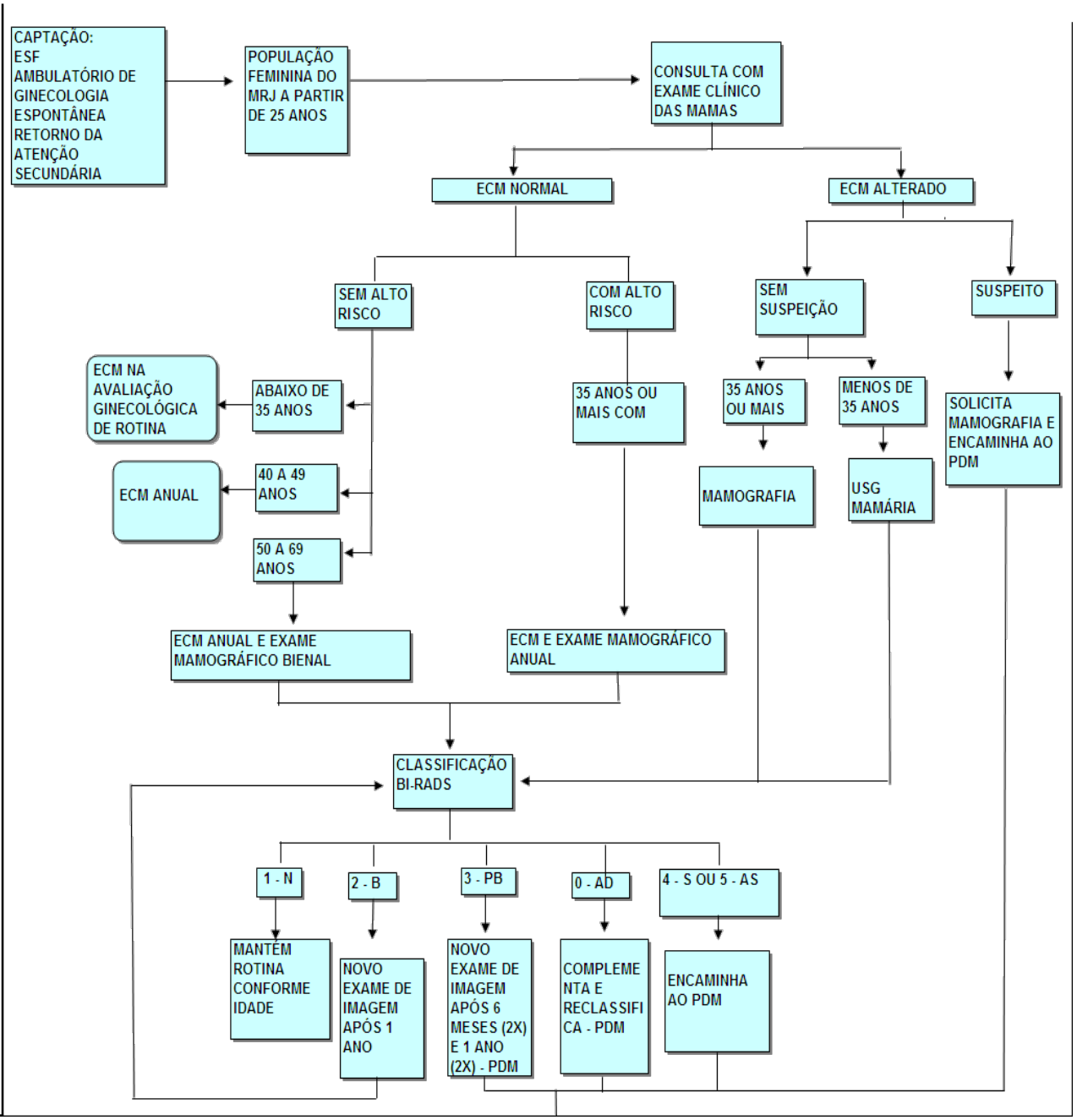
Caberá ao profissional do Pólo de Diagnóstico a confirmação do diagnóstico e encaminhamento para as Unidades de maior complexidade, de acordo com o fluxo estabelecido para a AP. Lembramos que as Unidades de referência para tratamento têm o compromisso de acolher apenas as mulheres encaminhadas pelo Pólo de Diagnóstico, respeitando-se o protocolo de avaliação pré-operatória da Instituição e o fluxo previamente pactuado.

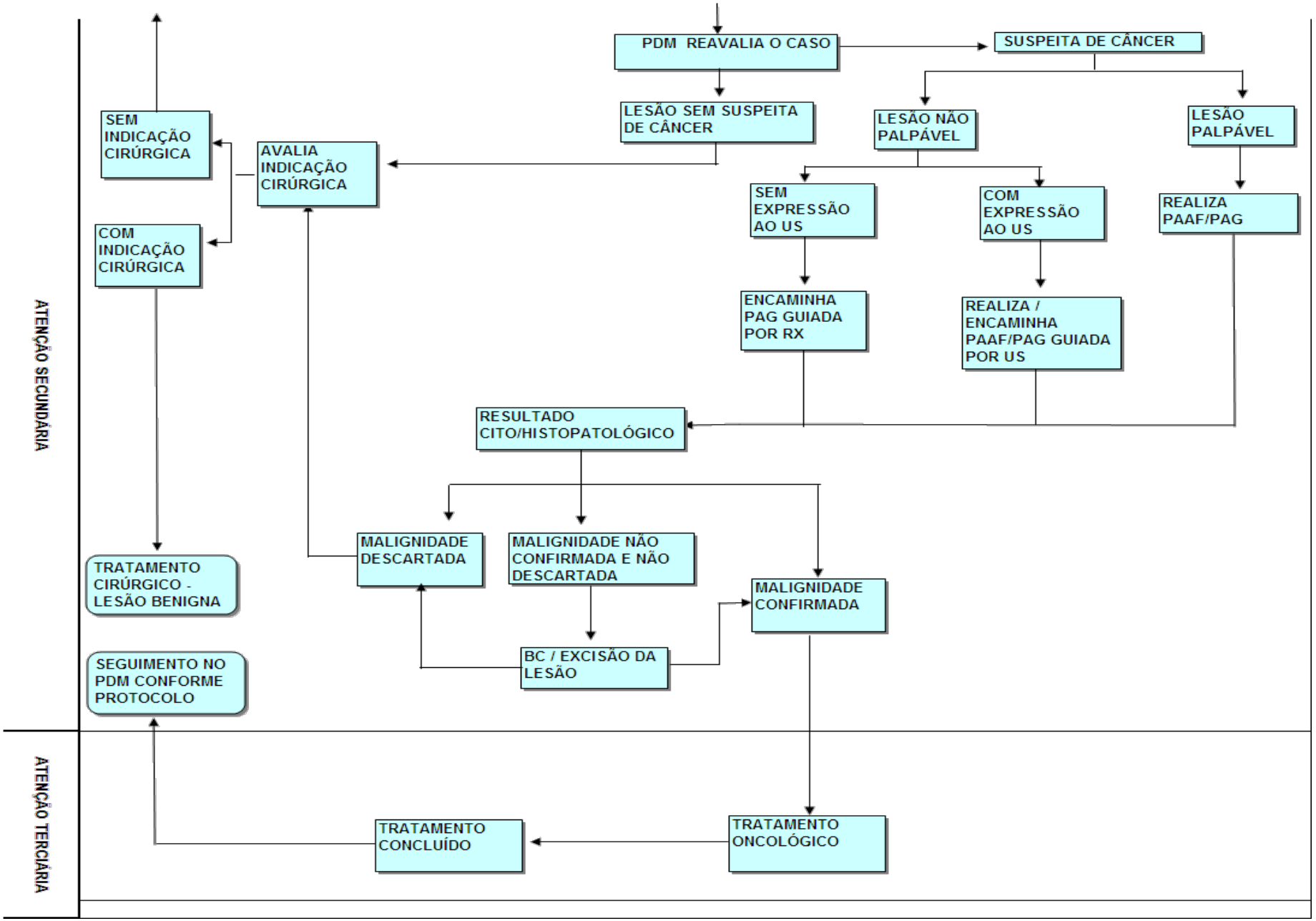
Uma vez afastada a possibilidade de malignidade ou de indicação para tratamento cirúrgico, a paciente deverá ser encaminhada para a Unidade de origem, com as devidas anotações na guia de contra-referência, informando a

avaliação realizada e orientação de conduta. Esta guia deverá ser assinada e carimbada pelo profissional responsável pelo atendimento no Pólo.

As pacientes deverão ser encaminhadas para a unidade de alta complexidade com guia de referência, laudo de biópsia, lâmina e bloco de parafina (exceto pacientes sem lesão palpável) e resultados de todos os exames pré-operatórios, de acordo com o protocolo do Serviço.

ATENÇÃO PRIMÁRIA




ATENÇÃO SECUNDÁRIA
ATENÇÃO TERCIÁRIA
PDM REAVALIA O CASO
SUSPEITA DE CÂNCER
LESÃO SEM SUSPEITA DE CÂNCER
LESÃO NÃO PALPÁVEL
LESÃO PALPÁVEL
SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA
AVALIA INDICAÇÃO CIRÚRGICA
COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA
SEM EXPRESSÃO AO US
COM EXPRESSÃO AO US
REALIZA PAAF/PAG
ENCAMINHA PAG GUIADA POR RX
REALIZA / ENCAMINHA PAAF/PAG GUIADA POR US
RESULTADO CITO/HISTOPATOLÓGICO
MALIGNIDADE DESCARTADA
MALIGNIDADE NÃO CONFIRMADA E NÃO DESCARTADA
MALIGNIDADE CONFIRMADA
TRATAMENTO CIRÚRGICO - LESÃO BENIGNA
BC / EXCISÃO DA LESÃO
SEGUIMENTO NO PDM CONFORME PROTOCOLO
TRATAMENTO CONCLUÍDO
TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Câncer do Colo do Útero

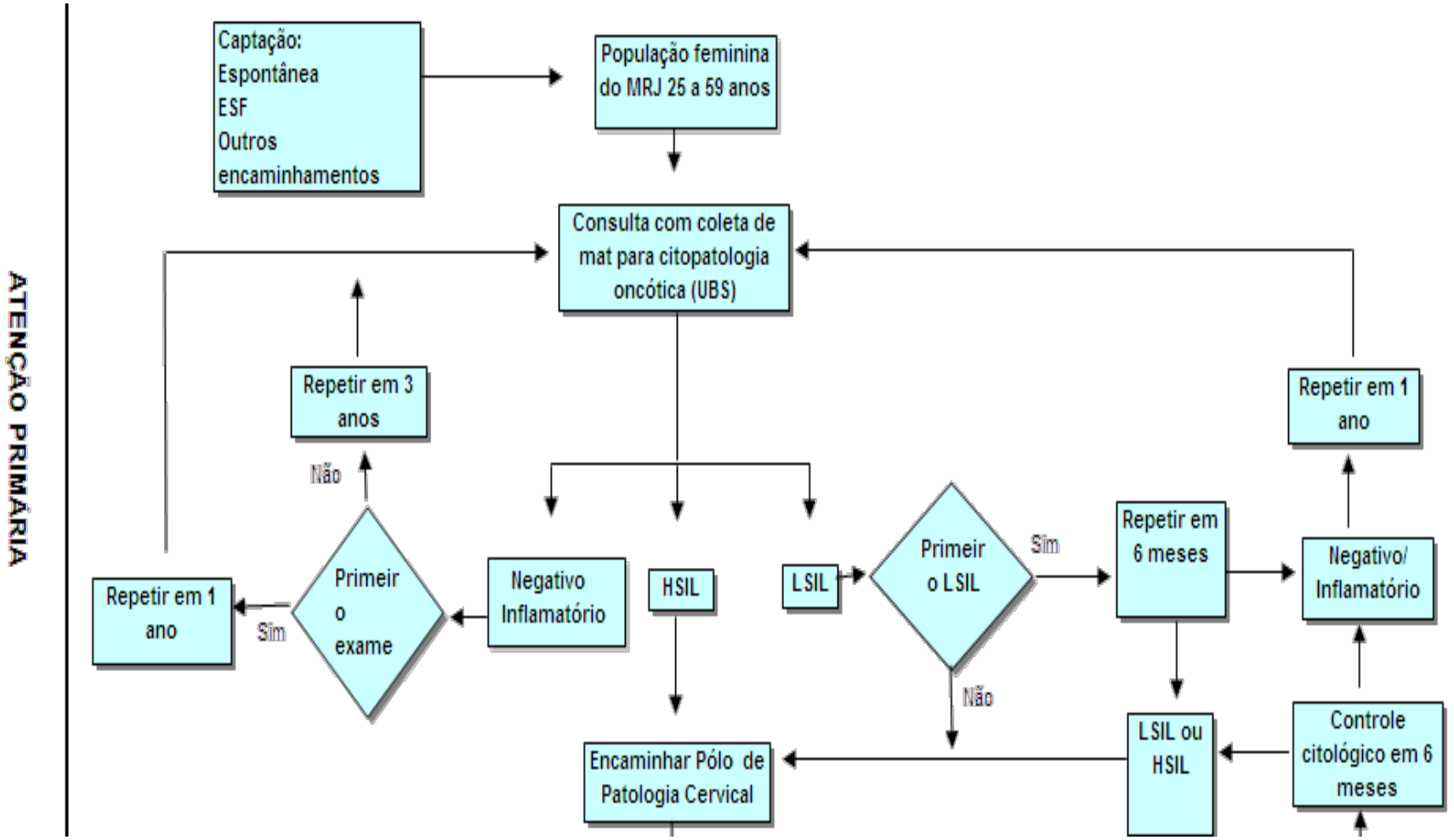
Protocolo para realização de exame citopatológico – MS/INCA

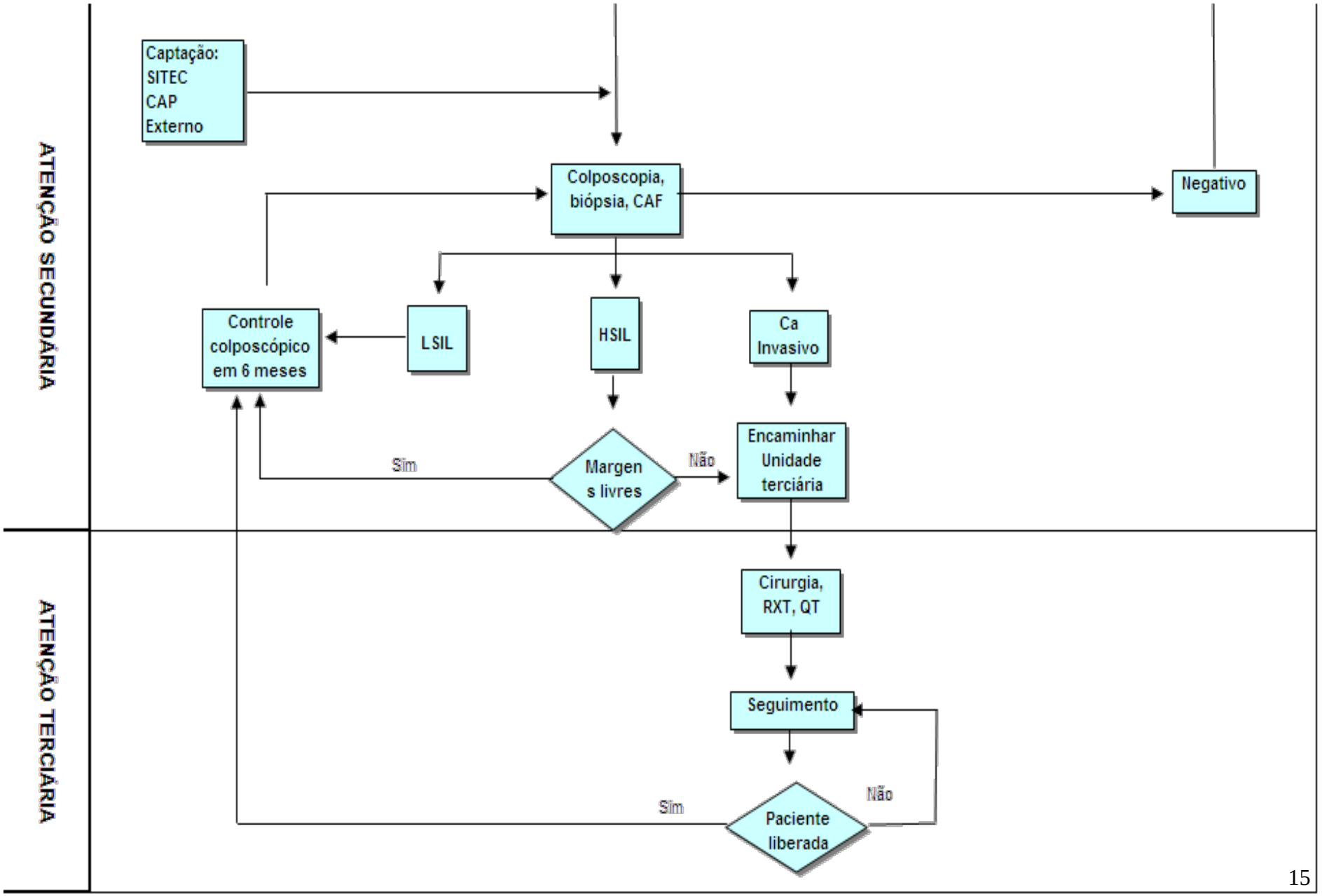
- Faixa etária – 25 a 59 anos

- Frequência – Um exame a cada 3 anos após 2 exames anuais negativos ou inflamatórios

Conduta pós citologia alterada

- LSIL – Controle em 6 meses e tratamento se necessário
- LSIL de repetição – Colposcopia e ou CAF biópsia se necessário
- ASC-US - Controle em 6 meses e tratamento se necessário
- HSIL – Colposcopia e biópsia ou CAF se necessário
- ASC-H - Colposcopia e biópsia ou CAF se necessário
- Alterações glandulares - Colposcopia e biópsia ou CAF se necessário


ATENÇÃO PRIMÁRIA
Captação:
Espontânea
ESF
Outros
encaminhamentos
População feminina do MRJ 25 a 59 anos
Consulta com coleta de mat para citopatologia oncótica (UBS)
Repetir em 3 anos
Não
Repetir em 1 ano
Sim
Primeiro exame
Negativo Inflamatório
HSIL
LSIL
Primeiro LSIL
Sim
Não
Repetir em 6 meses
Repetir em 1 ano
Negativo/ Inflamatório
LSIL ou HSIL
Controle citológico em 6 meses
Encaminhar Pólo de Patologia Cervical


ATENÇÃO SECUNDÁRIA
ATENÇÃO TERCIÁRIA
Captação:
SITEC
CAP
Externo
Colposcopia, biópsia, CAF
Negativo
Controle colposcópico em 6 meses
LSIL
HSIL
Ca Invasivo
Sim
Margens livres
Não
Encaminhar Unidade terciária
Cirurgia, RXT, QT
Seguimento
Sim
Paciente liberada
Não