

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA



2ª edição



Brasília – DF
2013

13

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA

2^a edição

Cadernos de Atenção Básica, n° 13



Brasília – DF
2013

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://www.saude.gov.br/editora>>.

Tiragem: 2ª edição – 2013 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Ed. Premium, bloco II, subsolo

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-9090 / 3315-9044

Site: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

E-mail: dab@saude.gov.br

Editor Geral:

Héider Aurélio Pinto

Editor Técnico:

Patrícia Sampaio Chueiri

Revisão Técnica:

Fernanda Ferreira Marcolino

Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Autores:

Anke Bergman

Arn Migowski Rocha dos Santos

Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz

Célia Regina de Andrade Costa

Cláudia Naylor

Edneusa Mendes Nascimento

Ellyete Canella

Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Flávia de Miranda Corrêa

Gilmara Lúcia dos Santos

Jeane Gláucia Tomazelli

Luciana Ferreira Bordinoski

Maria Beatriz Kneipp Dias

Maria de Fátima Gonçalves Enes

Mônica de Assis

Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva

Solange da Silva Malfacini

Teresa Reis

Autores da 1ª Edição:

Celina Márcia Passos de Serqueira e Silva

Edenice Reis da Silva

Fátima Meireles Pereira Gomes

Giani Silvana Schwengber Cezimbra

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Colaboradores:

Ana Maria Ramalho Ortigão Farias

Célia Regina A. Costa

Patty Fidelis de Almeida

Coordenação Editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva

Normalização:

Marjorie Fernandes Gonçalves

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva

Revisão: Khamila Silva e Mara Soares Pamplona

Diagramação: Kátia Barbosa de Oliveira

Supervisão editorial: Débora Flaeschen

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

124 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

ISBN xxx-xx-xxx-xxxx-x

1. Atenção básica. 2. Saúde da Mulher. 3. Câncer do Colo do Útero. 4. Câncer de Mama. I. Título. II. Série.

CDU 618.146-006.6

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0067

Títulos para indexação:

Em inglês: Control of the uterine cervix cancer and breast cancer

Em espanhol: Control de los cánceres de cuello uterino y de mama

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Atenção Integral à Saúde: o olhar sobre o sujeito	25
Figura 2 – Linha de cuidado no câncer	25
Figura 3 – Relações anatômicas do útero	41
Figura 4 – Localização da Junção Escamocolunar (JEC).....	41
Figura 5 – Consultório ginecológico.....	61
Figura 6 – Espátula de Ayre, escova endocervical.....	62
Figura 7 – Coleta ectocervical	64
Figura 8 – Coleta endocervical	64
Figura 9 – Colocação do material na lâmina.....	65
Figura 10 – Mama humana.....	83
Figura 11 – Inspeção estática	96
Figura 12 – Inspeção dinâmica.....	96
Figura 13 – Inspeção dinâmica – alteração do contorno da mama.....	97
Figura 14 – Palpação da mama	97
Figura 15 – Palpação da axila.....	97
Figura 16 – Material necessário para a realização da PAG	102
Figura 17 – Pistola de Cameco, suporte para a realização da PAAF.....	102
Figura 18 – Escala analgésica da Organização Mundial da Saúde	116

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual do intervalo da realização de citologia anterior	58
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos exames citopatológicos, segundo a faixa etária	59
Gráfico 3 – Taxas de mortalidade específicas por idade, para o câncer de mama feminino, por 100 mil mulheres. Brasil, 1995 a 2000.....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Força da recomendação (adaptado das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero)	47
Quadro 2 – Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências	67
Quadro 3 – Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal ...	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama, por 100 mil mulheres, em países selecionados, em 2008	85
Tabela 2 – População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama	93
Tabela 3 – Categorias BI-RADS® no exame mamográfico, interpretação e recomendação de conduta	99

Sumário

Apresentação	11
1 Introdução	15
2 Organização da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama.....	19
2.1 Humanização e acolhimento à mulher	22
2.2 Políticas de saúde de relevância para o controle do câncer do colo do útero e da mama.....	23
2.3 Linha de cuidado para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama.....	24
2.3.1 Estrutura operacional das linhas de cuidado	28
2.4 Atribuição dos profissionais da Atenção Básica no controle dos cânceres do colo do útero e da mama.....	32
2.4.1 Atribuição dos profissionais da Atenção Básica.....	32
REFERÊNCIAS.....	37
3 Controle do Câncer do Colo do Útero	39
3.1 O colo do útero.....	41
3.2 Câncer do colo do útero.....	42
3.2.1 Magnitude.....	42
3.2.2 História natural da doença.....	43
3.2.3 Manifestações clínicas	45
3.3 Promoção da Saúde	45
3.4 Prevenção primária.....	46
3.5 Prevenção secundária: detecção precoce	46
3.5.1 Rastreio de lesões precursoras do câncer do colo do útero	47
3.5.2 Coleta do material para o exame citopatológico do colo do útero	59
3.6 Recomendações diante dos resultados de exames citopatológicos	66
3.6.1 Nomenclatura citológica brasileira.....	66
3.6.2 Exame citopatológico normal	67

3.6.3 Exame citopatológico anormal	70
3.7 Sistema de informação para as ações de controle de câncer do colo do útero	73
REFERÊNCIAS.....	74
4 Controle do Câncer da Mama	81
4.1 Glândula mamária	83
4.2 Câncer de mama	84
4.2.1 Magnitude.....	85
4.2.2 História natural	86
4.2.3 Fatores de risco	87
4.2.4 Manifestações clínicas	88
4.3 Promoção da Saúde e prevenção primária	89
4.4 Detecção precoce.....	90
4.4.1 Diagnóstico precoce	90
4.4.2 Rastreamento.....	91
4.4.3 Participação da mulher.....	94
4.5 Investigação diagnóstica	95
4.5.1 Exame Clínico das Mamas	95
4.5.2 Métodos de imagem.....	99
4.5.3 Métodos invasivos.....	101
4.6 Condutas	103
4.6.1 Lesões palpáveis.....	103
4.6.2 Lesões não palpáveis	103
4.7 Tratamento	104
REFERÊNCIAS.....	107
5 Cuidados Paliativos	109
5.1 Princípios fundamentais dos cuidados paliativos	112
5.2 Integração das ações de cuidados paliativos com a Rede de Atenção à Saúde	113
5.2.1 Como abordar o paciente em cuidados paliativos	113
5.2.2 Controle de sintomas do paciente em cuidados paliativos.....	114
5.3 Cuidados paliativos na Atenção Domiciliar	116

5.3.1 Organização da Atenção Domiciliar	117
5.3.2 A produção do cuidado em Atenção Domiciliar.....	118
5.3.3 Identificação da necessidade de Atenção Domiciliar	118
5.3.4 Processo de trabalho construído em equipe.....	119
5.3.5 Pactuação da Atenção Domiciliar com a família	120
5.3.6 Cuidador.....	120
REFERÊNCIAS.....	122

Apresentação

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País.

Este Caderno busca contribuir com a organização da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama no Sistema Único de Saúde (SUS) considerando a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Dentro dessa perspectiva, o Ministério da Saúde apresenta a 2ª edição do Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, elaborado com a finalidade de orientar a atenção às mulheres subsidiando tecnicamente os profissionais da Atenção Básica em Saúde, disponibilizando conhecimentos atualizados de maneira acessível, que lhes possibilitem tomar condutas adequadas em relação ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Secretaria de Atenção à Saúde

Introdução

1

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é realizada em todo o País, de forma descentralizada, próxima ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. As unidades básicas de saúde (UBS), onde trabalham as equipes de Saúde da Família (ESF) ou de Atenção Básica tradicional (EAB), são a principal porta de entrada do sistema e o ponto de contato preferencial do usuário.

A AB tem, entre suas atribuições, o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. Nesse sentido, ela acompanha os usuários longitudinalmente, mesmo quando ele demanda de um serviço especializado ou de uma internação, e é responsável pela coordenação das ações dos diversos serviços sobre os profissionais. Ela ainda é responsável pela articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população.

Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2008, ocorreram 1.384.155 casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Nesse mesmo ano, foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero (WHO, 2008). No Brasil, para o ano de 2012, são estimados 52.680 casos novos de câncer de mama feminino e 17.540 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2012).

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade. Nesse intuito, o Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama – elaborado pelo Ministério da Saúde, é um dos instrumentos para auxiliar na qualificação dessas ações.

Este material vem para apoiar os profissionais que atuam na Atenção Básica, na sistematização de ações para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama. É realizada uma ampla abordagem sobre os cânceres do colo do útero e da mama, destacando-se ações de promoção, detecção precoce e controle com enfoque na atenção básica.

As ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola, outras abordagens grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer.

Com relação à detecção precoce, a maior parte dessas ações também ocorre na atenção básica. Tanto as ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas sadias, quanto as ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico, devem ser realizadas no cotidiano das equipes.

18

Após o recebimento de um exame "positivo", cabe a AB realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. Nesse processo, é fundamental a avaliação da usuária, avaliar a compreensão que a mesma tem sobre sua doença e estimular a adesão ao tratamento. O sistema logístico da rede (sistema de informação) deve permitir que a AB tenha acesso a relatórios do tratamento, durante a sua realização, bem como à contrarreferência, quando o serviço especializado realizar a alta dessa usuária. Muitas vezes, mesmo após a alta, a usuária demanda cuidados especiais, principalmente na periodicidade de acompanhamento.

Também cabe destacar o papel da Atenção Básica no que tange aos cuidados paliativos. O tratamento dos cânceres nem sempre é curativo. Mesmo diante de todo o aporte tecnológico atual, existem falhas terapêuticas, que ocorrem com mais frequência quando o quadro é mais avançado no diagnóstico. Nesse sentido, muitas vezes o tratamento visa diminuir o tumor existente e aumentar a sobrevida e a qualidade de vida, e a usuária passará a conviver com a doença por um período de tempo variado. O tratamento paliativo não se resume ao doente terminal, acamado, mas envolve graus variados de acometimento orgânico e qualidade de vida. Muitas vezes o usuário pode demandar apenas medicações intravenosas ou analgésicos mais potentes, enquanto que em outros casos ele pode demandar a atenção domiciliar.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas. Esse material espera contribuir no processo de educação permanente dos profissionais da Atenção Básica, ampliando a sua capacidade para atuar sobre essa frequente condição de saúde da população feminina.

Organização da Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama

2

A Política Nacional de Atenção Básica, de acordo com a normatização vigente do SUS, define a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada enfatizando a função resolutiva, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde da população.

No contexto de Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde instituiu quatro compromissos prioritários (Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011), entre eles o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2011a). Com o intuito de garantir esse compromisso foi lançado, em 2011, o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres.

Para enfrentar esse desafio, o plano define metas e ações específicas a serem implementadas até 2014.

O plano é composto por eixos estruturantes e ações transversais, estratégicas para a implementação da política e do bom funcionamento dos programas nacionais para o controle desses cânceres. Os eixos estruturantes correspondem ao fortalecimento do Programa Nacional de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama.

Saiba mais:

- **Política Nacional de Atenção Básica.**
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.**
- **Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.**
- **Portaria nº 1.472, de 24 de junho de 2011, que institui o comitê de mobilização social, o comitê de especialistas e a rede colaborativa.**
- **Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>.**

2.1 Humanização e acolhimento à mulher

Humanização na saúde significa a valorização da qualidade técnica e ética do cuidado, aliada ao reconhecimento dos direitos do(a) usuário(a), de sua subjetividade e referências culturais, garantindo respeito às questões de gênero, etnia, raça, situação econômica, orientação sexual, e a grupos populacionais como indígenas, trabalhadores, quilombolas, ribeirinhos, assentados e população em situação de rua.

Nestes anos de construção, o Sistema Único de Saúde (SUS) avança em diversos cantos do País, nos territórios vivos onde as pessoas moram e a vida acontece, onde atuam as equipes de saúde, nos serviços e na comunidade.

No contexto da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS, compreende-se como humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a cor-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

A concretude dessa política se dá por meio de seus dispositivos – tecnologias, ferramentas e modos de operar. Entre esses se destaca o “acolhimento”, que se caracteriza como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos(as) que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades – escuta qualificada – e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com os(as) usuários(as). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções.

A lógica de organização da atenção básica propicia encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população. Para isso, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades de saúde.

23

Nesta dimensão do cuidado, os profissionais de saúde, precisam ser dotados de atitudes proativas estimulando a adesão pela mulher desde as ações preventivas até o tratamento da doença. Devem aproveitar as oportunidades da presença da mulher nas unidades básicas de saúde em todos os atendimentos, inclusive enquanto a equipe de saúde dialoga sobre outras intervenções, potencializando dessa forma o seu papel de agente mobilizador.

A população brasileira é de 190.755.799 habitantes, sendo que as mulheres representam 51,03% desta população (IBGE, 2010). A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) vem promovendo importantes avanços em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais.

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam forte impacto nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero, as quais se referem ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher as expõem a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte.

Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina diante de certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade que a situação com fatores biológicos. É importante considerar as especificidades na população feminina – negras, indígenas, trabalhadoras da cidade e do campo, as que estão em situação de prisão e de rua, as lésbicas e aquelas que se encontram na adolescência, no climatério e na terceira idade – e relacioná-las à situação ginecológica, em especial aos cânceres do colo do útero e da mama.

2.2 Políticas de saúde de relevância para o controle do câncer do colo do útero e da mama

A Política Nacional de Promoção à Saúde (BRASIL, 2010b) tem entre seus objetivos promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Além disso, visa ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral

à saúde, e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras).

Nesse sentido, o governo federal lançou o *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022* que aborda quatro principais doenças, quais sejam: doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, diabetes e câncer; e os fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade.

Os objetivos do plano são: promover o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco; e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

Entre as metas nacionais propostas estão:

- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos.
- Ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos.
- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

E as principais ações para o enfrentamento dos cânceres do colo do útero e da mama são:

- Aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres do colo do útero e da mama (INCA, 2011a).
- Universalização desses exames a todas as mulheres, independentemente de renda, raça-cor, reduzindo desigualdades, e garantia de 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer.

Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS, como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

2.3 Linha de cuidado para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama

O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que seja garantido o acesso aos serviços e ao cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos na singularidade de sua história de vida, nas condições socioculturais, nos anseios e nas expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida.

Figura 1 – Atenção Integral à Saúde: o olhar sobre o sujeito



Fonte: (INCA, 2012).

As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades.

Figura 2 – Linha de cuidado no câncer



Fonte: (INCA, 2012).

No contexto da Rede Temática de Oncologia, as Linhas de Cuidado dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama implicam na organização de um conjunto de ações e serviços de saúde, estruturados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização para dar conta dos desafios atuais onde os quadros relativos a esses cânceres são de alta relevância epidemiológica e social.

A organização da Linha de Cuidado envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base na evidência disponível na literatura científica.

A Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do câncer do colo do útero, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno.

26

Será organizada a partir de algumas diretrizes, entre elas:

1. Prevenção e detecção precoce

- Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, ressaltando que o câncer do colo do útero é prevenível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos, o câncer.
- Estruturar os serviços de saúde para rastrear todas as mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta.
- Acompanhar e tratar todas as mulheres positivas, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (INCA, 2011a).

2. Programa Nacional de Qualidade da Citologia

- Garantia de citologias de alto padrão.
- Garantir referência para cito e histopatologia.

3. Acesso à confirmação diagnóstica

- Garantia do acesso ao tratamento adequado da lesão precursora em tempo oportuno.
- Definir e pactuar que a unidade de referência deve realizar todos os procedimentos: colposcopia, biópsia, EZT e utilizar o método “ver e tratar”.
- Implantar centros qualificadores de ginecologistas para atuarem na unidade de referência para diagnóstico e tratamento da lesão precursora.

4. Tratamento adequado e em tempo oportuno

- Definir e pactuar serviços terciários para procedimentos especializados, como conização, quimioterapia e radioterapia.
- Garantir que todas as mulheres iniciem seu tratamento o mais breve possível.
- Permitir que as mulheres com câncer do colo de útero sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada.
- Garantir que toda mulher com câncer do colo de útero receba cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.
- Garantir que todo hospital que trata câncer do colo do útero tenha Registro Hospitalar de Câncer em atividade.

- Garantir que toda mulher com câncer do colo do útero tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

A Linha de Cuidado do Câncer da Mama tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e serviços qualificados para promover a prevenção do câncer de mama, acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. Será organizada a partir das seguintes diretrizes:

1. Prevenção e detecção precoce

- Fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer da mama, enfatizando que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de prevenir-lo.
- Alertar médicos e população sobre os riscos associados à terapia de reposição hormonal.
- Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre a detecção precoce do câncer da mama para todas as mulheres, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer da mama.
- Realizar o diagnóstico precoce de lesões sugestivas de câncer de mama e encaminhá-las com prioridade para atenção especializada.
- Organizar o rastreamento das mulheres de 50 a 69 anos em áreas cuja elevada ocorrência deste tipo de câncer justifique esta iniciativa.

2. Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM)

- Garantir imagens radiográficas de alto padrão com doses mínimas de radiação.
- Incluir todos os serviços de mamografia no Programa Nacional de Qualidade em Mamografia.

3. Acesso à confirmação diagnóstica

- Definir e pactuar serviços de referência para confirmação diagnóstica dos casos suspeitos.
- Regular o acesso à confirmação diagnóstica, propiciando que casos referenciados pela atenção primária com lesão palpável, ou outros sinais e sintomas suspeitos tenham prioridade.

4. Tratamento adequado e em tempo oportuno

- Definir e pactuar com unidade terciária de referência para tratamento dos casos confirmados.
- Garantir que todas as mulheres, com diagnóstico de câncer de mama confirmado, iniciem seu tratamento o mais breve possível.
- Garantir que toda mulher com câncer da mama tenha seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor de estrogênio e progesterona.

- Permitir que as mulheres com câncer da mama sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada, que inclua médicos (cirurgião, oncologista clínico e radioterapeuta), enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas.
- Garantir que toda mulher com câncer da mama receba cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.
- Garantir que todo hospital que trate câncer da mama tenha Registro Hospitalar de Câncer em atividade.
- Garantir que toda mulher com câncer da mama tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

2.3.1 Estrutura operacional das linhas de cuidado

2.3.1.1 Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica

As ações da Atenção Básica são diversas no controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Vão desde cadastro e identificação da população prioritária ao acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos.

É fundamental que a equipe conheça a sua população, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adscrita. A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes, bem como avaliação dos resultados dos exames e dos exames insatisfatórios no caso do colo do útero.

As ações de prevenção da saúde são uma estratégia fundamental, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além de abordagens para grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de crianças em puericultura, idosas), é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação.

A realização do citopatológico deve ocorrer na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. A estratégia de mutirão em horários alternativos permite atingir mulheres que geralmente não conseguem ter acesso ao exame. Usuárias que não comparecem espontaneamente podem ser convocadas para realização do exame. Independente da forma de abordagem, o exame deve ser coletado mediante a técnica descrita no capítulo específico, e a mulher deve ser respeitada e abordada integralmente.

No caso da mamografia, a solicitação deve ser realizada pelo profissional da unidade, durante a consulta ou em estratégias de busca ativa de mulheres, como visita domiciliar. É fundamental que nas consultas o profissional realize o exame clínico das mamas para detectar lesões palpáveis. Além de solicitar o exame, cabe realizar orientações sobre a forma que o exame é feito, bem como a sua importância para fortalecer a aderência da usuária à sua realização.

29

Após a realização da coleta do citopatológico, cabe à Atenção Básica encaminhar o material para análise, e aguardar o recebimento dos laudos. Em unidades não informatizadas, cabe realizar um cadastro manual dos exames encaminhados para poder acompanhar o retorno dos laudos. Cabe o mesmo em relação às solicitações de mamografia, constando as informações das datas de solicitação e de realização do exame, informada pelo serviço de mamografia ou pela própria usuária. O resultado deve ser informado à mulher, preferencialmente durante uma consulta.

De posse do resultado, o profissional deve realizar a conduta de acordo com o resultado. Caso o resultado determine encaminhamento a outro serviço, é fundamental realizar uma solicitação de encaminhamento qualificada, com os dados relevantes sobre a usuária, sobre o quadro clínico e sobre o resultado do exame. Além disso, é necessário que a equipe acompanhe essa mulher, verificando a adesão ao tratamento.

Como a AB é a coordenadora do cuidado, ela deve acompanhar as usuárias durante todo o tratamento, avaliando a necessidade de intervenções durante esse processo. Em especial no caso do cuidado paliativo, a equipe deve estar preparada para acolher essa usuária e propiciar o seu tratamento. Grande parte das necessidades em cuidados paliativos pode ser realizada pela equipe, na UBS ou no domicílio da usuária.

2.3.1.2 Atenção Secundária à Saúde

Os serviços de atenção secundária são compostos por unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital; e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados.

Eles devem servir de referência para um conjunto de unidades de Atenção Básica, prestando atendimento mediante encaminhamento. No caso do câncer do colo do útero, eles devem realizar a colposcopia, bem como os outros procedimentos necessários para a confirmação diagnóstica conforme o caso. No caso do câncer da mama, essa unidade deve ser capaz de biópsia diagnóstica. Alguns tratamentos também podem ser realizados nessas unidades, e caso mais graves, que necessitem de procedimentos mais complexos, devem ser encaminhados para as unidades terciárias. Alguns desses serviços, também possuem ações de radiodiagnóstico, e são responsáveis por realizar mamografia e outros exames de imagem conforme organização regional.

Além do atendimento à usuária, é fundamental que esse serviço forneça um relatório para a equipe da Atenção Básica em relação à alta. Esse relatório deve informar os procedimentos realizados, o diagnóstico, bem como orientações com relação ao seguimento e ao acompanhamento dessa usuária.

No caso do câncer do colo do útero, a unidade especializada é a referência para confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

2.3.1.3 Atenção Terciária à Saúde

30

A atenção terciária é composta por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico hospitalares. Com a atenção especializada ela constitui referência para a Atenção Básica dentro da lógica de hierarquização e regionalização do SUS.

A Rede de Atenção Terciária deve ser planejada com base em parâmetros populacionais, com oferta de um conjunto mínimo de procedimentos.

No caso da atenção ao câncer, é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia – cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia – e que é responsável pela oferta ou coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer.

2.3.1.4 Sistema de Apoio e Diagnóstico (SADT)

É fundamental a estruturação de laboratórios de referência para citopatologia e histopatologia para avaliação do material coletado. Esses laboratórios devem seguir as recomendações técnicas do Instituto Nacional do Câncer (Inca), especialmente no que tange à produção anual e às técnicas que devem ser disponibilizadas. Os laudos devem ser liberados agilmente, permitindo que as condutas sejam realizadas em tempo oportuno. É fundamental que esses laboratórios estejam integrados com o sistema de informação, para que os resultados sejam vinculados aos cadastros das usuárias. Os serviços de radiodiagnóstico são responsáveis por realizar mamografia e outros exames de imagem conforme organização regional.

2.3.1.5 Sistema de Informação

Para o aprimoramento dos programas de rastreamento e diagnóstico precoce é fundamental a estruturação de um sistema de informação que possibilite o diálogo entre os diversos serviços.

Está em desenvolvimento o Sistema de Informação do Câncer (Siscan), que é a versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e do Câncer de Mama (Sismama).

São usuários do sistema as coordenações do programa de controle de câncer do colo do útero e da mama, unidades de saúde e os prestadores de serviço que realizam os exames citopatológico e histopatológico do colo do útero, citopatológico e histopatológico de mama e mamografia. As coordenações e os prestadores de serviço só terão acesso ao sistema via internet. As unidades de saúde, com acesso à internet, podem solicitar exames e cadastrar informações no módulo seguimento. As informações ficam disponíveis em tempo real ao serem inseridas no sistema pela internet.

Em unidades de saúde sem acesso à internet, as requisições dos exames podem ser feitas pelo formulário impresso e entregues ao prestador de serviço que fará a inclusão no sistema. Para

cadastrar informações no módulo seguimento, essas unidades de saúde continuarão recebendo as fichas de busca ativa impressas pelas coordenações de controle do câncer.

Este sistema será integrado ao Cadastro Nacional de Cartão Saúde (CadSUS) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por isso é necessário que os dados das unidades de saúde, dos prestadores de serviço e dos profissionais habilitados para solicitar exames e dar laudos estejam atualizados nesse cadastro.

O sistema funcionará por meio de permissão de acesso. O *login* é uma permissão eletrônica para acesso ao sistema. A coordenação nacional libera um *login* de acesso a todas as coordenações estaduais, que deverão fornecer *logins* às regionais e municipais. Prestadores de serviço e unidades de saúde o receberão da sua coordenação gestora.

Existem perfis diferentes de acesso ao sistema definidos por meio do *login*. As funcionalidades do sistema ficam disponíveis de acordo com o perfil do usuário, assim cada usuário terá além do *login*, uma senha e será responsável pelas informações registradas.

Como há identificação da mulher, o histórico e a situação de seguimento são atualizados automaticamente, ou seja, todos os exames e tratamentos de uma mulher que tem alguma alteração são registrados em seu histórico. As unidades de saúde e as coordenações podem inserir informações de seguimento. A mulher que entrar no seguimento será visualizada pela coordenação do seu estado, do seu município e pela unidade de saúde que já tenha solicitado algum exame para ela.

Não será necessário descentralizar o seguimento. Dessa forma, as unidades de saúde poderão organizar suas atividades para alcançar maior efetividade e garantir uma melhor assistência às mulheres que necessitam de acompanhamento diferenciado.

O sistema disponibilizará alguns relatórios gerenciais, como por exemplo, o número de mulheres examinadas por período, possibilitando o cálculo de cobertura. As coordenações e as unidades de saúde poderão avaliar e reorganizar suas ações de forma a utilizar mais adequadamente os seus recursos e se estruturar para atingir um maior número de mulheres, ampliando sua cobertura.

O sistema apresentará um módulo de rastreamento que permite convocar as mulheres cadastradas para realizar os exames de rastreamento, segundo a periodicidade e a faixa etária recomendadas. Assim, as localidades que se proponham a realizar o rastreamento organizado poderão convocar as mulheres da população-alvo que não tenham realizado exame e aquelas que estejam no período de novo exame. As unidades de saúde poderão gerenciar seus módulos de rastreamento garantindo a oferta e a cobertura adequada, de forma a atingir, ao longo do tempo, a redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero e a mortalidade por câncer da mama, quando garantido o acesso à confirmação diagnóstica e ao tratamento nas situações necessárias.

O sistema inclui um módulo do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, onde os prestadores não SUS irão fazer interface para enviar as informações necessárias aos indicadores

de avaliação do programa. Os prestadores SUS fornecerão as informações para os indicadores do programa diretamente do Siscan.

2.3.1.6 Sistema de Regulação

32

A regulação deve ser compreendida como instrumento para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos intergestores, promovendo equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde, conforme a atual Política Nacional de Regulação.

Nesse sentido, é fundamental que os fluxos sejam claramente estabelecidos, com classificação de risco e priorização dos casos potencialmente mais graves. Uma usuária com um nódulo palpável deve ser atendida mais rapidamente que uma usuária assintomática com uma imagem suspeita na mamografia.

Na estruturação desse componente, a partir da realidade local, devem ser atribuídas as funções que competem à central de regulação. Não faz sentido criar uma central exclusiva para essas doenças, as ações devem ser integradas nas centrais existentes na região, como Central de Regulação de Internações, Central de Regulação de Urgência e Emergência, Central de Regulação Ambulatorial, entre outros desenhos possíveis nos territórios.

2.4 Atribuição dos profissionais da Atenção Básica no controle dos cânceres do colo do útero e da mama

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, envolvendo intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos.

2.4.1 Atribuição dos profissionais da Atenção Básica

Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe

- a. Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama.
- b. Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade.

- 33
- c. Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.
 - d. Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal.
 - e. Garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informação vigentes.
 - f. Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade.
 - g. Realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.
 - h. Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.
 - i. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe.
 - j. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, com utilização dos dados presentes nos sistemas de informação.
 - k. Identificar mulheres no território que necessitem de atenção domiciliar, realizando a atenção em AD1 e encaminhando à Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad) nos casos de AD2 e AD3.
 - l. Realizar atenção em cuidados paliativos na unidade ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária.
 - m. Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher.
 - n. Desenvolver atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade.
 - o. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.
 - p. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais da equipe.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

- a. Conhecer a importância da realização da coleta do exame citopatológico como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua microárea.
- b. Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de mama na população feminina de sua microárea.

- 34
- c. Realizar visita domiciliar às mulheres de sua microárea orientando sobre a importância da realização dos exames e facilitando o acesso a eles.
 - d. Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco.
 - e. Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com o planejamento da equipe, visando à promoção da saúde, à prevenção, e ao acompanhamento das mulheres.
 - f. Realizar visitas domiciliares às mulheres com resultados alterados, para estimular a adesão ao tratamento e fazer busca ativa das faltosas.

Atribuições do médico

- a. Atender as usuárias de maneira integral.
- b. Realizar a consulta e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária.
- c. Realizar consulta e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária.
- d. Solicitar mamografia, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária.
- e. Solicitar exame complementar à mamografia, como ultrassonografia, quando o laudo assim o indicar.
- f. Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e da mama, bem como solicitar os exames adicionais.
- g. Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero.
- h. Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como Doença Sexualmente Transmissível (DST), na oportunidade do rastreamento.
- i. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária.
- j. Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou Emad.
- k. Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe.
- l. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde.

Atribuições do enfermeiro

- 35
- a. Atender as usuárias de maneira integral.
 - b. Realizar consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária.
 - c. Realizar consulta de enfermagem e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária.
 - d. Solicitar exames de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local.
 - e. Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e de mama.
 - f. Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero.
 - g. Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como DSTs, na oportunidade do rastreamento, de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local.
 - h. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária.
 - i. Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou Emad.
 - j. Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe.
 - k. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde.

Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem

- a. Atender as usuárias de maneira integral.
- b. Realizar coleta de exame citopatológico, observadas as disposições legais da profissão, ação do técnico de enfermagem.
- c. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária.
- d. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para a adequada realização do exame citopatológico.
- e. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Atribuições do cirurgião-dentista

- a. Atender as usuárias de maneira integral.
- b. Realizar avaliação da saúde bucal e procedimentos clínicos das pacientes em tratamento de cânceres do colo do útero e da mama.
- c. Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária.
- d. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Atribuições do auxiliar/técnico em saúde bucal

- a. Atender as usuárias de maneira integral.
- b. Realizar atenção em saúde bucal e atividades de promoção e prevenção à saúde, de acordo com a legislação específica.
- c. Auxiliar, no desenvolvimento das ações de cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária.
- d. Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

REFERÊNCIAS

37

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Seção 1. p. 119-120.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 out. 2011b. Seção 1. p. 48-55.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para a construção de Polos da Academia da Saúde, *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 2011c. Seção 1. p. 107-108.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010a Seção 1. p. 89.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: o Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. Brasília, 2011d.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010b.
- IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/>>. Acesso em: 6 jun. 2012.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação-Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2011a.
- _____. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2011c.
- _____. **Situação do câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/>>. Acesso em 3 set. 2012.
- REVISTA REDE CÂNCER. Rio de Janeiro: Inca, maio 2007-
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on cancer: Globocan 2008. In: _____. **World Cancer Report**. Lyon: WHO, 2008. p. 11-104.

Controle do Câncer do Colo do Útero

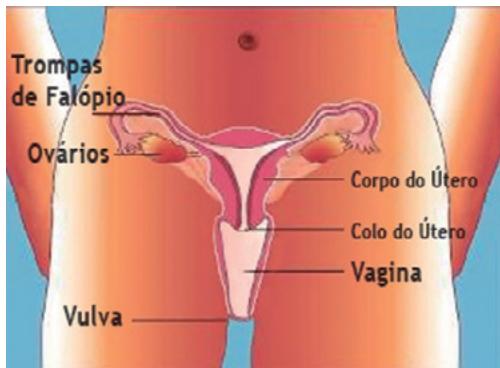
3

3.1 O colo do útero

O útero é um órgão do aparelho reprodutor feminino que está situado no abdome inferior, por trás da bexiga e na frente do reto e é dividido em corpo e colo. Essa última parte é a porção inferior do útero e se localiza dentro do canal vaginal.

41

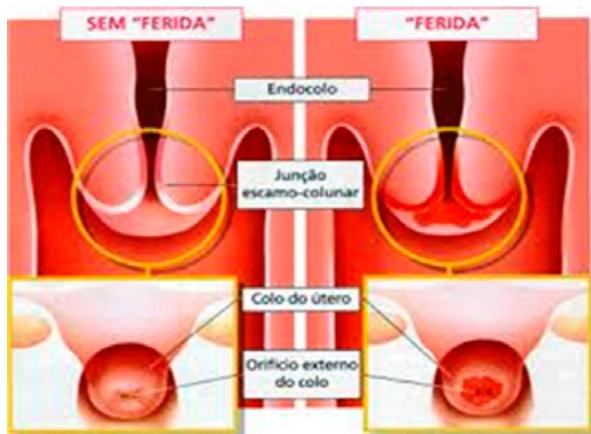
Figura 3 – Relações anatômicas do útero



Fonte: (TUDO..., 2102).

O colo do útero apresenta uma parte interna, que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco – epitélio colunar simples. A parte externa, que mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios, encontra-se a junção escamocolunar (JEC), que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher. Na infância e no período pós-menopausa, geralmente, a JEC situa-se dentro do canal cervical. No período da menarca, fase reprodutiva da mulher, geralmente, a JEC situa-se no nível do orifício externo ou para fora desse – ectopia ou eversão.

Figura 4 – Localização da Junção Escamocolunar (JEC)



Fonte: (CARVALHO, 2012).

Nessa situação, o epitélio colunar fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil a essas células. Assim, células subcilíndricas, de reserva, bipotenciais, por meio de metaplasia, se transformam em células mais adaptadas (escamosas), dando origem a um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Nessa região pode ocorrer obstrução dos ductos excretores das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth.

É na zona de transformação que se localizam mais de 90% das lesões precursoras ou malignas do colo do útero.

3.2 Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância.

Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular.

3.2.1 Magnitude

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008).

“No Brasil, no ano de 2012, são esperados 17.540 casos novos, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Em 2009, esta neoplasia representou a terceira causa de morte por câncer em mulheres (5.063 óbitos), com taxa de mortalidade ajustada por idade, pela população mundial, de 4,8/100 mil mulheres (BRASIL, 2012).”

Uma das mais importantes descobertas na investigação etiológica de câncer nos últimos 30 anos foi a demonstração da relação entre o HPV (papilomavírus humano) e o câncer do colo do útero, mortalidade ajustada por idade, pela população mundial, de 4,8/100 mil mulheres (BRASIL, 2012).

As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoces bem estruturados. Países europeus,

Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados. Segundo o Globocan (WHO, 2008), enquanto na Finlândia as taxas de incidência e de mortalidade por câncer do colo do útero, padronizadas pela população mundial, foram 3,7 e 0,9 por 100 mil mulheres, respectivamente, na Tanzânia alcançaram valores de 50,9 e 37,5. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 80% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países em desenvolvimento (WHO, 2008), que concentram 82% da população mundial (UN, 2008).

Na análise regional no Brasil, o câncer do colo do útero destaca-se como o primeiro mais incidente na Região Norte, com 24 casos por 100 mil mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, com taxas de 28/100 mil e 18/100 mil, respectivamente, é o terceiro mais incidente na Região Sudeste (15/100 mil) e o quarto mais incidente na Região Sul (14/100 mil) (BRASIL, 2011).

Quanto à mortalidade, é também a Região Norte que apresenta os maiores valores do País, com taxa padronizada por idade, pela população mundial, de 10,1 mortes por 100 mil mulheres, em 2009. Em seguida estão, nesse mesmo ano, as regiões Nordeste e Centro-Oeste (5,9/100 mil mulheres), Sul (4,2/100 mil mulheres) e Sudeste (3,6 /100 mil mulheres) (BRASIL, 2012).

3.2.2 História natural da doença

Sugerida por Zur Hausen em 1977 e comprovada ao longo da década de 80 com o isolamento do vírus em células de tumores cervicais (HAUSEN, 2002).

O estudo de Walboomers e colaboradores (1999), realizado em 22 países localizados nos cinco continentes, demonstrou prevalência de HPV nos carcinomas cervicais uterinos de 99,7%. A presença do HPV na quase totalidade dos casos desse câncer e as altas medidas de associação demonstradas implicam na maior atribuição de causa específica já relatada para um câncer em humanos. Dessa forma está determinado que a infecção pelo HPV é causa necessária para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (IARC, 2007).

Aproximadamente 100 tipos de HPVs foram identificados e tiveram seu genoma mapeado, 40 tipos podem infectar o trato genital inferior e 12 a 18 tipos são considerados oncogênicos para o colo uterino (IARC, 2007). Entre os HPVs de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero (SMITH et al., 2007).

A infecção pelo HPV é muito comum, até 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Aproximadamente 291 milhões de mulheres são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos tipos 16, 18 ou ambos (SANJOSE, 2007). A comparação desse dado com a incidência anual mundial de aproximadamente 530 mil casos de câncer do colo do útero (FERLAY et al., 2010) indica que o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção pelo HPV.

A dedução é que a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

44

Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e regredie espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição (IARC, 2007). No pequeno número de casos nos quais a infecção persiste e, especialmente, é causada por um tipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação e tratamento adequado possibilita a prevenção da progressão para o carcinoma cervical invasivo (WHO, 2008).

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regredie espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (IARC, 2007). O tabagismo aumenta o risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia e ao início em idade precoce (INTERNATIONAL... et al., 2006).

Vários estudos analisaram a história natural do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras, e importantes revisões e metanálises foram realizadas (OSTÖR, 1993; MITCHELL et al., 1994; MELNIKOW et al., 1998), mas a interpretação dos seus dados deve considerar a possibilidade de viés de seleção e de aferição.

Apesar dessas limitações, os estudos sobre história natural indicam que as lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (do inglês *Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions* – LSIL) simplesmente refletem a manifestação citológica da infecção pelo HPV e não representam lesões verdadeiramente precursoras do câncer do colo do útero, regredindo espontaneamente na maior parte dos casos. Em contrapartida, as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (do inglês *High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions* – HSIL) apresentam efetivamente potencial para progressão, tornando sua detecção o objetivo primordial da prevenção secundária do câncer do colo do útero (IARC, 2007).

O estudo realizado por McCredie e colaboradores (2008) fornece estimativas diretas sobre as taxas de progressão de lesões precursoras (neoplasia intraepitelial cervical grau 3 – NIC3) para câncer do colo do útero. Em decorrência de um inquérito judicial, esses autores reviram os registros médicos, citologias e histologias de mulheres com diagnóstico de NIC3 que fizeram parte de uma pesquisa conduzida na Nova Zelândia, entre 1965 e 1974, considerada antiética porque as pacientes não foram tratadas. A incidência cumulativa de câncer do colo do útero em 30 anos nessas pacientes foi de 31,3% (IC 95%: 22,7% – 42,3%).

As mulheres com câncer identificadas pelo rastreio têm, em média, 10 anos de idade a mais que as mulheres com lesões precursoras, indicando que a eventual progressão dessas lesões para câncer ocorre lentamente (IARC, 2007).

3.2.3 Manifestações clínicas

A infecção pelo HPV apresenta-se na maioria das vezes de forma assintomática, com lesões subclínicas (inaparentes) visíveis apenas após aplicação de reagentes, como o ácido acético e a solução de Lugol, e por meio de técnicas de magnificação (colposcopia).

As lesões clínicas podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas, de tamanho variável, planas ou exofíticas, sendo também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galho.

As localizações mais frequentes são a vulva, o períneo, a região perianal, a vagina e o colo do útero. Menos comumente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntiva, mucosa nasal, oral e laríngea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, as lesões podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas.

Lesões precursoras

As lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas, podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico e confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico.

Câncer do colo do útero

No estágio invasor da doença os principais sintomas são sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorreia e dor pélvica, que podem estar associados com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados.

Ao exame especular podem ser evidenciados sangramento, tumoração, ulceração e necrose no colo do útero. O toque vaginal pode mostrar alterações na forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero e estruturas subjacentes.

3.3 Promoção da Saúde

Ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida são fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle das doenças e dos agravos.

Para o controle do câncer do colo do útero, a melhora do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais. Isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho, e também articulação intersetorial, com setores do setor público e sociedade civil organizada.

O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento.

O controle do tabagismo pode ajudar a minimizar o risco de câncer do colo do útero e é também uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b).

3.4 Prevenção primária

A prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV.

46

A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente por meio de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Consequentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração protege parcialmente do contágio pelo HPV, que também pode ocorrer por intermédio do contato com a pele da vulva, a região perineal, a perianal e a bolsa escrotal.

Atualmente há duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18.

Ambas são eficazes contra as lesões precursoras do câncer do colo do útero, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus. Ou seja, os benefícios são significativos antes do início da vida sexual.

Não há diferença de eficácia entre as duas vacinas em relação à prevenção de lesões intraepiteliais cervicais. Existem ainda lacunas de conhecimento sobre a vacinação, relacionadas à adesão ao esquema vacinal, à duração da eficácia, à eventual necessidade de dose de reforço e à proteção cruzada para outros tipos virais.

Além disso, a adoção das vacinas anti-HPV não elimina a necessidade da prevenção secundária por meio do rastreamento, pois as mesmas não oferecem proteção para 30% dos casos de câncer do colo do útero causados por outros tipos virais oncogênicos.

O Ministério da Saúde acompanha os estudos em curso e avalia o custo-efetividade da inclusão da vacinação no contexto das ações de controle.

3.5 Prevenção secundária: detecção precoce

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento).

Para conhecer mais sobre benefícios e riscos de rastreamento consulte: Caderno de Atenção Primária nº 29 – Rastreamento. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php>.

3.5.1 Rastreio de lesões precursoras do câncer do colo do útero

Diretrizes

47

Em decorrência do rastreamento das lesões precursoras ser atribuição da atenção primária é imprescindível o aprofundamento e apropriação das evidências científicas disponíveis atualmente sobre o tema. Consequentemente serão transcritas a seguir as recomendações preconizadas pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (BRASIL, 2011).

Cada recomendação é seguida por uma letra maiúscula entre parênteses, que denota sua força, baseada no grau de certeza advindo da melhor evidência científica aliada à experiência dos autores. As recomendações baseadas em estudos experimentais, dos quais derivam as melhores evidências, foram categorizadas como "A". Recomendações baseadas em informações extraídas de estudos observacionais, mais sujeitos a vieses, reduzindo a convicção de que o benefício é substancial, foram categorizadas como "B". A categoria "C" foi utilizada em situações em que individualmente a recomendação pode ser considerada e a categoria "D" situações em que existe alta convicção de que a prática deve ser evitada, pois não há certeza de que produza benefícios ou possa proporcionar mais danos do que benefícios. Por fim, a categoria "I" foi utilizada quando não houve convicção de que os benefícios superaram os danos da prática, normalmente decorrente da falta de evidência de qualidade para sua recomendação.

O quadro, a seguir, deve ser consultado para a tomada de decisão quanto à adoção das recomendações constantes nas diretrizes.

Quadro 1 – Força da recomendação (adaptado das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero)

GRAU	DEFINIÇÃO	SUGESTÕES PARA A PRÁTICA
A	A prática é recomendada	Ofereça ou forneça a prática
B	A prática é recomendada	Ofereça ou forneça a prática
C	A prática não é recomendada periodicamente	Ofereça ou forneça a prática apenas se outras considerações embasam esta decisão para um indivíduo
D	A prática não é recomendada	Desencoraje o uso desta prática
I	A evidência atual é insuficiente para avaliar o balanço entre benefícios e danos decorrentes da prática	Se a prática for oferecida, pacientes devem entender que existe incerteza do balanço entre benefícios e danos

Fonte: (BRASIL, 2011).

Método e cobertura

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010). Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA et al., 2009; ARBYN et al., 2009a).

No Reino Unido, em 1988, a cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero era de 42% e a incidência de 14 a 16 casos novos para cada 100 mil mulheres por ano. Por meio de cartas-convite, a cobertura aumentou para 85% em 1994 e, nesse curto período e sem alterações das recomendações assistenciais vigentes, a incidência caiu cerca de 50%, para dez casos novos por 100 mil mulheres. A rigor, utilizando cartas-convite, começou a ocorrer a migração do rastreamento oportunístico, realizado no momento de um atendimento eventual, para um rastreamento organizado, de acordo com a periodicidade recomendada para as mulheres definidas como de risco, e que progressivamente passou a controlar as mulheres em falta com esse acompanhamento (QUINN et al., 1999).

É consenso que o rastreamento organizado do câncer do colo do útero é o desafio a ser vencido para que se obtenha a melhor relação custo-benefício possível com alta cobertura populacional. Este sistema deve incluir (ADAB et al., 2004; ANTTILA et al.; 2009; NICULA et al.; 2009):

1. Recrutamento da população-alvo, idealmente por meio de um sistema de informação de base populacional.
2. Adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, que inclui definição da população-alvo e do intervalo entre as coletas, assim como elaboração de guias clínicos para o manejo dos casos suspeitos.
3. Recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento.
4. Garantia da abordagem necessária para as mulheres com exames alterados.
5. Educação e comunicação.
6. Garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado.

No Brasil, a inexistência atual de um cadastro universal de base populacional consistente impede o recrutamento de mulheres como o realizado em países mais desenvolvidos, citados anteriormente. Todavia uma possibilidade é o cadastramento de mulheres e o controle de seu comparecimento para coleta de espécimes para exame citopatológico por profissionais integrantes da Atenção Básica.

A ocorrência de exames citopatológicos falso-negativos e insatisfatórios instigou o desenvolvimento de novas tecnologias visando à melhora da qualidade e, consequentemente,

da sensibilidade do teste. É o caso da citologia em base líquida, técnica alternativa ao teste de Papanicolaou, na qual as células coletadas do colo uterino, ao invés de serem dispostas em uma lâmina de vidro, são transferidas na própria escova de coleta, para um frasco contendo um líquido fixador que é processado no laboratório de citopatologia para obtenção final de um esfregaço em camada única de células, dispostas de maneira uniforme. Essa técnica apresenta vantagens logísticas e operacionais, como interpretação mais rápida e menos exames insatisfatórios, o que pode melhorar o desempenho do teste. Ainda, oferece a possibilidade de testagem adicional para detecção de DNA-HPV no líquido remanescente. Todavia metanálise conduzida por Arbyn et al. (2008) demonstrou, em estudos controlados, que essa técnica, além de mais cara, não é mais sensível ou mais específica do que a citologia convencional, considerando-se a detecção de NIC II ou lesão mais grave confirmada pela histologia.

Outra técnica citológica desenvolvida com o objetivo de melhorar o desempenho da citologia é a automação, que consiste na leitura automatizada das lâminas; identificação de campos anormais por meio da análise da densidade ótica dos núcleos, do tamanho e forma das células; exibição das imagens em tela para avaliação humana e separação de casos para microscopia dirigida. As vantagens dessa técnica são aumento da produtividade, redução da necessidade de profissionais especializados e a possibilidade da utilização de telepatologia. Entretanto, evidências disponíveis, por intermédio de ensaios clínicos randomizados atuais, apontaram que não há diferença nas taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo uterino quando o rastreio é realizado pela citologia automatizada ou pela citologia convencional (ANTTILA et al., 2009), e até mesmo que a sensibilidade da citologia automatizada para detecção de NIC II ou lesão mais grave é menor do que a da citologia convencional (KITCHNER et al., 2011).

A evidência de que subtipos oncogênicos do HPV são causas necessárias para a ocorrência do câncer do colo uterino e de suas lesões precursoras propiciou e impulsionou o desenvolvimento de técnicas de detecção de DNA-HPV (CASTELLSAGUÉ, 2008; COX, 2009).

Os testes moleculares de detecção de DNA-HPV oncogênico estão sendo estudados como método de rastreamento, e foi comprovada maior sensibilidade do que o exame citopatológico, embora a especificidade seja menor, levando mais mulheres para a colposcopia, mas algumas evidências demonstram que essa limitação pode ser contornada priorizando mulheres com 35 anos ou mais (CUZICK et al., 2008).

Outra possibilidade para evitar que muitas mulheres saudáveis sejam encaminhadas desnecessariamente para colposcopia é a utilização da triagem citológica dos casos positivos para DNA-HPV oncogênico, encaminhando para a colposcopia apenas as mulheres em que o teste foi positivo e o exame citopatológico revelou alguma alteração. Essa estratégia mostrou-se mais sensível do que a citologia convencional, mas com a mesma especificidade, em um ensaio clínico randomizado realizado na Finlândia, inserido no programa de rastreio organizado com base populacional (LEINONEN et al., 2009).

Mais uma vantagem advinda do uso do teste do DNA-HPV no rastreio seria a possibilidade de autocoleta, o que facilitaria o acesso de mulheres resistentes à coleta por profissional de saúde ou com dificuldades geográficas (OLIVEIRA, 2008; GÖK, 2010).

O teste rápido de detecção de DNA-HPV oncogênico, que se encontra em fase de pré-qualificação, ainda indisponível comercialmente, poderia vir a ser uma opção interessante, pois apresenta baixa densidade tecnológica e poderá ser realizado por equipe de generalistas sem especialização laboratorial, após treinamento básico (GRAVITT et al., 2008; QIAO et al., 2008). O emprego desse teste seria viável em regiões remotas, sem acesso regular à assistência, aplicado por equipes de atenção primária.

O rastreamento pelo teste DNA-HPV oncogênico em um sistema organizado e eficaz pode representar melhora de desempenho, além de possibilitar o aumento do intervalo da coleta de espécimes com segurança (COX; CUZICK, 2006). Entretanto é importante destacar que a redução de mortalidade por câncer do colo do útero, ocorrida até o presente momento em países desenvolvidos, é resultado da realização periódica do exame citopatológico, pois o teste de HPV ainda não é usado sistematicamente como método de rastreamento. Os dados disponíveis sobre o desempenho do teste de HPV são oriundos de estudos realizados em ambientes e condições experimentais, com grande controle sobre as mulheres incluídas nos estudos que investigam esse tema, o que não reflete, necessariamente, as condições reais em que existe muita dificuldade em conseguir que as mulheres da faixa etária adequada sejam submetidas aos testes de rastreio na periodicidade indicada e, identificadas, sejam encaminhadas para a colposcopia e tratadas quando diagnosticada uma lesão precursora.

Esses aspectos devem ser considerados na decisão de empregar esse teste no Brasil. É fato que o País ainda não dispõe de um sistema de informação de base populacional, item importantíssimo para um rastreamento organizado, que é o sistema de informação longitudinal em saúde (registra o cuidado que as pessoas recebem ao longo do tempo); o que se tem à disposição é um sistema de informação transversal (Siscolo – que registra exames realizados e não estabelece conexão com os sucessivos exames). Assim, o sistema disponível não permite identificar as mulheres que estão em falta com o rastreamento para chamá-las a repetir ou fazer pela primeira vez os exames. Uma consequência direta disso é que o programa de rastreamento vigente não tem controle sobre quem está fazendo os exames e tampouco sobre o intervalo em que os exames têm sido realizados. Esse cenário é típico de um programa oportunístico, ou seja, as normas vigentes não são seguidas, pois a maioria das mulheres realiza exames quando procura os serviços de saúde por alguma outra razão. A consequência óbvia é que há um contingente de mulheres super-rastreadas e outras em falta com os controles.

É importante destacar essas deficiências organizacionais para melhor entender as restrições atuais à implementação do teste de HPV no programa de rastreamento do câncer do colo do útero, apesar das vantagens que apresenta em relação ao exame citopatológico. Estudos recentes (ARBYN et al., 2009b; ARBYN et al., 2010) reconhecem as qualidades do teste de HPV, porém, são muito cautelosos ao indicar as condições para sua implementação, destacando ser imprescindível o contexto de programa de rastreamento organizado, com monitoramento cuidadoso da qualidade; avaliação sistemática de desfechos, efeitos adversos e custos; maximização da cobertura e adesão a diretrizes baseadas em evidências. Esses estudos contraindicam o uso de testes de HPV no cenário de rastreamento oportunístico, pois não há garantia de controle de qualidade e de adesão à periodicidade e população-alvo recomendadas, podendo resultar na piora do desempenho dos programas.

A maioria dos artigos em que se discute e se propõe o que é bom para países em desenvolvimento não considera as deficiências organizacionais reais, incluindo os estudos de custo-efetividade, que partem da premissa que o rastreamento seja organizado, ou seja, os exames devem se concentrar nas mulheres definidas como alvo e devem ser realizados na periodicidade estabelecida (DIAZ et al., 2010). Independentemente desse fato, os estudos de custo-efetividade realizados para outros países não são tecnicamente aplicáveis no Brasil pela grande diferença da composição de custos.

51

Concluindo, como ainda não há programas organizados de rastreamento de câncer de colo uterino no Brasil, não há controle das mulheres que realizam os exames e nem da periodicidade com que o fazem. Portanto, atualmente não há ferramentas que garantam que o intervalo entre os controles será efetivamente ampliado a partir da adoção do teste de HPV, condição necessária para que se obtenha algum resultado de custo-efetividade favorável. Essa deficiência representa um importantíssimo obstáculo para o uso de testes de HPV no momento atual. Ainda que o desempenho diagnóstico dos testes moleculares em faixas etárias específicas e em conjunto com o exame citopatológico para os casos positivos tenha demonstrado resultados melhores em termos exclusivamente de desempenho diagnóstico, implementá-los no Brasil, no atual nível de organização do rastreamento do câncer do colo do útero, não permitirá que tais vantagens se convertam em benefícios reais. Ademais, os testes moleculares têm, atualmente, custo mais elevado do que o exame citopatológico no País. A possibilidade de redução de custos dos testes de DNA-HPV, caso seja implantado em grande escala, é real, porém existem outros aspectos que devem ser levados em consideração: o programa de controle do câncer do colo do útero se tornaria dependente de tecnologia estrangeira; seria necessária a modificação das rotinas estabelecidas e apropriação de novas, levando à perda de produtividade temporária e necessidade de treinamento e capacitação de recursos humanos para a assistência nos níveis de rastreamento, de diagnóstico e de tratamento, com estabelecimento de novas diretrizes clínicas.

Periodicidade

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão precursora, curável na quase totalidade dos casos. Trata-se de anormalidades epiteliais conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III (NIC II/III), além do adenocarcinoma *in situ* (AIS). Apesar de muitas dessas lesões poderem regredir espontaneamente, sua probabilidade de progressão é maior, justificando seu tratamento. As mulheres que desenvolvem infecção persistente por HPV do tipo 16 têm cerca de 5% de risco de desenvolverem NIC III ou lesão mais grave em três anos e 20% de risco em dez anos. Quando a infecção persistente for por outros tipos de HPV oncogênico, esse risco reduz pela metade (KJAER et al., 2010).

Já a NIC I, por ter *maior* probabilidade de regressão ou persistência do que de progressão, não é considerada uma lesão precursora do câncer do colo do útero (MELNIKOW et al., 1998).

A Reunião de Consenso, realizada em 1988 pelo MS, contou com a participação de diversos especialistas internacionais e nacionais, representantes de sociedades científicas e de diversas instâncias ministeriais. Esse evento definiu que, no Brasil, o exame citopatológico deveria ser priorizado para mulheres de 25 a 60 anos, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (INCA, 1988). A rigor, adotou-se para o Brasil a recomendação da OMS na época.

Tal recomendação apoiou-se em estudo realizado pela International Agency for Research on Cancer (IARC, 1986), publicado em 1986, e que envolveu oito países. Esse estudo, que serviu de base para toda uma geração de normas ainda hoje vigente no mundo, demonstrou que, em mulheres entre 35 e 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com eficácia semelhante à realização anual (IARC, 1986).

O estudo da International Agency for Research on Cancer (IARC) permitiu construir modelos que estimaram, após um exame citopatológico negativo e cobertura de 100% da população-alvo, uma redução percentual da incidência cumulativa de lesão invasora do colo do útero de 93,5% para intervalos de até um ano entre os exames citopatológicos. Para intervalos de até três anos entre os exames, a redução estimada é de 90,8% (IARC, 1986).

Quando a OMS estabeleceu as recomendações que deram origem às normas brasileiras, um estudo publicado um ano antes havia demonstrado que a proteção conferida por um exame prévio negativo era de 58% e de 80% se dois exames fossem negativos. Essas informações serviram de base para estabelecer controles trienais após dois exames negativos com intervalo de um ano. Estudos mais recentes reforçaram essas informações (LA VECCHIA; DECARLI; GALLUS, 1987).

População-alvo

Há vários fatos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência e/ou mortalidade por câncer do colo do útero. O estudo da IARC, acima mencionado, estimou que, ao iniciar o rastreamento aos 25 anos de idade, e não aos 20 anos, perde-se apenas 1% de redução da incidência cumulativa do câncer do colo do útero (IARC, 1986).

Tomando dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp) do período de 2000 a 2009, de um total de 11.729 casos de carcinoma invasor (todos os estádios), 121 casos foram diagnosticados em mulheres com até 24 anos, o que correspondeu a 1,03% dos casos. Em uma casuística da Universidade de Campinas (Unicamp), de 807 casos, nove (1,12%) foram diagnosticados em mulheres com até 24 anos de idade, sendo que seis casos eram estádio I, ou seja, de bom prognóstico. Nos Estados Unidos, observou-se que apenas 1,1% dos casos de lesão invasora ocorreram em mulheres com até 24 anos de idade, em uma amostra de 10.846 casos de câncer diagnosticados entre 1998 e 2003 (WATSON et al., 2008).

Além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras. Um estudo com 4.012 mulheres no Reino Unido com câncer do colo do útero mostrou que 75% das mulheres de 20 a 24 anos que tiveram uma lesão invasora já tinham pelo menos um exame citopatológico prévio. Por outro lado, entre as mulheres entre 50 e 69 anos essa proporção foi de 47% (SASIENI; CASTAÑON; CUZICK, 2009).

Um fato importante mais recentemente demonstrado é que o tratamento de lesões precursoras do câncer do colo em adolescentes e mulheres jovens está associado ao aumento da morbidade obstétrica e neonatal, como parto prematuro (KYRGIOU et al., 2006). Portanto,

reduzir as intervenções no colo do útero em mulheres jovens se justifica, tendo em vista que a maioria delas não tem prole definida.

Cabe ainda ressaltar a importância do impacto psíquico que o diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível e precursora do câncer terá em adolescentes e adultas jovens na construção da autoimagem e da sexualidade. Mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e práticas de sexo seguro. Essas medidas podem ser implementadas sem a necessidade da inclusão no programa de rastreamento (USA/CDC, 2006).

Em resumo, a incidência do câncer do colo do útero em mulheres até 24 anos é muito baixa, a maioria dos casos é diagnosticada no estádio I e o rastreamento é menos eficiente para detectá-los. Esses dados explicariam porque a antecipação do início do rastreamento dos 25 para os 20 anos tem impacto muito limitado e avaliado como não vantajoso. Por outro lado, o início mais precoce representaria um importante aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, consideradas não precursoras e representativas apenas da manifestação citológica da infecção pelo HPV, que têm grande probabilidade de regressão e resultariam em um número significativo de colposcopia e procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários.

Tais fatos vêm sendo considerados em recomendações de diversos países em relação ao início do rastreamento. Recomendações internacionais vêm retardando o início do rastreamento do câncer do colo do útero. Nos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Câncer (ACS) indicava o rastreio após o início da atividade sexual. Posteriormente, passou a recomendar que fosse realizado a partir dos 18 anos e, em 2002, passou a adotar três anos depois do início da atividade sexual, com limite máximo aos 21 anos (SMITH, 2011). Em 2009, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) eliminou a regra de três anos depois do início da atividade sexual e passou a recomendar o rastreio apenas a partir dos 21 anos de idade (ACOG, 2009). Na Europa, o rastreamento do câncer do colo do útero é iniciado preferencialmente entre 25 e 30 anos de idade (ARBYN et al., 2010), com algumas variações regionais (ANTTILA et al., 2009).

Há menos evidências objetivas sobre quando as mulheres devem encerrar a coleta de espécimes para exame citopatológico no rastreamento do câncer do colo do útero. Há uma tendência de ampliar o intervalo entre as coletas em mulheres com idade mais avançada, como propõem as recomendações atuais da OMS. De qualquer forma, mesmo em países com população de alta longevidade, não há dados objetivos de que o rastreamento seja útil após os 65 anos (SASIEI; CASTAÑON; CUZICK, 2010).

Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras de câncer do colo uterino ou nas situações especiais, a seguir descritas.

Recomendações:

- O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual (A).
- O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual (A).
- Os exames 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 (B).
- 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 (B).

Adequabilidade da amostra

Na atual nomenclatura citiológica brasileira, a adequabilidade da amostra é definida como satisfatória ou insatisfatória. O termo anteriormente utilizado, “satisfatório, mas limitado”, foi abolido (INCA, 2006).

Amostra insatisfatória para avaliação

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificada (SHIRATA et al., 1998):

1. Material acelular ou hipocelular (menos de 10% do esfregaço).
2. Leitura prejudicada (mais de 75% do esfregaço) por presença de: sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular.

Recomendação: a mulher deve repetir o exame entre 6 e 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório (A).

Amostra satisfatória para avaliação

Designa amostra que apresente células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua observação permita uma conclusão diagnóstica.

Células presentes na amostra

Podem estar presentes células representativas dos epitélios do colo do útero:

- Células escamosas.

- Células glandulares (não inclui o epitélio endometrial).
- Células metaplásicas.

Embora a indicação dos epitélios representados na amostra seja informação obrigatória nos laudos citopatológicos, seu significado deixa de pertencer à esfera de responsabilidade dos profissionais que realizam a leitura do exame. As células glandulares podem ter origem em outros órgãos que não o colo do útero, o que nem sempre é identificável no exame citopatológico.

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 objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. Uma metanálise de estudos que abordaram a eficácia de diversos dispositivos de coleta mostrou que o uso da espátula de Ayre e da escova de canal aumenta em cerca de três vezes a chance de obtenção de células endocervicais (MARTIN-HIRSCH et al. 2000).

Estudo realizado no Brasil, entre 1992 e 1996, mostrou que a detecção de NIC foi cerca de dez vezes maior no grupo em que as células da JEC estavam representadas (SHIRATA et al., 1998).

A presença exclusiva de células escamosas deve ser avaliada pelo médico responsável. É muito oportuno que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.

Recomendação: esfregaços normais somente com células escamosas devem ser repetidos com intervalo de um ano, e, com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos (B). Para garantir 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 tipo ponta longa (espátula de Ayre) (A).

Situações especiais

Gestantes

Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou seus precursores. O achado destas lesões durante o ciclo grávido puerperal reflete a oportunidade do rastreio durante o pré-natal. Apesar de a junção escamocolunar no ciclo gravidicopuerperal encontrar-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, o que dispensaria a coleta endocervical, a coleta de espécime endocervical *não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada* (HUNTER; MONK; TEWARI, 2008).

Recomendação: o rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, sendo que a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal deve sempre ser considerada uma oportunidade para o rastreio (A).

Pós-menopausa

Mulheres na pós-menopausa, sem história de diagnóstico ou tratamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino, apresentam baixo risco para desenvolvimento de câncer (SASIENI; CASTAÑON; CUZICK, 2010).

56

O rastreamento citológico em mulheres na menopausa pode levar a resultados falso-positivos causados pela atrofia secundária ao hipoestrogenismo, gerando ansiedade na paciente e procedimentos diagnósticos desnecessários.

Mulheres no climatério devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres; e, em casos de amostras com atrofia ou ASC-US, deve-se proceder à estrogenização local ou sistêmica.

É fato que o diagnóstico de casos novos de câncer do colo uterino está associado, em todas as faixas etárias, com a ausência ou irregularidade do rastreamento (SASLOW et al., 2002). O seguimento de mulheres na pós-menopausa deve levar em conta seu histórico de exames.

Recomendação: mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres (A). Caso necessário, proceder à estrogenização prévia à realização da coleta, conforme sugerido adiante (vide Exame citopatológico normal – Resultado indicando atrofia com inflamação) (B).

Histerectomizadas

O rastreamento realizado em mulheres **sem colo do útero** devido à histerectomia por condições benignas apresenta menos de um exame citopatológico alterado por mil exames realizados (USA/NCI, 2011).

Recomendação: mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais (D). Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada (A).

Mulheres sem história de atividade sexual

Considerando os conhecimentos atuais em relação ao papel do HPV na carcinogênese do câncer do colo uterino e que a infecção viral ocorre por transmissão sexual, o risco de uma mulher que não tenha iniciado atividade sexual desenvolver essa neoplasia é desprezível.

Recomendação: não há indicação para rastreamento do câncer do colo do útero e seus precursores nesse grupo de mulheres (D).

Imunossuprimidas

Alguns fatores de risco diretamente relacionados à resposta imunológica têm sido associados à maior chance de desenvolvimento de NIC. Mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), mulheres imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e usuárias crônicas de corticosteroides constituem os principais exemplos deste grupo. A prevalência da infecção pelo HPV e a persistência viral, assim como a infecção múltipla (por mais de um tipo de HPV), são mais frequentes nesse grupo de mulheres. Em mulheres infectadas pelo HIV, o desaparecimento do HPV parece ser dependente da contagem de células CD4+ e lesões precursoras tendem a progredir mais rapidamente e a recorrer mais frequentemente do que em mulheres não infectadas pelo HIV. Entretanto, mulheres infectadas pelo HIV imunocompetentes, tratadas adequadamente com terapia antirretroviral de alta atividade (HAART), apresentam história natural semelhante às demais mulheres (AUSTRALIAN...; NATIONAL..., 2005).

Existem questionamentos quanto à eficácia do exame citopatológico em mulheres infectadas pelo HIV, pela maior prevalência de citologias com atipias de significado indeterminado e maior frequência de infecções associadas. Para minimizar os resultados falso-negativos, alguns autores preconizam a complementação colposcópica (BOARDMAN; KENNEDY, 2008).

É consenso que, pelas características mencionadas, as mulheres infectadas pelo HIV devem ser submetidas ao rastreio citológico de forma mais frequente (USA/CDC, 2006).

Diretrizes americanas recomendam a coleta anual da citologia após duas citologias semestrais normais e, em mulheres com CD4 abaixo de 200 células/mm³, realizar citologia e encaminhar para colposcopia a cada seis meses (ACOG, 2009).

Também, considerando a maior frequência de lesões multicêntricas, é recomendado cuidadoso exame da vulva (incluindo região perianal) e da vagina. No caso de a citologia mostrar inflamação acentuada ou alterações celulares escamosas reativas, realizar nova coleta citológica em três meses, após tratamento adequado (USA/CDC, 1998; USA/USPHS/IDSA, 1999).

Recomendação: o exame citopatológico deve ser realizado neste grupo 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 (B). Mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm³ devem ter priorizada a correção dos níveis de CD4 e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses (B).

Panorama atual

O relatório final do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria MS/GM nº 310, de 10 de fevereiro de 2010, com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, indica que as ações referentes ao rastreamento vêm se consolidando em alguns municípios, embora ainda demandem aperfeiçoamento técnico e operacional (BRASIL, 2010a).

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (IBGE, 2010) informam que o percentual de mulheres submetidas ao exame citopatológico pelo menos uma vez na vida aumentou de 82,6% em 2003 para 87,1% em 2008.

58

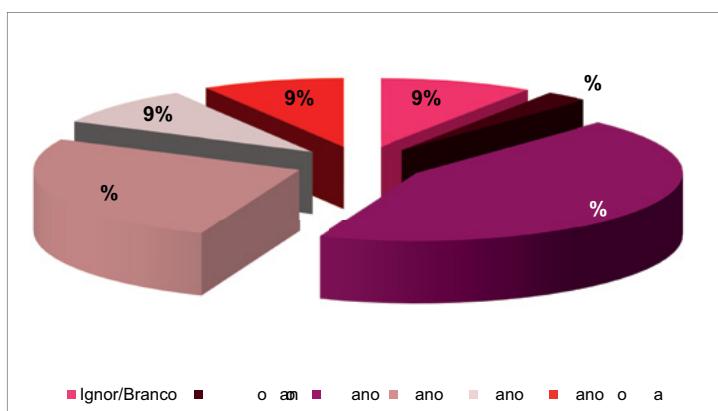
Corroborando estes dados registrou-se no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), no ano de 2010, a produção de 11.482.505 exames citopatológicos do colo do útero, representando um aumento de 46% na oferta em relação a 1998, ano da primeira campanha do Programa Viva Mulher. Percebe-se também um aumento do número de municípios que realizaram a coleta do exame citopatológico de 89,5% (2004/2005) para 95% (2007/2008), como reflexo da política de expansão da estratégia de saúde da família.

O indicador “Razão entre Exames Citopatológicos do Colo do Útero e a População-Alvo” expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero na população-alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 64 anos) e possibilita avaliar a oferta de exames para a cobertura da mesma. O parâmetro proposto para esse indicador é a razão de 0,30. Em 2010, a razão foi de 0,17, alcançando 83% da meta pactuada¹. A dificuldade no alcance das metas está possivelmente relacionada à subestimação dos dados (não envio da totalidade das informações epidemiológicas para as bases estaduais e nacional do Siscolo) e também à influência da participação da saúde suplementar na realização dos exames.

Em decorrência do aumento da oferta do exame citopatológico observa-se uma diminuição no diagnóstico de lesões invasoras (carcinoma invasor) com aumento da detecção de lesão de alto grau: o indicador razão lesão de alto grau/carcinoma invasivo no exame citopatológico foi 8,3 em 2000 e 13,8 em 2010.

Embora as recomendações relacionadas à periodicidade tenham respaldo nas diretrizes de programas europeus e norte americanos bem-sucedidos (ANTTILA et al., 2009; HEALTH CANADA, 1998), no Brasil encontra-se resistência entre mulheres e profissionais de saúde na sua utilização, sendo o exame anual equivocadamente considerado uma prática mais eficaz e segura. Em 2010, 91% das mulheres informaram terem realizado alguma citologia anterior, das quais, 44% foram coletadas nos últimos 12 meses.

Gráfico 1 – Distribuição percentual do intervalo da realização de citologia anterior



Fonte: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo)/DATASUS, 2010 (dados tabulados pelos autores).

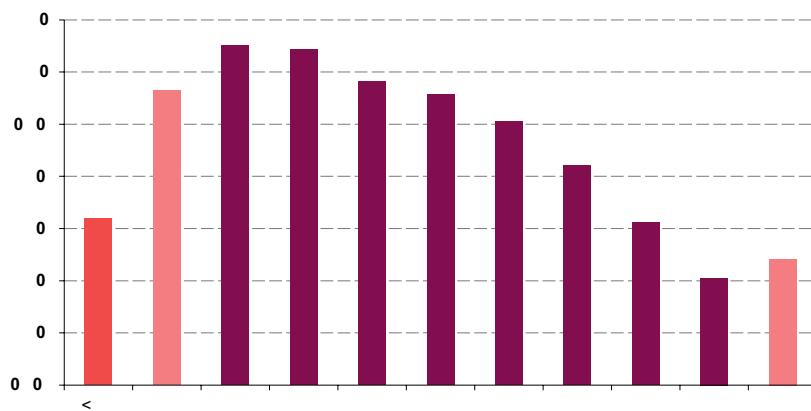
¹ Até 2011, a faixa etária utilizada para o cálculo desse indicador foi 25 – 59 anos.

A oferta de exames pelo SUS atualmente seria suficiente para a cobertura da população feminina na faixa etária prioritária, porém observa-se que grande parte dos exames são ofertados como repetições desnecessárias em intervalos menores do que o recomendado.

59

Ademais, apesar de ser recomendado o início do rastreamento a partir dos 25 anos para as mulheres que já tiveram atividade sexual, em 2010, aproximadamente 18% dos exames foram realizados em mulheres com menos de 25 anos.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos exames citopatológicos, segundo a faixa etária



Fonte: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo)/DATASUS, 2010 (dados tabulados pelos autores).

3.5.2 Coleta do material para o exame citopatológico do colo do útero

A qualidade do exame citopatológico e, portanto, a coleta, o acondicionamento e o transporte das amostras conduzidos de forma adequada são fundamentais para o sucesso das ações de rastreamento. O profissional de saúde e o coordenador da unidade devem assegurar-se de que estão preparados para realizar todas as etapas do procedimento e de que dispõem do material necessário para tanto.

A garantia de esfregaço satisfatório para avaliação oncótica implica na presença de células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica. É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço) ou pela presença significativa de sangue, pióцитos, artefatos de dessecamento, contaminantes externos ou intensa superposição celular (>75% do esfregaço).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o limite máximo de amostras insatisfatórias esperado é de 5% do total de exames realizados.

O indicador de municípios com amostras insatisfatórias maiores que 5% não compõe mais o quadro de indicadores do Pacto pela Saúde. Contudo seu monitoramento é essencial para avaliar a qualidade do processo relacionado à coleta e às ações de capacitação profissional realizadas na atenção básica. Essa análise permite identificar as unidades da Federação e os municípios que, por meio de ações locais, podem melhorar a qualidade dos exames citopatológicos, identificando as causas que levaram à insatisfatoriedade para definir as estratégias de correção, otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

Em 2010, na média nacional, 6,4% dos municípios apresentaram amostras insatisfatórias acima de 5%, com variação de 0 a 50%. A coleta insatisfatória além do limite esperado representa custo para o sistema de saúde, uma vez que não há restrição quanto ao pagamento de exames insatisfatórios, e desgaste para a mulher, pois ao retornar à unidade de saúde não terá o resultado do exame realizado e ainda deverá ser submetida à nova coleta, de acordo com as recomendações definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Técnica de coleta:

Recomendações prévias

A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico.

A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor.

Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica.

O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação.

No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada.

Espaço físico

O consultório ou sala de coleta deve ser equipado para a realização do exame ginecológico com:

- Mesa ginecológica.
- Escada de dois degraus.
- Mesa auxiliar.

- Foco de luz com cabo flexível.
- Biombo ou local reservado para troca de roupa.
- Cesto de lixo.

Figura 5 – Consultório ginecológico



Fonte: (LINKMED, 2012).

Material necessário para coleta:

- Espéculo de tamanhos variados, preferencialmente descartáveis; se instrumental metálico deve ser esterilizado de acordo com as normas vigentes.
- Balde com solução desincrostante em caso de instrumental não descartável.
- Lâminas de vidro com extremidade fosca.
- Espátula de Ayre.
- Escova endocervical.
- Par de luvas descartáveis.
- Pinça de Cherron.
- Solução fixadora, álcool a 96% ou spray de polietilenoglicol.
- Gaze.
- Recipiente para acondicionamento das lâminas mais adequado para o tipo de solução fixadora adotada pela unidade, tais como: frasco porta-lâmina, tipo tubete, ou caixa de madeira ou plástica para transporte de lâminas.
- Formulários de requisição do exame citopatológico.
- Fita adesiva de papel para a identificação dos frascos.
- Lápis grafite ou preto nº 2.

- Avental ou camisola, preferencialmente descartáveis. Caso sejam reutilizáveis, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem, segundo rotina da unidade básica de saúde.
- Lençóis, preferencialmente descartáveis. Caso sejam reutilizáveis, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem.

62

Figura 6 – Espátula de Ayre, escova endocervical



Fonte: (VOCÊ..., 2012).

Etapas do atendimento prévias à coleta

- Identificação: checar nome, data de nascimento, endereço.
- Informação: explicar o propósito do exame citopatológico e as etapas do procedimento.
- História clínica: perguntar a data da última menstruação; se faz uso de métodos anticoncepcionais, se utilizou lubrificantes, espermicidas, medicamentos vaginais, realizou exames intravaginais ou teve relações sexuais com preservativos nas 48 horas anteriores; quando foi realizado o último exame citopatológico; ocorrência de exames citopatológicos anormais, investigações e/ou tratamentos; sangramentos vaginais pós-coito ou anormais; história obstétrica.
- Preenchimento dos dados nos formulários para requisição de exame citopatológico do colo do útero: é de fundamental importância o correto preenchimento, pois dados incompletos ou ausentes podem comprometer a análise do material.
- Preparação da lâmina: a lâmina e o frasco ou caixa de porta-lâminas que serão utilizados para colocar o material a ser examinado devem ser preparados previamente. O uso de lâmina com bordas lapidadas e extremidade fosca é obrigatório. Verificar se a lâmina está limpa e, caso necessário, limpá-la com gaze; a lâmina deve ser identificada com as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro na unidade, com lápis preto nº 2 ou grafite, na extremidade fosca, pois o uso de caneta hidrográfica ou esferográfica pode levar à perda da identificação do material, já que essas tintas se dissolvem durante o processo de coloração das lâminas no laboratório; o frasco ou a caixa de porta-lâmina devem também ser identificados a lápis para evitar a perda de informações quando há derrame de álcool.

- Solicitar que a mulher esvazie a bexiga e troque a roupa, em local reservado, por um avental ou camisola.

Procedimento de coleta

- 63
- O profissional de saúde deve lavar as mãos com água e sabão e secá-las com papel-toalha, antes e após o atendimento.
 - A mulher deve ser colocada na posição ginecológica adequada, o mais confortável possível.
 - Cubra-a com o lençol.
 - Posicionar o foco de luz.
 - Colocar as luvas descartáveis.
 - Sob boa iluminação observar atentamente os órgãos genitais externos, prestando atenção à distribuição dos pelos, à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, à presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação, de veias varicosas e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações.
 - Colocar o espéculo, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada. Não deve ser usado lubrificante, mas em casos selecionados, principalmente em mulheres idosas com vaginas extremamente atróficas, recomenda-se molhar o espéculo com soro fisiológico.

O espéculo deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta. Iniciada a introdução fazer uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal. Uma vez introduzido totalmente na vagina, abrir lentamente e com delicadeza. Na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher tussa, não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional mais experiente.

Nessa fase do exame, também é importante a observação das características do conteúdo e das paredes vaginais, bem como as do colo do útero. Os dados da inspeção do colo do útero são muito importantes para o diagnóstico citopatológico e devem ser relatados na requisição do exame citopatológico.

- A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única. A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncoítico.
- 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, para não prejudicar a qualidade da amostra.

Figura 7 – Coleta ectocervical



Fonte: (INCA, 2002).

Reserve 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 fazer um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical.

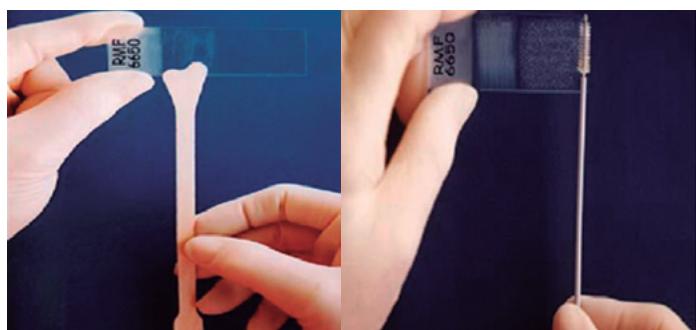
Figura 8 – Coleta endocervical



Fonte: (INCA, 2002).

- 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 com as iniciais da mulher e o número do registro. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

Figura 9 – Colocação do material na lâmina



Fonte: (INCA, 2002).

- O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material. É importante observar a validade do fixador. Na fixação com álcool a 96%, considerada mundialmente como a melhor para os esfregaços citológicos, a lâmina deve ser colocada dentro do frasco com álcool em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto, fechar o recipiente cuidadosamente e envolvê-lo com a requisição. Na fixação com spray de polietilenoglicol borrifa-se a lâmina, que deve estar em posição horizontal, imediatamente após a coleta, com o spray fixador, a uma distância de 20cm. Acondiciona-se cuidadosamente a lâmina em uma caixa de lâminas revestida com espuma de náilon e papel, a fim de evitar a quebra, para o transporte ao laboratório, lacrando-se a tampa da caixa com fita gomada.
- Fechar o espéculo não totalmente, evitando beliscar a mulher.
- Retirar o espéculo delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais.
- Retirar as luvas.
- Auxiliar a mulher a descer da mesa.
- Solicitar que ela troque de roupa.
- Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que cessará sozinho.
- Enfatizar a importância do retorno para o resultado e se possível agendar conforme rotina da unidade básica de saúde.

Envio do material para o laboratório

As lâminas devem ser enviadas para o laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas dos formulários de requisição. O formulário deve estar devidamente preenchido e a identificação coincidente com a do frasco ou da caixa de porta-lâmina e as iniciais da lâmina.

Deve ser preparada uma listagem de remessa, preferencialmente em duas vias (uma para a unidade e outra para o laboratório), com a identificação da unidade e a relação de nomes e números de registro das mulheres que tiveram seus exames encaminhados.

Os exames devem ser enviados ao laboratório o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente. O envio das lâminas pode ser semanal, mas é fundamental a racionalização do sistema de transporte utilizado: no momento da entrega de uma remessa de exames no laboratório devem ser apanhados os resultados de outros exames deixados anteriormente.

3.6 Recomendações diante dos resultados de exames citopatológicos

3.6.1 Nomenclatura citológica brasileira

A nomenclatura dos exames citopatológicos utilizada no Brasil (INCA, 2006) foi baseada no Sistema Bethesda.

O Sistema Bethesda 2001 (SOLOMON et al., 2002), integrando e refletindo o conhecimento científico contemporâneo sobre a história natural da infecção pelo HPV, denomina de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (do inglês *Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion* – LSIL) as alterações citológicas anteriormente classificadas por Richart (1967) como neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC1) e/ou as alterações citopáticas decorrentes de infecção por HPV.

Como a citologia é um teste de rastreio, a distinção simplificada entre lesões de baixo e alto grau é prática e segura para a aplicação clínica. Porém, a histologia representa o diagnóstico final das lesões detectadas pela citologia e, portanto, define a conduta subsequente. É recomendado o uso da classificação de Richart (1967) para laudos histopatológicos (HERBERT; ARBYN; BERGERON, 2008).

A nomenclatura de Papanicolaou, que utiliza classes numéricas, e da OMS, que usa o termo displasia, não devem ser mais empregadas, pois diferenciam indevidamente graus de doença pré-invasiva.

O Quadro 2 expõe as nomenclaturas citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências.

Para uma descrição completa das categorias diagnósticas atualmente utilizadas no Brasil, recomenda-se a consulta à Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas (INCA, 2006).

Quadro 2 – Nomenclaturas citopatológicas e histopatológicas utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências

67

Papanicolaou (1941)	OMS (1952)	Richard (1967)	Brasil (2006)
Classe I	-	-	Normal
Classe II	-		Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado*
Classe III	Displasia leve Displasia moderada Displasia acentuada	NIC I NIC II NIC III	LSIL HSIL HSIL
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL Adenocarcinoma <i>in situ</i>
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

*Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica Não se pode afastar lesão de alto grau
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica Não se pode afastar lesão de alto grau
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica Não se pode afastar lesão de alto grau

Fonte: (BRASIL, 2011, adaptado).

3.6.2 Exame citopatológico normal

É atribuição do profissional da Saúde que atua na Atenção Básica orientar as mulheres com resultado de exame citopatológico normal a seguir a rotina de rastreamento.

Serão transcritas a seguir as recomendações preconizadas pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero diante desse diagnóstico citopatológico (BRASIL, 2011).

3.6.2.1 Resultado normal

Dentro dos limites da normalidade no material examinado.

Diagnóstico completamente normal. A inclusão da expressão “no material examinado” visa estabelecer, de forma clara e inequívoca, aspectos do material submetido ao exame (DAVEY et al. 2002).

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (B).

3.6.2.2 Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas)

Inflamação sem identificação de agente

Caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos, como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular (GHORAB; MAHMOOD; SCHINELLA, 2000; MALIK et al., 2001). Ocassionalmente, podem-se observar alterações, em decorrência do uso do dispositivo intrauterino (DIU), em células endometriais e mesmo endocervicais (AGARWAL; SHARMA; ACHARYA, 2004; HUGHES et al., 2005). Casos especiais com alterações citológicas do tipo exsudato são observados (HALFORD, 2002). O Papanicolaou apresenta evidentes limitações no estudo microbiológico, de forma que tais alterações podem se dever a patógeno não identificado. Os achados colposcópicos comuns são ectopias, vaginites e cervicitis (MALIK et al., 2001; HALFORD, 2002).

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico, independentemente do exame ginecológico (B). Havendo queixa clínica de leucorreia, a paciente deverá ser encaminhada para exame ginecológico. O tratamento deve seguir recomendação específica.

3.6.2.3 Resultado indicando metaplasia escamosa imatura

A palavra “imatura”, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos buscando caracterizar que esta apresentação é considerada como do tipo reparativa (MALIK et al., 2001).

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (B).

3.6.2.4 Resultado indicando reparação

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser originado por quaisquer dos agentes que determinam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório (MALIK et al., 2001).

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (B).

3.6.2.5 Resultado indicando atrofia com inflamação

Na ausência de atipias, é um achado normal do período climatérico e somente demanda atenção ginecológica caso esteja associado a sintomas como secura vaginal e dispareunia. Não foram encontradas evidências para embasar uma conduta para melhorar a qualidade do esfregaço. Por outro lado, foram encontradas evidências de qualidade para tratamento da vaginite atrófica, favorecendo o tratamento tópico com estrogênios conjugados por quatro semanas (LYNCH, 2008; AL-BAGHDADI; EWIES, 2009; CHOLLET et al., 2009).

Na discussão da melhor recomendação, optou-se pela experiência dos colposcopistas consultados.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico. Na eventualidade do laudo do exame citopatológico, mencionar dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, deve ser prescrito um preparo estrogênico seguindo esquemas descritos a seguir, utilizados para tratamento da colpite atrófica, e a nova citologia será coletada sete dias após a parada do uso (B).

69

O tratamento da colpite atrófica pode ser realizado pela administração vaginal de creme de estrogênios conjugados ou de creme de estriol (CARDOZO et al., 1998). Ambas as drogas devem ser utilizadas, de preferência à noite, por um a três meses, em dois esquemas alternativos: durante 21 dias, com intervalo de sete dias, ou duas vezes por semana, sempre nos mesmos dias.

Apesar das evidências favoráveis às duas possibilidades terapêuticas, não foram encontrados estudos comparativos que permitam recomendar preferencialmente uma das duas. Na situação em que é contraindicado o uso de estrogênios conjugados, parece recomendável o uso de estriol (B).

Devido à absorção sistêmica do estrogênio tópico ser mínima, não há contraindicação do uso do mesmo nas mulheres com história de carcinoma de mama. O esquema recomendado é o mesmo utilizado para as demais mulheres, como descrito acima (DERZKO; ELLIOT; LAM, 2007) (B).

Nas mulheres que fazem uso dos inibidores da aromatase, como os utilizados no tratamento do câncer de mama, a terapia com estrogênios para a melhora da vaginite atrófica está *contraindicada* (KENDALL et al., 2006) (D).

3.6.2.6 Resultado indicando radiação

Este achado pode ocorrer nos casos de mulheres tratadas por meio de radioterapia para câncer do colo uterino (CHIEN et al., 2005; ZANNONI; VELLONE, 2008). O tratamento radioterápico prévio deve ser mencionado na requisição do exame.

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (B).

3.6.2.7 Resultado indicando achados microbiológicos

- Lactobacillus spp.
- Cocos.
- Outros bacilos.

São considerados achados normais. Fazem parte da microbiota e, na ausência de sinais e sintomas, sua presença não caracteriza infecção que necessite de tratamento (AGARWAL; SHARMA; ACHARYA, 2004).

Recomendação: seguir a rotina de rastreamento citológico (B). A paciente com sintomatologia, como corrimento, prurido ou odor genital, deve ser encaminhada para avaliação ginecológica (B).

3.6.2.8 Situações Especiais

Mulheres até 20 anos, gestantes, na pós-menopausa e imunossuprimidas com alterações celulares benignas não demandam recomendações especiais.

70

3.6.3 Exame citopatológico anormal

Existem evidências convincentes de que muitas mulheres sofrem significativos efeitos psicológicos negativos ao receberem um exame citopatológico alterado e que demanda investigação adicional (PERRIN et al. 2006), gerando impacto desfavorável na qualidade de vida (HERZOG; WRIGHT, 2007).

É atribuição do profissional da Saúde que colheu o exame citopatológico explicar detalhadamente o significado do resultado anormal, as condutas recomendadas, os encaminhamentos necessários e os procedimentos que possivelmente serão realizados.

Na revisão sistemática conduzida por Eggleston e colaboradores (2007) foram avaliados fatores preditores de falha na adesão à confirmação diagnóstica, após resultado anormal do exame citopatológico. A falta de informações adequadas sobre o significado das alterações citológicas encontradas se mostrou consistentemente associada a menores taxas de adesão.

Resumidamente, pode-se dizer que as atipias de significado indeterminado não representam uma entidade biológica, mas sim uma mistura de diagnósticos diferenciais e dificuldades diagnósticas, não sendo consideradas anormalidades e sim ambiguidades citopatológicas, nas quais as alterações celulares são maiores que reacionais sugestivas de lesão intraepitelial, porém não quantitativa nem qualitativamente suficientes para o diagnóstico definitivo. Consequentemente, impõe-se a necessidade de definição diagnóstica posterior ou imediata, na dependência da gravidade da suspeita.

Já o diagnóstico citopatológico compatível com LSIL representa a manifestação citológica da infecção pelo HPV, altamente prevalente e com potencial de regressão espontânea muito frequente, especialmente em mulheres com menos de 30 anos (IARC, 2007). A compreensão da história natural da infecção pelo HPV embasa o adiamento da investigação com a repetição da citologia, evitando também o aumento de custos físicos, psíquicos e econômicos.

Em contrapartida, as HSIL e o adenocarcinoma *in situ* são considerados as lesões verdadeiramente precursoras do câncer do colo do útero, caso não detectadas e tratadas. É imprescindível orientar as mulheres quanto à necessidade da investigação e, eventualmente, do tratamento. Porém deve-se enfatizar que essas lesões podem demorar muitos anos para progredir para câncer e que são totalmente curáveis na maioria das vezes.

O quadro abaixo lista os possíveis diagnósticos citopatológicos anormais e resume as respectivas recomendações iniciais. O leitor deve acessar às Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (BRASIL, 2011) para detalhamento dos procedimentos adicionais para o diagnóstico, tratamento e seguimento.

Quadro 3 – Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal

71

		Resultados	Grau de suspeição	Conduta
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em 6 meses (≥ 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos)
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau		Menor	Repetição da citologia em seis meses
	Lesão intraepitelial de alto grau		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Carcinoma epidermoide invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i>		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Adenocarcinoma invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia

Fonte: (BRASIL, 2011).

3.6.3.1 Vigilância dos casos positivos

A identificação de lesões precursoras nos testes de rastreio tem pequeno impacto na redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero se não houver a confirmação diagnóstica e o tratamento adequados em tempo oportuno (JONES; NOVIS, 2000).

72

A investigação de mulheres com resultados positivos no rastreio e o tratamento das lesões precursoras identificadas parece ter repercussão maior sobre a mortalidade do que as taxas de cobertura. Segundo Murillo e colaboradores (2008), o seguimento de 50% das mulheres com diagnóstico citopatológico compatível com LSIL ou lesões mais graves, com uma cobertura de 100%, reduz o risco de mortalidade em 52,7%, ao passo que o acompanhamento de 100% de resultados positivos com cobertura de 50% reduz o mesmo risco em 74%.

O Siscolo atualmente disponibiliza um módulo para o acompanhamento individualizado dos resultados da confirmação diagnóstica e do tratamento das mulheres identificadas no rastreamento com exame citopatológico positivo (ASC-US ou alterações mais graves). O acompanhamento regular, realizado pelas equipes de saúde municipais e estaduais, das mulheres com exames alterados, em especial aquelas com diagnóstico de lesão de alto grau, é imprescindível, pois essas mulheres, se tratadas oportuna e adequadamente, não apresentarão evolução para lesão invasiva, o que contribuirá para a diminuição da incidência do câncer do colo do útero.

Está em desenvolvimento o Sistema de Informação do Câncer da Mulher (Siscan), que irá substituir o Siscolo, mas que manterá as funcionalidades descritas acima. Como principal diferencial, a identificação unívoca das usuárias por meio do cartão SUS, que permitirá avaliar a cobertura real, bem como o acompanhamento nos casos em que o laudo indica uma repetição do exame com periodicidade diferente da habitual.

A informação do tratamento, inserida nos sistemas de informação, permite ao gestor municipal e estadual avaliar e acompanhar as ações de controle do câncer do colo do útero em sua área de abrangência, contribuindo para a tomada de decisões.

O percentual de seguimento informado é um indicador que faz parte do Pacto pela Saúde e expressa a informação sobre o seguimento das mulheres com exame citopatológico compatível com lesão de alto grau (HSIL). São seguidas no ano corrente as mulheres com diagnóstico de lesão de alto grau no ano anterior. A expectativa nesse indicador é que haja 100% de informação, dado que um ano é considerado tempo adequado para a confirmação diagnóstica e encaminhamento para tratamento. Em 2010, apenas 23% das mulheres diagnosticadas em 2009 tiveram seguimento informado no Siscolo.

É imprescindível que as condutas informadas estejam de acordo com o efetivamente realizado pelos serviços especializados. Cabe às gestões municipal e estadual avaliar as conformidades das ações descritas, de acordo com as recomendações preconizadas pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.

3.7 Sistema de informação para as ações de controle de câncer do colo do útero

73

Desde 1999 têm-se disponível um sistema de informação que regista os dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil.

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) é composto por dois módulos operacionais: o módulo laboratório – regista os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento externo da qualidade – e o módulo coordenação, regista as informações de seguimento das mulheres que apresentam resultados de exames alterados.

Está em desenvolvimento o Siscan, um sistema *web* para substituir o Siscolo e o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama). Ele permitirá o acompanhamento das ações de rastreamento de ambos os cânceres, e, a partir da identificação da usuária, a interoperabilidade com outros sistemas de informação do Ministério da Saúde. No anexo estão as novas fichas, que passarão a ser utilizadas em breve, conforme implantação do novo sistema. Além disso, na reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) estão previstos campos para registro da solicitação e avaliação de determinados exames, como mamografia e citopatologia, considerados críticos para uma boa qualidade de atenção.

O sistema de informação é uma ferramenta importante para o profissional de saúde e para o gestor avaliar e planejar as ações pertinentes ao bom desempenho do programa de controle do câncer do colo do útero.

Com os dados fornecidos atualmente pelo sistema, é possível:

- Acompanhar o desenvolvimento das ações de controle do câncer do colo do útero.
- Conhecer a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres rastreadas.
- Avaliar a qualidade da coleta desses exames, adequabilidade e representatividade da Zona de Transformação.
- Conhecer o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas.
- Fornecer dados para avaliar a captação (mulheres que realizam pela primeira vez o exame citopatológico) e cobertura (mulheres que se submeteram ao exame citopatológico periodicamente) do programa de rastreamento.

REFERÊNCIAS

74

- ADAB, P. et al. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening: comparison with organized screening. *Med. Care*, [s.l.], v. 42, n. 6, p. 600-609, 2004.
- AGARWAL, K.; SHARMA, U.; ACHARYA, V. Microbial and cytopathological study of intrauterine contraceptive device users. *Indian J. Med. Sci.*, [s.l.], v. 58, n. 9, p. 349, 2004.
- AL-BAGHDADI, O.; EWIES, A. A. Topical estrogen therapy in the management of postmenopausal vaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric*, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 91-105, 2009.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Practice Bulletin n. 109: Cervical cytology screening. *Obstet. Gynecol.*, [s.l.], v. 114, n. 16, p. 1409-1420, 2009.
- ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur. J. Cancer*, [s.l.], v. 45, n. 15, p. 2649-2658, 2009.
- ARBYN, M. et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second editionsummary document. *Ann. Oncol.*, [s.l.], v. 21, n. 3, p.448-458, 2010.
- _____. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. *Obstet. Gynecol.*, [s.l.], v. 111, n. 1, p. 167-177, 2008.
- _____. The challenges of organising cervical screening programmes in the 15 old member states of the European Union. *Eur. J. Cancer*, [s.l.], v. 45, n. 15, p. 2671-2678, 2009b.
- _____. Trends of cervical cancer mortality in the Member States of the European Union. *Eur. J. Cancer*, [s.l.], v. 45, n. 15, p. 2640-2680, 2009a.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT/NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. *Screening to prevent cervical cancer: guidelines for the management of asymptomatic women with screen detected abnormalities*. Canberra: Biotech Pty Ltd., 2005. Disponível em: <<http://www.nhmrc.gov.au/PUBLICATIONS/synopses/wh39syn.html>>. Acesso em: 30 set. 2010.
- BACHMANN, G. et al. Efficacy and safety of low-dose regimens of conjugated estrogens cream administered vaginally. *Menopause*, [s.l.], v. 16, n. 4, p. 719-727, 2009.
- _____. Efficacy of low-dose estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis. *Obstet. Gynecol.*, [s.l.], v. 111, n. 1, p. 67-76, 2008.
- BOARDMAN, L. A.; KENNEDY, C. M. Management of atypical squamous cells, low-grade squamous intraepithelial lesions, and cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol. Clin. Am.*, [s.l.], v. 35, n. 4, p. 599-614, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Inca, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília, 2010b.

CARDOZO, L. et al. Meta-analysis of estrogen therapy in the management urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the hormones and urogenital therapy committee. *Obstet. Gynecol.* [s.l.], v. 92, n. 4, p. 722-727, 1998.

75
CARVALHO, V. **Cogitare em saúde**: questão de opinião. Blog. Disponível em: <http://bp0.blogger.com/_Q9azOsDc2fM/RyJ_rCYYuI/AAAAAAAAC0/eyN8Ka9ICPo/s1600-h/citologia03.gif>. Acesso em: 3 set. 2012.

CASTELLSAGUÉ, X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol. Oncol.*, [s.l.], v. 110, n. 3, 2008. Supplement 8.

CHIEN, C. R. et al. Post-radiation Pap smear for Chinese patients with cervical cancer: a ten-year follow-up. *Eur. J. Gynaecol. Oncol.* [s.l.], v. 26, n. 6, p. 619-622, 2005.

CHOLLET, J. A. et al. Efficacy and safety of vaginal estriol and progesterone in postmenopausal women with atrophic vaginitis. *Menopause*, [s.l.], v. 16, n. 5, p. 978-983, 2009.

COX, J. T. History of the use of HPV testing in cervical screening and in the management of abnormal cervical screening results. *J. Clin. Virol.*, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 3-12, 2009. Supplement.

_____; CUZICK, J. HPV DNA testing in cervical cancer screening: from evidence to policies. *Gynecol. Oncol.*, [s.l.], v. 103, n. 1, p. 8-11, 2006.

CUZICK, J. et al. Overview of human papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. *Vaccine*, [s.l.], v. 26, n. 10, p. 29-41, 2008. Supplement.

DAVEY, D. D. et al. ASCCP patient management guidelines pap test specimen adequacy and quality indicators. *Am. J. Clin. Pathol.*, [s.l.], v. 118, n. 5, p. 714-718, 2002.

DERZKO, C.; ELLIOT, S.; LAM, W. Management of sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer patients taking adjuvant aromatase inhibitor therapy. *Current Oncology*, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 20-40, 2007.

DIAZ, M. et al. Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination and screening in Spain. *Eur. J. Cancer*, [s.l.], v. 46, n. 16, p. 2850-2973, 2010.

EGGLESTON, K. S. et al. Understanding barriers for adherence to follow-up care for abnormal pap tests. *J. Womens Health*, Larchmt, v. 16, n. 3, p. 311-330, 2007.

FERLAY, J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int. J. Cancer*, [s.l.], v. 127, n. 12, p. 2893-2917, 2010.

GHORAB, Z.; MAHMOOD, S.; SCHINELLA, R. Endocervical reactive atypia: a histologic-cytologic study. *Diagn Cytopathol.*, [s.l.], v. 22, n. 6, p. 342-346, 2000.

GÖK, M. H. P. V. Testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. *BMJ*, [s.l.], v. 340, p. 1040, 2010.

GRAVITT, P. E. et al. New technologies in cervical cancer screening. *Vaccine*, [s.l.], v. 26, n. 10, p. 42-52, 2008. Supplement.

76

HALFORD, J. A. Cytological features of chronic follicular cervicitis in liquid-based specimens: a potential diagnostic pitfall. *Cytopathology*, [s.l.], v. 13, n. 6. p. 346-370, 2002.

HAUSEN, Z. H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat. Rev. Cancer*, [s.l.], v. 2, n. 5, p. 342-350, 2002.

HEALTH CANADA. **Programmatic guidelines for screening for cancer of the cervix in Canada:** Society of Gynecologic Oncologists of Canada. 1998. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cc-ccu/pdf/screening.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2011.

HERBERT, A.; ARBYN, M.; BERGERON, C. Why CIN3 and CIN2 should be distinguished on histological reports. *Cytopathology*, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 63-64, 2008.

HERZOG, T. J.; WRIGHT, J. D. The impact of cervical cancer on quality of life-The components and means for management. *Gynecol. Oncol.*, [s.l.], v. 107, n. 3, p. 572-577, 2007.

HUGHES, C. et al. Pseudo-decidual reaction to Mirena coil in a cervical smear: a potential diagnostic pitfall for false-positive cervical cytology. *Cytopathology*, [s.l.], v. 16, n. 5, p. 268-269, 2005.

HUNTER, M. I.; MONK, B. J.; TEWARI, K. S. Cervical neoplasia in pregnancy: part 1: screening and management of preinvasive disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, [s.l.], v. 199, n. 1, p. 3-9, 2008.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina>. Acesso em: 6 jun. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas da mortalidade**. Brasília: Inca, 2012.

_____. **Consenso, periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino**. Rio de Janeiro: ProOnco/Inca, 1988.

_____. Coordenação-Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/Inca, 2002.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2006.

_____. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: Inca, 2010a.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). Working group on evaluation of cervical cancer screening programmes: screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. **BMJ**, [s.l.], v. 293, p. 659-664, 1986.

_____. Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papillomaviruses. **Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans**, v. 90, p. 1-636, 2007. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2012.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER et al. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. **Int. J. Cancer**, [s.l.], v. 118, n. 6, p. 1481-1495, 2006.

JONES, B. A.; NOVIS, D. A. Follow-up of abnormal gynecologic cytology: a college of American pathologists Q-probes study of 16132 cases from 306 laboratories. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, [s.l.], v. 124, n. 5, p. 665-671, 2000.

KENDALL, A. et al. Caution: vaginal estradiol appears to be contraindicated in postmenopausal women on adjuvant aromatase inhibitors. **Annals of Oncology**, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 584-587, 2006.

KITCHENER, H. C. et al. Automation-assisted versus manual reading of cervical cytology (MAVARIC): a randomized controlled trial. **Lancet Oncol.**, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 56-64, 2011.

KJÆR, S. K et al. Long-term absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse following human papillomavirus infection: role of persistence. **J. Natl. Cancer Inst.**, [s.l.], v. 102, n. 19, p. 1478-1488, 2010.

KYRGIOU, M. et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. **Lancet**, [s.l.], v. 367, n. 9509, p. 489-498, 2006.

LA VECCHIA, C.; DECARLI, A.; GALLUS, G. Epidemiological data on cervical carcinoma relevant to cytopathology. **Appl. Pathol.**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 25-32, 1987.

LEINONEN, M. et al. Age-specific evaluation of primary human papillomavirus screening vs conventional cytology in a randomized setting. **J. Natl. Cancer Inst.**, [s.l.], v. 101, n. 23, p. 1612-1623, 2009.

LYNCH, C. Vaginal estrogen therapy for the treatment of atrophic vaginitis. **Journal of Women's Health**, [s.l.], v. 18, n. 10, p. 1595-1606, 2008.

MALIK, S. N. et al. Benign cellular changes in Pap smears: causes and significance. **Acta Cytol.**, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 5-8, 2001.

MARTIN-HIRSCH, P. et al. Collection devices for obtaining cervical cytology samples. **Cochrane Database Syst. Rev.**, [s.l.], n. 3, p. 1036, 2000.

MCCREDIE, M. R. et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. **Lancet Oncol.**, [s.l.], v. 9, n. 5, p. 425-434, 2008.

MELNIKOW, J. et al. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. **Obstet. Gynecol.**, [s.l.], v. 92, n. 4, p. 727-735, 1998.

MITCHELL, M. F. et al. The natural history of cervical intraepithelial neoplasia: an argument for intermediate endpoint biomarkers. **Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.**, [s.l.], v. 3, n. 7, p. 619-626, 1994.

NICULA, F. A. et al. Challenges in starting organised screening programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union. **Eur. J. Cancer**, [s.l.], v. 45, n. 15, p. 2679-2684, 2009.

OLIVEIRA, R. **Adesão ao método de autocoleta para rastreio de lesões precursoras do câncer do colo do útero**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, 2008.

OSTÖR, A. G. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. **Int. J. Gynecol. Pathol.**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 186-192, 1993.

PERRIN, K. K. et al. Women's reactions to HPV diagnosis: insights from in-depth interviews. **Women Health**, [s.l.], v. 43, n. 2, p. 93-110, 2006.

QIAO, Y. L. et al. A new HPV-DNA test for cervical-cancer screening in developing regions: a cross-sectional study of clinical accuracy in rural China. **Lancet Oncol.**, [s.l.], v. 9, n. 10, p. 929-936, 2008.

QUINN, M. et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. **BMJ**, [s.l.], v. 318, n. 37188, p. 904-908, 1999.

RAYMUNDO, N. et al. Treatment of atrophic vaginitis with topical conjugated equine estrogens in postmenopausal Asian women. **Climaterio**, [s.l.], v. 7, p. 312-318, 2004.

SANJOSÉ, S. et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. **Lancet Infect. Dis.**, [s.l.], v. 7, n. 7, p. 453-459, 2007.

SASIENI, P.; CASTAÑON, A.; CUZICK, J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. **BMJ**, [s.l.], v. 339, p. 2968, 2009.

_____. What is the right age for cervical cancer screening? **Womens Health**, Lond Engl., v. 6, n. 1, p. 1-4, 2010.

SASLOW, D. et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. **C. A. Cancer J. Clin.**, [s.l.], v. 52, n. 6, p. 342-362, 2002.

SHIRATA, N. K. et al. Celularidade dos esfregaços cervicovaginais: importância em programas de garantia de qualidade em citopatologia. **J. Bras. Ginecol.**, [s.l.], v. 108, n. 3, p. 63-66, 1998.

SMITH, J. S. et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. *Int. J. Cancer*, [s.l.], v. 121, n. 3, p. 621-632, 2007.

SMITH, R. A. et al. Cancer screening in the United States, 2011: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *C. A. Cancer J. Clin.*, [s.l.], v. 61, n. 1, p. 8-30, 2011.

79

SOLOMON, D. et al. Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*, [s.l.], v. 287, n. 16, p. 2114-2119, 2002.

TUDO SOBRE CANCRO. **Cancro do colo do útero**. Blog. Disponível em: <<http://tudosobrencancros-8a.blogspot.com.br/p/cancro-do-colo-do-utero.html>>. Acesso em: set. 2012.

UN DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. **The world population prospects: the 2008 revision**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/topics/2008_populationstats/en/index.html>. Acesso em: 6 jun. 2012.

U.S.A. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Recomm. Rep.*, [s.l.], v. 47, n. 1, p. 1-111, 1998.

U.S.A. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION; WORKOWSKI, K. A.; BERMAN, S. M. Sexually transmitted diseases treatment guideline, 2006. *MMWR Recomm. Rep.*, [s.l.], v. 4, n. 55, p. 1-94, 2006.

U.S.A. NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Cervical cancer screening**. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/cervical/healthprofessional>>. Acesso em: 19 jan. 2011.

U.S.A. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). **Grade definitions**. 2007. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/grades.htm>>. Acesso em: 1 jul. 2011.

U.S.A. USPHS/IDSA guidelines for prevention of opportunistic infections in persons infected with human immunodeficiency virus. *MMWR Recomm. Rep.*, [s.l.], v. 48, n. 10, p. 1-59, 61-66, 1999.

VOCÊ DE OLHO EM TUDO. Blog. **Exame preventivo**. Disponível em: <<http://voceadolhoemtudo.com.br/saude/exame-preventivo/>>. Acesso em: 8 out. 2012.

WATSON, M. et al. Burden of cervical cancer in the United States, 1998-2003. *Cancer*, v. 113, n. 10, p. 2855-2864, 2008. Suplemento.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes**. Switzerland: WHO, 2007.

_____. **International agency for research on cancer**. Globocan 2008. Lyon: WHO, 2008.

ZANNONI, G. F.; VELLONE, V. G. Accuracy of papanicolaou smears in cervical cancer patients treated with radiochemotherapy followed by radical surgery. *Am. J. Clin. Pathol.*, [s.l.], v. 130, n. 5, p. 787-794, 2008.

Controle do Câncer da Mama

4

4.1 Glândula mamária

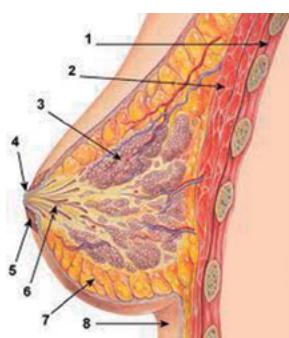
83

A mama feminina é constituída por um corpo glandular que repousa sobre a parede do tórax. Envolto pelo fáscia e recoberto por pele, se estende até a região da axila formando o prolongamento axilar. A pele se diferencia em sua porção central, formando a aréola de onde emerge a papila, constituindo o complexo areolopapilar. O corpo glandular é formado por dois sistemas: o sistema ductal, formado por ductos que iniciam na papila e possuem várias ramificações, e o sistema lobular, composto por lóbulos, localizados nas extremidades das ramificações ductais. Os lóbulos são responsáveis pela formação de leite que é transportado por meio dos ductos até sua exteriorização na papila. Os sistemas ductal e lobular são sustentados por tecido conjuntivo e gordura, por onde passam nervos, vasos sanguíneos e linfáticos. Os vasos linfáticos da mama drenam a linfa principalmente para os linfonodos das cadeias axilar e mamária interna. O assoalho muscular é composto principalmente pelos músculos peitoral maior, peitoral menor e serrátil anterior, que se relacionam com a face profunda da mama separando-a do gradil costal.

Geralmente, as mamas não são do mesmo tamanho, havendo uma discreta assimetria entre elas. A forma da mama pode variar em função da idade, lactação, gestação, obesidade e período menstrual.

Topograficamente, as mamas são divididas em quadrantes superiores (lateral e medial), inferiores (lateral e medial) e região central. A divisão em quadrantes é importante para a localização e correlação dos achados de exame clínico e de imagem.

Figura 10 – Mama humana



Fonte: (MAMA, 2012).

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. Parede Torácica | 6. Ductos |
| 2. Músculo Peitoral Maior | 7. Tecido gorduroso |
| 3. Lóbulos | 8. Pele |
| 4. Papila (ou mamilo) | 9. Músculo Peitoral Menor |
| 5. Aréola | |

4.2 Câncer de mama

84

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor.

Considerado problema de saúde pública, o câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade do câncer de mama se manifesta pelas diferentes apresentações clínicas e morfológicas, variadas assinaturas genéticas e consequente variação nas respostas terapêuticas.

O processo de carcinogênese é, em geral, lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável. Esse processo apresenta os seguintes estágios: iniciação, fase em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos; promoção, fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e progressão, caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula.

As lesões precursoras do carcinoma mamário como a hiperplasia ductal atípica, a neoplasia lobular e carcinoma ductal *in situ* apresentam alterações genéticas comuns aos carcinomas. Nem todas as lesões proliferativas epiteliais são precursoras, como as hiperplasias usuais, por exemplo. Entretanto lesões não proliferativas como as alterações colunares, são, de fato, precursoras do câncer.

As neoplasias lobulares são lesões não invasivas, localizadas ou extensas, que comprometem a unidade lobular e podem disseminar-se para os ductos. Recentemente reconhecidas como lesões precursoras, as neoplasias lobulares constituem achados incidentais de biópsias da mama, tendem à multicentricidade e à bilateralidade.

O carcinoma ductal *in situ* é uma proliferação epitelial neoplásica intraductal que respeita a barreira da membrana basal. São classificados de baixo e alto grau, considerando o volume nuclear, a distribuição da cromatina e as características dos nucléolos. Tal classificação representa o grau de agressividade da lesão.

A Doença de Paget, um tumor raro que representa 0,5% a 4% das patologias malignas da mama, provoca prurido no complexo areolopapilar e apresenta-se inicialmente como um eritema e espessamento cutâneo, evoluindo para uma erosão cutânea eczematoide ou exudativa. Noventa e sete por cento das pacientes portadoras dessa patologia apresentam um carcinoma subjacente. Nos casos subclínicos, o diagnóstico é feito por meio de exame histopatológico do complexo areolopapilar.

O carcinoma invasivo da mama constitui um grupo de tumores epiteliais malignos que transpassam a membrana basal da unidade ductotubular terminal, invade o estroma e tem potencial para produzir metástases. O carcinoma ductal infiltrante é o tipo mais prevalente, com vários subtipos histopatológicos, alguns particularmente relacionados a um melhor prognóstico como os medulares, os mucinosos e os tubulares. Os linfomas, sarcomas e melanomas, embora raros, porém de pior prognóstico, podem ocorrer na mama.

4.2.1 Magnitude

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2008).

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na Região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2011, foram estimados 49.240 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 49 casos por 100 mil mulheres.

A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,28 óbitos por 100 mil mulheres em 2009. As regiões Sul e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas, com 12,7 e 12,62 óbitos por 100 mil mulheres em 2009, respectivamente (INCA, 2012).

Como mostra a Tabela 1, o Brasil apresenta valores intermediários no padrão de incidência e mortalidade por câncer de mama. Cabe destacar que, proporcionalmente, as diferenças entre as taxas de incidência e mortalidade nos países desenvolvidos são maiores, sugerindo maior alcance das ações de diagnóstico precoce e de rastreamento e maior acesso a diagnóstico e tratamento oportunos.

Tabela 1 – Taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama, por 100 mil mulheres, em países selecionados, em 2008

Região / País	Incidência		Mortalidade	
	Taxa Bruta	Taxa Padronizada	Taxa Bruta	Taxa Padronizada
Finlândia	136,4	84,7	31,7	17,4
Reino Unido	135,5	87,2	44,0	24,3
Espanha	77,8	50,9	29,0	15,9
Estados Unidos	143,8	101,1	29,4	19,9
Canadá	124,0	84,3	33,7	21,1
Austrália	115,1	84,6	28,4	19,4
Japão	49,6	32,7	51	2,8
Paraguai	24,0	34,4	9,3	13,9
Bolívia	17,5	24,7	8,2	11,6
Zâmbia	7,1	13,0	5,4	10,0
Brasil GLOBOCAN)*	43,7	42,3	12,9	12,3
Brasil (Ministério da Saúde)**	52,5	-	12,26	11,28

Fonte: (WHO, 2008).

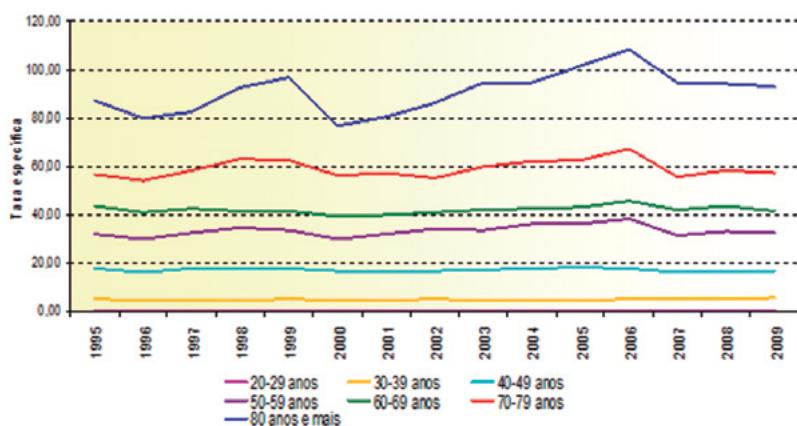
* Os dados do Globocan são diferentes dos dados de fontes nacionais por diferenças metodológicas no cálculo das taxas.

** Referem-se à estimativa de incidência para 2012 (INCA, 2011a) e à taxa de mortalidade do ano de 2009 (Sistema de Informação sobre Mortalidade/Ministério da Saúde).

Na distribuição proporcional do total de mortes por câncer no período de 2005 a 2009, os óbitos por câncer de mama ocupam o primeiro lugar no País, com 15,7%. Esse padrão é semelhante para as regiões brasileiras, com exceção da Região Norte, onde os óbitos por câncer de mama ocupam o segundo lugar, com 11,5%. Os maiores percentuais na mortalidade proporcional por câncer de mama são os do Sudeste (17,0%) e Sul (14,8%), seguidos das regiões Centro-Oeste (14,7%) e Nordeste (14,4%) (INCA, 2012).

A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente com a idade. A mortalidade também aumenta progressivamente com a idade, conforme dados para o Brasil apresentados no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Taxas de mortalidade específicas por idade, para o câncer de mama feminino, por 100 mil mulheres. Brasil, 1995 a 2009



Fonte: (DARAQ/INCA/MS).

4.2.2 História natural

A história natural do câncer de mama pode ser dividida em fase pré-clínica, que compreende o intervalo de tempo entre o surgimento da primeira célula maligna e o desenvolvimento do tumor até atingir condições de ser diagnosticado clinicamente, e fase clínica, que inicia a partir deste momento.

Existe incerteza sobre a sequência de eventos iniciais da evolução do câncer da mama. Admite-se que o carcinoma da mama passe por uma fase *in situ*, onde a membrana basal está preservada, evoluindo para a ruptura desta membrana, progredindo para a forma infiltrativa ou invasiva (carcinoma infiltrante ou invasor). Porém estudos de biologia molecular apontam para a possibilidade de o carcinoma invasor ter origem diferente do carcinoma *in situ*, podendo tratar-se de entidades distintas e não fases evolutivas de uma mesma doença. O carcinoma invasor pode permanecer por tempo variável como doença local, ou seja, limitada à mama, ou evoluir com propagação regional e disseminação a distância. No carcinoma da mama, a disseminação ocorre principalmente a partir da via linfática e mais raramente por via hematogênica pura.

Além da riqueza de capilares linfáticos existentes na mama, ocorre a formação de novos vasos linfáticos peritumorais. A parede desses vasos é altamente permeável, podendo permitir a penetração de células malignas no interior do vaso, dando início ao processo de disseminação tumoral. Uma vez dentro dos canais linfáticos, estas células são transportadas pela linfa até atingir o primeiro gânglio de drenagem da região tumoral, chamado linfonodo sentinel. A partir deste, os êmbolos tumorais poderão seguir até atingir as cadeias ganglionares regionais comprometendo outros linfonodos, principalmente os da cadeia axilar e com menor frequência os da cadeia mamária interna. Seguindo o fluxo linfático, as células tumorais embolizadas podem ultrapassar os linfonodos regionais, chegar à circulação sanguínea e atingir alvos mais distantes, podendo levar a formação de implantes tumorais metastáticos.

Os principais sítios de metástases do câncer de mama são ossos, pulmões e pleura, fígado, e com menor frequência cérebro, ovário e pele.

Geralmente o câncer da mama cresce lentamente, porém eventualmente apresenta crescimento rápido e maior possibilidade de disseminação. Esse comportamento heterogêneo está relacionado a características próprias do tumor, tais como grau de diferenciação histológica e presença de receptores moleculares, que determinam sua velocidade de crescimento e potencial de originar metástases, podendo ainda ser influenciado por outros fatores, como a exposição a estímulos hormonais, resposta imune e estado nutricional.

4.2.3 Fatores de risco

Os principais fatores de risco conhecidos para o câncer de mama estão ligados à idade, aos fatores genéticos e aos endócrinos. A idade constitui o mais importante fator de risco para câncer de mama. O risco de câncer de mama aumenta com a idade, com cerca de 70–80% dos tumores diagnosticados a partir dos 50 anos de idade (CANCER RESEARCH UK, 2011). A mortalidade também aumenta com a idade.

Fatores de Risco:

- Idade
- Menarca precoce
- Menopausa tardia
- Primeira gravidez após os 30 anos
- Nuliparidade
- Exposição à radiação
- Terapia de reposição hormonal
- Obesidade
- Ingestão regular de álcool
- Sedentarismo
- História familiar

Os fatores endócrinos estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for o tempo de exposição. Possuem risco aumentado as mulheres com história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos. Até o momento, as evidências sobre o aumento de risco de câncer de mama com o uso de contraceptivos orais são conflitantes.

A história familiar e a idade precoce ao diagnóstico (mulheres com menos de 50 anos) são importantes fatores de risco para o câncer de mama e podem indicar predisposição genética associada à presença de mutações em determinados genes. Entretanto o câncer de mama de caráter hereditário (predisposição genética) corresponde a cerca de 5 a 10% do total de casos (ADAMI, 2008).

Outros fatores incluem a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, a ingestão regular de álcool (mesmo que em quantidade moderada – 30g/dia), obesidade (principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa) e sedentarismo. O tabagismo não é considerado fator de risco para câncer de mama. A prática de atividade física é considerada um fator protetor.

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:

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade.
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária.
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino.
- Mulheres com 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. A publicação Rede Nacional de Câncer Familiar (INCA, 2012) apresenta um capítulo específico sobre risco cumulativo de câncer de mama, com diferentes modelos de avaliação, para mulheres com história familiar dessa doença.

4.2.4 Manifestações clínicas

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de um nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Alguns estudos apontam que os nódulos representam 90% da apresentação inicial dos casos sintomáticos confirmados de câncer (KÖSTERS; GÖTZSCHE, 2008; LOSTUMBO et al., 1995) e

que cerca de 10% dos nódulos suspeitos tem diagnóstico de câncer confirmado posteriormente. Outros sinais de câncer de mama incluem: saída de secreção pelo mamilo – especialmente quando é unilateral e espontânea –, coloração avermelhada da pele da mama, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor ou inversão no mamilo, descamação ou ulceração do mamilo. A secreção papilar associada ao câncer geralmente é transparente, podendo também ser rosada ou avermelhada devido à presença de hemácias. Não deve ser confundido com as descargas fisiológicas ou associado a processos benignos, que costumam ser bilaterais, turvas, algumas vezes amareladas ou esverdeadas, e se exteriorizam na maioria das vezes mediante manobras de compressão do mamilo. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila.

4.3 Promoção da Saúde e prevenção primária

Para o controle do câncer de mama, destaca-se em particular a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física.

O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis, especialmente na Atenção Básica.

A prevenção primária do câncer de mama está relacionada ao controle dos fatores de risco reconhecidos. Embora os fatores hereditários e muitos daqueles relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher não sejam passíveis de mudança, evidências demonstram uma diminuição do risco relativo para câncer de mama de cerca de 4,3% a cada 12 meses de aleitamento materno, adicionais à redução de risco relacionada à maior paridade (COLLABORATIVE..., 2002). Fatores relacionados ao estilo de vida como obesidade pós-menopausa, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal, podem ser controlados e contribuir para diminuir a incidência do câncer de mama, o que historicamente tem sido pouco valorizado. Com base em amplo resumo sobre evidências científicas da relação entre alimentação, atividade física e prevenção de câncer, estima-se que é possível prevenir 28% dos casos de câncer de mama por meio da alimentação, nutrição, atividade física e gordura corporal adequada (INCA, 2011b).

Nos Estados Unidos, no início da década de 2000, a diminuição drástica da prescrição de reposição hormonal em mulheres na pós-menopausa provocou redução significativa da incidência do câncer de mama nesta população (RAVDIN et al., 2007). A terapia de reposição hormonal, quando indicada na pós-menopausa, deve ter seu risco benefício avaliado e deve ser feita sob rigoroso acompanhamento médico, pois aumenta o risco de câncer de mama (SHAH et al., 2005).

Com relação à quimioprofilaxia para o câncer de mama, duas drogas têm sido mais estudadas: o tamoxifeno e o raloxifeno. As evidências existentes permitem recomendar **contra o uso da quimioprofilaxia do câncer de mama em mulheres assintomáticas com risco baixo ou intermediário** (NELSON et al., 2009). Não há consenso de que a quimioprofilaxia deva ser recomendada para mulheres assintomáticas, mesmo em grupos com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama (INCA, 2004). As drogas disponíveis para quimioprofilaxia, estão também relacionadas ao aumento do risco de eventos tromboembólicos, câncer de endométrio ou acidente vascular encefálico (NELSON et al., 2009).

A mastectomia profilática também tem sido pesquisada como forma de prevenção primária do câncer de mama em mulheres com risco muito elevado de câncer de mama. Todavia as evidências sobre diminuição de incidência e mortalidade por câncer de mama por meio de mastectomia bilateral profilática são bastante limitadas. As evidências existentes são insuficientes para determinar se há aumento da sobrevida em mulheres com realização da mastectomia contralateral profilática em mulheres com história de câncer de mama (LOSTUMBO, 2010).

4.4 Detecção precoce

O câncer de mama quando identificado em estágios iniciais (lesões menores que dois centímetros de diâmetro) apresenta prognóstico favorável. Para isso é necessário implantar estratégias para a detecção precoce da doença.

Manifestações Clínicas:

- Nódulo palpável.
- Endurecimento da mama.
- Secreção mamilar.
- Eritema mamário.
- Edema mamário em "casca de laranja".
- Retração ou abaulamento.
- Inversão, descamação ou ulceração do mamilo.
- Linfonodos axilares palpáveis.

4.4.1 Diagnóstico precoce

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer, sendo conhecida algumas vezes como *down-staging* (WHO, 2007, p. 3).

Nessa estratégia é fundamental a educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas de câncer de mama, assim como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. Essa estratégia é conhecida como política de alerta à saúde das mamas e será mais detalhada no item 4.4.3. O diagnóstico precoce é especialmente importante em contextos onde predomina a apresentação do câncer de mama em fase avançada, pois o estadiamento em fase inicial possibilita terapias mais efetivas e menos agressivas.

4.4.2 Rastreamento

O rastreamento com o exame de mamografia é a estratégia de saúde pública que tem sido adotada em contextos onde a incidência e a mortalidade por câncer de mama são elevadas. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esta neoplasia vem apresentando tendência de redução. Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é oferecida às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23% (USPSTF, 2009b).

A relação risco-benefício do rastreamento populacional, em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, é pouco favorável (USPSTF, 2009).

Na última revisão sistemática da *US Preventive Services Task Force* (USPSTF), publicada em novembro de 2009, os resultados mostram que são necessárias 1.904 mamografias para evitar uma morte na população entre 39 e 49 anos, enquanto nas mulheres mais velhas este balanço é mais favorável: 1.339 exames para evitar uma morte entre 50 e 59 anos e 377 na faixa etária de 60 e 69 anos (USPSTF, 2009).

A revisão da USPSTF mostra também que as evidências atuais ainda são insuficientes para avaliar os benefícios e malefícios do exame clínico das mamas (ECM) associado à mamografia como estratégia de rastreamento. Até o momento, não existe estudo que tenha comparado a efetividade do rastreamento com mamografia com a do rastreamento com ECM e mamografia (USPSTF, 2009). Porém no contexto do diagnóstico precoce de mulheres com sinais e sintomas suspeitos, o ECM parece ter benefícios em relação à sobrevida.

O papel do exame clínico das mamas como método de rastreamento, em locais sem rastreamento mamográfico, também tem sido alvo de pesquisas e há alguma evidência de que seja responsável pela detecção de considerável proporção de casos nesse contexto (USPSTF, 2009).

A mamografia é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama, sendo por isso o exame de imagem recomendado para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. Não há evidências suficientes sobre possíveis benefícios da substituição da mamografia convencional pela mamografia digital ou pela Ressonância Nuclear Magnética no rastreamento do câncer de mama (USPSTF, 2009). Apesar da insuficiência de evidências, a ressonância magnética tem sido utilizada em conjunto com a mamografia como modalidade de rastreamento em pacientes de alto risco, tais como: mulheres portadoras da mutação nos genes BRCA 1 ou BRCA 2, mulheres com história de câncer de mama, mulheres com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau na pré-menopausa, mulheres com história de neoplasia lobular *in situ*, hiperplasia ductal

atípica, hiperplasia ductal atípica e mulheres que fizeram radioterapia torácica antes de 30 anos. De um modo geral, as integrantes do grupo de risco, notadamente as com história familiar ou com mutação dos genes BRCA, são jovens, com mamas densas e parênquima mamário muito sensível à radiação ionizante, situação em que a capacidade de detecção da mamografia é reduzida. A ultrassonografia pode também detectar lesões não palpáveis, porém, até o presente momento, não existem ensaios clínicos comprovando a eficácia da ultrassonografia como modalidade de rastreamento populacional do câncer de mama. No grupo de alto risco, a ultrassonografia pode ser utilizada em conjunto com a mamografia, com a finalidade de melhorar o desempenho do rastreamento. Berg et al. (2008), descrevem acurácia de 91% da mamografia associada com ultrassonografia para as mulheres de alto risco, em comparação com a mamografia isolada, cuja acurácia foi de 87%.

Em geral, a sensibilidade do rastreamento mamográfico varia de 77% a 95% (USPSTF, 2009) e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. Em mamas mais densas – como ocorre em mulheres com menos de 50 anos – a sensibilidade da mamografia de rastreamento diminui para valores em torno de 30 a 48% (BERG et al., 2008). A acurácia da mamografia convencional como método de rastreamento é semelhante a da mamografia digital, na população-alvo (PISANO et al., 2005). A especificidade do rastreamento mamográfico varia entre 94% a 97% (USPSTF, 2009) e é igualmente dependente da qualidade do exame.

Os benefícios do rastreamento na redução da mortalidade e em tratamentos menos agressivos devem ser sempre ponderados em relação aos malefícios e riscos também presentes na adoção dessa estratégia. Ao ofertar exames de mamografia à população assintomática, os efeitos negativos incluem a indução do câncer de mama por radiação; a taxa de resultados falso-positivos que implicam nos exames complementares e maior ansiedade nas mulheres; e o sobrediagnóstico (*overdiagnosis*) e sobretratamento (*overtreatment*) de lesões malignas de comportamento indolente que serão identificadas e tratadas sem a certeza de sua evolução. Alguns ensaios clínicos demonstraram que o sobrediagnóstico e o sobretratamento podem chegar a 30% (KÖSTERS; GOTZSCHE, 2008).

Estima-se que a cada 2 mil mulheres convidadas para o rastreamento populacional organizado durante dez anos, uma teria sua vida prolongada e dez mulheres saudáveis seriam tratadas desnecessariamente (KÖSTERS; GOTZSCHE, 2008). É importante ainda considerar, que os grandes ensaios clínicos de rastreamento mamográfico foram realizados em países como Suécia, Canadá e Estados Unidos, onde a incidência de câncer de mama é bastante superior à encontrada no Brasil. A menor prevalência da doença diminui o valor preditivo positivo da mamografia de rastreamento.

A estratégia brasileira para controle do câncer de mama está definida no Documento de Consenso (INCA, 2004). Conforme o Consenso, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher (Tabela 2):

Tabela 2 – População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama

População-alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e, se alterado, mamografia
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia a cada dois anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia anual

Fonte: (INCA, 2004).

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 nesta faixa etária a cada dois anos é a rotina adotada em quase todos os países que implantaram rastreamento organizado do câncer de mama. Revisões sistemáticas recentes confirmam o melhor equilíbrio entre riscos e benefícios do rastreamento do câncer de mama neste grupo etário (KÖSTERS; GOTZSCHE, 2008; USPSTF, 2009). Estima-se que o rastreamento bienal causa aproximadamente metade do dano observado quando a periodicidade é anual (USPSTF, 2009).

Embora a USPTF tenha expandido a recomendação de rastreamento para as mulheres na faixa etária de 70 a 74 anos, há menos evidências sobre os benefícios nessa faixa etária. Além disso, em função da reduzida expectativa de vida, a probabilidade de sobrediagnóstico aumenta muito em mulheres com mais de 70 anos (USPSTF, 2009). Não existem evidências suficientes sobre possíveis benefícios e danos do rastreamento mamográfico em mulheres com 75 anos ou mais (USPSTF, 2009).

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação brasileira é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado. Segundo a OMS, a inclusão desse grupo no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade (WHO, 2008). A USPSTF considera que há moderada evidência de que a relação risco-benefício do rastreamento desse grupo etário é pouco favorável, e recomenda contra o rastreamento populacional nessa faixa etária (USPSTF, 2009). As causas da pior relação risco-benefício do rastreamento em mulheres na faixa-etária de 40 a 49 incluem a maior densidade mamária que resulta em menor sensibilidade da mamografia, menor prevalência e incidência do câncer de mama e uma maior proporção de cânceres de intervalo, ou seja, cânceres que surgem entre rodadas de rastreamento (IARC, 2002).

Além desses grupos, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais (INCA, 2004). A definição sobre a forma de rastreamento da mulher de alto risco não tem ainda suporte nas evidências científicas atuais e é variada a abordagem deste grupo nos programas nacionais de rastreamento. Recomenda-se que as mulheres com risco elevado de câncer de mama tenham acompanhamento clínico individualizado e sejam informadas sobre as incertezas e possíveis riscos e benefícios associados ao rastreamento, considerando os valores e preferências.

Embora o Consenso Brasileiro para o Controle do Câncer de Mama recomendasse o ECM como método de rastreamento, não existem ainda evidências científicas suficientes para determinar a efetividade e o balanço entre riscos e benefícios dessa prática, tanto isoladamente como em combinação com a mamografia (USTFPS, 2009). Vale ressaltar, porém, que o ECM parece ser uma alternativa importante para a detecção substancial de casos de câncer de mama, em contextos onde não existe rastreamento mamográfico (USTFPS, 2009).

4.4.3 Participação da mulher

A participação da mulher é fundamental para a detecção precoce do câncer de mama. A forma de instrumentalizá-la para ser sujeito ativo neste processo vem, porém, se modificando ao longo do tempo.

Nos anos de 1950, nos Estados Unidos, o autoexame das mamas surgiu como uma estratégia para diminuir o tamanho dos tumores de mama diagnosticados, naquela época, em estágios avançados. Milhões de mulheres foram educadas para realizar o autoexame por meio de vídeos e treinamentos. Portanto, na literatura científica, o termo autoexame não se refere genericamente a qualquer exame realizado pela própria mulher. Esse termo está associado especificamente ao método de rastreamento, que pressupõe treinamento para a realização de exames padronizados, sistemáticos e periódicos, com o objetivo de que mulheres assintomáticas, treinadas segundo técnicas específicas, realizem seu próprio exame mensalmente, em busca de alterações.

Ao final da década de 90, grandes ensaios clínicos não demonstraram redução da mortalidade por câncer de mama por meio da educação para o autoexame das mamas. Há evidências ainda de que a estratégia do ensino do autoexame aumentaria o número de biópsias com resultados benignos (KÖSTERS; GOTZSCHE, 2008). A partir de então, diversos países passaram a adotar a estratégia de *breast awareness*, que significa estar alerta à saúde das mamas (THORNTON; PILLARISETTI, 2008).

A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce e, na prática, significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e a divulgação dos principais sinais do câncer de mama. Estimula as mulheres a procurar esclarecimento médico sempre que houver qualquer dúvida em relação a alguma alteração das mamas e a participar das ações de rastreamento do câncer de mama. Esta estratégia mostrou ser mais efetiva do que o ensino do autoexame das mamas, isto é, a maioria das mulheres com câncer de mama identifica o câncer por meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame.

Estimula-se que cada mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem qualquer recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. Os serviços de saúde devem adequar-se para acolher, esclarecer e realizar os exames diagnósticos adequados a partir desta demanda.

Aprender como as mamas aparecam em diferentes situações pode ajudar a mulher a reconhecer o que é normal para ela. De maneira resumida, cinco alterações devem chamar a atenção da mulher (**sinais de alerta**):

- 95
- Nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas.
 - Mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento).
 - Desconforto ou dor em uma única mama que seja persistente.
 - Mudanças no mamilo (retração e desvio).
 - Secreção espontânea pelo mamilo, principalmente se for unilateral.

Mesmo nos países com rastreamento mamográfico e boa cobertura, mais de 40% dos cânceres são identificados inicialmente como massa palpável, sendo a maior parte desses casos identificados pelas próprias mulheres (MATHIS et al., 2010).

A informação sobre a detecção precoce do câncer de mama, incluindo não apenas os sinais e sintomas para o diagnóstico precoce, mas também a importância, os limites e riscos das ações de rastreamento, deve ser amplamente disponível à população, especialmente às mulheres dos grupos de maior risco para a doença. Estratégias de ampliação da comunicação e do diálogo com a população devem ser traçadas pelas equipes de atenção primária, com o objetivo de promover a escolha informada e o exercício da autonomia na aderência a protocolos de rastreamento.

4.5 Investigação diagnóstica

4.5.1 Exame Clínico das Mamas

O ECM na investigação diagnóstica é o procedimento realizado para avaliar sinais e sintomas referidos por pacientes a fim de realizar o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas. O ECM também é uma oportunidade para o profissional de saúde informar a população feminina sobre o câncer da mama, sinais de alerta, fatores de risco, detecção precoce e a composição e variabilidade da mama normal. O ECM é parte integrante da investigação de lesões suspeitas de câncer de mama e complementa a política de alerta à saúde das mamas como método de diagnóstico precoce.

O ECM deve incluir a inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares.

A inspeção estática tem o objetivo de identificar visualmente sinais sugestivos de câncer, tais como alterações no contorno da mama, ulcerações cutâneas ou do complexo areolopapilar. É importante o examinador comparar as mamas observando possíveis assimetrias, diferenças na cor da pele, textura, e padrão de circulação venosa. Nesta etapa, a mulher pode se manter sentada com os braços pendentes ao lado do corpo ou com os braços levantados sobre a cabeça (CHAGAS et al., 2011).

Para realizar a inspeção dinâmica, 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.

A palpação consiste em examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos. Para palpar as cadeias ganglionares axilares a paciente deverá estar sentada, o braço homolateral relaxado e o antebraço repousando sobre o antebraço homolateral do examinador. A palpação das cadeias ganglionares supraclaviculares deve ser realizada com a paciente sentada, mantendo a cabeça semifletida e com leve inclinação lateral.

Figura 11 – Inspeção estática

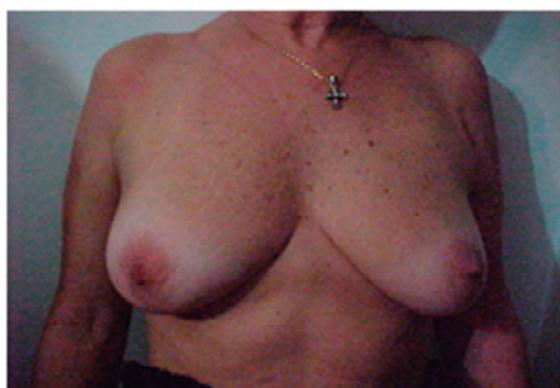


Foto: Amandio R. P. Rodrigues.

Figura 12 – Inspeção dinâmica



Foto: Amandio R. P. Rodrigues.

Figura 13 – Inspeção dinâmica – alteração do contorno da mama



97

Foto: Amandio R. P. Rodrigues.

Figura 14 – Palpação da mama



Foto: Amandio R. P. Rodrigues.

Figura 15 – Palpação da axila

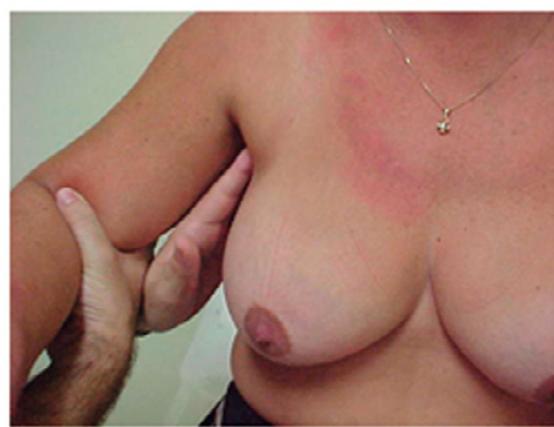


Foto: Amandio R. P. Rodrigues.

A palpação das mamas é feita com a paciente em decúbito dorsal, com a mão correspondente a mama a ser examinada colocada sob a cabeça. Cada área de tecido deve ser examinada 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. Deve-se realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se tivesse contornando as extremidades de uma moeda. A região da areola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não comprimida. No caso da mulher mastectomizada deve-se palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica.

Durante a palpação, deve-se observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos. A descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.

A pesquisa de descarga papilar deve ser feita aplicando-se compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila. A saída da secreção pode ser provocada pela compressão digital de um nódulo ou área de espessamento, que pode estar localizado em qualquer região da mama. A descrição da descarga deve informar 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.

Os resultados alterados do ECM devem ser avaliados e, em caso de suspeição, encaminhados para investigação diagnóstica em um serviço de referência para o diagnóstico do câncer de mama.

Pacientes com alterações no ECM que sejam sugestivas de câncer devem ser encaminhados para complementação da investigação diagnóstica em um serviço de referência para o diagnóstico do câncer de mama. Os principais achados no ECM que necessitam de referência urgente para investigação diagnóstica são os seguintes (NICE, 2005):

1. Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, independente da idade.
2. Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos ou presente depois da menopausa.
3. Nódulo mamário em mulheres com história prévia de câncer de mama.
4. Nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer de mama.
5. Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções do mamilo.
6. Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea (secreções transparentes ou rosadas também devem ser investigadas).
7. Homens com 50 anos ou mais com massa subareolar unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada a mudanças na pele.

A importância da investigação de lesões suspeitas com realização do ECM por profissional da atenção primária é reforçada por pesquisas que demonstram que a proporção de detecção de câncer em casos suspeitos referenciados a partir da atenção primária é de cerca de 10%, sendo portanto, muitas vezes maior do que a proporção de casos de câncer detectados nos casos com alteração no rastreamento mamográfico (HARCOURT; RUMSEY, 1998).

4.5.2 Métodos de imagem

Os métodos de imagem são indicados em situações de rastreamento e em situações diagnósticas. No rastreamento, os exames têm como finalidade detectar precocemente o câncer de mama, para permitir tratamento menos radical, melhorar a qualidade de vida, reduzir as taxas de mortalidade e morbidade e reduzir gastos no tratamento.

Como diagnóstico, os métodos de imagem são utilizados para confirmar ou não a suspeita de câncer a partir dos sinais detectados no exame clínico, dos sintomas referidos pela paciente ou de exames de rastreamento alterados. Os métodos diagnósticos que podem ser utilizados são a mamografia, a ultrassonografia e a ressonância magnética.

a. Mamografia

Os resultados do exame mamográfico são classificados 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.

Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê recomendações de conduta. A Tabela 3 sintetiza os resultados do exame mamográfico e as principais condutas.

Tabela 3 – Categorias BI-RADS® no exame mamográfico, interpretação e recomendação de conduta

Categoria	Interpretação	Recomendação de conduta
0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico.*
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

Fonte: Autoria própria.

*O estudo histopatológico está indicado nas lesões Categoria 3 quando houver impossibilidade de realizar o controle; quando a lesão for encontrada em concomitância com lesão suspeita ou altamente suspeita homo ou contralateral; ou em mulheres com indicação precisa para terapia de reposição hormonal.

Com indicação diagnóstica, a mamografia deve ser realizada nas mulheres com sinais e/ou sintomas de câncer de mama, tais como nódulo, espessamento e descarga papilar. A mastalgia, apesar de queixa muito frequente, não representa indicação de mamografia, pois o sintoma “dor”, além de não representar sintoma de câncer de mama, não tem expressão correspondente em imagens. Outras situações diagnósticas com indicação de mamografia são o controle radiológico de lesão provavelmente benigna (Categoria 3 BI-RADS®) e a avaliação de mama masculina.

b. Ultrassonografia

As principais indicações da ultrassonografia como método diagnóstico são:

- Diagnóstico diferencial entre lesão sólida e lesão cística.
- Alterações no exame físico (lesão palpável), no caso de mamografia negativa ou inconclusiva.
- Na jovem com lesão palpável.
- Nas alterações do exame clínico no ciclo grávido-puerperal.
- Na doença inflamatória e abscesso.
- No diagnóstico de coleções.

A complementação da mamografia com a ultrassonografia pode ser considerada obrigatória e com grande benefício no diagnóstico nas seguintes situações: quando há lesão palpável sem expressão na mamografia (pela alta densidade do parênquima mamário ou localização em “zonas cegas”); nos nódulos regulares ou lobulados, que possam representar cisto; e nas lesões densificantes (assimetria difusa, área densa) que podem representar lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

A complementação não está indicada nas lesões Categoria 2, nas lesões Categoria 5, nas microcalcificações e na distorção focal da arquitetura.

A complementação pode ser dispensada nos pequenos nódulos de aspecto benigno em mamas adiposas.

Nas mulheres assintomáticas com mama densa, a complementação não é obrigatória, porém existe benefício no grupo de alto risco.

Os resultados do exame ultrassonográfico e da ressonância magnética são também classificados de acordo com o Sistema BI-RADS®, com categorização e condutas na mesma linha da mamografia.

c. Ressonância magnética

A ressonância magnética tem papel importante em diversas situações diagnósticas. As indicações mais comuns são: casos não conclusivos nos métodos tradicionais; carcinoma oculto; planejamento terapêutico; avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante; suspeita de recidiva e avaliação das complicações dos implantes.

4.5.3 Métodos invasivos

101

O diagnóstico final do câncer é feito por meio do achado histopatológico. Por ser a mama de fácil acesso, várias modalidades diagnósticas foram sendo desenvolvidas na investigação das lesões mamárias. A biópsia cirúrgica (excisional) é considerada “padrão ouro”, porém, em contexto apresentação de câncer de mama em estádios avançados, biópsias minimamente invasivas podem desempenhar um importante papel por fornecer o diagnóstico antes da terapêutica, seja sistêmica ou cirúrgica, do ponto de vista do custo-efetividade.

O tipo de procedimento de investigação diagnóstica complementar depende da lesão encontrada nos achados clínicos (lesões palpáveis e lesões não palpáveis) e/ou dos resultados radiológicos. Essa indicação compete ao especialista do serviço de referência, levando em conta a disponibilidade de procedimentos na região e as condições de saúde da usuária.

A escolha do método de biópsia vai depender da classificação radiológica, do tipo e da localização da lesão, da composição e do tamanho da mama da paciente, do material e dos equipamentos disponíveis, dos recursos humanos e das características de cada serviço.

Nas lesões não palpáveis da mama classificadas como Categoria 4 e 5 (BI-RADS®) e, eventualmente, nas lesões Categoria 3 (BI-RADS®), a obtenção de material para exame histopatológico pode ser feita por meio de biópsia cirúrgica e biópsia percutânea (agulha grossa e vácuo). A punção por agulha fina (PAAF) pode ser usada para lesões palpáveis e impalpáveis, de conteúdo cístico ou sólido.

a. Biópsia cirúrgica

A biópsia cirúrgica, procedimento denominado biópsia exérese de nódulo de mama na tabela de procedimentos do SUS, é o método mais tradicional e com maior disponibilidade. Pode ser incisional, quando há retirada de parte da lesão, e excisional, quando ocorre retirada total da lesão.

No caso das lesões não palpáveis, a biópsia deve ser orientada por marcação pré-cirúrgica (MPC), com a finalidade de marcar a lesão, proporcionando a retirada econômica de tecido mamário, importante parâmetro a ser considerado, principalmente se a lesão for de natureza benigna. A MPC pode ser guiada por raios X (mão livre, biplanar, estereotaxia), por ultrassonografia e por ressonância magnética. Para marcar a lesão, pode-se utilizar um fio metálico ou marcador radioativo.

b. Biópsia percutânea com agulha grossa (PAG)

A punção por agulha grossa (PAG), ou *core biopsy*, é um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que retira fragmento de tecido mamário para o exame histopatológico por meio de dispositivo automático para biópsia (pistola). No dicionário da língua inglesa a palavra *core* é definida como parte central de alguma coisa (COLLINS..., 2012).

A introdução da PAG oferece uma opção minimamente invasiva para o diagnóstico das lesões da mama. Com desempenho semelhante à biópsia cirúrgica, a biópsia percutânea com agulha grossa tem as seguintes vantagens: custo 25% a 50% menor; não necessita internação e

raramente apresenta complicações; causa menor trauma local, com mínimo de lesões cicatriciais que possam gerar imagens pseudotumorais na mamografia; é um procedimento rápido e bem tolerado pelas pacientes, com recuperação mais rápida e, portanto, menor afastamento das atividades do lar e/ou do trabalho; e tem excelente resultado estético, fato de extrema importância, principalmente quando é comprovada a natureza benigna da lesão.

102

No caso de lesões não palpáveis, a PAG pode ser guiada por raios X (estereotaxia) ou ultrassonografia.

Figura 16 – Material necessário para a realização da PAG

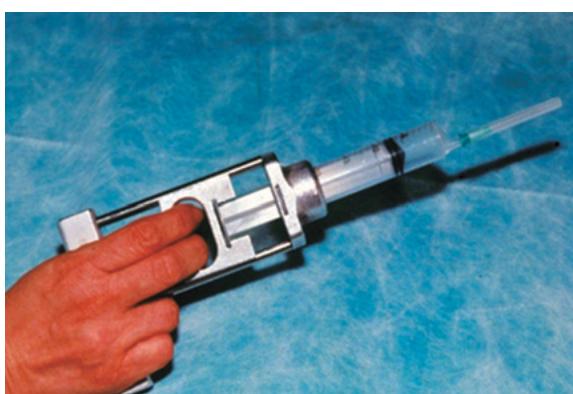


Fonte: (BRASIL, 2000).

c. Punção por agulha fina (PAAF)

A punção por agulha fina (PAAF) é um procedimento ambulatorial, de simples realização e baixo custo. A PAAF pode ser utilizada tanto na abordagem das lesões palpáveis como de não palpáveis. Os cistos só podem ser abordados, se necessário, por meio da PAAF. O limite deste método é apenas fornecer material para estudo citopatológico e não fornecer diagnóstico de invasão tumoral. Demanda citopatologista com treinamento diferenciado.

Figura 17 – Pistola de Cameco, suporte para a realização da PAAF



Fonte: (BRASIL, 2000).

d. Biópsia percutânea a vácuo (mamotomia)

A biópsia percutânea a vácuo utiliza um sistema de aspiração a vácuo em conjunto com um sistema de corte. Este método foi desenvolvido em 1995 e pode ser guiado por raios X (estereotaxia), ultrassonografia ou ressonância magnética.

103

Em comparação com a biópsia percutânea com agulha grossa, a biópsia a vácuo tem as vantagens de obter maior número de fragmentos, maiores e mais consistentes, com melhor desempenho nas microcalcificações, com uma única inserção da agulha. As desvantagens são o custo elevado e a pequena disponibilidade.

4.6 Condutas

Conforme o resultado do ECM e dos exames de imagem, a mulher pode ser encaminhada a um serviço de referência para prosseguir a investigação diagnóstica ou retornar à rotina do rastreamento. As principais condutas para lesões palpáveis e não palpáveis estão a seguir especificadas.

4.6.1 Lesões palpáveis

Em mulheres com menos de 35 anos a ultrassonografia é o método de escolha para avaliação das lesões palpáveis. A partir dos 35 anos, recomenda-se a mamografia podendo, nos casos anteriormente indicados, ser complementada pela ultrassonografia.

As pacientes com achados benignos sem indicação cirúrgica deverão permanecer em acompanhamento de rotina na unidade de atenção primária, enquanto aquelas com achados benignos com indicação cirúrgica (nódulos sólidos acima de 3cm, descargas papilares profusas, abscesso subareolar recidivante) devem ser encaminhadas para investigação em unidade de referência na atenção secundária.

Todas as mulheres com achados clínicos suspeitos, mesmo com exame de imagem negativo, devem ser submetidas à investigação por Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), Punção por Agulha Grossa (PAG) ou Biópsia Cirúrgica, dependendo da disponibilidade do recurso e características da lesão. Esses procedimentos devem ser realizados em serviços ambulatoriais de referência para diagnóstico mamário (nível secundário).

4.6.2 Lesões não palpáveis

O resultado da mamografia de rastreamento deve ser analisado pelo profissional solicitante, seguindo a conduta de acordo com a classificação BI-RADS® (Tabela z).

Mulheres com resultado BI-RADS® 1 e 2 devem ser orientadas para acompanhamento de rotina, na unidade de atenção primária, com repetição do exame de acordo com a faixa etária.

104
Mulheres com resultado BI-RADS® 3 devem permanecer em acompanhamento por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anual nos dois anos seguintes. Devem ser acompanhadas pelo especialista, preferencialmente na unidade de atenção secundária. Uma vez confirmada a estabilidade da lesão, as mulheres deverão retornar para o acompanhamento na unidade de atenção primária de acordo com a faixa etária.

O estudo histopatológico das lesões BI-RADS® 3 está indicado nas situações em que houver impossibilidade de manter o acompanhamento, quando a lesão for encontrada em concomitância com lesão suspeita ou altamente suspeita homo ou contralateral, ou em mulheres com indicação precisa para terapia de reposição hormonal.

As mulheres com resultado BI-RADS® 4 ou 5 deverão ser encaminhadas para a unidade de referência secundária para investigação por exame histopatológico da lesão, preferencialmente por meio de PAG orientada por método de imagem. Uma vez confirmada a malignidade, deverão ser encaminhadas para a unidade de referência terciária para início do tratamento.

Nos casos em que a punção por agulha grossa for inconclusiva, a investigação deverá prosseguir com biópsia cirúrgica, realizada em unidade de referência secundária ou terciária, dependendo do fluxo estabelecido em nível local.

Mulheres com resultado BI-RADS® 0 deverão ser submetidas a novos exames de imagem para reclassificação da lesão e deliberação da conduta conforme categoria final.

O resultado Categoria 6 é pouco provável na Atenção Primária à Saúde pois a mulher com diagnóstico de câncer já deve estar inserida em unidade terciária para tratamento.

4.7 Tratamento

O tratamento do câncer de mama, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, deve ser feito em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica.

Importantes avanços na abordagem do câncer de mama aconteceram nos últimos anos, graças ao desenvolvimento tecnológico nas áreas de diagnóstico e biologia molecular, que levaram à reformulação das técnicas cirúrgicas e à utilização de drogas mais eficazes no tratamento sistêmico.

A doença deve ser tratada dentro de um contexto multidisciplinar, onde a cirurgia e a radioterapia têm papel fundamental no controle locoregional, e a quimioterapia, a hormonoterapia e a terapia biológica no tratamento sistêmico. Dessa forma, o tratamento deve ser individualizado, e

orientado não apenas pela extensão da doença, mas também por suas características biológicas, e condições da paciente (idade, *status* menopausal, comorbidades e preferências).

Durante muitos anos o tratamento cirúrgico do câncer da mama teve como única opção a retirada total da mama, obrigatória em todas as técnicas utilizadas, embora várias tentativas de conservação da mama tenham sido propostas sem sucesso. A partir de 1954, vários estudos foram publicados propondo novas técnicas de conservação da mama e comparando seus resultados com a cirurgia radical. Esses estudos tiveram como fórum de discussão a 1ª Reunião de Consenso em Washington, nos Estados Unidos, em 1990, onde surgiram as primeiras recomendações com aceitação mundial para tratamento conservador do câncer mamário.

O tratamento conservador atualmente consiste na retirada do segmento ou setor mamário onde se localiza o tumor com margens de tecido mamário microscopicamente sadio, associada à radioterapia complementar pós ou pré-operatória, obrigatória em qualquer tipo de cirurgia conservadora. Seu objetivo principal é eliminar lesões microscópicas eventualmente não extirpadas pela cirurgia, e reduzir o risco de recidiva local.

Para indicação dessa modalidade terapêutica, deve-se levar em conta a possibilidade de controle da doença com bom resultado estético, devendo ser indicada em tumores pequenos, palpáveis ou não, sem evidência de multicentricidade, e sem metástases a distância. Do ponto de vista oncológico, está contraindicado no câncer da mama masculino e nos tumores extensos ou multicéntricos. Esteticamente, deve ser evitada quando a relação entre o tamanho do tumor e o tamanho da mama não permite uma ressecção adequada sem causar grande deformidade.

O tratamento sistêmico será determinado de acordo com o risco de recorrência (idade da paciente, comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação) e as características tumorais. A terapia apropriada baseia-se principalmente na mensuração dos receptores hormonais (receptor de estrogênio e progesterona), quando a hormonioterapia pode ser indicada, e também do HER-2 (fator de crescimento epidérmico 2), para consideração de terapia biológica anti-HER-2.

Na doença localmente avançada, o tratamento deve ser inicialmente sistêmico, e o tratamento cirúrgico estará indicado após resposta adequada com redução do tumor.

Havendo metástases a distância, o tratamento cirúrgico tem indicações restritas, sendo o tratamento sistêmico a principal opção, nesses casos é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, levando-se em consideração os potenciais efeitos colaterais decorrentes do tratamento.

Entre as possíveis complicações do tratamento, o edema linfático de membro superior (linfedema) pode ocorrer após esvaziamento axilar e configura-se como condição crônica e incapacitante, o que resulta em alterações físicas, psicológicas e sociais. A prevenção é possível por meio de cuidados a serem adotados durante as atividades de vida diária. O sintoma inicial é a sensação de peso no braço e o tratamento preconizado é a terapia física complexa, que comprehende, dependendo da fase do linfedema, os cuidados com a pele, a drenagem linfática manual, a bandagem compressiva e os exercícios ativos.

A atenção para o cuidado da paciente com câncer de mama deve ser ação prioritária de todos os profissionais de saúde, nos diversos níveis de atendimento, contribuindo assim para a melhor qualidade de vida dessa população.

106

Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama

O Brasil dispõe de um sistema de informação que permite organizar e gerenciar as ações de detecção precoce do câncer de mama.

Atualmente o sistema está instalado nos serviços de radiologia mamária e patologia que atendem pelo SUS (módulo do prestador de serviço), e nas coordenações de controle de câncer de mama (módulo de coordenação).

As primeiras informações inseridas no sistema são geradas na atenção básica, com a requisição do exame de mamografia. Na clínica radiológica, as informações do formulário de requisição e o resultado são incluídos no sistema e a mulher recebe o laudo para retorno à unidade. Os serviços de patologia mamária geram informações sobre o cito e o histopatológico de mama. Todos os prestadores usam o sistema para emitir laudos padronizados e gerenciar o desempenho do serviço.

Na coordenação do programa (estadual, regional, municipal ou intramunicipal), é possível caracterizar a população assistida, analisar o perfil das alterações da mama, avaliar a produção das unidades de saúde e dos prestadores e monitorar as mulheres com exames alterados, procurando garantir a realização dos exames diagnósticos e encaminhamento dos casos confirmados.

Está em desenvolvimento o Siscan, que estará disponível também para uso pelas unidades básicas de saúde. Nesta nova versão será possível solicitar exames, consultar laudos, visualizar as mulheres com exames alterados e atualizar informações sobre o acompanhamento da população feminina adscrita ao serviço.

O compromisso com a informação é tarefa de todos os profissionais que lidam com o sistema e isso é fundamental para potencializar seu impacto na organização do programa. O profissional de saúde da atenção primária à saúde deve estar atento para o registro dos dados do exame clínico das mamas e a correta solicitação do exame mamográfico, considerando as recomendações do programa nacional. A informação sobre o seguimento da mulher deve ser adequadamente buscada e inserida no sistema, a fim de prover dados confiáveis e úteis aos coordenadores de programa na busca de melhoria da qualidade dos serviços.

REFERÊNCIAS

107

- ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (Ed.). **Textbook of cancer epidemiology**. 2. ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2008.
- BERG, W. A. et al. Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. **Jama**, [s.l.], v. 299, p. 2151-2163, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre o diagnóstico das lesões palpáveis da mama**. Rio de Janeiro: Inca, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 23 set. 2010.
- CANCER RESEARCH UK. **Breast cancer**: UK incidence statistics. Disponível em: <<http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/breast/incidence/>>. Acesso em: 25 jul. 2011.
- CHAGAS C. R. et al. **Tratado de mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.
- COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA. **BI-RADS**: sistema de laudos e registro de dados de imagem da mama. São Paulo: Colégio Brasileiro de Radiologia, 2010.
- COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. **Lancet**, [s.l.], v. 360, p. 187-195, 2002.
- COLLINS ENGLISH DICTIONARY. **English definition – Core**. Disponível em: <<http://dictionary.reverso.net/english-definition/CORE>>. Acesso em: 17 out. 2012.
- HARCOURT, D.; RUMSEY, N. Evaluation of a one-stop breast lump clinic: a randomized controlled trial. **The Breast**, [s.l.], v. 7, n. 6, p. 314-319, 1998.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas da mortalidade**. Brasília, 2012.
- _____. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: Inca, 2004.
- _____. **Rede nacional de câncer familiar**: manual operacional. Rio de Janeiro: Inca, 2009.
- _____. **Sumário Executivo**: políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentos, nutrição e atividade física. Rio de Janeiro, 2011b.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Handbooks of cancer prevention**. Lyon: IARC Press, 2002. (Breast Cancer Screening, 7)
- KÖSTERS, J. P.; GØTZSCHE, P. C. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. **The Cochrane Library**, [s.l.], Issue 4, 2008.

LOSTUMBO, L. et al. Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. **The Cochrane Library**, [s.l.], Issue 6, v. 11, 2010.

MAMA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Mama>>. Acesso em: 5 set. 2012.

MATHIS, K. L. et al. Palpable presentation of breast cancer persists in the Era of screening mammography. **J. Am. Coll. Surg.**, [s.l.], v. 210, p. 314-318, 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Referral guidelines for suspected cancer. **Clinical Guideline**, v. 27, Jun.2005. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG027>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

NELSON, H. D. et al. Systematic review: comparative effectiveness of medications to reduce risk for primary breast cancer. **Ann. Intern. Med.**, [s.l.], v. 151, p. 703-715, 2009.

PISANO, E. D. et al. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. **N. Engl. J. Med.**, [s.l.], v. 353, n. 17, p. 1773-1783, 2005.

RAVDIN, P. M. et al. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. **N. Engl. J. Med.**, [s.l.], v. 356, n. 16, p. 1670-1674, Apr. 2007.

SHAH, R. et al. Postmenopausal hormone therapy and breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **Menopause**, [s.l.], v. 12, n. 6, p. 668-678, 2005.

THORNTON, H.; PILLARISETTI, R. R. Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same: what do these terms mean? why are they confused? what can we do?. **European Journal of Cancer**, [s.l.], v. 44, n. 15, p. 2118-21, 2008.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for breast cancer: an update for the U.S.: preventive services task force. **Annals of Internal Medicine**, [s.l.], v. 151, n. 10, p. 727-737, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer Control: knowledge into action: who guide for effective programmes: early detection**. Switzerland: WHO, 2007.

_____. International Agency for Research on Cancer. **Globocan**. 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

Cuidados Paliativos

5

O câncer, hoje, configura-se como um importante problema de saúde pública em todo o mundo, sendo que boa parte dos indivíduos apresenta o diagnóstico em fase avançada da doença e, portanto, evocando aos profissionais uma atitude humanizada diante do sofrimento e da morte.

111

Além da dor e outros desconfortos físicos para o indivíduo, o câncer causa impacto de ordem psíquica, social e econômica, tanto para paciente como para seus familiares. Perdas econômicas devido ao câncer são óbvias: custos diretos (hospitalares, medicamentos, outros serviços de saúde) e custos indiretos (potencial produtivo perdido e sobrecarga do sistema previdenciário) (SILVA; HORTALE, 2006).

Segundo a definição da OMS,

Cuidados Paliativos consistem na atenção promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (WHO, 2012)

Devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, garantindo uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias.

Idealmente, os cuidados paliativos devem ser prestados à época do diagnóstico de doença avançada ainda que haja dúvidas quanto à possibilidade de cura, sendo desenvolvido de modo dinâmico, envolvendo a transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa, adaptados para as crescentes necessidades dos doentes e dos seus familiares, à medida que a doença progride.

Os cuidados paliativos visam:

- Garantir melhor qualidade de vida.
- Controlar a dor e os demais sintomas.
- Facilitar a desospitalização.
- Contribuir para reduzir a realização de exames complementares quando os resultados não mudam a terapia.
- Evitar o uso de terapias ineficazes e potencialmente danosas aos usuários.
- Enfatizar o tratamento domiciliar em detrimento do tratamento hospitalar.
- Preparar os cuidadores para a realização, em ambiente domiciliar, de cuidados antes restritos às instituições.

5.1 Princípios fundamentais dos cuidados paliativos

112

Os cuidados paliativos são dispensados com base nas necessidades e não apenas no diagnóstico ou no prognóstico, pelo que podem ser introduzidos de forma estruturada em fases mais precoces da doença (qualquer que ela seja), mesmo quando outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estejam a ser utilizadas.

Os profissionais devem reconhecer os limites da medicina e evitar o excesso de tratamento ou tratamento não adequado dentro de um contexto tão específico, dentro dos conceitos da distanásia (morte com sofrimento que poderia ser evitado), seguindo os quatro princípios definidos por Beauchamp e Childress – o respeito pela autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação.

Dessa forma, os cuidados paliativos visam:

- Aliviar a dor e de outros sintomas estressantes.
- Reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural.
- Não antecipar e nem postergar a morte.
- Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado.
- Oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte.
- Auxiliar a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença.

Envolvem uma filosofia de cuidado para as pessoas que enfrentam sofrimentos com o avançar de suas doenças crônicas e proximidade com a morte, comumente abandonadas no modelo assistencial preponderante em nosso País. Devem ser iniciados com outras medidas de prolongamento de vida como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral, drogas modificadoras do percurso da doença etc., e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas.

5.2 Integração das ações de cuidados paliativos com a Rede de Atenção à Saúde

113

A proposta de trabalho por meio das Redes de Atenção à Saúde objetiva um avanço na qualificação da atenção e da gestão, envolvendo uma abordagem diferenciada para a saúde, com ações assistenciais efetivas, definindo arranjos organizativos que fundamentem ações mais integradas, que se conectem e comuniquem por intermédio de uma complexa inter-relação dos pontos de atenção, que considerem as necessidades de saúde da população como eixo estruturante e, que envolvam acesso, qualidade, custo, eficiência e efetividade lidando, desta forma, com a intensa fragmentação dos serviços, programas, ações e práticas clínicas (MENDES, 2011).

No sentido de prestar uma atenção integral, nesta complexa rede composta pelos serviços de saúde, às pessoas com doença neoplásica avançada, é importante:

- Adequação do processo de trabalho para que esteja inserido na rede de Atenção Oncológica regional ou estadual conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica.
- Compartilhamento dos casos e de seus projetos terapêuticos entre os profissionais que compõem o cuidado do paciente, assim como com outros serviços (ex.: Atenção Básica).
- Formação de protocolos e pactuação de fluxos – estabelecendo os mecanismos de relacionamento de comunicação entre os serviços.
- Formulação de uma política relativa à formação, ao desenvolvimento profissional e a educação permanente dos trabalhadores da Saúde (nível técnico e superior nessa área).

5.2.1 Como abordar o paciente em cuidados paliativos

A prática clínica de cuidados paliativos (CP) segue princípios éticos baseados no respeito à autonomia do usuário em uma abordagem interdisciplinar e, requer habilidade de comunicação dos profissionais.

Uma boa comunicação começa com o ouvir atento, pacientemente, com interesse, empatia e respeito às angústias da pessoa. A conversa com o paciente e os familiares não pode basear-se em uma simples coleta mecânica de dados referentes aos sintomas, mas também deve envolver um “sentir” da pessoa, entendendo a forma como os pacientes e familiares expõem suas ideias – aprimorando as habilidades em comunicação verbal e não verbal e, desenvolvendo o sentimento de solidariedade e a capacidade de respeitar as crenças e saberes dos indivíduos.

Além de um exame físico detalhado, deve-se considerar as especificidades do paciente em CP, pois uma ectoscopia pode revelar anemia grave em paciente com queixa de astenia intensa, examinar a pele (inclusive o dorso e as partes íntimas) pode revelar úlceras de decúbito ou herpes zoster em paciente com queixa de dor, entre outros. Um inventário de medicamentos em uso e

sua posologia configura-se como um detalhe importante na abordagem de sintomas em CP, pois o conhecimento acerca dos efeitos colaterais de medicamentos contribui para a abordagem do profissional que realiza o cuidado.

Há situações em que, mesmo com uma anamnese e exame físico minuciosos, não é possível identificar a causa de um sintoma. Nessa situação, é recomendável a realização de exames complementares, ponderando sempre o risco-benefício. Algumas perguntas como: "é razoável tratar o sintoma empiricamente?"; "Vale o sacrifício de sair de casa?"; "O resultado do exame orientará a conduta?", podem ajudar a ver com mais clareza se a realização de um determinado exame contribuirá ou não para o melhor controle dos sintomas e conforto.

5.2.2 Controle de sintomas do paciente em cuidados paliativos

O alívio adequado de sintomas é fundamental para promover a confiança do paciente e de seus familiares, proporcionando aos pacientes a execução de sua autonomia e o usufruir do conforto de suas casas em contato com seus familiares. Frequentemente, pacientes e familiares que enfrentam doenças graves sem perspectiva de um tratamento que mude a sua evolução estão perante um dilema: o desejo de serem cuidados em seus lares e o medo de não ter uma assistência adequada, principalmente no alívio de sintomas que causam muito sofrimento aos pacientes e angústia aos cuidadores.

Nesse sentido, são outorgados os seguintes direitos ao paciente terminal (GÓMEZ, 1998):

- Ser tratado como pessoa humana até morrer.
- Ter esperança, não importa que mudanças possam acontecer.
- Ser cuidado por pessoas que mantêm o sentido da esperança, mesmo que ocorram mudanças.
- Expressar, à sua maneira, sentimentos e emoções diante da morte.
- Participar das decisões referentes aos cuidados e tratamentos.
- Receber cuidados médicos e de enfermagem mesmo que os objetivos de cura assumam o sentido de objetivos de conforto.
- Não morrer sozinho.
- Ser aliviado na dor e no desconforto.
- Ter suas questões (formuladas ou sugeridas) respondidas honestamente.
- Não ser enganado.
- Após aceitar a morte, receber ajuda dos familiares e que estes também sejam ajudados.
- Morrer em paz e com dignidade.

- Conservar a individualidade e não ser julgado por decisões que possam ser contrárias às crenças dos demais.
- Discutir e aprofundar a religião ou experiências religiosas, seja qual for o seu significado para os demais.
- Esperar que o corpo humano seja respeitado.
- Ser cuidado por pessoas sensíveis, humanas e competentes que procurarão compreender e responder a suas necessidades, além de ajudar a enfrentar a morte e garantir privacidade do paciente.
- Considera-se de suma importância o respeito dos direitos descritos acima, pois, somente dessa forma, conseguir-se-á manter uma convivência eficaz durante a assistência à fase terminal e à morte.

DOR

Cabe à equipe multiprofissional reconhecer as necessidades do paciente, diagnosticar e investigar seus sintomas e introduzir tratamento adequado às suas queixas, principalmente valorizando a queixa de dor. O manejo apropriado da dor, muitas vezes configura-se como uma tarefa difícil e complexa a ser desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar, devido à própria condição clínica, suas comorbidades, e muitas vezes associado a problemas socioeconômicos de difícil solução. Os profissionais da equipe precisam estar familiarizados com o diagnóstico e o tratamento da dor para poder beneficiar o paciente em suas necessidades.

Vale lembrar que o conceito de dor é bastante complexo e envolve fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Portanto, a dor deve ser tratada por uma equipe multiprofissional que deverá desenvolver projetos terapêuticos individualizados, envolvendo tanto uma abordagem farmacológica como não farmacológica de dor (ex.: fisioterapia e práticas complementares alternativas).

Entender seu mecanismo fisiopatológico, padrões e tipos de dor, princípios gerais de controle de dor, agentes farmacológicos antiálgicos assim como a terapêutica analgésica apropriada devem estar envolvidas na abordagem dor. Embora, não seja adequada para todas as situações de dor, a escala analgésica da OMS, configura-se como forma simples e eficiente de abordar a dor em pacientes de cuidado paliativo.

Figura 18 – Escala analgésica da Organização Mundial da Saúde

	Analgésicos não opioides + Adjuvantes	Opioides fracos + Analgésicos não opioides + Adjuvantes	Opioides fortes + Analgésicos não opioides + Adjuvantes
Dor	Leve	Moderada	Grave

Fonte: (JUVER, VERÇOSA, 2008).

5.3 Cuidados paliativos na Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar (AD) hoje no Brasil, estruturada na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial, articulada com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação tem por objetivo a garantia da ampliação do acesso, do acolhimento, da equidade, da humanização e da integralidade da atenção.

O modelo de atenção adotado visa um trabalho centrado em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, com práticas inseridas nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da atenção com vistas ao estímulo da participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Nesse sentido, a implantação de serviços de atenção domiciliar pode ser a estratégia que possibilitará um maior aproveitamento dos leitos hospitalares e um melhor atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes em CP (CRUZ, 2001).

Nos cuidados oncológicos, a AD poderá ocorrer durante todo o processo de tratamento do câncer – cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada, dependendo do tipo celular do órgão de origem e do grau de invasão do tumor. É importante salientar que o tratamento requer uma estrutura médico-hospitalar e recursos humanos qualificados, integrando equipes multiprofissionais da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia com os profissionais de saúde da Atenção Domiciliar e Atenção Básica por meio de planos de cuidados. Esse processo de trabalho deverá estar inserido na rede de Atenção Oncológica regional ou estadual conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica.

5.3.1 Organização da Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar deve estar organizada a partir da Atenção Básica, na perspectiva de acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária, que necessitem de atendimento no domicílio.

A incorporação do atendimento domiciliar à saúde aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, quando o espaço-domicílio das famílias e comunidades passam a ser considerados. Todavia o atendimento domiciliar à saúde não deve ser visto como novidade e exclusividade das equipes de Atenção Básica, uma vez que constitui importante recurso a ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que se faça necessário (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Para a realização da atenção domiciliar, a equipe deve organizar-se de forma a identificar os usuários que dela necessitem, avaliando sua inclusão nessa modalidade de atenção. A operacionalização deve ser executada pela equipe de Atenção Básica e pelas equipes de Atenção Domiciliar (equipes de Cuidados Oncológicos, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – Emad e Equipe Multiprofissional de Apoio – Emap) por meio de um planejamento construído em conjunto considerando as atribuições de cada um de seus membros e de forma pactuada com o usuário e a família.

5.3.1.1 Modalidades de cuidado

A AD, no âmbito do SUS, deverá ser organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos:

Modalidade AD1

A atenção e cuidado na modalidade AD1 são de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, incluindo equipes de Saúde da Família e núcleos de apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. E também serão apoiadas pelos ambulatórios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2011).

Modalidade AD2 e AD3

A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade das equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por semana e equipes multiprofissionais de apoio (Emap), por meio de visitas regulares em domicílio a critério clínico, quando solicitado pela Emad (BRASIL, 2011).

5.3.2 A produção do cuidado em Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar se configura como uma das responsabilidades da Atenção Básica e das equipes de Atenção Domiciliar e é desenvolvida por meio do trabalho em equipe, utilizando-se de trocas de saberes multidisciplinar (conhecimento) e densidade tecnológica específica (equipamentos), pautada na integralidade das ações e adaptada às especificidades locorregionais.

As equipes devem respeitar o espaço familiar, serem capazes de preservar e/ou estreitar os laços afetivos das pessoas e fortalecerem a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde, sem necessariamente, alterar a caracterização do espaço domiciliar para serviço de saúde. Essa atenção prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença.

Benefícios dos cuidados paliativos em ambiente domiciliar:

1. Para o paciente

Encontra-se dentro de um ambiente conhecido, mantendo sua intimidade, pode realizar algumas tarefas laborais, manter alguns hábitos e *hobbies*. A alimentação é mais variada e os horários não são rígidos. Fortalece a autonomia do usuário.

2. Para a família

Geralmente os familiares têm maior satisfação por estarem participando ativamente do cuidado. Sentem que respeitam a vontade do paciente de permanecer no domicílio. Importante para prevenção do luto patológico.

3. Para o sistema de saúde

Diminuição de tratamentos desnecessários e, redução das internações hospitalares longas e de alto custo.

5.3.3 Identificação da necessidade de Atenção Domiciliar

A identificação de um usuário que necessite de atenção domiciliar parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional e dependência para a realização das atividades da vida diária. A solicitação que dispara a inclusão dos pacientes na Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3) pode ter sua origem em: hospitais (unidades de urgência e emergência, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, unidades intermediárias), UBS, unidades de pronto atendimento, requerimentos, ou por iniciativa e necessidade do paciente, familiares e vizinhos.

Embora seja necessário a existência de pactuação de fluxos e protocolos, a identificação do paciente pode, também, partir de um processo de busca-ativa, tanto da equipe de AB, tendo o

ACS como ator essencial para isso, mas não utilizando-se somente dele (o ACS é um profissional essencial para a identificação do usuário que necessita de atenção domiciliar, pois reside na comunidade e é responsável pela população da sua microárea, estando em contato permanente com as famílias, promovendo uma integração entre equipe e comunidade), quanto das equipes de AD nas unidades de pronto atendimento, hospitais etc.

5.3.4 Processo de trabalho construído em equipe

A responsabilidade pelo paciente em cuidado paliativo e sua família é de toda a equipe. Cada caso de atenção domiciliar deve ser discutido, planejado e executado pela equipe considerando as especificidades clínicas e socioculturais.

Ao adentrar nesse espaço, o profissional insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente, devendo observar também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança e o grau de esclarecimento da família. Assim, cabe ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas estas questões e atuar com vistas à integralidade de suas ações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Nesse sentido, são definidas as atribuições das equipes responsáveis pela atenção domiciliar:

- Trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à Rede de Atenção à Saúde.
- Identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando limites e potencialidades de cada um.
- Abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações.
- Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de atenção domiciliar.
- Elaborar reuniões para cuidadores e familiares.
- Utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento.
- Promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários.
- Participar da educação permanente promovida pelos gestores.
- Assegurar, em caso de óbito ocorrido no domicílio, que o médico da Emad, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito.

Para que as atividades da Atenção Domiciliar atendam às necessidades do usuário/família é necessário que a equipe sistematize um planejamento de ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável à realidade do usuário. Recomenda-se que a família participe ativamente nesse processo.

O planejamento deve contemplar a participação e a frequência de todos os profissionais na execução das ações a partir das necessidades do usuário/família, buscando distribuir os profissionais de forma a aperfeiçoar o trabalho da equipe. É importante lembrar que a presença simultânea de vários profissionais no domicílio não é recomendável, uma vez que pode causar constrangimento ao usuário/família. Para facilitar o planejamento dessas visitas, sugere-se avaliar a capacidade da família em prover os cuidados ao usuário em atenção domiciliar, além dos cuidados com a casa.

Todos os profissionais da equipe devem registrar no prontuário as ações realizadas no domicílio. Sugere-se reuniões periódicas dos profissionais de saúde para discussões clínicas e reprogramações de condutas. Buscando garantir a qualidade do cuidado, a equipe além de orientar verbalmente, deve deixar um registro para família, de forma clara e concisa, com o diagnóstico, principais cuidados e sinais de gravidade. A equipe ainda pode ser criativa no sentido de buscar instrumentos que facilitem o cuidado, por exemplo, no caso do usuário que utiliza várias medicações, discutir com o cuidador a melhor forma de organização (uso de cores, desenhos, entre outros).

5.3.5 Pactuação da Atenção Domiciliar com a família

O conceito de família amplia-se, envolvendo muitos outros aspectos da vida das pessoas, sejam eles sociais ou econômicos, criando novas situações e diferentes intervenções. Dessa forma, a atenção domiciliar pressupõe a participação ativa do usuário, do cuidador e da família no processo de cuidar da pessoa assistida. As responsabilidades devem ser pactuadas entre todos os envolvidos para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados.

Recomenda-se uma reunião prévia da equipe com todos os membros da família envolvidos na atenção domiciliar para planejamento conjunto de ações a serem desenvolvidas no domicílio. Essas reuniões devem acontecer periodicamente, para avaliações e replanejamentos, enquanto durar a atenção domiciliar.

A atenção prestada no domicílio não pode ser imposta, já que o contexto das relações familiares é sempre mais dinâmico que as ações desenvolvidas pelos profissionais, comprometendo a eficácia terapêutica proposta. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se com a equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas.

5.3.6 Cuidador

O cuidador é a pessoa que mais diretamente presta os cuidados, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. Entende-se que a figura do cuidador não pode constituir uma profissão ou função formalizada na área da Saúde, uma vez que não possui formação técnica específica.

É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).

Realiza tarefas básicas no domicílio, assiste às pessoas sob sua responsabilidade prestando-lhes, da melhor forma possível, os cuidados que lhe são indispensáveis auxiliando na recuperação da pessoa assistida. As atribuições devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades.

O Guia Prático do Cuidador, produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), sugere algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da(s) equipe(s) de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.
- Comunicar à equipe de saúde as intercorrências com o assistido. Caso isso ocorra fora do horário de funcionamento da unidade, seguir orientação do Plano de Cuidado, constituído pelas equipes de Atenção básica ou Atenção Domiciliar.

Para saber mais:

Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle de Dor

[<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf>](http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf)

Caderno de Atenção Domiciliar. Cap. 6 – Volume 2

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics.** 4 . ed. Oxford: Oxford University Press, 1994.

122

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Volume 2)

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da região. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção 1. p. 80-81.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CRUZ, I. C. F. et al. Enfermagem em *home care* e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. **Enfermagem Atual**, Brasília, v. 1, n. 4, p. 35-38. 2001.

ELSEN, I. et al. **Um marco conceitual para o trabalho com famílias.** Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992. Mimeografado.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

GOMEZ, S. M. et al. Control de sintomas em el enfermo com câncer terminal In: IMEDIO, E. L. **Enfermería em cuidados paliativos.** Madrid: Medica Panamericana, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Cuidados paliativos.** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=474>. Acesso em: 17 out. 2012.

JUVER, J. P. S; VERÇOSA, N. Depressão em pacientes com dor câncer avançado. **Revista Brasileira de Anestesiol.**, Campinas, v. 58, n. 3, p. 287-198, maio/jun. 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

SILVA, R. C. F. da.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes na área. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2. ed. Geneva, 2002.

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

G O V E R N O F E D E R A L
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA