

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA AS SECRETARIAS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE



VERSÃO PRELIMINAR

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

ELABORAÇÃO

Marco Antônio Bragança de Matos

Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Shinaider Fonseca Rosa

© 2020 Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília, DF, Brasil
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo, SP, Brasil
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

Coordenação:

Marco Antônio Bragança de Matos
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Elaboração de texto:

Shinaider Fonseca Rosa

Colaboração:

Marco Antônio Bragança de Matos
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Projeto gráfico e diagramação:

Rudolf Serviços Gráficos

Edição de texto:

Viviane Rodrigues Zeppelini

Crédito de imagens:

Banco de Imagens Einstein

VERSÃO PRELIMINAR

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009), através da Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – NOTA TÉCNICA: Nº 29/2018-CGGAB/DAB/SAS/MS.

Ficha Catalográfica

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE DA MULHER NO RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER DE MAMA. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020.
28 p.: il.

1. Câncer de Mama 2. Rastreamento 3. Mamografia 4. Rede de Atenção à Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde (MS) se unem em um novo projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), o PlanificaSUS, para implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde, proposta pelo CONASS, em Regiões de Saúde das 27 unidades federativas.

Através da planificação visa-se organizar os ambulatórios de referência para a Atenção Especializada em uma Região de Saúde, qualificando e integrando os seus macroprocessos àqueles da Atenção Primária à Saúde dos municípios e possibilitando a melhoria do acesso à rede de atenção, a continuidade da atenção aos usuários com condição crônica, uma maior resolutividade regional, um melhor estado de saúde para a população e uma redução dos custos para o sistema de saúde.

A metodologia propõe atividades tutoriais como modalidade para uma maior aproximação e apoio aos profissionais e gestores que se ocupam diretamente do cuidado da população de um território sanitário, disponibilizando atualização do conhecimento, ferramentas para a gestão da qualidade e tecnologias da gestão clínica.

Como é possível superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde, como estabelece o MS nas diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde?^[1] Como oferecer uma atenção contínua e integral, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura, com equidade e com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita, gerando valor para essa população, como ensina Mendes?^[2]

A resposta é: organizando as Redes de Atenção à Saúde. E o pré-requisito indispensável para isso são as diretrizes clínicas baseadas em evidências, com foco no manejo clínico seguro e qualificado das condições crônicas, que possibilite a estabilização dos usuários e evitem danos e desfechos negativos, e na qualificação dos processos de atenção à saúde, apoio, logísticos e gerenciais, que possibilitem tempos oportunos de acesso e resolutividade dos serviços.

O PlanificaSUS está disponibilizando um conjunto de Notas Técnicas para a organização das redes de atenção às condições crônicas mais prevalentes: ciclo de vida da pessoa idosa, ciclo de vida da criança, gestação e puerpério, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, saúde mental e câncer de mama e colo de útero.

As Notas Técnicas foram estruturadas em consonância com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), buscando facilitar a sua operacionalização pelas equipes de saúde. Assim, oferece elementos para o conhecimento da população com condição crônica, estratificação de risco, dimensionamento da necessidade de saúde, mapeamento dos fluxos e processos de cuidado, algoritmos de manejos específicos, os parâmetros para a gestão da condição de saúde na APS e AAE, os critérios para o compartilhamento do cuidado, marcadores de estabilização clínica funcional e os indicadores para monitoramento e avaliação. Para sua elaboração, foram consultadas as diretrizes mais atualizadas publicadas pelo Ministério da Saúde, algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Sociedades Científicas.

Ao final, as Notas Técnicas querem ser uma contribuição para o aperfeiçoamento da política de saúde voltada para o cuidado da população das várias Regiões de Saúde.

Marcio Anderson Cardozo Paresque
Coordenador do PlanificaSUS

O principal problema dos sistemas de atenção à saúde, em escala universal, consiste na incoerência entre uma situação de saúde com forte hegemonia das condições crônicas e uma resposta social de um sistema fragmentado, que atua de forma episódica e reativa, voltado predominantemente para os eventos agudos. Esses sistemas fragmentados têm falhado no manejo das condições crônicas e, como consequência, os resultados medidos em desfechos clínicos são pífios. Isso não é diferente no Sistema Único de Saúde (SUS).

A solução para esse problema está em superar a fragmentação, instituindo as Redes de Atenção à Saúde, que atuam de modo contínuo e proativo, e são capazes de responder adequadamente às condições agudas e às condições crônicas.

As Redes de Atenção à Saúde compõem-se de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. A população de uma Redes de Atenção à Saúde corresponde àquela que vive em um território singular, que, por sua vez, é um importante produtor social de saúde. É uma população cadastrada e vinculada a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, e estratificada por vulnerabilidades sociais e por riscos sanitários.

A estrutura operacional envolve a Atenção Primária à Saúde, a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A Atenção Primária à Saúde opera como centro de comunicação das redes, que articula os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção.

Os modelos de atenção à saúde devem passar por mudanças profundas – especialmente o modelo de atenção às condições crônicas, que se baseia em três pilares: a estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado. Para o SUS, propôs-se um modelo de atenção às condições crônicas que engloba cinco níveis: o nível 1 é o de promoção da saúde; o nível 2, de prevenção das condições de saúde, e os níveis 3, 4 e 5 convocam tecnologias potentes de gestão da clínica, voltadas para o enfrentamento adequado às condições crônicas estabelecidas – os níveis 3 e 4 abrangem a gestão das condições de saúde e o nível 5, a gestão de caso.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde é um processo complexo, que pressupõe um pensamento sistêmico por parte de seus operadores. Pensar sistemicamente implica transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas. Significa também entender que não há solução para os problemas tentando-se mudanças em pontos de atenção isolados; é compreender que os problemas só serão solucionados se houver colaboração e interdependência entre todos os atores envolvidos; e, por fim, consiste em construir uma linguagem comum, que possibilite a comunicação em rede.

Um ponto fundamental para tornar reais as Redes de Atenção à Saúde é construir essa linguagem comum compartilhada em todos os nós dessas redes. Isso se faz por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidência, construídas e validadas pelos atores relevantes, que tecem essas redes continuamente na prática social. As Notas Técnicas propostas neste documento cumprem essa função seminal nas Redes de Atenção à Saúde.

Cabe ressaltar que se trata aqui de redes temáticas, conforme imposição da natureza singular de cada qual, imposta pela divisão técnica do trabalho, que exige especialização nos pontos de atenção secundários e terciários, ambulatoriais e hospitalares. Porém esse é o único elemento temático das Redes de Atenção à Saúde que as diferencia das propostas passadas de sistemas verticais de saúde. Por consequência, a Atenção Primária à Saúde, os sistemas logísticos e os sistemas de apoio são estruturas transversais comuns a todas as redes temáticas.

Além disso, essas Notas Técnicas cumprem outro papel, que é o de estruturar todo o processo de gestão da clínica, entendida como um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva e estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e nem aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

As diretrizes clínicas baseadas em evidência, representadas de forma prática e sintética pelas Notas Técnicas, a par de criar uma linguagem comum, são a tecnologia fundamental, da qual derivam a gestão das condições de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e as listas de espera.

Nesse sentido, essas Notas Técnicas vão além do estabelecimento das melhores práticas clínicas, porque adentram o campo da microgestão da clínica, estabelecendo parâmetros assistenciais baseados não em séries históricas, mas definidos por necessidades reais da saúde da população.

Em conclusão, pode-se afirmar que a elaboração e o compartilhamento dessas Notas Técnicas, entre todos os atores envolvidos, são o ato inaugural e imprescindível da construção das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Boa leitura a todos!

Eugênio Vilaça Mendes

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

ACR	<i>American College of Radiology</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
BI-RADS®	<i>Breast Imaging Reporting and Data System</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAF	Punção aspirativa por agulha fina
RAS	Rede de Atenção à Saúde

■ INTRODUÇÃO	11
■ OBJETIVO	12
■ O MODELO DE ATENÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA	13
■ CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA	14
PASSO 1 – POPULAÇÃO GERAL	14
PASSO 2 – IDENTIFICAÇÃO DA SUBPOPULAÇÃO FEMININA	14
PASSO 3 – IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO GERAIS	14
PASSO 4 – IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO ESPECÍFICOS	15
PASSO 5 – SINAIS E SINTOMAS SUSPEITOS	15
PASSO 6 – ALTERAÇÃO NOS EXAMES DE IMAGEM	16
PASSO 7 – CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA	17
■ ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	18
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
FLUXO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	21
FLUXO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	22
PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	23
■ QUADRO-RESUMO DAS INTERVENÇÕES DE VIGILÂNCIA E CUIDADO	25
■ REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	27
REGISTRO DE ATENDIMENTOS	27
PAINEL DE INDICADORES	27
■ REFERÊNCIAS	28

O câncer de mama continua progredindo de maneira alarmante no mundo, alerta a Organização Mundial da Saúde (OMS). É o segundo tipo de câncer mais diagnosticado no mundo, ficando atrás apenas do câncer de pulmão e sendo a causa de quase 7% das mortes por câncer.^[3]

No Brasil, é a neoplasia maligna mais incidente na população feminina, excetuando-se os tumores de pele não melanoma. O risco estimado era de 51,29 casos a cada 100 mil mulheres em 2018.^[4]

A doença pode ser detectada em fases iniciais, em grande parte dos casos, aumentando a possibilidade de tratamentos menos agressivos e com taxas de sucesso satisfatórias. No entanto, em muitas regiões, o diagnóstico ainda é tardio em uma fase avançada da doença, o que indica a necessidade de fortalecer estratégias para conscientização da população e qualificação dos processos de cuidado.

O controle do câncer de mama mantém-se como uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Promoção da Saúde em face de sua grande magnitude como problema de saúde pública no Brasil. Entre as modalidades de atenção previstas para seu controle, estão as ações de rastreamento e diagnóstico precoce.^[5]

Este documento atualiza as recomendações propostas pelas instituições de referência para o câncer da mulher, repropõe, porém, a organização dos processos de vigilância e cuidado na lógica do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). O modelo sugere o conhecimento da população-alvo residente em um território de saúde, de acordo com a complexidade de seu estado de saúde, e as intervenções necessárias para uma resposta adequada a cada estrato de complexidade. Por sua vez, uma resposta adequada depende de uma Rede de Atenção à Saúde integrada, com serviços e fluxos estabelecidos e pactuados, capacidade operacional dimensionada de acordo com a necessidade de saúde e qualidade dos processos assistenciais.

O foco dessa sistematização é colocado nos processos integrados da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), ponto de ordenação do fluxo na rede de atenção, com o objetivo de cuidar da saúde da mulher no lugar certo, no tempo certo e com a qualidade certa.^[6] A sistematização foi baseada principalmente nos protocolos definidos pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

Apesar de representar 1% do total de casos da doença, o câncer de mama no homem não foi abordado neste documento.

OBJETIVO

O objetivo desta Nota Técnica é contribuir para a qualificação da atenção à saúde da mulher na detecção precoce e no tratamento do câncer de mama, com foco na Atenção Primária à Saúde integrada à Atenção Ambulatorial Especializada.

Este objetivo será alcançado com as seguintes estratégias:

- Conhecimento da subpopulação de mulheres residentes no território de saúde, alvo para as ações de vigilância e cuidado no câncer de mama.
- Organização das ações para rastreamento, diagnóstico e acompanhamento do câncer de mama na Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada.
- Monitoramento e avaliação dos processos de cuidado e resultados.

O MODELO DE ATENÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é considerado uma condição crônica de saúde, de acordo com a definição da OMS retomada por Mendes no MACC.^[6] É uma circunstância na saúde da mulher decorrente da interação de vários fatores (genéticos, idade, endócrinos, reprodutivos, comportamentais e ambientais), com repercussões múltiplas no aspecto físico, psíquico, funcional, familiar, social e laboral. Nos seus vários estágios de desenvolvimento, essa circunstância requer, de um lado, vigilância, cuidado e apoio, por parte de uma equipe multiprofissional da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, de outro, uma forte capacidade de autocuidado por parte da usuária.

As equipes de saúde devem conhecer a população feminina do seu território, por meio do cadastro e vinculação, e acompanhá-la longitudinalmente, para identificar precocemente a manifestação dos fatores de risco ou dos sinais da doença, e intervir prontamente. Ao propor cinco níveis de intervenção para estratos da população definidos de acordo com a complexidade de seu estado de saúde, a lógica do MACC possibilita justamente isso: conhecimento certo e resposta certa.

O nível 1 do MACC se refere à população geral, na qual estão pessoas potencialmente saudáveis para o câncer de mama. As intervenções são de promoção da saúde, que visam o enfrentamento dos determinantes distais e intermediários da saúde, com vistas a fortalecer o contexto de vida, a capacidade de autocuidado, as relações sociais e familiares e a capacidade de enfrentamento de circunstâncias diversas. Um contexto positivo com relação a esses aspectos favorece que as pessoas sejam mais cientes, responsáveis e proativas com relação ao seu estado de saúde.

No nível 2, é estratificada parte da população feminina com fatores de risco, modificáveis ou não, para o câncer de mama. Essas mulheres são beneficiadas por ações gerais de prevenção, voltadas para a mudança de comportamento e hábitos de vida, e de vigilância de sinais e sintomas de suspeição.

No nível 3, é estratificada a subpopulação de mulheres com situação simples, caracterizada pelo fato de estarem na faixa etária de maior risco e/ou apresentarem fatores de risco elevado ou sintomas de suspeição. As intervenções são focadas no rastreamento e no diagnóstico precoce.

No nível 4, está o grupo com situação complexa, caracterizada pela investigação de situações suspeitas ou com confirmação diagnóstica nos vários estágios da doença. As mulheres desse subgrupo devem ser beneficiadas com as ações de investigação diagnóstica, tratamento oncológico e acompanhamento contínuo, até o desfecho.

Por último, no nível 5, encontra-se pequena parte da população com situação muito complexa, correspondendo às mulheres que se apresentam em qualquer das situações anteriores e, concomitantemente, com multimorbidade, polifarmácia ou comprometimento físico, funcional, psíquico e relacional importante, com graves repercussões no seu estado de saúde ou em cuidados paliativos. Essas mulheres são beneficiadas pela gestão de caso.

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA

Seguindo a lógica do MACC, a equipe de saúde deve fazer os passos descritos a seguir para o conhecimento da população de mulheres na linha de cuidado do câncer de mama, com o registro adequado de todas as informações necessárias para a gestão dos processos de cuidado.

Passo 1 – população geral

O conhecimento da população geral residente no território de saúde é o primeiro passo para estabelecer macroprocessos de vigilância e cuidado da mulher. O cadastro da família e seus integrantes, sua vinculação com uma equipe de saúde, o acompanhamento longitudinal e as ações de promoção da saúde são a ocasião para a identificação de mulheres com fatores de risco para o câncer de mama, sinais e sintomas de suspeição ou diagnóstico confirmado.

Passo 2 – identificação da subpopulação feminina

No meio da população geral, a equipe deve aprofundar o conhecimento da população de mulheres, descrevendo os aspectos relacionados a faixa etária, história sexual e reprodutiva, história familiar de câncer de mama, comportamentos e hábitos de vida, morbidades crônicas, capacidade de autocuidado, relações sociofamiliares e contexto geral laboral e socioeconômico.

A faixa etária é um fator que já indica subgrupos de mulheres associados a um maior risco de câncer de mama: ≥ 70 anos, 50 a 69 anos, 40 a 49 anos e 35 a 39 anos – esta última faixa quando associada a outros fatores de risco.

Para cada subgrupo, devem ser definidas ações de vigilância e prevenção. Qualquer alteração no exame clínico ou mamográfico indica o prosseguimento na propedêutica como descrito a seguir.

Passo 3 – identificação de fatores de risco gerais

Os fatores de risco são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de morbidade ou mortalidade.^[7]

Na subpopulação feminina, podem ser identificados vários fatores de risco para o câncer de mama, alguns relacionados ao próprio sexo ou à idade da mulher, outros a comportamentos e hábitos de vida modificáveis, e outros são mais específicos, como mostra o quadro 1.

Quadro 1. Fatores de risco para o câncer de mama.

Fatores de risco modificáveis
Obesidade e sobrepeso após a menopausa
Sedentarismo e inatividade física
Consumo de bebida alcoólica
Exposição frequente a radiações ionizantes (raios X)
Uso de contraceptivos hormonais (estrogênio e progesterona)
Ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de 5 anos
Fatores de risco não modificáveis
Sexo feminino
Primeira menstruação antes de 12 anos
Nuliparidade
Primeira gravidez após os 30 anos
Parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos
História familiar de câncer de ovário
História familiar de câncer de mama na família (mãe, irmã ou filha), principalmente antes dos 50 anos
História familiar de câncer de mama em homens
Alteração genética, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2

Fonte: INCA^[8] e SBM.^[9]

A identificação dos fatores de risco e a adoção de medidas preventivas são possíveis somente se inseridas no acompanhamento longitudinal da população. Daí a importância de as mulheres estarem cadastradas, realizarem minimamente encontros anuais com a equipe de saúde, participarem de ações educativas voltadas para o fortalecimento do autocuidado, compreenderem o que é um fator de risco e as implicações em termos de vigilância e cuidado da própria saúde.

Alguns fatores de risco modificáveis, como obesidade, sedentarismo e consumo de álcool, são comuns a várias outras condições crônicas de saúde, o que demonstra a importância do cuidado integral da saúde da mulher.

Manter o peso corporal adequado, praticar atividade física e evitar o consumo de bebidas alcoólicas ajudam a reduzir o risco de câncer de mama. O ato de amamentar também é um fator protetor.^[10]

Passo 4 – identificação de fatores de risco específicos

Algumas situações são relacionadas a maior risco de desenvolvimento do câncer de mama, requerendo ações específicas de rastreamento e diagnóstico precoce.

A idade, assim como em vários outros tipos de câncer, é um dos principais fatores que aumentam o risco de se desenvolver câncer de mama. O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas resultantes do envelhecimento aumentam o risco. Mulheres a partir dos 50 anos são mais propensas a desenvolver a doença.^[11]

Esse risco existe também entre 40 e 49 anos, mas não existem evidências que embasem o rastreamento por meio de mamografia. A história familiar de câncer é outro fator de risco importante, justificando o seguimento de mulheres já a partir dos 35 anos.

O quadro 2 lista esses fatores de risco e as respectivas condutas de investigação diagnóstica.

Quadro 2. Conduta de rastreamento frente ao grupo etário.

Idade	Conduta
Mulheres com idade entre 40 e 49 anos	Exame clínico, incluindo o exame das mamas, anualmente, pela APS
Mulheres com idade entre 50 e 69 anos	Exame clínico, incluindo o exame das mamas, anualmente, pela APS e mamografia a cada 2 anos
Mulheres com 70 anos ou mais	Investigação oportunística de sinais e sintomas nos vários atendimentos na UBS ou nas visitas domiciliares pelo ACS
Fatores de risco elevado	Conduta
Mulheres a partir de 35 anos e pelo menos um dos fatores abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • História familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha), < 50 anos, com diagnóstico de câncer de mama • 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 • História familiar de câncer de mama masculino • Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular <i>in situ</i> 	Exame clínico, incluindo o exame das mamas, anualmente, pela APS Mamografia anual Compartilhamento do cuidado com a AAE

Fonte: Brasil.^[5,12]

UBS: Unidade Básica de Saúde; ACS: Agente Comunitário de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

A idade é um dos mais importantes fatores de risco para a doença (cerca de quatro em cada cinco casos ocorrem após os 50 anos).^[11] A combinação entre idade e fatores de risco requer ainda maior vigilância para a detecção precoce do câncer. Exame clínico das mamas ou mamografia alterados indicam investigação para esclarecimento diagnóstico.

Passo 5 – sinais e sintomas suspeitos

Algumas alterações físicas nas mamas podem ser indícios de câncer de mama, independente da idade, e devem ser devidamente avaliadas. Os seguintes sinais e sintomas de suspeição^[5] devem ser investigados com rapidez pela equipe de saúde, com caráter de prioridade:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos.
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persiste por mais de um ciclo menstrual.
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade.
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral.
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos.
- Presença de linfadenopatia axilar.
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja.
- Retração na pele da mama.
- Mudança no formato do mamilo.

A detecção dos sinais e sintomas pode ser feita casualmente pela própria mulher na observação ou durante autoexame das mamas. O autoexame não pode ser indicado como método para rastreamento, mas conhecer o próprio corpo é primordial. É importante que as mulheres observem suas mamas sempre que se sentirem confortáveis para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem técnica específica, valorizando a descoberta casual de pequenas alterações mamárias.^[11]

O exame clínico das mamas deve ser realizado sempre que possível, possibilitando a identificação das alterações relacionadas ao câncer.

A anamnese e o exame clínico das mamas estão entre os pilares da investigação diagnóstica de usuárias com queixas mamárias.^[5] Porém, antes disso, devem ser parte integral de toda consulta da mulher.

Esse procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária.

Passo 6 – alteração nos exames de imagem

O câncer de mama, em grande parte dos casos, pode ser detectado em fases iniciais, aumentando a possibilidade de tratamentos menos agressivos e com taxas de sucesso satisfatórias.^[11]

O objetivo do rastreamento é o diagnóstico de lesões malignas iniciais, permitindo tratamento menos invasivo e maior sobrevida.

A mamografia é o método preconizado para rastreamento populacional na rotina da atenção integral à saúde da mulher.^[11] Está recomendada para a faixa etária de 50 a 69 anos. No entanto, essa recomendação não deve ser confundida com a priorização de uma faixa etária, mas indica somente que, em outras faixas etárias, o rastreamento por meio da mamografia não se mostrou eficaz para o diagnóstico.

Os resultados do exame mamográfico são classificados de acordo com o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo *American College of Radiology* (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia para o Brasil.^[5] O quadro 3 apresenta a classificação do BI-RADS®.

Quadro 3. Classificação BI-RADS®.

Categoria	Interpretação	Probabilidade de câncer
0	Exame incompleto. Requer avaliação adicional por imagem e/ou exame anterior para comparação	N/A
1	Negativa	0%
2	Achados benignos	0%
3	Achados provavelmente benignos. Requer novo exame a cada 6 meses, no primeiro ano, e anualmente, até 2 a 3 anos, se estável	>0% a ≤ 2%
4	Achados suspeitos. Requer realização de biópsia	>2% a < 95%
4A	Baixa suspeita de malignidade	>2% a ≤ 10%
4B	Moderada suspeita de malignidade	>10% a ≤ 50%
4C	Alta suspeita de malignidade	>50% a < 95%
5	Achado altamente sugestivo de malignidade	≥ 95%
6	Malignidade comprovada por biópsia	N/A

Fonte: ACR.^[13,14]
N/A: não se aplica.

É importante o controle da dose de radiação, da qualidade da imagem e dos laudos das mamografias de rastreamento.

Passo 7 – confirmação diagnóstica

O diagnóstico de câncer de mama deve estar ancorado em um tripé (*triple test*): exame clínico, exame de imagem e análise cito-histopatológica.

A confirmação diagnóstica final é feita por biópsia, seja por punção aspirativa por agulha fina (PAAF), agulha grossa (*core biopsy*) ou biópsia incisional/excisional.

A partir do diagnóstico, é feito o adequado estadiamento e é tomada a decisão terapêutica.

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As estratégias de diagnóstico precoce devem focar em: população alerta para sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde também alertas e capacitados para avaliação dos casos suspeitos e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade, garantia da integralidade e continuidade da assistência em toda a linha de cuidado.

Outra vertente essencial dessa estratégia é a estruturação de uma RAS preparada para acolher, de forma oportuna, as mulheres com sinais e sintomas suspeitos, garantindo, com qualidade, toda a investigação para confirmação diagnóstica e o subsequente tratamento dos casos com confirmação diagnóstica de câncer de mama.^[5]

A descrição da história natural do câncer de mama nos seus vários estágios (ausência de doença, fatores de risco, sinais e sintomas de suspeição, instalação da doença, evolução e término – cura ou óbito), aponta necessidades concretas de saúde da mulher nesses vários momentos. Essas necessidades devem ser identificadas e respondidas por um conjunto de intervenções ordenadas na própria lógica de desenvolvimento natural da doença: na ausência de doença, ações de promoção à saúde; na presença de fatores de risco, ações de prevenção; na identificação de sinais e sintomas de suspeição e instalação da doença, captação da usuária, confirmação diagnóstica e estratificação de risco; na evolução e término, acompanhamento, tratamento e alta.

Organização do cuidado na Atenção Primária à Saúde

A equipe da APS deve fazer a gestão do conjunto de intervenções de conhecimento, vigilância e coordenação do cuidado da mulher na rede de atenção. Para isso, os profissionais devem conhecer e se apropriar das diretrizes clínicas de referência e compreender bem as respectivas competências.

Ao mesmo tempo, a equipe precisa atuar de maneira interdisciplinar, compartilhando o conhecimento, as experiências e as ferramentas de trabalho, como o plano de cuidados.

Para as mulheres em geral:

- Manter o cadastro de todas as famílias residentes no território de abrangência atualizado e estabelecer laços de vinculação com seus integrantes.
- Caracterizar e investigar os determinantes sociais da saúde presentes no contexto em que vivem as famílias, com atenção às condições de habitação, renda e educação, responsabilidade da mulher como esteio da família, violência doméstica, acesso aos serviços de saúde e amparo social.
- Realizar ações intersetoriais de promoção em saúde, voltadas para a saúde da mulher, sua família e seu contexto de vida, para enfrentamento dos determinantes sociais e fortalecimento dos fatores protetivos da saúde.
- Instrumentalizar a visita do agente comunitário de saúde com relação a ações de comunicação e educação da mulher sobre os cuidados com a própria saúde, vigilância de fatores de risco para o câncer de mama, adesão ao plano de cuidados.

Para as mulheres com fatores de risco gerais:

- Identificar as mulheres cadastradas na área de abrangência por faixa etária e estabelecer o acompanhamento longitudinal com foco na saúde integral da mulher, de acordo com as necessidades de saúde próprias de cada faixa etária.
- Para as mulheres com fatores de risco modificáveis ou não modificáveis (Quadro 1), realizar vigilância e educação em saúde voltadas para a saúde da mulher de maneira geral e o fortalecimento do autocuidado, mas que incluam esclarecimentos sobre o câncer de mama.

Para mulheres com fatores de risco relacionados à idade ou fatores de risco elevado:

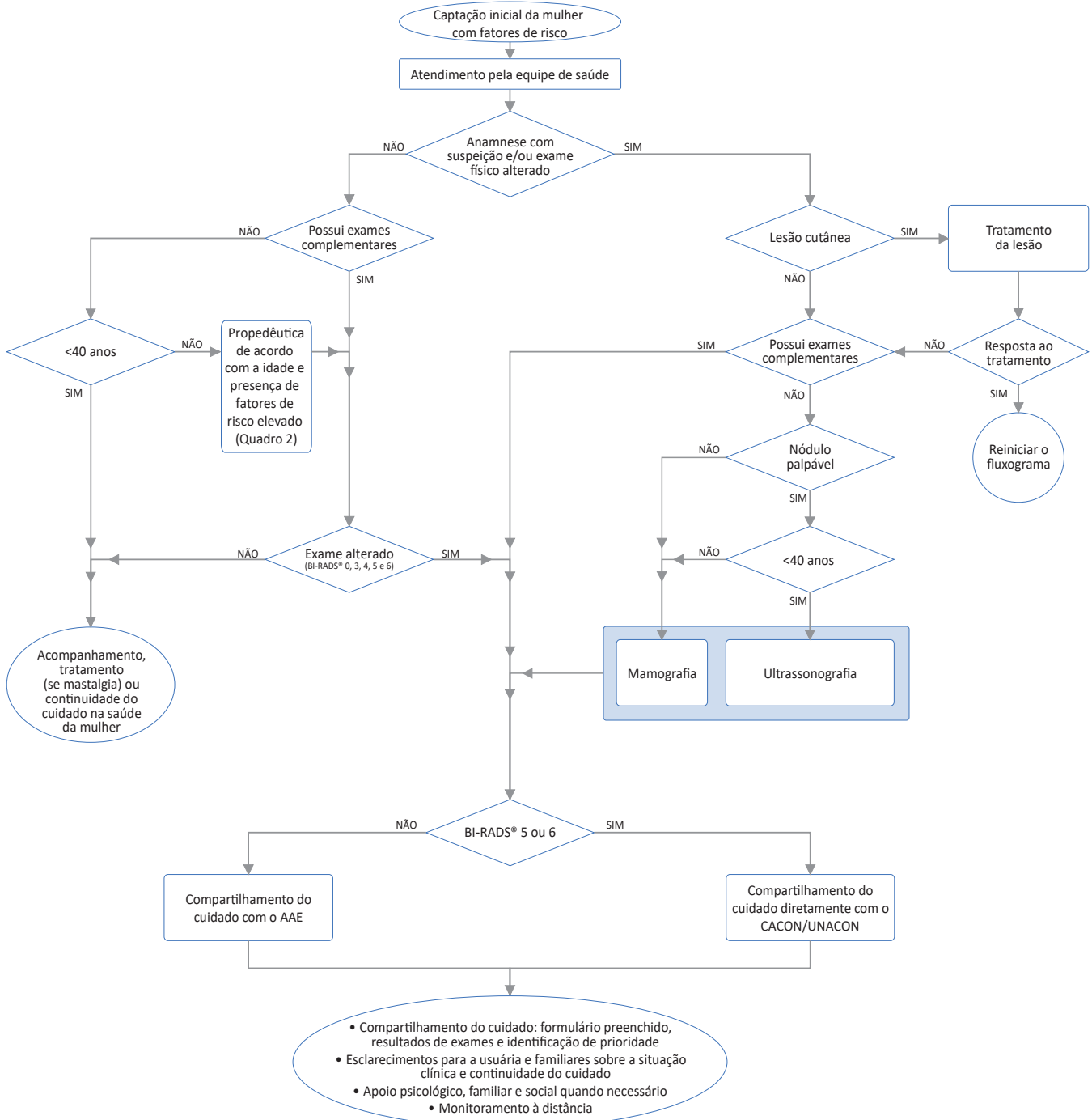
- Identificar as mulheres acima de 35 anos e registrá-las em instrumento de registro coletivo para detecção precoce do câncer de mama.

- Organizar o registro coletivo por grupos, de acordo com a faixa etária: 35 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 69 anos e 70 anos e mais.
- Definir a agenda para acompanhamento longitudinal e realizar primeiro atendimento pela equipe de saúde. O acompanhamento deve ser integral, para todas as necessidades de saúde da mulher, mas, ao mesmo tempo, focar nas ações de detecção precoce do câncer de mama.
- Captar mulheres que tenham grau de parentesco próximo com outras mulheres ou homens diagnosticados com câncer de mama e avaliar a inclusão no protocolo de vigilância para diagnóstico precoce.
- Investigar pacientes idosas ou seus familiares sobre a percepção de alguma alteração visual ou palpável nas mamas ou axilas.
- Assegurar, no acompanhamento longitudinal:
 - A avaliação clínica geral.
 - A investigação dos fatores de risco.
 - A detecção de sinais e sintomas de suspeição.
 - O exame clínico das mamas.
 - A realização de exames complementares necessários.
 - O compartilhamento do cuidado com a equipe especializada, de acordo com o protocolo e os fluxos pactuados na rede de atenção.
- Envolver a equipe multiprofissional no acompanhamento para:
 - Identificar os determinantes sociais que possam significar barreira para o acesso e o cumprimento da agenda proposta, bem como realizar ações de controle ou eliminação dessas barreiras.
 - Avaliar a capacidade de autocuidado e propor o plano de autocuidado apoiado.
 - Avaliar o apoio sociofamiliar e sugerir ações para seu fortalecimento.
- Monitorar o cumprimento das ações programadas para esse grupo-alvo de mulheres com fatores de risco específicos, por meio da análise sistemática do registro coletivo em reuniões de equipe, identificação de falhas no acompanhamento e medidas corretivas.

Fluxo de atendimento na Atenção Primária à Saúde

A organização dos serviços na APS deve facilitar ao máximo o acesso, possibilitando consultas de urgência para mulheres sintomáticas, sem a necessidade de agendamento prévio. A rotina dos serviços de saúde deve possibilitar a inserção imediata dessas pacientes em agenda de demanda espontânea, encaixe ou espaços de acolhimento. Tecnologias leves, como a realização de anamnese e exame clínico das mamas, permitem uma grande capilaridade do acesso a essa primeira etapa da investigação diagnóstica do câncer de mama.

A figura 1 apresenta o fluxo de atenção à mulher pela equipe da APS.



UBS: unidade básica de saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; Cacon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.
Figura 1. Fluxo de atenção à mulher na linha de cuidado do câncer de mama.

As mulheres vão demandar a UBS por agenda programada, procura espontânea devido a queixas relacionadas à mama, encaminhamento de outra clínica ou resultado da ação dos agentes comunitário de saúde.

Nesse momento, é necessário fazer a escuta da usuária, bem como identificar a queixa principal. Se referente à mama, atentar para alguma alteração em exames de imagem. Em caso de exames com classificação de BI-RADS® 4 e 5, priorizar o atendimento.

O atendimento deve ser completo. A anamnese precisa ser detalhada e abranger idade, pesquisa de fatores de risco, história familiar e revisão de todos os aparelhos. O exame físico também deve ser completo. Sempre examinar para além das mamas, atentando-se para as cadeias linfonodais axilares, cervicais, supra e infraclaviculares.

Havendo necessidade de exame complementar, atentar para a clínica e a idade da usuária. Mulheres jovens possuem as mamas densas, sendo difícil a visualização de lesões à mamografia. Em portadoras de nódulos palpáveis, menores de 40 anos de idade, o ultrassom é o exame de escolha.^[15,16]

Sempre registrar na solicitação do exame as situações de urgência para sua realização. Suspeita de câncer deve ter prioridade.

Se diagnóstico final for de mastalgia, sem qualquer alteração ao exame físico ou complementar, o tratamento e as orientações devem ser realizadas pela própria equipe da APS.

As alterações cutâneas podem ser sinal de doenças benignas, como mastite ou dermatite, mas podem também se tratar de câncer de mama. Se não houver resultado aos tratamentos propostos (antibióticos, antifúngicos e corticoide), o cuidado deve ser compartilhado com a atenção especializada com prioridade.

Sempre que identificada, uma situação de prioridade deve ser registrada de forma clara no formulário de compartilhamento do cuidado e deve ser feito contato prévio com a equipe especializada.

A realização de exames complementares não deve atrasar o compartilhamento do cuidado com a atenção especializada nos casos indicados pelas diretrizes clínicas. Os dois procedimentos, solicitação do exame e compartilhamento do cuidado, devem ser feitos concomitantemente. A não realização do exame não impede o atendimento pela equipe especializada.

O câncer de mama requer prioridade e agilidade nas ações de cuidado. Assim:

- Para resultados de exames com classificação BI-RADS® 0, 3 ou 4, o serviço de imagem deve agendar diretamente o atendimento com a equipe especializada, comunicando o fato para a equipe da APS. Para isso, é recomendado que este serviço faça parte da carteira do ambulatório de atenção especializada ou que exista uma pactuação efetiva de fluxos entre os serviços. Onde não for possível, a equipe da APS deve compartilhar o cuidado imediatamente com a AAE.
- Para resultados com classificação BI-RADS® 5 e 6, é recomendado o agendamento imediato no CACON/UNACON. Nesse caso, o compartilhamento do cuidado para outro ponto de atenção não exclui a necessidade do acompanhamento da usuária pela eSF e monitoramento pela equipe do ambulatório de atenção especializada.

Organização do cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada

Algumas mulheres podem ser identificadas com situações de maior complexidade relacionadas a fatores de risco (idade ou história familiar de câncer), sinais e sintomas de suspeição ou resultados de exames que indicam maior probabilidade da doença. Esses casos devem ser compartilhados com a atenção especializada imediatamente, com sinalização de prioridade.

O público-alvo da atenção especializada são as mulheres de qualquer idade com anamnese com suspeição, exame físico alterado e/ou exame complementar alterado (BI-RADS® 0, 3, 4 e 5).

As mulheres desse grupo de risco devem continuar o acompanhamento longitudinal na APS, para monitoramento do plano de cuidado, apoio familiar e vigilância de situações de alerta.

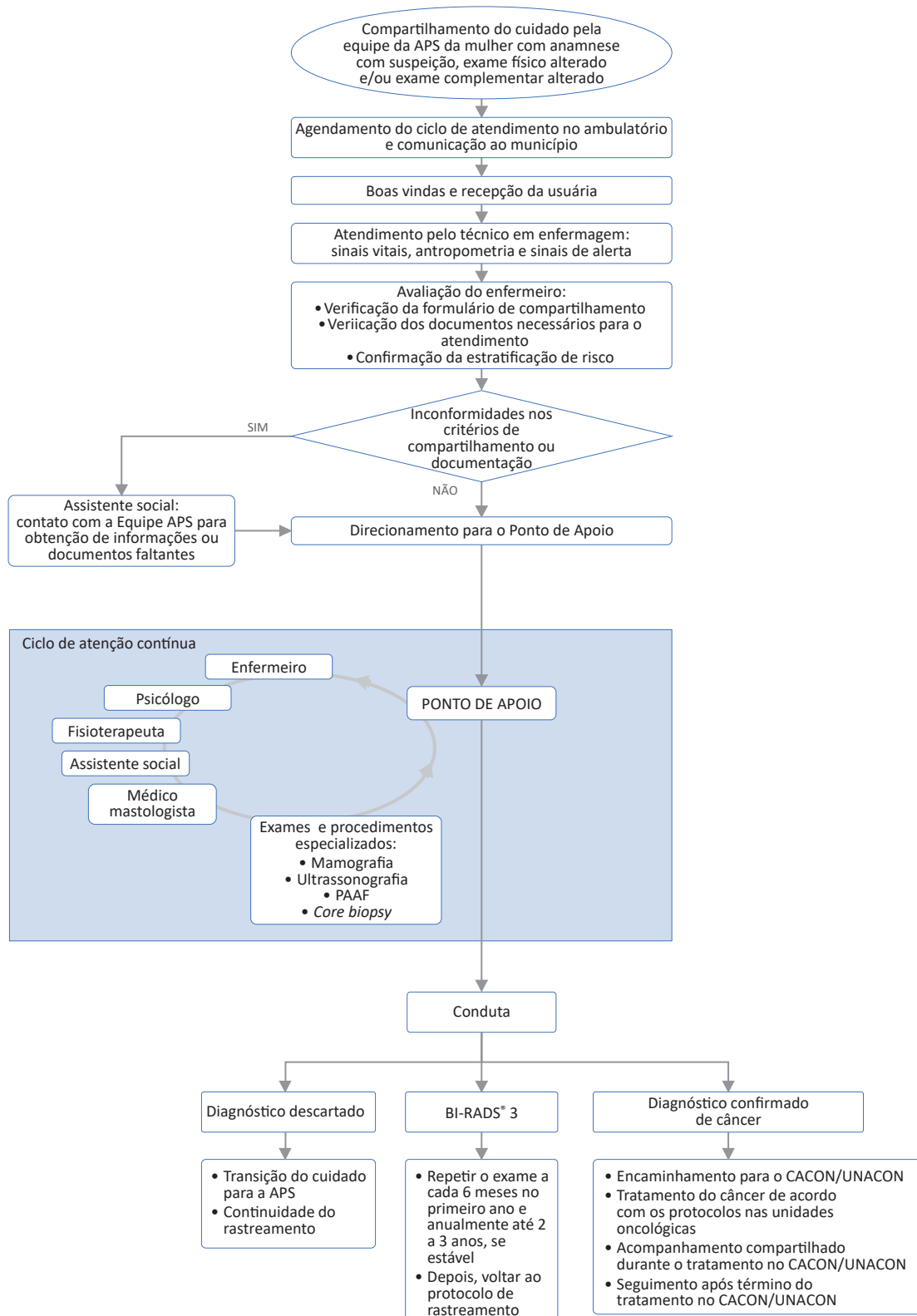
O atendimento no ambulatório de atenção especializada deve ser realizado por equipe multiprofissional composta pelos seguintes profissionais:

- Médico mastologista.
- Médico ultrassonografista.
- Médico radiologista.
- Enfermeiro.
- Psicólogo.
- Assistente social.
- Fisioterapeuta.
- Técnico em enfermagem.

A função assistencial é desenvolvida principalmente no formato de atenção contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos individuais sequenciais, para avaliação clínica pelos profissionais, exames diagnósticos e procedimentos complementares e prescrição das condutas e recomendações, sistematizadas em um único plano de cuidados.

Fluxo de atendimento na Atenção Ambulatorial Especializada

A figura 2 apresenta o fluxo de atenção à mulher pela equipe da AAE.



APS: Atenção Primária à Saúde; PAAF: punção aspirativa por agulha fina;
Cacon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

Figura 2. Fluxo de atenção ao câncer de mama na Atenção Ambulatorial Especializada.

O atendimento na atenção especializada deve acontecer sempre a partir do compartilhamento do cuidado pela equipe da APS.

No ambulatório, o atendimento é iniciado com a recepção da usuária, para orientação sobre o ciclo de atendimentos e o funcionamento da unidade, seguindo-se o atendimento pelo técnico de enfermagem, para verificação de sinais vitais, antropometria e sinais de alerta, e do enfermeiro, para verificação do formulário e critérios de compartilhamento e dos documentos necessários para o atendimento (resultados de exames, laudos, prescrições e outros).

Pela suspeição da doença cancerígena, o primeiro ciclo de atendimentos tem um caráter de prioridade e urgência, definindo o objetivo de esclarecimento diagnóstico e o início do tratamento o mais precocemente possível. Por outro lado, evidencia um momento de grande fragilidade na vida da mulher, durante o qual precisa do apoio da equipe.

Todos os profissionais da equipe devem participar, compondo uma avaliação diagnóstica abrangente, a partir da qual elabora-se o plano de cuidados adequado para a situação da mulher. Os ciclos de atendimento subsequentes dependem do diagnóstico e do tratamento definidos.

O médico mastologista determina a propedêutica complementar, o diagnóstico, os tratamentos e os encaminhamentos. O enfermeiro deve fazer o gerenciamento do cuidado. O psicólogo e o assistente social avaliam a capacidade de autocuidado e apoio familiar, além de apoiar a usuária. O fisioterapeuta avalia e prescreve tratamentos específicos, principalmente no pós-operatório.

A gestão do cuidado durante os ciclos de atendimento no ambulatório é primordial, com relação a solicitações médicas, encaminhamentos para outras especialidades, emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), realização de exames complementares (PAAF, *core biopsy*, mamografia, ultrassonografia, citologia e pré-operatório) ou retorno à APS após a alta médica.

Para isso, o ambulatório deve manter um registro completo das usuárias, preferencialmente eletrônico, de fácil acesso, com informações atualizadas de contato e atendimentos realizados.

Usuárias com exames complementares BI-RADS® 3 devem repetir o exame a cada 6 meses no primeiro ano e, anualmente, até 2 a 3 anos, se estável.^[9] Sugere-se que a avaliação desses exames seja feita pelo especialista.

As usuárias com diagnóstico de câncer devem ser encaminhadas ao CACON/UNACON, seguindo os fluxos pactuados previamente na rede de atenção.

Enquanto estiverem sob cuidados do CACON/UNACON, o atendimento na AAE se dá de forma compartilhada. Após a alta do CACON/UNACON, essas usuárias devem ser acompanhadas na AAE anualmente, por tempo indeterminado. Esse acompanhamento deve incluir atendimento da equipe multiprofissional e exame médico especializado. Nesses casos, a mamografia deve ser realizada anualmente.^[17]

Programação da Atenção Ambulatorial Especializada

Para a programação da assistência e dimensionamento da capacidade operacional a ser disponibilizada, podem ser aplicados os parâmetros relativos à média de atendimentos, descritos no quadro 4.

Quadro 4. Parâmetros para programação anual de exames complementares na Atenção Ambulatorial Especializada ao câncer de mama.

Procedimento	Parâmetro*
Mamografia de rastreamento	>35 anos com risco elevado: 100% 40-49 anos: não recomendada 50-69 anos: 50%
Mamografia diagnóstica	>35 anos com risco elevado: 8,9% 40-49 anos: 10% 50-69 anos: 8,9%
Ultrassonografia das mamas	>35 anos com risco elevado: 6,5% 40-49 anos: 5,4% 50-69 anos: 6,5%
Punção aspirativa por agulha fina	>35 anos com risco elevado: 0,5% 40-49 anos: 0,4% 50-69 anos: 0,5%
Punção por agulha grossa (<i>core biopsy</i>)	>35 anos com risco elevado: 1,5% 40-49 anos: 1,2% 50-69 anos: 1,5%
Biópsia cirúrgica	>35 anos com risco elevado: 0,7% 40-49 anos: 0,6% 50-69 anos: 0,7%

* Os percentuais devem ser considerados em relação à população feminina estimada em cada grupo etário.

Fonte: Brasil.^[12]

Para efeito de cálculo do conjunto assistencial, é importante considerar o padrão mínimo esperado para repetição do exame mamográfico. Conforme estabelecido em países com programas de controle de qualidade da mamografia, sugere-se acrescentar 3% à estimativa final do número anual de mamografias obtida com base na linha de cuidado.

QUADRO-RESUMO DAS INTERVENÇÕES DE VIGILÂNCIA E CUIDADO

O quadro 5 resume o conjunto de intervenções propostas para responder às mulheres nas várias situações relacionadas ao câncer de mama, de acordo com os níveis de atenção propostos pelo MACC.

Quadro 5. Intervenções para a vigilância, a detecção precoce e o tratamento do câncer de mama.

Nível 1 – População geral, potencialmente saudável Ações desenvolvidas pelas equipes da APS	
Situação	Intervenção
Ausência de fatores de risco ou condições estabelecidas	Ações de promoção da saúde
Nível 2 – População com fatores de risco Ações desenvolvidas pelas equipes da APS	
Situação	Intervenção
Mulheres com fatores de risco modificáveis: <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade e sobrepeso após a menopausa • Sedentarismo e inatividade física • Consumo de bebida alcoólica • Exposição frequente a radiações ionizantes (raios X) • Uso de contraceptivos hormonais (estrogênio e progesterona) • Ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de 5 anos 	Ações gerais de prevenção voltadas para a mudança de comportamento e hábitos de vida e para o fortalecimento da capacidade de autocuidado
Mulheres com fatores de risco não modificáveis: <ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino • Primeira menstruação antes de 12 anos • Nuliparidade • Primeira gravidez após os 30 anos • Parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos • História familiar de câncer de ovário • História familiar de câncer de mama na família (mãe, irmã ou filha), principalmente antes dos 50 anos • História familiar de câncer de mama em homens • Alteração genética, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2 	Ações de vigilância e educação em saúde
Nível 3 – condição crônica simples Ações desenvolvidas pelas equipes da APS	
Situação	Intervenção
Mulheres com idade \geq 40 anos:	<ul style="list-style-type: none"> • 40-49 anos: exame clínico anual, incluindo o exame das mamas • 50-69 anos: exame clínico anual, incluindo o exame das mamas e mamografia a cada 2 anos • 70 anos ou mais: investigação oportunística de sinais e sintomas nos vários atendimentos na UBS ou nas visitas domiciliares pelo ACS
Mulheres com resultado de exames de imagem de rastreamento: <ul style="list-style-type: none"> • BI-RADS® 1: negativo • BI-RADS® 2: achados benignos 	Manter rastreamento com mamografia na APS, a cada 2 anos
<ul style="list-style-type: none"> • BI-RADS® 0: exame incompleto • BI-RADS® 3: achados provavelmente benignos 	Compartilhamento do cuidado com a AAE
<ul style="list-style-type: none"> • BI-RADS® 4A: baixa suspeita de malignidade • BI-RADS® 4B: moderada suspeita de malignidade • BI-RADS® 4C: alta suspeita de malignidade 	Compartilhamento do cuidado com a AAE Dependendo do tempo de resposta, compartilhar o cuidado diretamente com o CACON/UNACON
<ul style="list-style-type: none"> • BI-RADS® 5: achado altamente sugestivo de malignidade • BI-RADS® 6: malignidade comprovada por biópsia 	Compartilhamento do cuidado diretamente com o CACON/UNACON

continua...

<p>Mulheres com sinais e sintomas de suspeição*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualquer nódulo mamário em mulheres >50 anos • Nódulo mamário em mulheres >30 anos, que persiste por mais de um ciclo menstrual • Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que aumenta de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade • Descarga papilar sanguinolenta unilateral • Lesão eczematososa da pele que não responde a tratamentos tópicos • Presença de linfadenopatia axilar • Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja • Retração na pele da mama • Mudança no formato do mamilo 	<p>Consulta para exame clínico da mama pela APS Compartilhamento do cuidado com a AAE</p>
<p>Mulheres com risco elevado a partir dos 35 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha), <50 anos, com diagnóstico de câncer da mama • História familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer da mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária • História familiar de câncer da mama masculino • Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular <i>in situ</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Exame clínico das mamas anual pela APS • Mamografia anual • Compartilhamento do cuidado com a AAE
Nível 4 – condição crônica complexa Ações desenvolvidas de maneira compartilhada pelas equipes especializadas	
Situação	Intervenção
Mulheres com sinais e sintomas de suspeição ou mulheres a partir de 35 anos e risco elevado, com identificação e compartilhamento do cuidado pela APS	Avaliação clínica por equipe multiprofissional especializada e investigação diagnóstica
Mulheres com alteração dos exames de imagem:	
<ul style="list-style-type: none"> • BI-RADS® 0: exame incompleto 	Avaliação clínica do especialista e exames complementares para investigação diagnóstica
<ul style="list-style-type: none"> • BI-RADS® 3: achados provavelmente benignos 	Avaliação clínica e da necessidade de biópsia pelo especialista Repetir o exame a cada 6 meses, no primeiro ano, e anualmente, até 2 a 3 anos, se estável. Depois, voltar ao protocolo de rastreamento
<ul style="list-style-type: none"> • BI-RADS® 4A: baixa suspeita de malignidade • BI-RADS® 4B: moderada suspeita de malignidade • BI-RADS® 4C: alta suspeita de malignidade 	Necessidade de biópsia Possibilidade de encaminhamento para o CACON/UNACON
<ul style="list-style-type: none"> • BI-RADS® 5: achado altamente sugestivo de malignidade 	Encaminhamento para o CACON/UNACON
<ul style="list-style-type: none"> • BI-RADS® 6: malignidade comprovada por biópsia 	Encaminhamento para o CACON/UNACON
Mulheres com doença confirmada:	
<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres com diagnóstico confirmado por exame cito-histopatológico após investigação propedêutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento para o CACON/UNACON • Tratamento do câncer de acordo com os protocolos nas unidades oncológicas
Mulheres em tratamento e acompanhamento pelo CACON/ UNACON	Acompanhamento compartilhado CACON/UNACON e APS
Mulheres pós alta do tratamento e acompanhamento pelo CACON/ UNACON	<ul style="list-style-type: none"> • Mamografia anual • Acompanhamento compartilhado pela APS e equipe multiprofissional especializada, com exame médico pelo mastologista anualmente
Nível 5 – condição crônica muito complexa Ações desenvolvidas de maneira compartilhada pelas equipes dos vários serviços da rede	
Situação	Intervenção
Mulheres com situações muito complexas Múltiplas comorbidades, extensa polifarmácia, readmissões hospitalares frequentes e/ou graves e/ou prolongadas, incapacidade ou limitação funcional, psíquica, física ou social graves e cuidado paliativo	Gestão de caso compartilhada pelas equipes da APS e AAE, com investigação diagnóstica e tratamento como descrito nos níveis 3 e 4

* Onde os exames forem realizados por serviços diferentes daqueles da equipe especializada, para reduzir os tempos de investigação, o médico da APS deve fazer solicitação, com justificativa, de mamografia ou ultrassonografia mamária (nódulos palpáveis em mulheres <40 anos).
 APS: Atenção Primária à Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; ACS: Agente Comunitário da Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; Cacon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Registro de atendimentos

Todos os atendimentos, exames e procedimentos devem ser devidamente registrados no prontuário clínico da usuária, por todos os profissionais responsáveis. Preferencialmente, as unidades devem dispor de um sistema de registro eletrônico, configurado em suas funcionalidades, de acordo com a lógica do MACC e que ofereça relatórios úteis para a gestão da saúde da população.

O registro coletivo é uma ferramenta de gestão utilizada para coletar dados sobre a saúde de um grupo populacional, com condição de saúde específica, atendido por uma equipe ao longo de um período. É elaborado a partir de dois eixos: uma lista de pessoas com determinada condição crônica e um conjunto de informações relacionadas a cadastro, estratificação de risco, processos de cuidado, marcadores clínicos e resultados de impacto.

As informações coletadas permitem o monitoramento das ações de cuidado e alimentam o painel de indicadores necessário para a gestão da condição de saúde.

Painel de indicadores

A gestão da condição de saúde, seja por uma equipe, seja pelo grupo de governança da RAS, deve dispor de um painel de indicadores que possibilitem o monitoramento dos processos de cuidado e a avaliação dos resultados na saúde das pessoas usuárias.

O quadro 6 reúne os principais indicadores do cuidado no câncer de mama.

Quadro 6. Painel de indicadores da Rede de Atenção à Saúde em câncer de mama.

Proporção de mulheres de 40-69 anos com exame clínico anual, incluindo o exame das mamas
Cobertura da mamografia de rastreamento na população feminina de 50-69 anos em 2 anos
Percentual de mamografias com resultado em até 30 dias
Percentual de mamografias de rastreamento alteradas (BI-RADS® categorias 0, 4 e 5)
Percentual de mamografias diagnósticas alteradas (BI-RADS® 4 ou 5)
Tempo médio de espera entre a solicitação pela equipe da APS para atendimento na atenção especializada e sua realização
Percentual de exames histopatológicos liberados em até 30 dias
Taxa de detecção de câncer em mamografias de rastreamento
Percentual de mulheres com diagnóstico de câncer que iniciaram o tratamento em até 60 dias
Taxa de mortalidade por câncer de mama

Fonte: Brasil.^[18]

A leitura dos indicadores pode aplicar filtros por faixa etária, território de residência, estrato de risco, fator de risco e outros critérios que ajudem na gestão da condição de saúde da população do território.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria 4.279, 30 dezembro 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
3. World Health Organization (WHO). WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneve: WHO; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745;jsessionid=2722B5EBF3812CFF2E489833DF9EE9A8>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/folder-deteccao-precoce-mama-2018.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude-o-imperativo-da-consolidacao-da-estrategia-da-saude-da-familia/4>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer. Câncer de mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
9. Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). Manual de doenças da mama – Diretrizes da Regional de Minas Gerais. São Paulo: Revinter; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz. A mulher e o câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/catalogo-expo-mama-3a-ed-2018.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer. Câncer de mama -versão para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2009. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/parametros-prog-e-rastreamento-ca-de-mama.pdf>
13. American College of Radiology (ACR). ACR BI-RADS® Atlas Fifth Edition. Quick reference. Virginia: ACR. Disponível em: <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/BI-RADS/BIRADS-Reference-Card.pdf>
14. Matos MAB, Priscila RRL, Rubia PB. PlanificaSUS: Planificação da atenção Ambulatorial Especializada. Carteira de Serviços para organização do Ambulatório de Atenção Especializada. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019.
15. Evans A, Trimboli RM, Athanasiou A, Balleyguier C, Baltzer PA, Bick U, Camps Herrero J, Clauser P, Colin C, Cornford E, Fallenberg EM, Fuchsjaeger MH, Gilbert FJ, Helbich TH, Kinkel K, Heywang-Köbrunner SH, Kuhl CK, Mann RM, Martincich L, Panizza P, Pediconi F, Pijnappel RM, Pinker K, Zackrisson S, Forrai G, Sardanelli F; European Society of Breast Imaging (EUSOBI), with language review by Europa Donna–The European Breast Cancer Coalition. Breast ultrasound: recommendations for information to women and referring physicians by the European Society of Breast Imaging. *Insights Imaging*. 2018;9(4):449-461. doi: 10.1007/s13244-018-0636-z
16. Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). Ultrassonografia das mamas. Rio de Janeiro: SBM. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/medicos/wp-content/uploads/2017/09/USG-Quando-indicar.pdf>
17. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol*. 2016;34(6):611-35. doi: 10.1200/JCO.2015.64.3809
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Ficha técnica de indicadores relativos às ações de controle do câncer de mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/ficha-tecnica-indicadores-mama-2014.pdf>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

