



Palestra

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA

Maria Simone Pan

Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade GHC/RS

Mestrado em Saúde e Meio Ambiente/UNIVILLE/SC

Núcleo da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da

Gerência de Atenção Primária à Saúde/SES/SC

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero

2ª Edição revista,
ampliada e atualizada

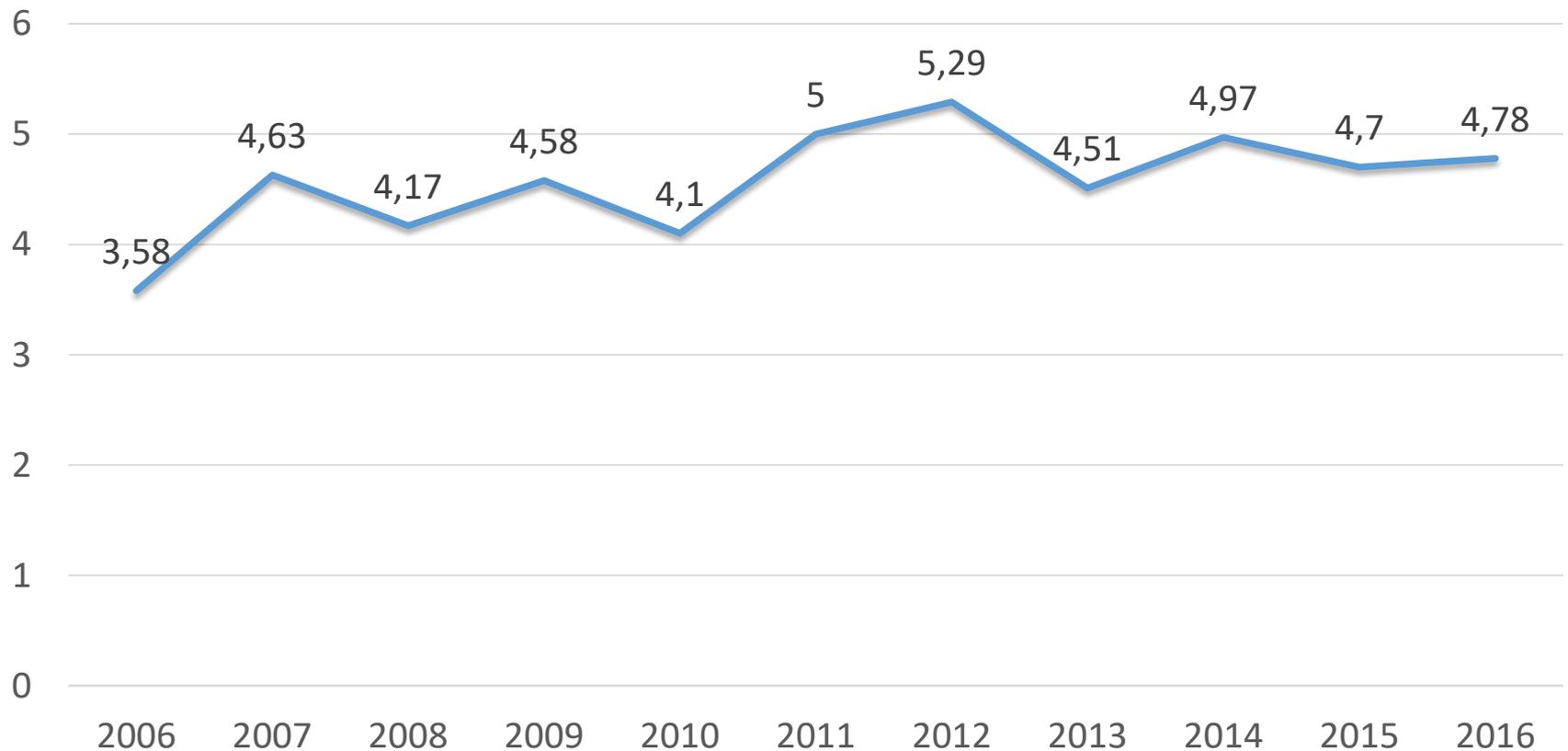


2016

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

- É o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal;
- Quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil;
- **Estimativas de novos casos: 16.370 (2018);**
- **Número de mortes: 5.430 (2013 - SIM)**

Taxa de mortalidade por Neopl de Colo do Útero/SC, 2006 a 2016.



Fonte: DATASUS/SIM/IBGE

REGIÃO SUL, 2013: 4,39 óbitos a cada 100.000 mulheres
BRASIL, 2013: 11,51 óbitos a cada 100.000 mulheres

Indicadores de cobertura do Programa de Rastreamento de Câncer do Colo do Útero em SC.

SERIE HISTÓRICA METAS DOS INDICADORES 2012 a 2017/SC.

2012	2013	2014	2015	2016	2017
0,67	0,63	0,38	0,55	0,56	0,50

Fonte: SUG/SES/SC

Cálculo do indicador:

Número de citopatologias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 25 a 64 anos em determinado local e ano

População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/3

Caderno Diretrizes 2013-2015

Indicadores de cobertura Programa de Rastreamento de Câncer do Colo do Útero em Santa Catarina, 2016 a 2017.

Região de Saúde	Pop_25-64 anos	Produção a alcançar(Pop/3)	Produção _SIA_2015	Meta_2015	Produção _SIA_2016	Meta_2016	Produção _SIA_2017	Meta_2017
4201 Extremo Oeste	58115	19372	15086	0,78	13340	0,69	14356	0,74
4202 Xanxerê	48520	16173	9507	0,59	10875	0,67	10996	0,68
4203 Oeste	86791	28930	25312	0,87	26731	0,92	27177	0,94
4204 Alto Uruguai Catarinense	37588	12529	9202	0,73	11109	0,89	8425	0,67
4205 Meio Oeste	47750	15917	7515	0,47	11330	0,71	8464	0,53
4206 Alto Vale do Rio do Peixe	69847	23282	14283	0,61	12888	0,55	12885	0,55
4207 Foz do Rio Itajaí	158881	52960	17804	0,34	20836	0,39	21417	0,40
4208 Alto Vale do Itajaí	70511	23504	15603	0,66	15268	0,65	13076	0,56
4209 Médio Vale do Itajaí	191922	63974	32347	0,51	34189	0,53	35067	0,55
4210 Grande Florianópolis	295675	98558	42679	0,43	44719	0,45	41000	0,42
4211 Laguna	92803	30934	14352	0,46	12199	0,39	12205	0,39
4212 Carbonífera	108716	36239	24856	0,69	25108	0,69	23556	0,65
4213 Extremo Sul Catarinense	48716	16239	9033	0,56	4602	0,28	4448	0,27
4214 Nordeste	242345	80782	43552	0,54	44270	0,55	25184	0,31
4215 Planalto Norte	91826	30609	16743	0,55	22727	0,74	20847	0,68
4216 Serra Catarinense	74929	24976	9389	0,38	8631	0,35	8738	0,35
Total	1724935	574978	307263	0,53	318822	0,55	287841	0,50

Procedimento: 0203010086 (exame citopatológico cervico-vaginal/microflora rastreamento)

Fonte: SIA-SUS/IBGE

Ministério da Saúde

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

Período: 2015 à 2017

Mulheres da população alvo que realizaram exames de rastreamento

Citopatológico do Colo

População feminina do Estado de 25 a 64 anos (IBGE 2012): 1.724.935

Mulheres que foram rastreadas com citopatológico de 2015 a 2017 no estado de SC: 703.688

Cobertura em 3 anos de rastreamento: 41%

<http://siscan.saude.gov.br>

**Há um contingente de mulheres
supercontroladas e outro contingente
sem nenhum controle.**



Fator de risco para Câncer de Colo do Útero:

- Infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla);
- Tabagismo;
- A iniciação sexual precoce;
- A multiplicidade de parceiros sexuais;
- A multiparidade;
- Contraceptivos orais;
- A idade (a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente).



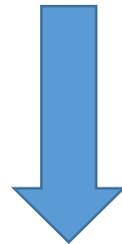
Mortalidade por Câncer de Colo do Útero no Brasil:

- Mulheres na idade adulta,
- Sem companheiro;
- Donas de casa;
- Residentes em bairros com baixa condições socioeconômicas.

“Essa proximidade de fatores reduz a cadeia explicativa da mortalidade por câncer do colo do útero às desigualdades sociais.”



RASTREAMENTO



Realização de testes relativamente simples em pessoas sadias com o intuito de identificar a doença em fase pré-clínica (assintomática). O teste deve ser comprovadamente eficaz na diminuição da mortalidade pela doença rastreada.

<http://www2.inca.gov.br>



Prevenção secundária: **Detecção precoce.**

Não reduzem a incidência, mas podem reduzir a mortalidade pela doença.

Diagnóstico Precoce
Identificação da doença em estágio inicial por meio de avaliação diagnóstica



Mulheres com sinais e sintomas suspeitos

Rastreamento
Aplicação sistemática de exames para identificar anormalidades sugestivas de câncer



Mulheres assintomáticas



**Recomendações
para o
Rastreamento de acordo
com as Diretrizes**



A história natural do câncer do colo do útero

- Longo período de lesões precursoras,
- Assintomáticas,
- Curáveis na quase totalidade dos casos se tratadas adequadamente,
- Conhecidas como:
 - **NIC II/III**, ou lesões de alto grau,
 - **adenocarcinoma *in situ***.

- **NIC I:**
 - Representa uma infecção transitória (HPV)
 - Têm alta probabilidade de regredir,
 - Atualmente não é considerada como lesão precursora do câncer do colo do útero.



PERIODICIDADE

- O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o **exame citopatológico**.
- Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos (A).



População alvo

- O início da coleta deve ser aos 25a para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual (A).
- O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado (D).
- Os exames periódicos devem seguir até os 64a e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (B).
- Para mulheres com mais 64a e que nunca se submeteram ao exame, 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

É definida como satisfatória ou insatisfatória

Amostra insatisfatória para avaliação:

É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por razões de natureza técnica ou de amostragem celular:

O exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório (A).

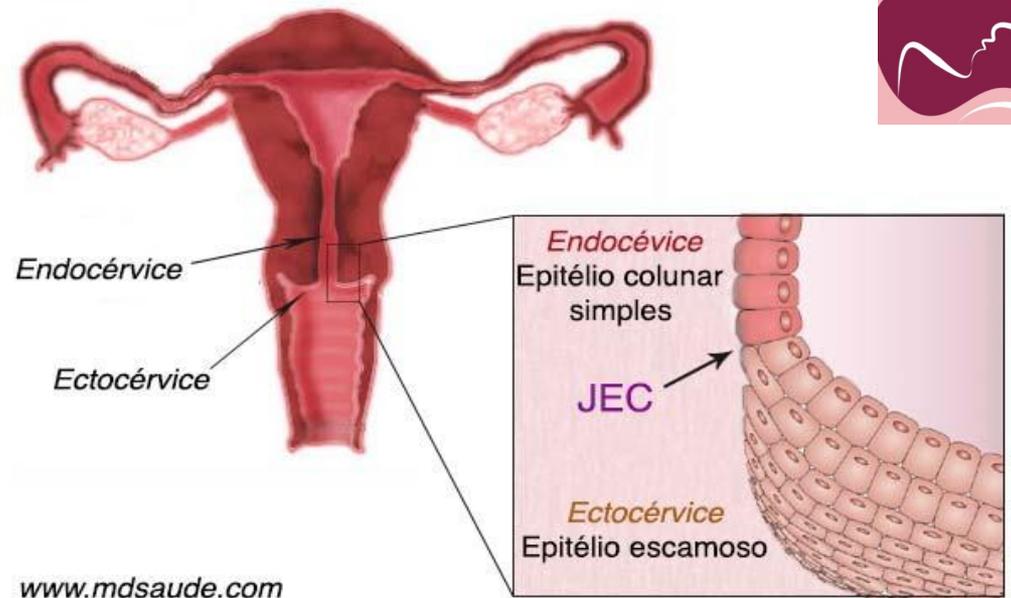
Amostra satisfatória para avaliação

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

A presença de células representativas da (JEC), é considerada como **indicador da qualidade** da coleta;

- local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero;
- O uso da espátula de Ayre e escova de canal aumenta em 3 vezes a chance de obtenção de células endocervicais .



É muito importante que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.



Situações especiais

➤ Gravidez

- A JEC encontra-se exteriorizada;
- Não aumenta o risco se utilizada técnica adequada.
- Rastreamento deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.

➤ Pós menopausa

- Mulheres na pós-menopausa devem ser rastreadas de acordo com as orientações para as demais mulheres (A).
- Se necessário, proceder à estrogenização previamente à realização da coleta.

Situações especiais



➤ 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.
- Por lesão precursora ou câncer do colo do útero a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada.

➤ Mulheres sem história de atividade sexual

- Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento do câncer do colo do útero (D).

Situações especiais



Pacientes portadoras do vírus HIV, uso de imunossupressores após transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e usuárias crônicas de corticosteroides.

- O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão (B).
- Mulheres HIV positivas com contagem de linfócitos 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).

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

Mulheres com menos de 25 anos

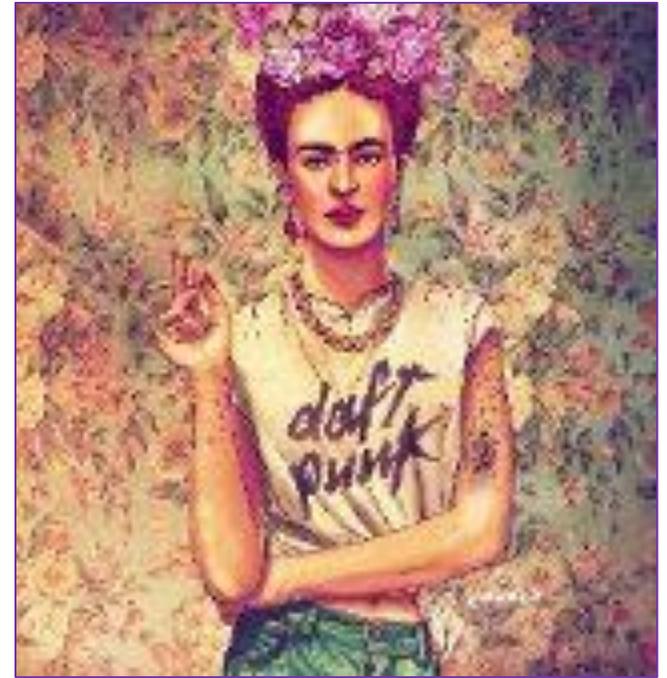


- O câncer é mais agressivo e inclui tipos histológicos mais raros;
- Resulta em substancial sobretratamento e um modesto benefício;
- Não tem impacto na redução da incidência ou mortalidade;

- A incidência do câncer invasor em mulheres até 24 anos é muito baixa e o rastreamento é menos eficiente para detectá-lo;
- O início mais precoce representaria um aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, e resultam num aumento significativo de colposcopias e de sobretratamento, além do maior risco para morbidade obstétrica e neonatal (parto prematuro) associado a uma futura gestação.

Que condutas tomar em relação a prevenção em mulheres jovens?

- Mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e práticas de sexo seguro;
- Estas medidas podem ser implementadas sem a necessidade da inclusão no programa de rastreamento;
- Sinais e sintomas? Avaliação diagnóstica!





Citologia oncótica em mulheres sintomáticas

- O tecido necrótico, sangramento e células inflamatórias podem prejudicar a visualização de células neoplásicas;
- A taxa de falso negativo da citologia pode ultrapassar 50%;
- Assim, um esfregaço negativo em uma paciente sintomática **nunca** deve ser considerado como resultado definitivo.

Resultado citológico indicando atrofia com inflamação



Na ausência de atipias, é um achado fisiológico após a menopausa, o pós-parto e durante a lactação.

Recomendações

Seguir a rotina de rastreamento citológico (A).

Se dificuldade diagnóstica decorrente da atrofia, a estrogenização deve ser feita por meio da via vaginal com creme de estrogênios conjugados em baixa dose ou estriol vaginal, com aplicador vaginal toda noite, durante 21 dias (B).

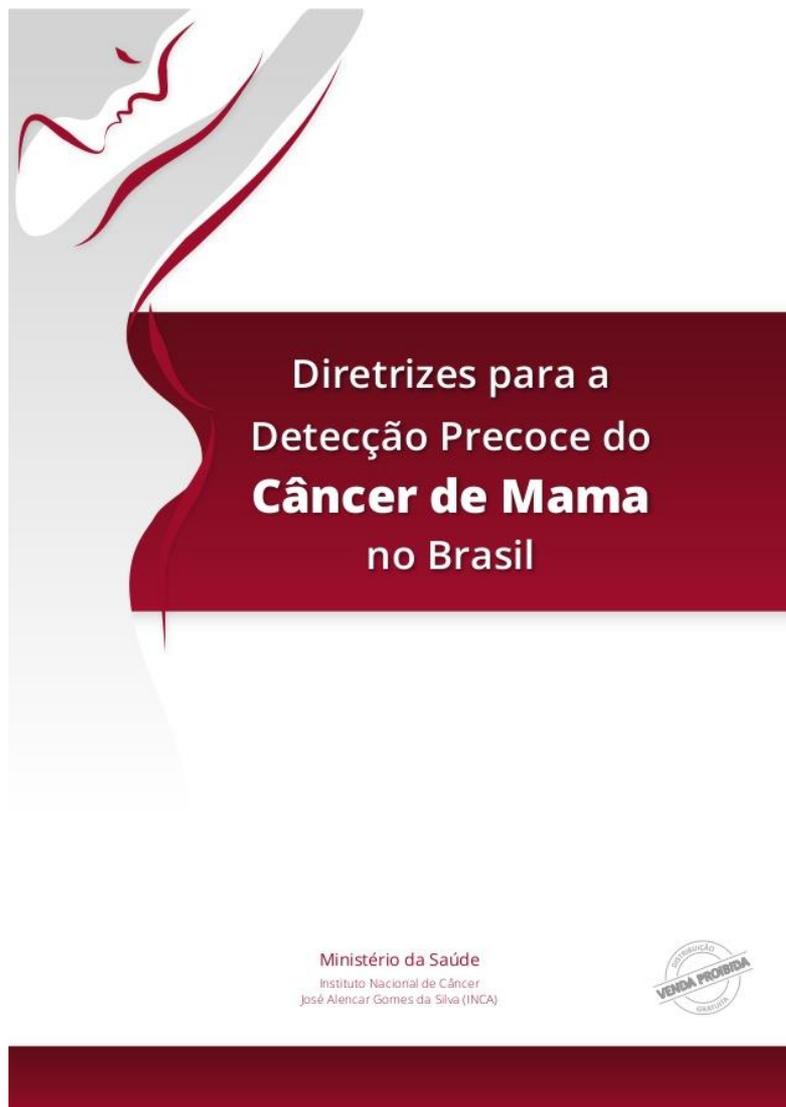
A nova citologia será coletada entre cinco a sete dias após a parada do uso (B).

Nas pacientes com história de câncer de mama ou outras contraindicações, o uso de estrogênios deve ser avaliado para cada paciente individualmente

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia



O diagnóstico de casos novos de câncer do colo uterino está associado, em todas as faixas etárias e situações, com a **ausência ou **irregularidade** do rastreamento.**



Diretrizes para a
Detecção Precoce do
Câncer de Mama
no Brasil

Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva (INCA)



2015



Câncer de Mama

- É o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma;
- Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos;
- Estatísticas indicam aumento da sua incidência em todo o mundo;
- Existem vários tipos de câncer de mama. Alguns evoluem de forma rápida, outros, não. A maioria dos casos tem bom prognóstico.

- **Estimativa de novos casos:** 59.700 (2018)
- **Número de mortes:** 14.388, sendo 181 homens e 14.206 mulheres (2013 - SIM)

Fatores de risco para Câncer de Mama



O câncer de mama é multifatorial;

A idade é um dos principais fatores que aumentam o risco de se desenvolver câncer de mama.

Fatores endócrinos ou relativos à história reprodutiva

- Menarca precoce (antes de 12 anos);
- Menopausa tardia (após os 55 anos);
- Primeira gravidez após os 30 anos;
- Nuliparidade;
- Contraceptivos orais (contraditório);
- Terapia de reposição hormonal pós-menopausa, especialmente se por tempo prolongado.



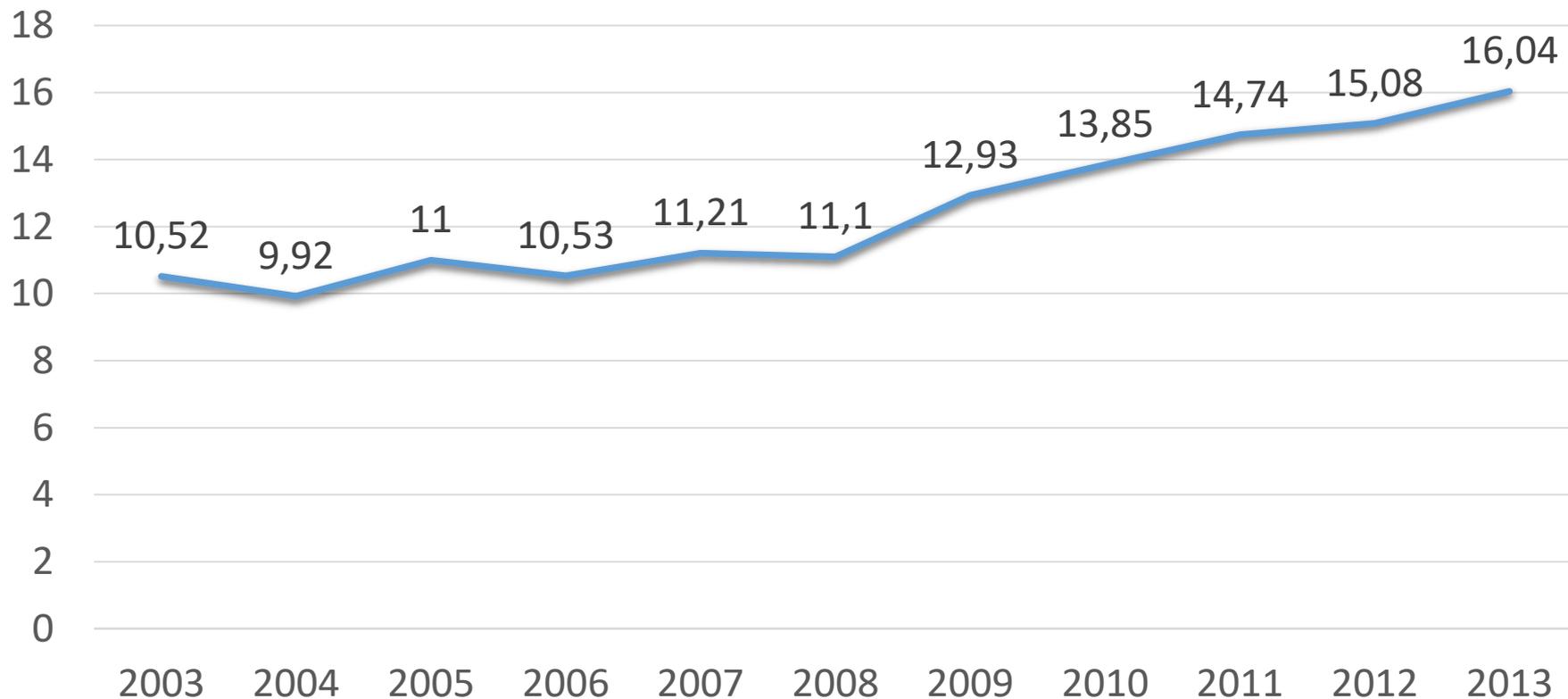
Fatores comportamentais/ambiente

- Bebida alcoólica;
- Sobrepeso e obesidade após a menopausa;
- Exposição à radiação ionizante (radioterapia e exames de imagem como raios X, mamografia e tomografia computadorizada);
- Tabagismo (contraditório);

Fatores genéticos/hereditários

- Presença de mutações em determinados genes (BRCA1 e BRCA2);
- Câncer de mama em familiares consanguíneos, sobretudo em idade jovem;
- Câncer de ovário;
- Câncer de mama em homem.

Taxa de Mortalidade por Neopl de Mama/SC (2003-1013)



Fonte: SIM/IBGE

REGIÃO SUL, 2013: 13,7 óbitos a cada 100.000 mulheres
BRASIL, 2013: 14,35 óbitos a cada 100.000 mulheres

Fonte: Inca

Indicadores de cobertura do Programa de Rastreamento de Câncer de Mama em SC.

SERIE HISTÓRICA METAS DOS INDICADORES 2012 a 2017/SC.

2012	2013	2014	2015	2016	2017
0,40	0,43	0,41	0,41	0,40	0,60

Fonte: SUG/SES/SC

Cálculo do indicador:

Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em determinado local e ano

População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano/2

Indicadores de cobertura do Programa de Rastreamento do Câncer de Mama em SC, 2015, 2016 e 2017.

Região/Mun	Pop. 50/69 a	Prod. a alcançar(Pop/2)	Produção SIA/2015	Cobertura/2015	Produção SAI/2016	Cobertura/2016	Produção SIA/2017	Cobertura/2017
4201 Extremo Oeste	21505	10753	6555	0,61	5773	0,54	8276	0,77
4202 Xanxerê	16288	8144	3266	0,40	3120	0,38	6281	0,77
4203 Oeste	27679	13840	7699	0,56	8108	0,59	11812	0,85
4204 Alto Uruguai Catarinense	13492	6746	3192	0,47	3306	0,49	5211	0,77
4205 Meio Oeste	16112	8056	3586	0,45	3155	0,39	3989	0,50
4206 Alto Vale do Rio do Peixe	21820	10910	4361	0,40	4923	0,45	6864	0,63
4207 Foz do Rio Itajaí	49238	24619	6355	0,26	8772	0,36	13611	0,55
4208 Alto Vale do Itajaí	23515	11758	5943	0,51	6787	0,58	10742	0,91
4209 Médio Vale do Itajaí	58526	29263	9088	0,31	9630	0,33	14995	0,51
4210 Grande Florianópolis	93107	46554	14075	0,30	12358	0,27	21660	0,47
4211 Laguna	33420	16710	7639	0,46	7596	0,45	9132	0,55
4212 Carbonífera	34743	17372	10505	0,60	9403	0,54	15453	0,89
4213 Extremo Sul Catarinense	16704	8352	3987	0,48	3961	0,47	5078	0,61
4214 Nordeste	71728	35864	19010	0,53	16255	0,45	20052	0,56
4215 Planalto Norte	28750	14375	3225	0,22	3779	0,26	5501	0,38
4216 Serra Catarinense	25723	12862	2839	0,22	3079	0,24	5793	0,45
Total	552350	276175	111325	0,40	110005	0,40	164450	0,60

Procedimento: 0204030188 (mamografia bilateral para rastreamento)

Fonte: SIA-SUS/IBGE

Ministério da Saúde

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

Período: 2016 à 2017

Mulheres da população alvo que realizaram exames de rastreamento

Mamografia

População feminina de 50 a 69 no estado (IBGE 2012): 552.350

Mulheres que foram rastreadas com mamografia bilateral de 2016 a 2017 no estado de SC: 196.863

Cobertura em 2 anos de rastreamento: 35,64%

Fonte: SISCAN

Ministério da Saúde

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

Período: 01/01/2016 à 31/12/2017

Percentual de Exames de Rastreamento realizados na faixa etária alvo

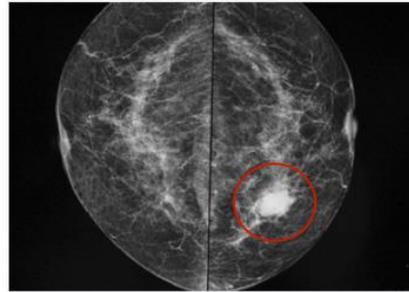
Mamografia

Município	Mamografias de rastreamento realizadas na faixa de 50 a 69 anos	Total de mamografias de rastreamento	% na faixa
JOINVILLE	18569	27932	66.48%

% de cobertura fora da faixa etária alvo: 33%

Sobre a mamografia

Método padrão para detecção precoce do câncer de mama.

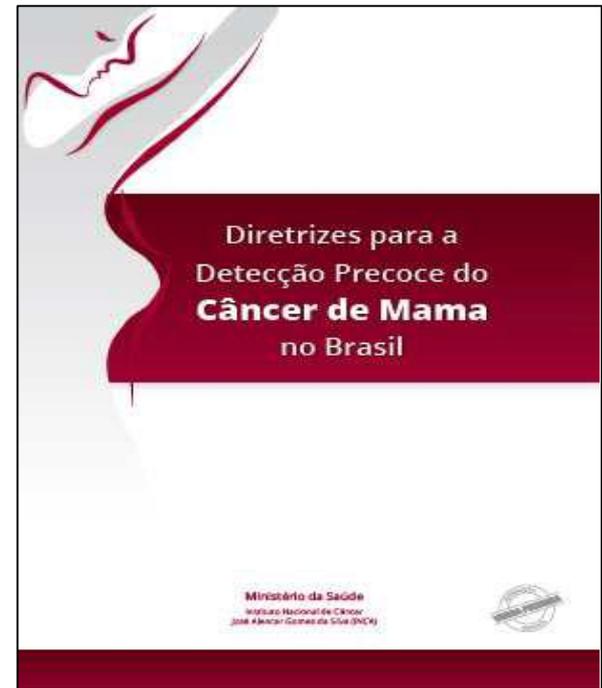


- Rastreamento x Diagnóstica

Tem limites. Deve ser realizado com adequado controle de qualidade. É menos sensível (“erra mais”) em mulheres antes da menopausa (mamas mais densas).

Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil

- Revisão ampla de pesquisas científicas (Rigor metodológico);
- Orienta para as melhores decisões numa área do conhecimento;
- Julgamento sobre possíveis benefícios e riscos/danos das intervenções;
- Evidência científica + experiência profissional + valores do paciente;
- Avaliação periódicas.



Rastreamento

Mamografia

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com mamografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama, comparada à ausência de rastreamento?

Recomendação

< de 50 anos

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios)

De 50 a 59 anos

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes)

De 60 a 69 anos

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)

De 70 a 74 anos

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos. (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto)

75 anos ou mais

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais. (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Periodicidade

O Ministério da Saúde recomenda que a **periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas seja a bienal** (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal).

Autoexame das mamas

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com AEM na redução da mortalidade global e por câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o ensino do AEM como método de rastreamento do câncer de mama (recomendação contrária fraca: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Exame clínico das mamas

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com ECM na redução da mortalidade global e por câncer de mama?

Recomendação

Ausência de recomendação: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto

Ressonância nuclear magnética

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com RNM na redução da mortalidade global e por câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento do câncer de mama com RNM em mulheres com risco padrão de desenvolvimento desse câncer, seja isoladamente, seja como complemento à mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Auto exame das mamas

- Não provou ser benéfico para a detecção precoce de tumores e por trazer falsa segurança, dúvida e excesso de exames invasivos;
- Recomendado para que a mulher tenha conhecimento de seu próprio corpo, sem prática sistemática.

Protocolo da Atenção Básica - Saúde das Mulheres, 2015



O AUTOEXAME

Aproximadamente 80% dos tumores são descobertos pela própria mulher ao apalpar suas mamas

OUTUBRO ROSA

- 1** DE PÉ EM FRENTE AO ESPELHO OBSERVE: O bico dos seios; superfície; o contorno das mamas.
- 2** AINDA EM PÉ EM FRENTE AO ESPELHO. Levante os braços. Observe se o movimento altera o contorno e a superfície das mamas.
- 3** DEITADA, COM A MÃO DIREITA, APALPE A MAMA ESQUERDA. Faça movimentos circulares suaves, apertando levemente com a ponta dos dedos.
- 4** DEITADA, COM A MÃO ESQUERDA, APALPE A MAMA DIREITA. Faça movimentos circulares suaves, apertando levemente com a ponta dos dedos.
- 5** NO BANHO, COM A PELE ENSABOADA. Com a pele molhada ou ensaboadada, eleve o braço direito e deslize os dedos da mão esquerda suavemente sobre a mama direita estendendo até a axila. Faça o mesmo na mama esquerda.

Disponível no Google imagens

Ultrassonografia

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com ultrassonografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Termografia

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com termografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento do câncer de mama com a termografia, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Tomossíntese

Questão norteadora

Qual a eficácia do rastreamento com tomossíntese da mama na redução da mortalidade global e por câncer de mama?

Recomendação

O Ministério da Saúde recomenda **contra** o rastreamento do câncer de mama com a tomossíntese das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia convencional (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Ultrassonografia

Questão norteadora	Qual a eficácia do rastreamento com ultrassonografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama?
Recomendação	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento do câncer de mama com ultrassonografia das mamas, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

- Diferenciação entre cistos e tumores sólidos da mama e na avaliação de nódulos palpáveis em mulheres jovens (FLOBBE et al., 2002; ELMORE et al., 2005).
- Método de imagem para guiar biópsia mamária.

Aspectos como padronização, reprodutibilidade, proporção de casos falso-positivos e garantia da qualidade no rastreamento com ultrassonografia mamária ainda precisam ser mais bem estudados (HEYWANG-KÖBRUNNER et al., 2008).

A Mamografia de Rastreamento é recomendada para:



Mulheres com idade entre 50 e 69 anos
a cada dois anos.

(OMS e países com rastreamento organizado)

OBS! A mamografia para avaliar uma alteração suspeita na mama (mamografia diagnóstica) poderá ser feita em qualquer idade.

Por que? No rastreamento é preciso equilibrar benefícios e riscos

Benefícios

- Tratamento menos agressivo;
- Maior potencial de cura pela detecção precoce.



Riscos / malefícios

Resultados incorretos:

- ⇒ **Falso-positivo**: ansiedade / excesso de exames.
- ⇒ **Falso-negativo**: falsa segurança.

Sobrediagnóstico

Sobretreamento

Risco da exposição à radiação.

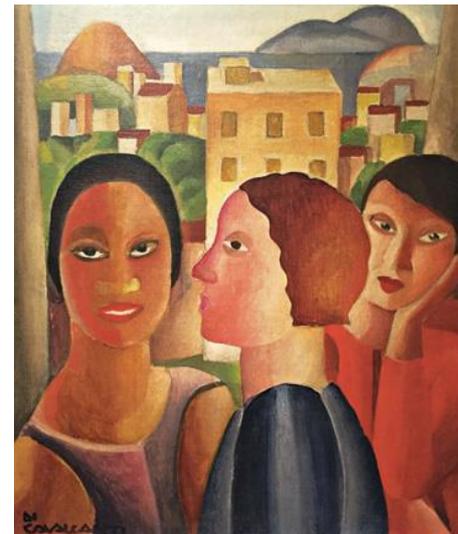
Quais os riscos de fazer mamografia fora da idade recomendada quando a mulher não tem sintoma?

Mulheres com menos de 50 anos:

O exame é limitado para identificar as alterações, gerando muitos resultados incorretos, falso alarme e necessidade de mais exames.

Mulheres com 70 anos ou mais:

Nesta faixa etária é maior o risco de revelar um tipo de câncer de mama que não causaria prejuízos à mulher e que seria tratado desnecessariamente.



Di Cavalcanti

E quando a mulher tem **risco elevado para câncer de mama?**

Fatores genéticos/hereditários

- Presença de mutações em determinados genes (BRCA1 e BRCA2);
- Câncer de mama em familiares consanguíneos, sobretudo em idade jovem;
- Câncer de ovário;
- Câncer de mama em homem.

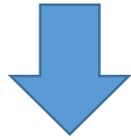


Fale com seu médico

5 a 10% dos casos de câncer de mama são hereditários.

E para o **Diagnóstico**
Precoce,
qual é a recomendação?

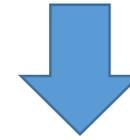
DIAGNÓSTICO PRECOCE: TRÊS PILARES:



Mulher Informada



Profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos.



Garantia de confirmação diagnóstica oportuna, com integralidade da assistência em toda a linha de cuidado.

UBS

Unidade Secundária

Unidade Terciária



Diag. precoce

Confirmação diagnóstica

Tratamento em tempo oportuno

Seguimento dos casos tratados, cuidados paliativos, continuidade do Cuidado.

E sobre a prevenção, é possível reduzir o risco de ter Câncer de Mama?

- **Prevenção primária:** objetivo de evitar a ocorrência da doença. Estratégias voltadas para a redução da exposição a fatores de risco.



Estima-se que é possível reduzir a incidência em **um terço dos casos**.



- Manter o peso corporal adequado;
- Praticar atividade física;
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

A amamentação também é considerada um fator protetor.





Mulheres Protestando – Di Cavalcanti

Muito ainda a conquistar!

- **Mulher informada;**
- Controle da qualidade do rastreamento;
- Adesão às recomendações de rastreamento;
- Decisão compartilhada;
- Priorização de estratégias para casos sintomáticos;
- Cuidados paliativos.

E o prestador...?

Como o profissional pode agir quando percebe que há problema de qualidade na MMG e no laudo do citopatológico?

- Conhecer prestador de serviço;
- Entrar em contato com a vigilância sanitária , que libera o alvará sanitário anualmente. Um dos critérios é o controle de qualidade;
- Se há dúvidas, pode-se solicitar auditorias;
- Se o laboratório é de gestão estadual, pode-se entrar em contato com a Regional de Saúde.

Referências Bibliográficas

- 1- MEIRAKC; GAMA SG; SILVA CMFP. **Perfil de Mortalidade por Câncer do Colo do Útero no Município do Rio de Janeiro no Período 1999-2006**. Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(1): 7-14
- 2- THULER; LCS. **Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(5):216-8
- 3- Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS - http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def
- 4- Portal Instituto Nacional do Câncer <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
- 5- Portal do IBGE - <https://www.ibge.gov.br/>
- 6- Departamento de Informática do SUS – DATASUS - <http://datasus.saude.gov.br/>
- 7- **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf.
- 1- MIGOWSL A; DIAS MBK; NADANOVSKY P; SILVA GA; SANTANA DR, STEIN AT. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III – Desafios à implementação. Cad. Saúde Pública 2018; 34(6):e00046317
- 2- Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Ministério da Saúde, 2015.
- 3- Protocolos de Atenção Básica, Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde, 2016.
- 4- Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS - http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def
- 5- Portal Instituto Nacional do Câncer <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
- 6- Portal do IBGE - <https://www.ibge.gov.br/>
- 7- Departamento de Informática do SUS – DATASUS - <http://datasus.saude.gov.br/>

MUITO OBRIGADA!

CONTATO

saudedamulhers@saude.sc.gov.br

(48) 3664 7278

Perguntas e respostas

Avalie a Webpalestra de hoje:

<https://goo.gl/forms/xSMaKIFM6I9IFS>

652