



Saúde da Mulher
Câncer de Colo do Útero e Câncer de Mama

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
2020



MENSAGEM DA SECRETÁRIA

O novo Protocolo da Saúde da Mulher na Atenção Primária fortalece a assistência à Saúde da Mulher exatamente num ponto crucial: a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema. Por isso, este novo documento tem um papel preponderante.

É imprescindível o fortalecimento de mecanismos para que a população seja acolhida na atenção básica, com uma escuta atenta e qualificada pelas equipes, garantindo atendimento integral, acessível, ético e resolutivo.

O novo protocolo contribui de maneira significativa para as boas práticas clínicas em nosso município, no que se refere à Saúde da Mulher, uma vez que apresenta orientações técnicas para todos os profissionais de saúde.

A atualização deste material surgiu como resultado de uma preocupação coletiva em aprimorar o cuidado e subsidiar a tomada de decisões por parte dos profissionais, servindo como instrumento de trabalho com recomendações padronizadas e atualizadas, norteando os serviços e assim garantindo à população uma atenção cada vez melhor.

Um protocolo atualizado e bem definido significa segurança para o paciente e também para as equipes. Para os servidores, representa a certeza de qual é a conduta esperada para cada caso, com critérios claros de ação. Para a população significa melhoria na assistência.

Todas essas ações impactam na redução de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, por meio da implementação de ações de saúde, com enfoque não apenas na mulher, mas também para a família e comunidade.

Finalizo fazendo um agradecimento especial a todos que contribuíram no processo de elaboração e revisão do Protocolo e fazendo um reconhecimento da contribuição das sociedades científicas, universidades e do Conselho Municipal de Saúde, que compartilha saberes e ações voltadas à promoção da saúde da mulher curitibana.

Márcia Cecília Huçulak

Secretária Municipal da Saúde de Curitiba

ÍNDICE

1- LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

| | |
|---|----|
| 1.1 Introdução..... | 4 |
| 1.2 Avaliação global..... | 4 |
| 1.3 População alvo..... | 5 |
| 1.4 Periodicidade..... | 6 |
| 1.5 Recomendações em situações especiais..... | 6 |
| 1.6 Medidas Preventivas..... | 9 |
| 1.7 Orientações sobre a coleta do exame citopatológico..... | 9 |
| 1.8 Instrução técnica para a coleta..... | 10 |
| 1.9 Adequabilidade da amostra..... | 10 |
| 1.10 Resultados e condutas..... | 11 |
| 1.11 Fluxograma orientativo do resultado do citopatológico..... | 13 |
| 1.12 Competências | 14 |
| 1.13 Referência bibliográfica..... | 15 |

2- LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA

| | |
|--|----|
| 2.1 Introdução..... | 16 |
| 2.2 Avaliação global..... | 17 |
| 2.2.1 Anamnese..... | 17 |
| 2.2.2 Exame clínico das mamas..... | 17 |
| 2.3 Fatores de Risco..... | 19 |
| 2.3.1 Grupos de risco..... | 20 |
| 2.4 Rastreamento..... | 20 |
| 2.4.1 Mamografia..... | 21 |
| 2.4.2 Ultrassonografia mamária..... | 22 |
| 2.4.3 Fluxograma - Assistência na Avaliação Mamária..... | 25 |
| 2.5 Interpretação da Mamografia..... | 26 |
| 2.6 Seguimento..... | 26 |
| 2.6.1 Fluxograma - Resultado da mamografia..... | 27 |
| 2.7 Estratégias para a detecção precoce e prevenção do câncer de mama..... | 28 |
| 2.8 Competências..... | 29 |
| 2.9 Referências..... | 30 |

LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

1.1 Introdução

O câncer de colo do útero, ou câncer cervical, é uma doença tratável e potencialmente curável quando diagnosticado precocemente.

No Brasil, a estimativa para o biênio 2018-2019, realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), apresenta que as maiores incidências em mulheres serão os cânceres de mama (29,5%), cólon e reto (9,4%) e colo do útero (8,1%), não considerando o câncer de pele não melanoma.

Dentro dessa magnitude, ressaltando a importância desse agravo, a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida elabora esta Linha de Cuidado, cuja finalidade é assegurar à mulher o acesso humanizado e integral aos serviços para a prevenção do câncer de colo do útero; o rastreamento das lesões precursoras, o diagnóstico precoce e tratamento adequado, qualificado, em tempo oportuno.

A prevenção desse tipo de câncer é realizada, principalmente, através do exame citopatológico do colo do útero, que permite a detecção das lesões precursoras. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. Portanto, atingir alta cobertura do exame em mulheres sexualmente ativas com idade entre 25 e 64 anos, é o componente mais importante para que se obtenha significativa redução da incidência e morbimortalidade da doença.

O fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer de colo uterino é a presença do vírus HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano) com seus subtipos oncogênicos, sendo os mais comuns o 16 e 18. Mais de 97% dos tumores de colo uterino contêm DNA do HPV. Outros fatores de risco importantes são o tabagismo e os ligados ao comportamento sexual, tais como início da atividade sexual precoce e parceria múltipla.

A Atenção Básica tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população referida, realizando busca ativa dessas usuárias e encaminhando para tratamento e seguimento terapêutico quando necessário.

1.2 Avaliação global

Consiste na realização de anamnese e exame físico específicos e deve ser feita por enfermeiros(as) e médicos(as).

a) Na entrevista deve-se considerar:

- Idade;
- Início da atividade sexual;
- Realização prévia do exame e resultados anormais;
- Data da última menstruação;
- Antecedentes obstétricos e cirurgias pélvicas;
- Presença de gestação confirmada ou suspeita;
- História ou infecção sexualmente transmissível em atividade e/ou diagnóstico prévio de HPV;
- Presença de corrimento vaginal, dispareunia ou sangramento pós-coito;
- Presença de sangramento após a menopausa;
- Tratamento radioterápico prévio;
- Uso de DIU ou outro método contraceptivo.

Para garantir um resultado satisfatório, a mulher:

- Não deve ter relações sexuais (mesmo com camisinha) nos dois dias anteriores ao exame;
- Deve evitar o uso de duchas, medicamentos vaginais, anticoncepcionais locais, exames intravaginais, lubrificantes, espermicidas ou pomadas nas 48 horas anteriores à realização do exame;
- Não deve estar menstruada.

b) No exame físico:

Deve-se inspecionar os órgãos genitais externos buscando a identificação de lesões. No exame especular observar a cavidade e o conteúdo vaginal, o aspecto do colo, friabilidade, presença de lesão anormal, vegetante ou ulcerada.

1.3 População alvo

Todas as mulheres que têm ou já tiveram vida sexual e que estão entre 25 e 64 anos de idade devem fazer o exame preventivo, segundo o INCA (2018).

É importante destacar que a priorização de uma faixa etária não significa a impossibilidade da oferta do exame para as mulheres mais jovens ou mais velhas. Na prática assistencial, a anamnese adequada para reconhecimento dos fatores de risco envolvidos é fundamental para a indicação do exame de rastreamento (Febrasgo, 2017).

A incidência do câncer de colo do útero em mulheres até 24 anos é baixa. O início mais precoce da idade para o rastreamento representaria um importante aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau que têm grande probabilidade de regressão e resultariam em um número significativo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários (MS, 2013).

Os exames de prevenção do câncer de colo devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Não há dados objetivos de que o rastreamento seja útil após os 65 anos, mesmo em países com população de alta longevidade. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras de câncer do colo uterino ou a situações especiais, como as imunossuprimidas.

“Um público que exige atenção das equipes de saúde é a mulher com identidade lésbica. Esse grupo de mulheres pode ser vulnerável ao câncer do colo uterino pela crença errônea delas e dos(as) profissionais de saúde na impossibilidade de infecção pelo HPV na prática sexual entre mulheres. Assim, a coleta do exame de prevenção do câncer do colo uterino pode equivocadamente deixar de ser ofertado a elas, com perda da janela de oportunidade para o diagnóstico precoce”, MS- 2016.

1.4 Periodicidade

A recomendação atual do INCA e do Ministério da Saúde é de que o exame seja realizado a cada 3 anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Outras recomendações, para situações especiais, serão detalhadas a seguir.

1.5 Recomendações em situações especiais

Baseadas nas recomendações do INCA e Saúde das Mulheres, MS, 2016.

- a) **Gestantes:** seguir as orientações de idade e periodicidade como as demais mulheres. No colo do útero das grávidas ocorre uma eversão fisiológica, ficando a junção escamocolunar exteriorizada na maioria dos casos, dispensando a coleta endocervical por esse motivo. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura durante a gravidez. Para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame. (MS, 2016).
- b) **Climatério:** devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres. Ressecamento vaginal ou colpíte atrofica são achados comuns nessa fase, só demandando tratamento se houver queixas como secura vaginal ou dispareunia, dificuldades na coleta do exame ou

prejuízo da amostra pela atrofia. A atrofia genital pode levar a resultados falso-positivos. Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta, conforme a recomendação a seguir:

- O tratamento da colpíte atrófica pode ser realizado pela administração vaginal de creme de estriol 0,1%, por um a três meses. Deve ser utilizado, de preferência à noite, durante 21 dias, com pausa de sete dias, ou ainda duas vezes por semana (sempre nos mesmos dias). O creme deve ser suspenso 48 horas antes da coleta. Por ser mínima a absorção sistêmica do estrogênio tópico, este não está contraindicado nas mulheres com histórico de câncer de mama. No entanto, nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase (como os utilizados no tratamento do câncer de mama), a terapia com estrogênios está contraindicada (MS, 2016).

Obs.: Orientar a usuária que retorne para reavaliação caso ocorra sangramento vaginal, inchaço e aumento da sensibilidade das mamas ou outros sintomas relacionados ao uso do medicamento.

c) Histerectomizadas:

- Se histerectomia subtotal (com permanência do colo do útero), deve-se seguir a rotina habitual de rastreamento;
- Se histerectomia total por patologia benigna, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, desde que apresentem exames anteriores normais, não está indicado mais o rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível;
- Em casos de histerectomia por lesão precursora ou tratamento de câncer de colo do útero, bem como diagnóstico exibido em peça cirúrgica, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada, realizando a coleta de material de fundo de saco posterior e cúpula vaginal, a fim de avaliar a recorrência da doença. Seguir o protocolo de controle conforme o caso:
 - ✓ Mulheres com histórico de tratamento prévio de NIC II/III com margens livres deverão ser submetidas a exame citopatológico em seis e doze meses após a histerectomia. Se ambos os exames forem negativos, o rastreamento citológico deverá ser trienal independentemente da idade.
 - ✓ No caso de margens comprometidas ou na ausência dessa informação, o seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos. Após os dois primeiros anos, o seguimento deverá ser feito com a citologia de forma isolada anualmente até cinco anos. Após esse período, assegurada a inexistência de lesão residual, a mulher deverá retornar para o rastreamento citológico trienal, independentemente da idade.

- ✓ Em ambas as situações, a época da interrupção do rastreamento deve ser decidida pelo médico assistente.
 - ✓ Se antecedente de câncer invasor – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual.
 - ✓ Histórico de doença prévia tratada deve ser informado no pedido do exame citopatológico.
- d) **Seguimento pós-tratamento de NIC II/III:**
- Nos casos em que o exame histopatológico da peça cirúrgica mostrar margens livres de doença ou comprometidas por NIC I, a mulher deverá ser submetida à citologia seis e 12 meses após o procedimento. A colposcopia será realizada a critério do serviço. Após o primeiro ano, o seguimento deverá ser realizado com citologia anual até completar cinco anos do tratamento.
 - Nos casos em que o exame histopatológico da peça cirúrgica mostrar qualquer uma das margens comprometidas por NIC II/III, o seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos. Após os dois primeiros anos, o seguimento deverá ser feito com a citologia anual até completar cinco anos do tratamento.
 - Em ambos os casos, após os primeiros cinco anos do tratamento, a mulher deverá retornar para o rastreamento citopatológico trienal.
 - Histórico de doença prévia tratada deverá ser informada no pedido do exame citopatológico.
 - Na evidência de lesão residual ou recorrente, a mulher deverá ser conduzida da mesma forma que da lesão inicial.
- e) **Imunossuprimidas:** em mulheres infectadas pelo vírus HIV, por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer ou em uso crônico de corticosteroides, o exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual, com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Em mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³, deve ser priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, efetuar o rastreamento citológico a cada seis meses.
- f) **Vaginismo:** consiste na contratatura muscular involuntária dos músculos próximos à vagina. Pode impedir a realização do exame, pela dificuldade à introdução do espéculo. Nesses casos recomenda-se evitar o exame naquele momento para não provocar desconforto ou lesionar a mulher. Deve-se apoiá-la, investigar a causa, buscar tranquilizá-la e reagentar uma nova avaliação.

- g) **Ectopia e Cistos de Naboth:** a sua detecção não tem significado patológico, não demanda intervenções.
- Ectopia: no período de atividade menstrual, fase reprodutiva da mulher, geralmente a JEC (Junção Escamo Colunar) situa-se no nível do orifício externo ou para fora deste, caracterizando ectopia ou eversão.
 - Cistos de Naboth: são estruturas císticas decorrente da obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais.
- h) **Pólipos cervicais:** são projeções da mucosa do canal do colo uterino. São benignos, na maioria dos casos, mas podem ocasionar queixas de sangramento desencadeado pela relação sexual, corrimento vaginal aumentado ou sangramento discreto entre as menstruações. Encaminhar para avaliação no serviço de Patologia Cervical, se possível com o resultado do exame citopatológico.
- i) **Pessoas com deficiência:** devem seguir as recomendações preconizadas.

1.6 Medidas Preventivas

- Orientar e incentivar o uso de preservativo, bem como fornecê-lo;
- Combate ao tabagismo;
- Orientação individual e coletiva de mulheres sobre o objetivo e a importância do exame citopatológico do colo de útero;
- Ofertar a vacinação contra o HPV. A vacina quadrivalente está disponível no SUS e deve ser indicada para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, sendo o esquema vacinal composto de duas doses, com intervalo de 6 meses. Para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, a faixa etária indicada para imunização é de 9 a 26 anos, sendo o esquema de vacinação composto por três doses (0, 2 e 6 meses), MS, 2018.

1.7 Orientações sobre a coleta do exame citopatológico

Antes de realizar o exame especular, deve-se orientar a usuária sobre o procedimento, buscando esclarecer suas dúvidas. Realizar a coleta de material citológico seguindo as normas técnicas de coleta. Informar sobre a possibilidade de discreto sangramento após a coleta, com cessação espontânea. Ao final, passar a orientação sobre a importância de buscar o resultado do exame.

Idealmente, a coleta da amostra deve ser pelo menos cinco dias após o término da menstruação. Na presença de secreção vaginal anormal, IST ou lesões no colo deve-se realizar o tratamento ou encaminhamento quando necessário. Em usuárias com maior vulnerabilidade ou na possibilidade de perda

de seguimento não se deve perder a oportunidade de realizar o exame, mesmo em condições não ideais de coleta.

Mesmo as mulheres vacinadas contra o HPV, quando alcançarem a idade preconizada, deverão fazer o exame preventivo, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV.

1.8 Instrução técnica para a coleta

- Identificar a lâmina na borda fosca com as iniciais do nome completo da usuária e o número ou o nome da Unidade de Saúde;
- Com a paciente em posição ginecológica, introduzir o espécule delicadamente expondo o colo do útero;
- Para coleta na ectocérvice: utiliza-se espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo;
- Reservar a espátula para colocação do material na lâmina apenas após a coleta endocervical;
- Para coleta na endocérvice: utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova endocervical e fazendo um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical;
- Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal;
- Aplicar imediatamente o fixador spray a uma distância de aproximadamente 20 cm da lâmina. Não aproximar muito o tubo de spray, pois a força do jato pode prejudicar o esfregaço;
- Nas pacientes histerectomizadas, fazer o esfregaço no fundo de saco e cúpula vaginal com o lado arredondado da espátula de Ayre.

1.9 Adequabilidade da amostra:

Segundo os critérios definidos pelo INCA, 2016.

- a) **Amostra satisfatória para avaliação:** amostra que apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica. A presença de células metaplásicas ou células endocervicais, representativas da junção escamocolunar (JEC), tem sido considerada

como indicador da qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta buscar obter elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.

Obs.: Esfregaços normais somente com células escamosas em mulheres com colo do útero presente devem ser repetidos com intervalo de um ano e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo passará a ser de três anos. Para garantir a boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com espátula de Ayre.

- b) **Amostra insatisfatória para avaliação:** considerada quando a leitura da amostra for prejudicada por material acelular ou hipocelular, pela presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

Obs.: O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção do problema que motivou o resultado insatisfatório.

1.10 Resultados e condutas

a) **Resultado de exame normal:**

Dentro dos limites da normalidade no material examinado ou Negativo para Malignidade. Seguir a rotina de rastreamento.

b) **Resultado de exame alterado:**

| Resultado | Conduta |
|---|---|
| Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC- US) | <p>Repetir o exame em 6 meses após afastar e tratar vulvovaginites e atrofia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se a citologia de repetição for negativa em dois exames consecutivos, com 6 meses de intervalo, retornar à rotina de rastreamento citológico trienal. ○ Se uma das citologias subsequentes no período de um ano for igual ou positiva, encaminhar para avaliação da Colposcopia. |
| Células Atípicas Escamosas de Significado Indeterminado, não afasta alto grau (ASC-H) | Encaminhar para a Colposcopia. |
| Células Atípicas de Significado Indeterminado Glandulares e/ou de Origem Indefinida | Encaminhar para a Colposcopia. |

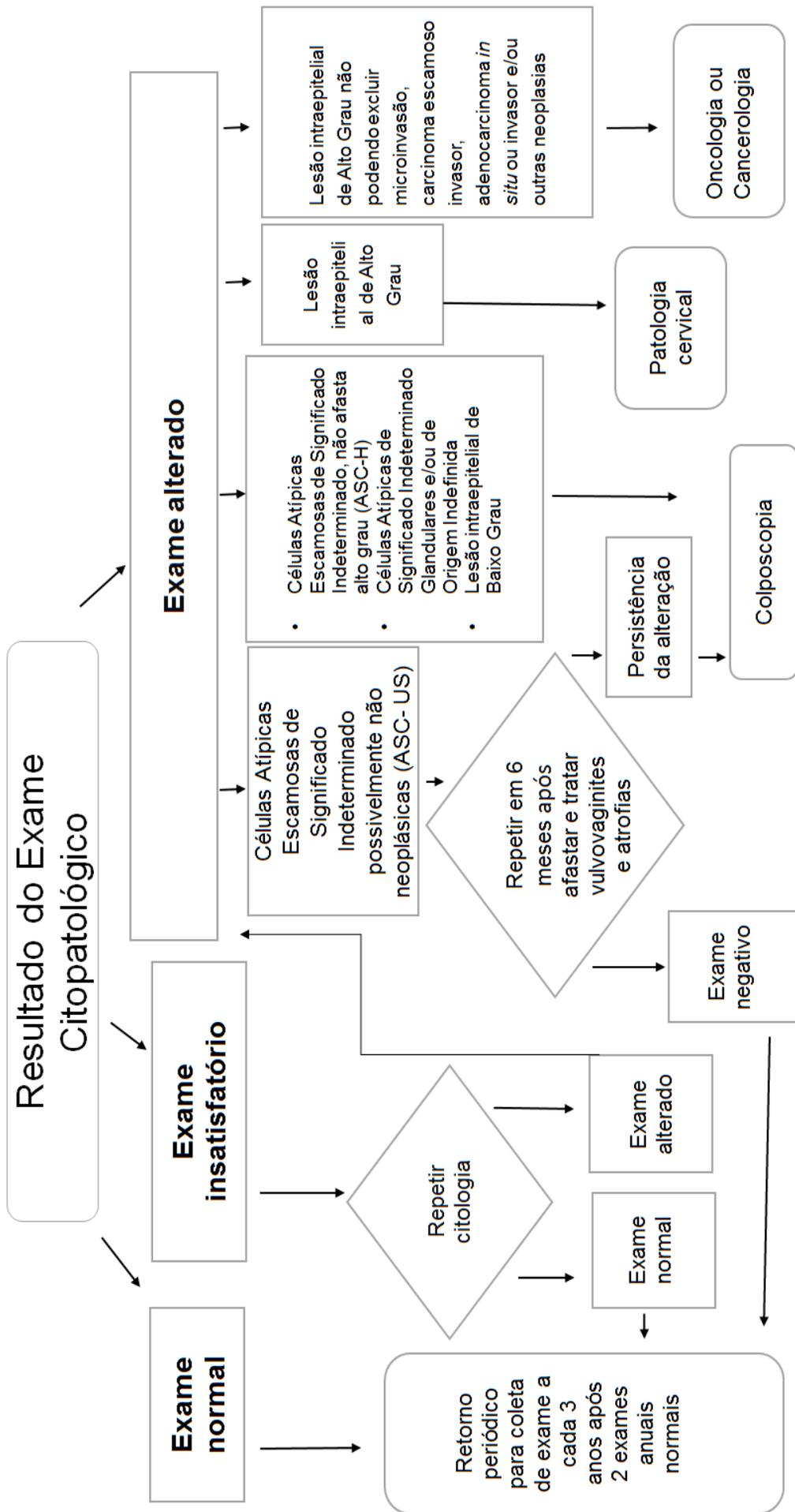
| | |
|---|---|
| Lesão intraepitelial de Baixo Grau - LSIL – NIC I | Encaminhar para a Colposcopia. |
| Lesão intraepitelial de Alto Grau - HSIL – NIC II/III | Encaminhar para o serviço de Patologia Cervical. |
| Lesão intraepitelial de Alto Grau, não podendo excluir microinvasão, carcinoma escamoso invasor, adenocarcinoma in situ ou invasor e/ou outras neoplasias | Encaminhar para o serviço de Cancerologia ou Oncologia. |

c) Outros achados:

- Metaplasia escamosa imatura, reparação, inflamação sem indicação de agente (alterações celulares benignas reativas ou reparativas): seguir rotina de rastreamento citológico.
- Achado microbiológico de *Lactobacillus sp.*: componente de flora vaginal habitual. Seguir rotina de rastreamento citológico.
- Achados microbiológicos de Cocos, Bacilos Supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Mobiluncus*), *Candida sp*, Atrofia com inflamação: tratar na presença de sintomas ou corrimento vaginal e seguir rotina de rastreamento citológico.
- Achados microbiológicos de *Chlamydia sp*, Gonococo, *Trichomonas vaginalis*: mesmo que sintomatologia ausente seguir esquema de tratamento da mulher e parceiro, além de oferta de sorologias para outras IST's e orientações. Seguir rotina de rastreamento citológico.
- Achado microbiológico de *Actinomyces sp*: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU. A conduta é expectante no caso de mulheres sem sinais de doença inflamatória pélvica: não se trata e não se retira o DIU, pois em mulheres assintomáticas o achado representa colonização. Seguir a rotina de rastreamento citológico.
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes: recomenda-se o tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital. Seguir rotina de rastreamento citológico.

As pacientes devem ser atendidas e conduzidas conforme fluxograma apresentado a seguir.

1.11 Fluxograma orientativo do resultado do citopatológico



1.12 Competências:

a) Compete à Unidade de Saúde:

- Aproveitar qualquer contato da mulher com o sistema de saúde para oportunizar e realizar a coleta do citopatológico;
- Recrutar as mulheres da faixa etária de rastreamento prioritário, da sua área de abrangência, para a realização do exame, sensibilizando-as sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de colo do útero;
- Desenvolver e participar de atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade nas questões relativas à saúde da mulher;
- Atender as usuárias de maneira integral, resolutiva, ética, humanizada e acolhedora, prestando atenção contínua às necessidades de saúde da mulher, viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde;
- Manter o monitoramento da mulher com resultado do exame citopatológico alterado.

b) Compete aos Enfermeiros e Médicos:

- Seguir as recomendações técnicas preconizadas para a coleta do exame citopatológico;
- Examinar e avaliar os sinais e sintomas relacionados ao câncer de colo do útero;
- Monitorar os resultados dos exames e proceder conforme o fluxo estabelecido;
- Realizar encaminhamentos, monitorar o seguimento e a adesão ao tratamento;
- Na detecção de exames alterados, de outras doenças ou IST's, seguir as recomendações vigentes na condução de cada agravo.

1.13 Referências Bibliográficas

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. **Rastreo, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero.** São Paulo, 2017.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO **Rastreamento para o câncer uterino: o que há de novo?** 12 de julho de 2017.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Como prevenir o câncer.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/como-prevenir-o-cancer>>. Acesso em: 14 janeiro. 2019.

Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Câncer do colo do útero.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 14 janeiro. 2019.

Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama.** Cadernos de Atenção Básica, Brasília, DF, 2013.

Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa. **Saúde das Mulheres.** Protocolos da Atenção Básica. Brasília, DF, 2016.

Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, 2018.

2. LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA

2.1 Introdução

O câncer de mama no Brasil é o tipo de câncer com maior incidência na população feminina, excluído o câncer de pele não melanoma. Constitui a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento.

O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença.

Segundo o INCA, a estimativa para 2018 foi de 59.700 casos novos de câncer de mama no Brasil e cerca de 15.593 mortes. No Paraná foram estimados 3.730 casos novos e em Curitiba 820.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionada a essa doença, a linha de cuidado do câncer da mama tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso às ações e serviços para promover a prevenção do câncer de mama, detecção e diagnóstico precoce, tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno.

O rastreamento tem por objetivo a detecção precoce das lesões em mulheres assintomáticas, a fim de otimizar o tratamento e diminuir a morbimortalidade da doença. Visa identificar o câncer em estágios iniciais, momento em que a doença pode ter melhor prognóstico. Além disso manter a população alerta aos sinais e sintomas iniciais da doença faz parte da integralidade da linha de cuidado.

A estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama é a realização do exame de mamografia a cada 2 anos para mulheres entre 50 e 69 anos.

A Atenção Básica deve realizar ações de prevenção e rastreamento da doença. Os profissionais de saúde devem avaliar os casos suspeitos, garantindo o encaminhamento correto para a confirmação diagnóstica e tratamento dos casos positivos, com o mínimo de tempo de espera possível. Devem também manter o acompanhamento clínico na confirmação da doença, prestar as orientações necessárias de forma individualizada, auxiliar na reabilitação e nos cuidados paliativos.

Cabe à Unidade de Saúde e sua equipe multidisciplinar organizar seus processos de trabalho de forma a garantir o acesso ao exame de mamografia, realizar busca ativa de mulheres na comunidade, identificar a população vulnerável e oportunizar o exame na faixa etária preconizada em qualquer contato da mulher com o serviço de saúde.

2.2 Avaliação global

Consiste na realização de anamnese e exame físico específicos e deve ser feita por enfermeiros ou médicos.

2.2.1 Anamnese

Para a entrevista ser efetiva deve-se considerar:

- Idade;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Antecedentes pessoais ginecológicos e obstétricos (menarca, uso de terapia hormonal, nuliparidade ou primeira gravidez acima de 30 anos);
- Antecedentes pessoais e familiares patológicos (história pregressa e/ou familiar de câncer de mama);
- História de exposição à radiação ionizante (terapêutica ou ocupacional);
- Queixas mamárias, por exemplo: mastalgia, nódulo mamário, alterações do mamilo, descarga papilar, assimetria da mama ou retração da pele.

A mastalgia é a queixa mamária mais comum na atenção primária e geralmente está associada a alterações fisiológicas ou doenças benignas. Contudo a associação da mastalgia com outros sinais e/ou sintomas aumenta a probabilidade do diagnóstico de câncer, e também faz parte do quadro clínico do carcinoma inflamatório de mama, quando acompanhada de aumento de volume mamário e edema da pele, com aspecto característico de casca de laranja. Portanto é um sintoma que deve ser valorizado.

2.2.2 Exame clínico das mamas (ECM)

O ECM é o primeiro método de avaliação diagnóstica da mama na Atenção Primária e faz parte do exame ginecológico de rotina. Pode ser utilizado para avaliar sinais e sintomas referidos por usuários com a finalidade de realizar o diagnóstico diferencial entre as alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas, propiciando a possibilidade de um diagnóstico precoce. Em mulheres assintomáticas deve ser realizado a partir de 25 anos de idade, mas em mulheres com queixas mamárias em qualquer faixa etária.

Deve incluir a inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares.

Na inspeção deve-se procurar identificar a presença de alterações no contorno da mama, ulcerações cutâneas ou do complexo areolopapilar, retrações, cicatrizes e anormalidade dos mamilos. Comparar as mamas

observando possíveis assimetrias, diferenças na textura, cor da pele e padrão de circulação venosa.

Durante a palpação, deve-se observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos, que devem ser descritos quanto ao seu tamanho, contorno, consistência, mobilidade e localização. Na sequência deve ser feita uma compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila, observando se há descarga de conteúdo, se é uni ou bilateral, uni ou multiductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.

- Inspeção estática: a mulher deve se manter sentada, com o colo desnudo e os braços pendentes ao lado do corpo ou levantados sobre a cabeça;
- Inspeção dinâmica: nesta etapa o examinador deve solicitar que a mulher eleve e abaixe os braços lentamente, e realize contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos uma contra a outra adiante do tórax ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado;
- Palpação das mamas: examinar todas as áreas do tecido mamário. A paciente deve estar em decúbito dorsal, com a mão correspondente a mama a ser examinada colocada sob a cabeça. Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se tivesse contornando as extremidades de uma moeda, aplicando-se três níveis de pressão em sequência: leve, média e profunda, correspondendo ao tecido subcutâneo, ao nível intermediário e mais profundamente à parede torácica. A região da aréola e do mamilo também devem ser palpadadas. No caso da mulher que realizou mastectomia deve-se palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica;
- Palpação das cadeias ganglionares: para palpar as cadeias ganglionares axilares a paciente deve estar sentada, com o braço homolateral relaxado e em leve abdução, apoiado pelo braço contralateral do examinador. Palpar todo o cavo axilar notando tamanho, localização, consistência e sensibilidade dos gânglios. A palpação das cadeias ganglionares supraclaviculares deve ser realizada com a paciente sentada, mantendo a cabeça semifletida, com leve inclinação lateral, observando as mesmas características dos gânglios.

Os médicos da Atenção Primária devem dominar a técnica do exame clínico das mamas e conhecer os principais sinais e sintomas sugestivos de câncer. Muitos desses sintomas também podem aparecer em doenças benignas, mas não se deve suprimir a investigação.

As manifestações clínicas sugestivas de câncer de mama são:

- Nódulo palpável em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo palpável em mulheres com mais de 30 anos, que persiste por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida, fixo, ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres de qualquer idade;
- Tumoração palpável unilateral em homens com mais de 50 anos;
- Descarga papilar (secreção espontânea dos mamilos) sanguinolenta ou serosa (“água de rocha”) unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Edema mamário com pele em aspecto de “casca de laranja”;
- Aumento progressivo do tamanho da mama;
- Retração ou abaulamento na pele da mama;
- Mudança no formato do mamilo;
- Presença de linfadenopatia axilar.

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos (Ministério da Saúde, 2018).

2.3 Fatores de Risco

O câncer de mama é uma doença de origem multifatorial e sem uma etiologia definida. Diversos fatores estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver a doença, tais como:

- Idade maior que 50 anos: cerca de 70–80% dos tumores são diagnosticados a partir dos 50 anos de idade;
- Sexo feminino: a doença se manifesta principalmente em mulheres, numa proporção de aproximadamente 100:1;
- Antecedentes ginecológicos: menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos);
- Antecedentes obstétricos: nuliparidade, primeira gravidez após os 30 anos;
- História pregressa de câncer de ovário ou mama;
- História familiar de câncer de ovário ou mama, principalmente antes dos 50 anos;
- História familiar de câncer de mama em homens;
- Alteração genética, especialmente nos genes BRCA 1 e BRCA 2;
- Uso de álcool;
- Excesso de peso, sedentarismo;
- Exposição à radiação ionizante;
- Terapia de reposição hormonal pós-menopausa (estrogênio-progesterona), principalmente se prolongada por mais de 5 anos.

Os fatores endócrinos estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for o tempo de exposição. A terapia de reposição hormonal (TH) na menopausa, quando indicada, deve ser feita sob rigoroso controle médico, discutindo com as usuárias a relação risco/benefício, e pelo menor tempo necessário.

A história familiar e a idade precoce ao diagnóstico são importantes fatores de risco e podem indicar predisposição genética associada à presença de mutações em determinados genes. Entretanto o câncer de mama de caráter hereditário corresponde a aproximadamente 5 a 10% do total de casos (Ministério da Saúde, 2013).

2.3.1 Grupos de risco:

Segundo o “Documento de Consenso do Câncer de Mama” de 2004, são definidos como **grupos populacionais com risco muito elevado para o desenvolvimento do câncer de mama** usuários com:

- História de câncer de mama em parente de 1º grau (mãe, irmã ou filha) antes dos 50 anos de idade;
- História de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em parente de 1º grau, em qualquer faixa etária;
- História familiar de câncer de mama masculino;
- Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

Esse grupo representa cerca de 1% da população, devendo ser acompanhado com um olhar diferenciado, com indicação para **rastreamento anual à partir dos 35 anos de idade**, com mamografia e exame clínico da mama.

2.4 Rastreamento

O exame clínico das mamas não tem benefício bem estabelecido como medida de rastreamento, mas faz parte da avaliação inicial global da usuária e da rotina do exame ginecológico, tendo papel no diagnóstico de patologias mamárias de maneira geral.

Portanto é fundamental que nas consultas o profissional de saúde realize o exame clínico para detectar lesões palpáveis.

2.4.1 Mamografia

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do câncer de mama com mamografia em mulheres de risco padrão com idades entre 50 e 69 anos.

A mamografia tem um papel fundamental na prática clínica, já que se mostrou útil na identificação de tumores assintomáticos e impalpáveis, contribuindo na detecção precoce do câncer de mama.

A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade por câncer de mama (INCA, 2018).

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos. Existem vários tipos de câncer de mama. Alguns evoluem de forma rápida e outros não. A maioria dos casos tem bom prognóstico (Ministério da Saúde, 2018).

A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. A mamografia bienal nesta faixa etária é a rotina adotada em quase todos os países que implantaram rastreamento organizado do câncer de mama.

O Ministério da Saúde não aconselha o rastreamento com mamografia em mulheres abaixo de 50 e acima de 70 anos de risco usual, entretanto isso não significa a impossibilidade da oferta do exame fora dessas idades. Portanto a indicação da mamografia de rastreamento fora da faixa etária prioritária deve ser uma decisão individualizada, levando em conta os fatores de risco existentes e o equilíbrio entre danos e benefícios.

Recomenda-se que as mulheres com risco elevado de câncer de mama tenham acompanhamento clínico intensificado. O início da realização do exame deve ser antecipado e a periodicidade deve ser anual.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, a periodicidade dos exames deve respeitar o critério exposto no quadro abaixo:

População-alvo e Periodicidade dos exames de rastreamento do câncer de mama:

- ✓ Mulheres de 40 a 49 anos: ECM anual;
- ✓ Mulheres de 50 a 69 anos: ECM anual e mamografia a cada dois anos;
- ✓ Mulheres \geq 35 anos com risco elevado (do grupo de risco): ECM e mamografia anual.

Fonte: INCA, 2004.

Diferentemente do rastreamento, a **mamografia diagnóstica**, exame realizado com a finalidade de investigação de lesões suspeitas da mama, pode ser solicitada em qualquer idade, a critério médico. É importante salientar que em mulheres jovens esse exame não apresenta uma boa sensibilidade, pois as mamas são mais densas, e o exame pode apresentar resultados inconclusivos, podendo ser necessário uma avaliação adicional.

As mulheres que possuem **próteses e implantes mamários** também se beneficiam do rastreamento com mamografia, entretanto a acurácia do exame é considerada um pouco mais baixa, mas essa diminuição não influencia as características prognósticas dos tumores. A mamografia requer a compressão da mama para otimizar a demonstração de lesões. Com isso há casos descritos de rotura, vazamento ou deslocamento de implantes associados ao exame. Esses relatos são extremamente raros, e de forma geral **se considera que a mamografia seja muito segura para os implantes**, e as vantagens da detecção precoce do câncer de mama superam os potenciais riscos.

Apesar dos benefícios da mamografia de rastreamento o exame também expõe a mulher a alguns riscos, tais como: resultados falso positivo, que podem gerar ansiedade e necessidade de outros exames, resultados falso negativo, levando a uma falsa segurança para a mulher, e ainda a exposição aos Raios X, que é bem pequena, o que torna o método bastante seguro.

Esses dados não devem desestimular as mulheres a se submeter à mamografia, pois o benefício de um diagnóstico precoce de câncer de mama supera os potenciais riscos apresentados.

Resumindo:

- Pacientes assintomáticas na faixa etária prioritária (50 a 69 anos) ou mulheres do grupo de risco a partir de 35 anos de idade: **solicitar no sistema do e-saúde MAMOGRAFIA BILATERAL DE RASTREAMENTO**.

- Pacientes sintomáticas (lesão palpável, derrame papilar ou outro achado): solicitar **MAMOGRAFIA**, que corresponde a mamografia diagnóstica, em qualquer idade.

É importante alertar que não se deve confundir rastreamento com exame para diagnóstico, apenas porque ambos utilizam mamografia. A mamografia de diagnóstico é gerada em função de um sintoma ou um achado clínico, indicando que a mulher não é mais assintomática.

2.4.2 Ultrassonografia mamária

O Ministério da Saúde não indica o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas em mulheres assintomáticas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia, exceto nos casos onde uma avaliação

adicional é mandatória, como nas mamografias com laudo inconclusivo, em mulheres com mamas densas ou com fatores de risco importantes para o câncer de mama.

A ultrassonografia mamária é um importante método de avaliação adicional na propedêutica clínica das mamas e tem seu lugar definido. Sua realização indiscriminada pode levar ao risco de ocorrer uma banalização e perda da sua credibilidade. Portanto o exame está indicado e pode ser solicitado na Atenção Básica nos seguintes casos:

- Lesão palpável ou nódulo, no caso de mamografia negativa ou inconclusiva;
- Avaliação de adolescentes e mulheres abaixo de 40 anos com nódulo palpável;
- Alteração no exame físico (nódulo ou lesão palpável), no ciclo gravídico-puerperal;
- Mulheres do grupo de alto risco para o câncer de mama apresentando mamas densas no exame clínico ou radiológico;

Grupo de alto risco para o câncer de mama:

- ✓ História de câncer de mama em parente de 1º grau (mãe, irmã ou filha) antes dos 50 anos de idade;
- ✓ História de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em parente de 1º grau, em qualquer faixa etária;
- ✓ História familiar de câncer de mama masculino;
- ✓ Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

- Investigação de descarga papilar (secreção espontânea dos mamilos sanguinolenta ou serosa (“água de rocha”) unilateral);
- Complementação de mamografias com laudo BIRADS 0 (zero);
- Complementação de mamografias com laudo BIRADS III, na presença de nódulo, densidade assimétrica ou alteração da arquitetura;
- Impossibilidade da realização da mamografia por limitações físicas;
- Traumatismos, processos inflamatórios, mastite ou abscessos mamários, sem melhora com o tratamento clínico;
- Avaliação da mama masculina com alteração no exame físico (nódulo ou lesão palpável).

Recomenda-se que a ultrassonografia mamária, quando indicada para mulheres acima de 40 anos, seja precedida da mamografia, melhorando a acurácia do exame e trazendo mais benefícios ao usuário, exceto nos casos de

traumatismos, patologias do ciclo gravídico-puerperal, suspeita de abscesso ou limitações físicas.

Em pacientes usuárias de próteses mamárias o exame poderá ser solicitado quando houver suspeita de deslocamento ou ruptura do implante. Em pacientes assintomáticas e com exame físico normal o controle deve ser clínico.

A solicitação do exame será telerregulada por um profissional médico de acordo com as indicações citadas. Outras situações clínicas, sob análise do telerregulador, poderão ser encaminhadas.

A Telerregulação da ultrassonografia mamária visa:

- Reduzir a banalização e o uso indiscriminado de ecografias;
- Praticar a medicina baseada em evidências de acordo com as recomendações do Ministério da saúde;
- Qualificar o serviço de saúde direcionando o exame para os casos de real necessidade;
- Diminuir o tempo de espera nos casos graves que necessitam de prioridade.

Requisitos e orientações de encaminhamento:

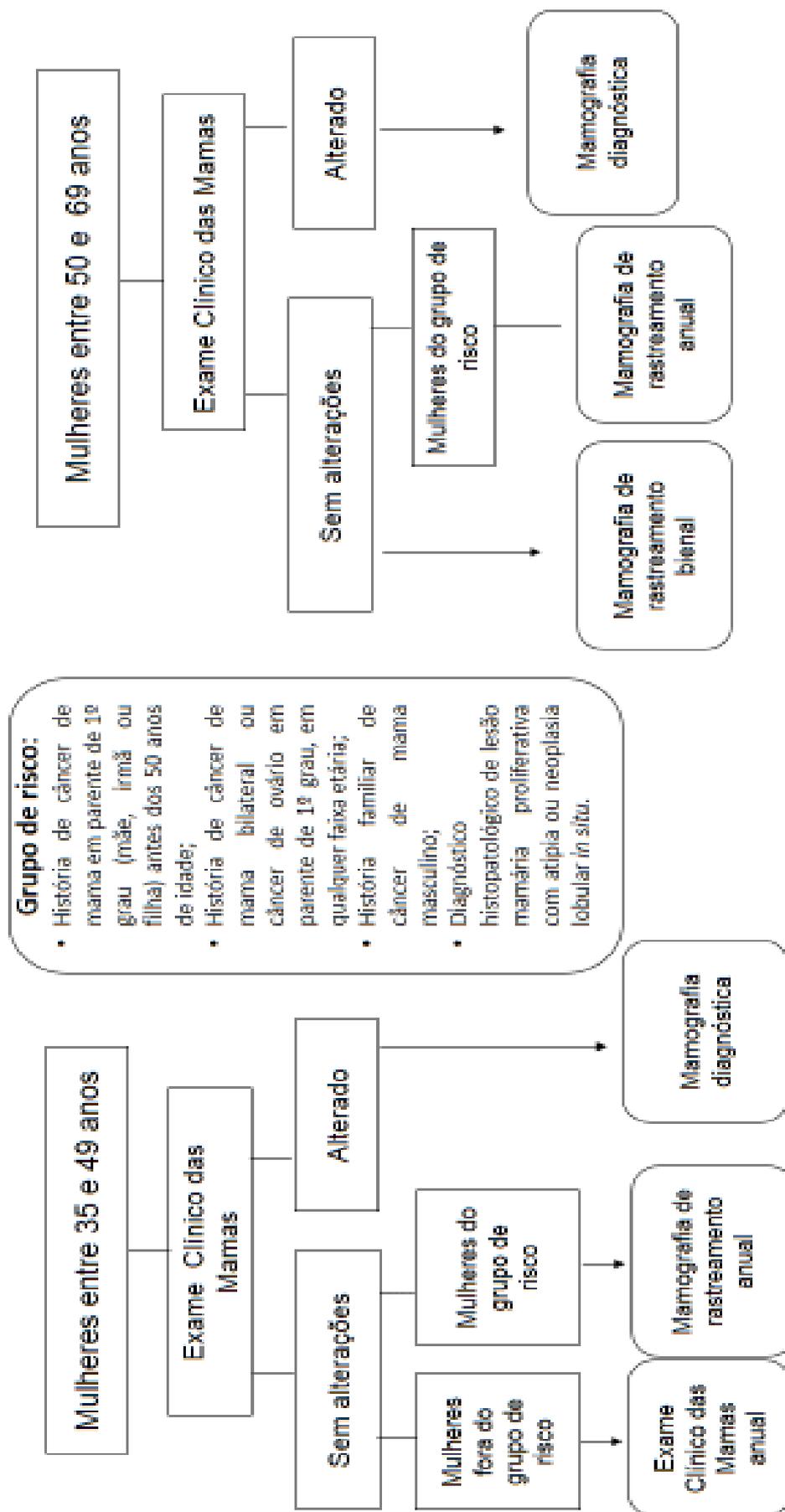
- Informar dados relevantes da história clínica;
- Descrever sinais e sintomas que justifiquem o pedido;
- Descrever a avaliação clínica mamária (exame físico);
- Informar resultados de exames de imagem prévios que sejam pertinentes ao caso, com data.

Critérios de prioridade:

- Nódulos palpáveis ou resultado de mamografia inconclusiva em usuários do grupo de alto risco;
- Mastite sem resposta ao tratamento clínico (suspeita de abscesso, carcinoma inflamatório ou outros);
- Nódulos recentes com crescimento rápido.

Portanto a linha de cuidado da saúde da mulher recomenda que assistência à saúde das mamas seja realizada conforme o fluxograma a seguir:

2.4.3 Assistência na Avaliação Mamária



No sistema E-saúde: Mamografia de rastreamento = MAMOGRAFIA BILATERAL DE RASTREAMENTO. Mamografia diagnóstica = MAMOGRAFIA

2.5 Interpretação da Mamografia

O resultado do exame de mamografia é interpretado pelo radiologista e o laudo é classificado de acordo com o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) para o Brasil. Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 na descrição dos achados radiológicos e prevê recomendação de conduta para cada categoria.

Os achados são:

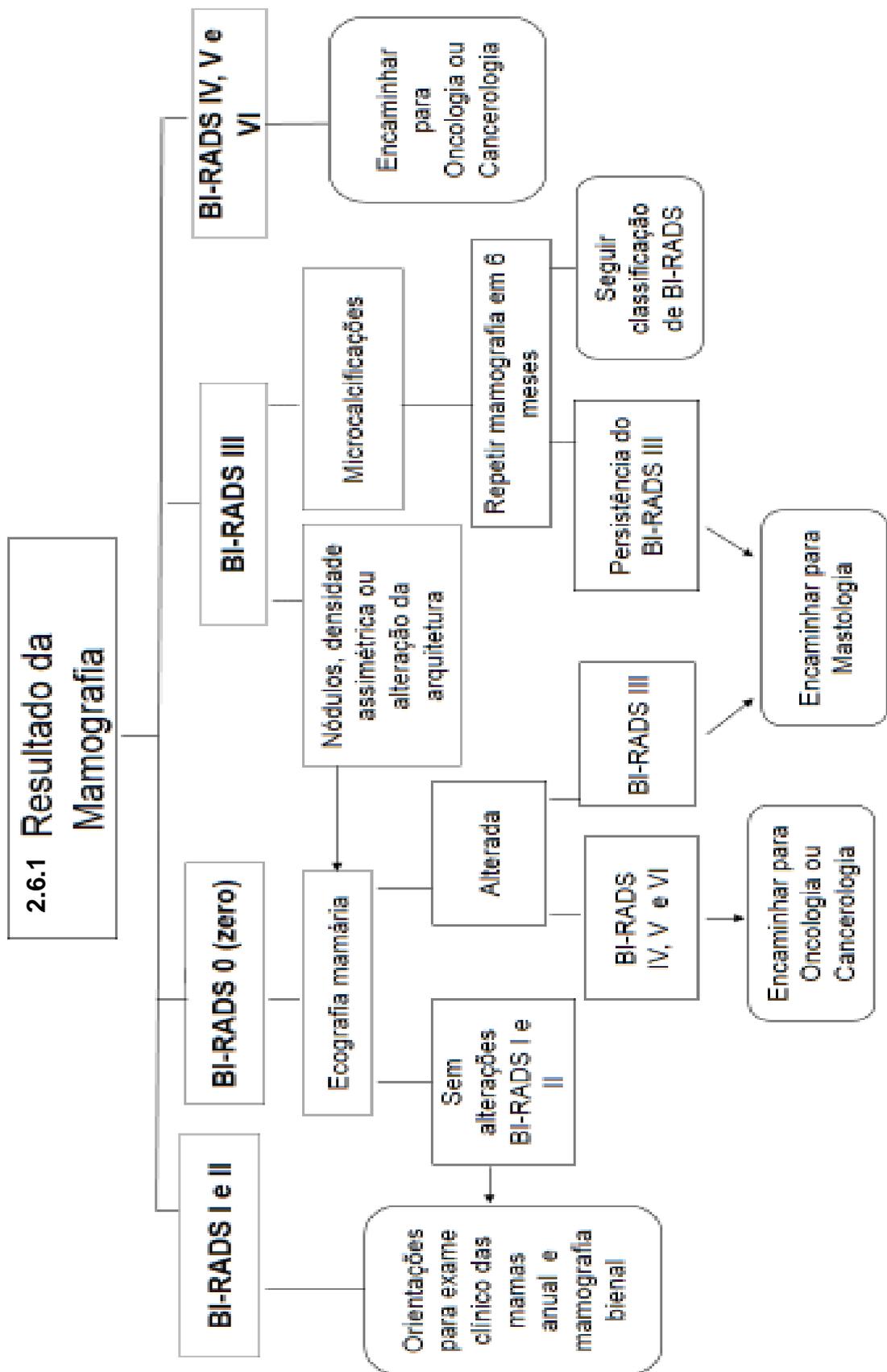
- BI-RADS 0: Exame inconclusivo, necessita de avaliação adicional;
- BI-RADS 1: Exame negativo;
- BI-RADS 2: Exame com achado tipicamente benigno;
- BI-RADS 3: Exame com achado provavelmente benigno;
- BI-RADS 4: Exame com achado suspeito, risco de câncer 2% a 95%, a depender do grau de suspeição;
- BI-RADS 5: Exame com achado altamente suspeito, risco de câncer >95%
- BI-RADS 6: Exame com achados cuja malignidade já está comprovada, risco de câncer 100%.

2.6 Seguimento

A usuária deve ser orientada a retornar à Unidade de Saúde com o laudo do exame para avaliação. É importante também solicitar que a mesma traga os exames anteriores na consulta para eventual comparação.

É importante que a equipe de saúde da Atenção Básica mantenha o acompanhamento da mulher com resultado de mamografia alterada, monitorando os casos encaminhados e garantindo a integralidade e continuidade do tratamento.

A conduta será determinada de acordo com o resultado, seguindo o fluxograma a seguir:



2.7 Estratégias para a detecção precoce e prevenção do câncer de mama

A prevenção do câncer de mama não é totalmente possível em função da multiplicidade de fatores relacionados ao surgimento da doença e ao fato de vários deles não serem modificáveis. De modo geral, a prevenção baseia-se no controle dos fatores de risco e no estímulo aos fatores protetores, especificamente aqueles considerados modificáveis (MS, 2018).

É papel do profissional de saúde realizar orientação individual ou coletiva sobre estilo de vida saudável e prevenção de câncer. Ter uma alimentação equilibrada, rica em frutas, vegetais e fibras, evitar bebidas alcoólicas, realizar atividades físicas, idealmente pelo menos 3 vezes por semanas, manter peso adequado e reduzir exposição aos fatores de risco. Estima-se que com essas recomendações o risco de câncer diminua em até 28%.

A detecção precoce é uma forma de prevenção secundária que visa identificar o câncer em estágios iniciais. Existem duas estratégias de detecção precoce: o rastreamento, com o intuito de identificar a doença em sua fase pré-clínica, e o diagnóstico precoce, para identificar pessoas com sinais e sintomas.

A estratégia de diagnóstico precoce do câncer de mama mais aceita mundialmente nos últimos anos é formada pelo tripé:

- 1. População alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer;**
- 2. Profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos;**
- 3. Sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade e garantia da integralidade da assistência em toda a linha de cuidado.**

Fonte: MS, 2015.

É de fundamental importância orientar a população sobre as mudanças habituais da mama em diferentes momentos do ciclo de vida e divulgar os principais sinais e sintomas do câncer de mama que merecem avaliação médica imediata.

Ao longo do tempo a mama de cada mulher sofre alterações fisiológicas à inspeção e palpação. A observação dessas mudanças e a autopalpação ocasional pode contribuir para que as mulheres avaliem melhor o que é normal para elas e percebam possíveis modificações. Com essa ação estimula-se que cada mulher conheça seu corpo e realize a palpação ocasional das mamas sempre que se sentir confortável para tal, sem técnica específica, valorizando a descoberta casual de alterações mamárias.

Essa estratégia, também conhecida como *breast awareness*, é distinta da antiga recomendação do método de autoexame das mamas, que exige técnica padronizada e periodicidade fixa. No passado o autoexame foi muito estimulado, entretanto não provou ser benéfico para a detecção precoce da doença. Por trazer dúvidas, falsa segurança e excesso de exames invasivos não é mais recomendado.

2.8 Competências

Compete à Unidade de Saúde e Equipe Multidisciplinar:

- Aproveitar qualquer contato da mulher com o sistema de saúde para orientar sobre a importância do rastreamento e detecção precoce do câncer de mama, seja em sala de espera, reuniões com a comunidade, consultas odontológicas e médicas, programas, vacinas e acompanhamento de familiares;
- Recrutar as mulheres da área de abrangência para a realização do exame clínico das mamas e mamografia, quando necessário;
- Estimular o trabalho de voluntários na comunidade na captação de mulheres;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo, com ética, compromisso e respeito;
- Desenvolver e participar de atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade nas questões relativas a saúde da mulher.

É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adstrita. A partir desse cadastro, deve-se conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como aquelas que têm risco aumentado para a doença.

Compete aos Enfermeiros e Médicos:

- Atender as usuárias de maneira integral, resolutiva, ética, humanizada e acolhedora, prestando atenção contínua às necessidades de saúde da mulher;
- Sensibilizar as mulheres sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama;
- Conscientizar a população sobre a importância das ações de rastreamento (realização da mamografia na faixa etária prioritária);
- Orientar medidas de promoção à saúde e prevenção do câncer;

- Orientar sobre as mudanças habituais da mama em diferentes momentos do ciclo de vida e divulgar os principais sinais e sintomas do câncer de mama que merecem avaliação imediata.
- Realizar a consulta médica ou de enfermagem, examinar e avaliar os sinais e sintomas relacionados ao câncer de mama, de acordo com a faixa etária e as queixas da usuária;
- Cabe aos médicos solicitar exame complementar à mamografia, como ultrassonografia, quando o laudo assim o indicar. Avaliar o resultado dos exames solicitados e encaminhar para os centros de referência especializados as mulheres com exame alterado, monitorando o seguimento e a adesão ao tratamento.

2.9 Referências Bibliográficas

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Ministério da Saúde. **Diretrizes para detecção precoce do Câncer de Mama no Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Câncer de Mama**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 24 janeiro. 2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Deteção precoce do câncer de mama**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/deteccao-precoce>>. Acesso em: 26 janeiro. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso**, Rio de Janeiro, RJ, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde e Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa. **Saúde das Mulheres**. Protocolos da Atenção Básica. Brasília, DF, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. **Câncer de mama: sintomas, tratamentos, causas e prevenção**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama>>. Acesso em fevereiro. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em saúde. **Ultrassonografia mamária – Aspectos contemporâneos**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ultrassonografia_mamaria.pdf>. Acesso em fevereiro. 2019.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-
FEBRASGO. **Mastologia. Manual de Orientação.** São Paulo, 2010.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-
FEBRASGO. **Considerações sobre realização de mamografia em
portadoras de próteses e implantes.** Publicado em: fevereiro, 2018. Disponível
em: <[https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/319-consideracoes-sobre-
realizacao-de-mamografia-em-portadoras-de-protese-e-implantes](https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/319-consideracoes-sobre-realizacao-de-mamografia-em-portadoras-de-protese-e-implantes)> Acesso
em: maio de 2019.

Urban LABD. **Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e
Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o
rastreamento do câncer de mama.** Publicação: Radiol Bras. 2017
Jul/Ago;50(4):244–249. Disponível: <[www.scielo.br/pdf/rb/v50n4/pt_0100-3984-
rb-50-04-0244.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rb/v50n4/pt_0100-3984-rb-50-04-0244.pdf)>. Acesso em maio de 2019