



## Protocolo de Atenção à Saúde

# Detecção Precoce do Câncer de Mama

**Área(s): Gerência de Cuidados ao Câncer e Saúde da Mulher**

Portaria SES-DF Nº287 de 02 de dezembro de 2016, publicada no DODF Nº 228 de 06.12.2016 .

## 1- Metodologia de Busca da Literatura

### 1.1 Bases de dados consultadas

Realizou-se pesquisa a partir de artigos, livros e publicações governamentais do Ministério da Saúde, a saber:

1. *International Agency for Research on Cancer. World CancerReport, 2014.*
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2014: Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 13: Controle dos cânceres de colo de útero e de mama. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
5. SMITH, R.A.; COKKINIDE, V.; BRAWLEY, O.W. Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*, v. 59, n.1, p.24-41, 2009
6. NELSON, H.D.; TYNE, K.; NAIK, A. et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, v.151, n.10, p.W237-42, 2009
7. PACE, L.E.; KEATING, N.L. A Systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. *JAMA*, v.311, n.13, p.1327-1335, 2014

8. MILLER, A.B.; WALL, C.; BAINES, C.J. et al. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National BreastScreening Study: randomised screening trial. BMJ, p.348-366, 2014

9- MILLEN, E.; FRASSON, A.; NOVITA, G. Doenças da mama: guia de bolso baseado em evidências. Editora Atheneu, 2013.

### **1.2 Palavra(s) chaves(s)**

Utilizaram-se as seguintes palavras-chave: Exame físico, Mamografia, Câncer de Mama e Prevenção do Câncer de Mama

### **1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

Para seleção do material, tomaram-se por base as publicações dos últimos 10 anos: 2004 a 2014.

## **2- Introdução**

O câncer é um grave problema de saúde pública a nível mundial tendo sua incidência e mortalidade sofrido aumento gradativo ao longo do tempo. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2030 serão diagnosticados 22 milhões de novos casos da doença em todo mundo<sup>1</sup>.

Essa situação é particularmente preocupante entre os países da África, Ásia, América Central e América do Sul que juntos são responsáveis por mais de 60% dos casos e 70% das mortes por neoplasias<sup>1</sup>.

O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete as mulheres em todo mundo. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar (INCA) são esperados, para 2015, 57.120 novos casos da doença. Apesar de ser considerada de bom prognóstico, as taxas de mortalidade, em nosso país, continuam elevadas o que pode ser associado a diagnósticos realizados em estágios avançados dessa neoplasia<sup>2</sup>.

Inúmeros esforços têm sido realizados no sentido de garantir o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico precoce e tratamento dessa doença, entretanto, a tarefa ainda se apresenta como um desafio para a saúde pública.

Nesse sentido, o indicador bienal pactuado pelo Distrito Federal (DF) é de 0.70 que representa a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres residentes no DF de 50 a 69 anos. Essa pactuação tem como objetivo ofertar a cada dois anos o exame de mamografia para, minimamente, 70% das

mulheres residentes no DF e fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama.

Estudos populacionais de rastreamento mamográfico mostram que apenas é possível observar diminuição na mortalidade por câncer de mama se a cobertura populacional de exames mamográficos for igual ou superior a 70%.

Portanto, o presente Protocolo de Detecção Precoce do Câncer de Mama deve ser visto como uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo nas unidades de saúde de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde da mulher de forma integral e equânime.

### **3- Justificativa**

Faz-se necessário a realização de um Protocolo de Detecção Precoce do Câncer de Mama para que os profissionais que atuam na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), em especial profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), saibam como realizar o rastreamento para o câncer de mama, bem como, identificar os grupos de risco e definir as condutas mais adequadas para o encaminhamento dos casos suspeitos e/ou dos casos já diagnosticados de neoplasia maligna da mama.

### **4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

- C50 - Neoplasia maligna da mama;
- C50.0 - Neoplasia maligna do mamilo e aréola;
- C50.1 - Neoplasia maligna da porção central da mama;
- C50.2 - Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama;
- C50.3 - Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama;
- C50.4 - Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama;
- C50.5 - Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama;
- C50.6 - Neoplasia maligna da porção axilar da mama;
- C50.8 - Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva;
- C50.9 - Neoplasia maligna da mama, não especificada;
- D24 - Neoplasia Benigna da mama.

## 5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

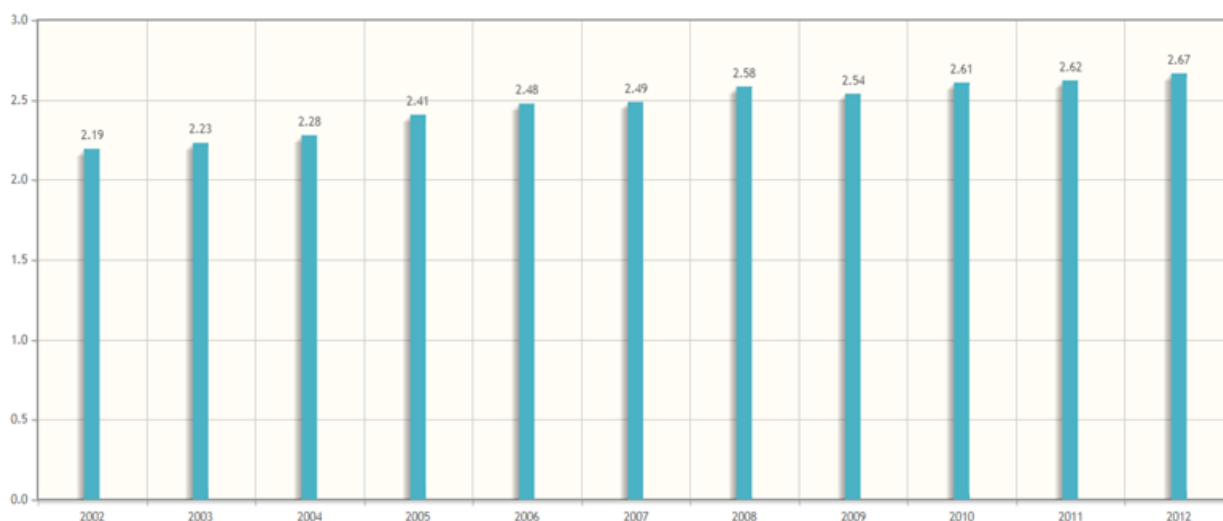
O câncer de mama é o segundo tipo mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. É uma doença que se diagnosticada e tratada oportunamente apresenta bom prognóstico e possibilita terapias mais efetivas e menos agressivas<sup>3</sup>.

De acordo com o INCA, a sobrevida do câncer de mama vem aumentando nas últimas décadas atingindo, atualmente, a taxa de 85% nos países desenvolvidos. Entretanto, essa mesma realidade não se aplica aos países em desenvolvimento, onde a sobrevida atinge valores entre 50% e 60%, sendo a maior causa de mortalidade de mulheres residentes nestes locais<sup>2</sup>.

No Brasil, ao analisarem-se os dados de mortalidade proporcional de mulheres por câncer de mama, no período de 2002 a 2012, observa-se uma tendência de aumento dos óbitos, conforme quadro abaixo.

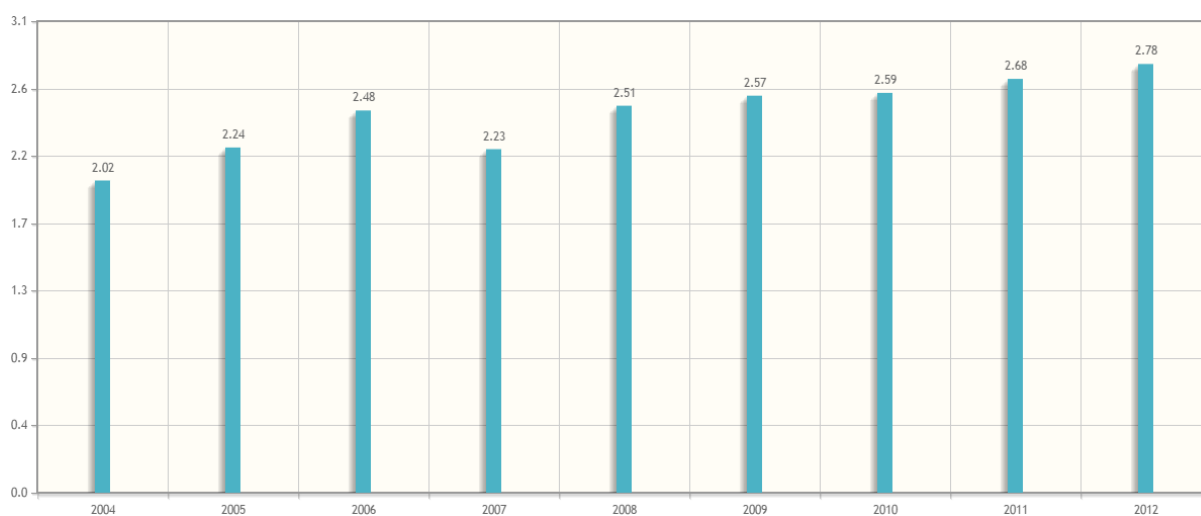
**Gráfico 1 - Mortalidade proporcional, não ajustada, por Câncer de Mama – Brasil 2002 a 2012.**

**Fontes:** SIM-CGIAE/DASIS/SVS/MS, IBGE e Divisão de Vigilância/Conprev/INCA/MS.



A Região Centro-oeste acompanha a tendência do restante do país, apresentando taxas crescentes de óbitos de mulheres por câncer de mama, tendo inclusive, a partir do ano de 2010, taxas de mortalidade proporcional superiores as do Brasil. Gráfico 2.

Gráfico 2 - Mortalidade proporcional não ajustada por Câncer de Mama na região Centro-oeste, entre 2002 e 2012.

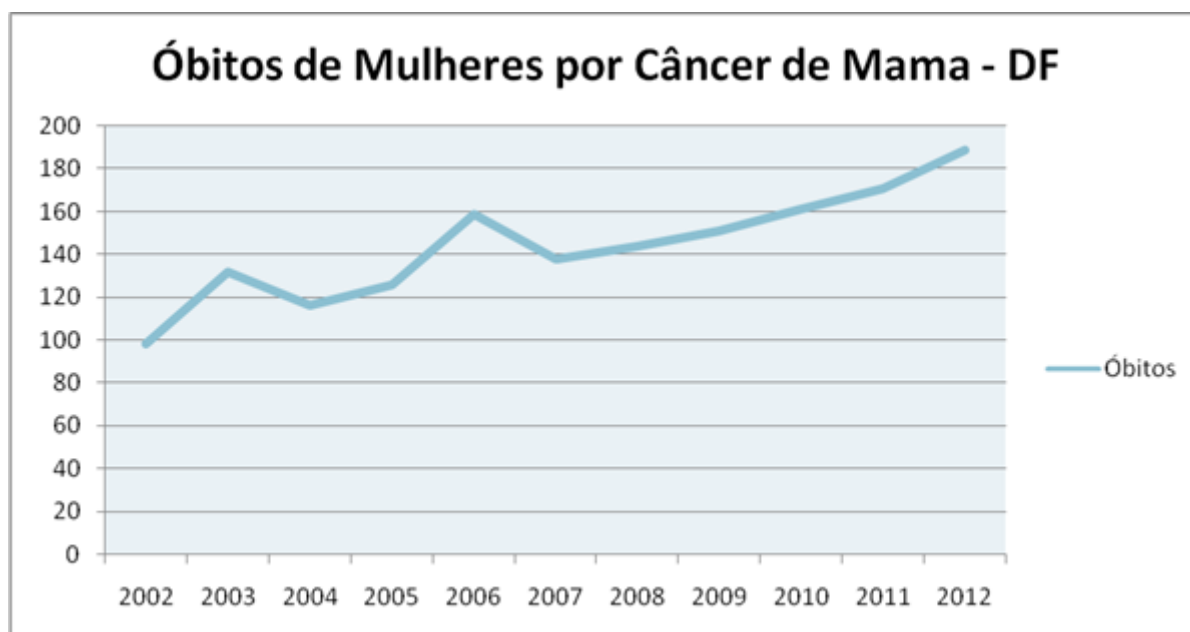


Fontes: SIM-CGIAE/DASIS/SVS/MS, IBGE e Divisão de Vigilância/Conprev/INCA/MS.

No Distrito Federal houve, entre 2002 e 2012, 1585 óbitos de mulheres por neoplasia mamária, cuja distribuição anual pode ser observada no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Óbitos de Mulheres por Câncer de Mama - 2002 a 2012 - Distrito Federal.

Fonte: Datasus/MS, 2013.



Sabendo-se que a prevenção primária dessa neoplasia não é possível, a alternativa para minimizar o impacto da doença, reduzindo as taxas de mortalidade, é a detecção precoce. Nesse ínterim, a Atenção Primária de Saúde como

organizadora da Rede de Saúde tem papel fundamental e deve ser orientada a fim de adotar as estratégias de rastreamento pautadas nesse documento.

## 6- Critérios de Inclusão

Todas as mulheres de risco habitual e risco elevado para câncer de mama.

### 6.1 Risco Habitual

O rastreamento na população de risco habitual é realizado em pacientes sem história familiar, em parentes de primeiro grau para câncer de mama ou ovário ou biópsias prévias com atipia.

Neste contexto, o rastreamento deve ser realizado seguindo as recomendações do quadro abaixo:

**Tabela 1 - Recomendações para rastreamento do Câncer de Mama na SES-DF.**

FAIXA ETÁRIA	ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO
Idade igual ou inferior a 49 anos	Exame clínico das mamas anual na atenção primária
50 a 69 anos	Exame clínico das mamas anual e mamografia bial solicitada pela atenção primária
Idade igual ou superior a 70 anos	Exame clínico das mamas anual na atenção primária

### 6.2 Risco Elevado

**Tabela 2 - Recomendações para rastreamento do Câncer de Mama na SES-DF para usuárias de risco elevado e de risco muito elevado.**

RISCO	CARACTERÍSTICA DO USUÁRIO	RASTREAMENTO
<b>Usuárias de risco elevado</b>	Mulheres com história familiar de câncer de mama em <b>um</b> parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou em qualquer idade de câncer de ovário ou câncer de mama bilateral <sup>6</sup> ; História familiar de câncer de mama masculino <sup>6</sup> .	Exame clínico da mama + Mamografia anual a partir dos 35 anos de idade na atenção primária.
<b>Usuárias de risco muito elevado</b>	Mulheres com história pessoal de câncer de mama prévio ou neoplasia lobular <i>in situ</i> , hiperplasia ductal ou lobular atípica <sup>8</sup> ; Mulheres que fizeram radioterapia torácica na infância ou adulta jovem (antes dos 30 anos) <sup>8</sup> ; Mulheres sabidamente portadoras da mutação dos BRCA 1 ou BRCA 2 ou ainda portadores da Síndromes de Li-Fraumeni ou Cowden <sup>8</sup> ; Mulheres com história familiar de câncer de mama <b>em dois</b> ou mais <b>parentes de primeiro grau</b> na pré-menopausa e ou risco superior a 20% durante a vida por modelos de risco BRCAPRO* ou TYRER CUZICK** <sup>8</sup> .	Encaminhamento para rastreamento com médico mastologista

\* BRCAPRO – [www.cyrillicsoftware.com](http://www.cyrillicsoftware.com)  
\*\* TyrerCuzick – [www.ems-trials.org/riskevaluator](http://www.ems-trials.org/riskevaluator)

## **7- Critérios de Exclusão**

Mulheres abaixo de 10 anos (início da idade fértil)

## **8- Conduta**

Todas as usuárias, mesmo aquelas fora de faixa etária alvo para o programa de rastreamento (50 a 69 anos) que comparecerem a consulta com médico ou com o enfermeiro na APS deverão ter suas mamas examinadas como parte da atenção integral que o serviço deve oferecer ao usuário.

Em relação ao rastreamento mamográfico, nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) o agente comunitário de saúde (ACS) tem o papel fundamental de identificar, durante as visitas domiciliares, as mulheres incluídas na faixa etária para o rastreamento mamográfico (50 a 69 anos), bem como checar a realização da mamografia de rastreamento com intervalo máximo de dois anos.

As mamografias de rastreamento são aquelas realizadas em pacientes sem queixas clínicas com o objetivo de diagnosticar o câncer antes que o mesmo apresente sintomas e, assim, proporcionar diagnóstico na fase pré-clínica da doença promovendo a diminuição nas taxas de mortalidade e aumento de sobrevivência. Os exames de rastreamento devem ser solicitados por médicos ou enfermeiros em todos os níveis de atenção à saúde.

Durante os exames clínicos de rastreamento, se o enfermeiro detectar alguma alteração no exame físico, deve encaminhar a usuária para o médico da equipe ou ginecologista que é o responsável por realizar o diagnóstico.

Pacientes que apresentam queixas relacionadas a patologias mamárias, mas não se enquadram no cenário de rastreamento, devem ser avaliadas pelo médico da equipe. A mamografia realizada em pacientes com queixas ou alterações do exame clínico é chamada de mamografia diagnóstica e deverá ser solicitada apenas por profissional médico, para elucidação do diagnóstico da alteração clínica apresentada. É importante ressaltar que as mamografias com a finalidade diagnóstica podem ser solicitadas em qualquer faixa etária.

- **Exame clínico da mama (realizar sempre que a paciente for submetida ao exame ginecológico)**

Uma rotina de exame deve ser sistematizada sendo importante examinar as mamas por completo, avaliando-se superiormente até a clavícula, inferiormente até o limite inferior da topografia das costelas, medialmente até o esterno e, lateralmente, até a linha axilar média.

O exame clínico das mamas é construído pela inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação da mama e das cadeias ganglionares da axila e fossas supra e infra-claviculares e expressão<sup>9</sup>.

- Inspeção estática: realizada com a mulher sentada com braços pendentes ao lado do corpo. Observar alterações no contorno da mama e ulcerações. As mamas devem ser comparadas observando assimetrias, diferenças na cor da pele, textura e padrão da circulação venosa<sup>9</sup>;

- Inspeção dinâmica: pedir para que a mulher levante e abaixe os braços lentamente e contraia os músculos peitorais (comprimir as palmas das mãos uma contra outra diante do tórax)<sup>9</sup>;

- Palpação: com a paciente ainda sentada deve-se palpar cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares. Com a paciente deitada em decúbito dorsal, mãos sob a cabeça, deve-se realizar a palpação das mamas. Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos<sup>9</sup>;

- Expressão: comprimir suavemente a região areolar e observar se há saída de alguma secreção<sup>9</sup>.

As alterações do exame clínico das mamas sugestivas de câncer de mama são:

- Qualquer nódulo mamário (a descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização);

- Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, distorções ou ulcerações do mamilo;

- Descarga papilar sanguinolenta, aquosa ou serossanguínea unilateral e espontânea. Secreções poliductais, bilaterais e que saem apenas com a expressão mamilar são associadas a condições benignas.

- Homens com massa unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada ou não a mudanças na pele<sup>9</sup>.



- **Autoexame da mama**

A orientação para que a mulher realize sistematicamente o autoexame da mama não é recomendada, pois ensaios clínicos não demonstraram a redução da mortalidade e há um aumento acentuado do número de biópsias com resultados benignos<sup>9</sup>.

Recomenda-se que os profissionais de saúde estimulem a mulher a ter uma política de alerta, que seja orientada sobre as mudanças habituais da mama e quais são os principais sinais da doença. A palpação ocasional da mama pode ser realizada sempre que a mulher se sentir confortável, porém, sem recomendação específica.

Os sinais de alerta são:

- Nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas;
- Mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento);
- Mudanças no mamilo (retração e desvio);
- Secreção espontânea pelo mamilo, principalmente se for unilateral<sup>9</sup>.

Caso a mulher observe algum sinal de alerta, esta deve ser orientada a procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência.

- **Mamografia**

Os exames de mamografia devem ser solicitados no formulário do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Todos os campos obrigatórios devem ser preenchidos e a falta desse preenchimento acarreta impossibilidade de cadastro no SISCAN e conseqüentemente prejuízo de faturamento.

Tabela 3 - Interpretação dos resultados de mamografia (BI-RADS)<sup>9</sup>.

BI-RADS	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
0	Exame incompleto	Avaliação médica. Solicitar ultra-sonografia ou outro exame de imagem sugerido pelo exame.
1	Exame negativo	Manter rotina de rastreamento conforme risco.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Manter rotina de rastreamento conforme risco.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Avaliação médica. Encaminhamento à ginecologia ou mastologia.
4	Exame com achado suspeito	Encaminhamento imediato à mastologia.
5	Exame com achado altamente suspeito	Encaminhamento imediato à mastologia.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Encaminhamento imediato à mastologia.

Observação Importante: A presença de alteração do exame clínico, mesmo na presença de mamografia normal, deve ser investigada.

- **Encaminhamento para Mastologia**

Os encaminhamentos para consulta em mastologia devem ser realizados por médico generalista, ginecologista ou de qualquer outra especialidade, no formulário GUIA DE CONSULTA ou FORMULÁRIO ESPECÍFICO com relatório médico com hipótese diagnóstica e CID. A marcação é realizada nos Núcleos de Regulação, Controle e Avaliação (NRCA) e Gerência de Regulação, Controle e Avaliação (GRCA) dos Centros de Saúde ou Hospitais via sistema de regulação com a seguinte classificação de risco a depender do caso:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
<b>RISCO AZUL</b> CID: N62, N64,9	Patologia Benigna para tratamento clínico ou seguimento – Mastalgia, Cistos, Patologia Benigna para correção cirúrgica estética, Mamas axilares, Ginecomastia
<b>RISCO VERDE</b> CID: N64,9	BIRADS 3 Pacientes com história prévia pessoal de Câncer de Mama <b>sem sinais de recidiva</b>
<b>RISCO AMARELO</b> CID: N63	BIRADS 0 Patologia provavelmente benigna com indicação de tratamento cirúrgico – mastites, fibroadenomas ou outros nódulos benignos palpáveis
<b>RISCO VERMELHO</b> CID: 50.9	Alterações de exames complementares que necessitam investigação – BIRADS 4 e 5 Exame clínico sugestivo de neoplasia maligna

É importante ressaltar que a equipe da APS deverá continuar mantendo vínculo e o acompanhamento da paciente ao longo da sua doença, por meio de visitas domiciliares e atendimentos na UBS, mesmo ela sendo acompanhada em um serviço especializado para tratamento.

### 8.1 Conduta Preventiva

Evidências mostram que o risco de câncer de mama pode ser reduzido com<sup>9</sup>:

- Amamentação: há diminuição de cerca de 4,3% do risco relativo para câncer de mama a cada 12 meses de lactação;
- Maior paridade e a primeira gravidez antes dos 30 anos: também está relacionada à redução do risco;
- Prevenção de obesidade pós-menopausa, sedentarismo e consumo de álcool;

- Uso criterioso na utilização de terapia de reposição hormonal;
- Não ingestão de álcool;
- A relação entre uma alimentação saudável, atividade física e gordura corporal adequada: estima-se ser possível prevenir 28% dos casos de câncer de mama.

## **8.2 Tratamento Não Farmacológico**

Não se aplica

## **8.3 Tratamento Farmacológico**

Não se aplica

### **8.3.1 Fármaco(s)**

Não se aplica

### **8.3.2 Esquema de Administração**

Não se aplica

### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Não se aplica

## **9- Benefícios Esperados**

Deteção precoce dos casos de câncer de mama resultando em tratamento oportuno o que diminuirá o uso de terapias mais agressivas e a mortalidade na população feminina do Distrito Federal.

## **10- Monitorização**

A monitorização se dará pelo acompanhamento do SISCAN, Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

## **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

Não se aplica devido se tratar de um protocolo de rastreamento precoce do câncer de mama.

## **12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Não se aplica devido se tratar de um protocolo de rastreamento precoce do câncer de mama.

### **13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

Pelo SISCAN, SIH e SIM.

### **14- Referências Bibliográficas**

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Tipos de câncer: mama. Acessado em: 23 abr. 2014. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama).
2. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama. Acessado em 23 abr. 2014. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatísticas vitais:mortalidade. Acessado em 26 mar. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. NELSON, H.D.; TYNE, K.; NAIK, A. et al. Screening for breastcancer: anupdate for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann InternMed, v.151, n.10, p.W237-42, 2009.
6. MILLEN, E.; FRASSON, A.; NOVITA, G. Doenças da mama: guia de bolso baseado em evidências. Editora Atheneu, 2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 13: Controle dos cânceres de colo de útero e de mama. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. SMITH, R.A.; COKKINIDE, V.; BRAWLEY, O.W. Cancerscreening in the United States, 2009: a reviewofcurrent American CancerSocietyguidelinesandissues in cancerscreening. CA Cancer J Clin, v. 59, n.1, p.24-41, 2009.
9. NELSON, H.D.; TYNE, K.; NAIK, A. et al. Screening for breastcancer: anupdate for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann InternMed, v.151, n.10, p.W237-42, 2009.

10. PACE, L.E.; KEATING, N.L.A

Systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. JAMA, v.311, n.13, p.1327-1335, 2014.

11. MILLER, A.B.; WALL, C.; BAINES, C.J. et al. Twenty-five year follow-up for

breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ, p.348-366, 2014.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

