

Belo Horizonte | 2022

PROCOLO

---

# DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

---

2ª EDIÇÃO



PROTOCOLO

---

# DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

---

2ª EDIÇÃO

## **Equipe de Elaboração da 2ª Edição**

Amanda Arantes Perez  
Ana Cláudia da Silva Araújo  
Andreia Ramos Almeida  
Cristiane Veiga Pinto Azzi  
Daisy Martins Rodrigues  
Flávia Luiza Rocha Silva  
João Flávio Cal Duarte  
Lívia Drumond Akl  
Maria Alice Viegas Lopes de Oliveira  
Maria das Graças Silva Garcia  
Priscilla Moreira de Oliveira  
Soraya de Paula Paim  
Virgínia dos Santos Ferreira

## **Equipe de Revisão da 2ª Edição**

Amanda Arantes Perez  
Anelise Nascimento Prates  
Carolina Serravite Irrthum  
Cristiane Veiga Pinto Azzi  
Cristina dos Santos Fonseca  
Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo  
Fabiana Ribeiro Silva  
Isabel Maria Gomes Soares  
João Flávio Cal Duarte  
Lívia Drumond Akl  
Maria Célia Ventura  
Renata Mascarenhas Bernardes  
Soraya de Paula Paim  
Warley Aguiar Simões

## **Projeto Gráfico**

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social  
Secretaria Municipal de Saúde

# APRESENTAÇÃO

O câncer de mama representa grande desafio aos gestores e profissionais de saúde no cenário de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, tendo em vista sua incidência crescente e morbimortalidade elevada.

Quando detectado em estágios iniciais, aumenta-se a possibilidade de tratamentos menos agressivos e a sobrevida global. O rastreamento, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno têm papel fundamental no controle do câncer de mama e merecem atenção especial dentro da rotina de assistência à saúde.

Esperamos, com este protocolo, uniformizar as condutas entre os profissionais de saúde e melhorar a assistência às mulheres atendidas na rede SUS-BH. Desejamos a todos uma boa leitura!

Equipe da Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Perinatal

---

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	4
<b>1. PREVENÇÃO PRIMÁRIA .....</b>	<b>4</b>
1.1. Fatores de risco.....	5
1.2. Fatores de proteção passíveis de intervenção.....	7
<b>2. DETECÇÃO PRECOCE (PREVENÇÃO SECUNDÁRIA) .....</b>	<b>8</b>
2.1. Rastreamento .....	8
2.2. Diagnóstico precoce .....	9
<b>3. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE..</b>	<b>12</b>
3.1. Ações que devem ser desenvolvidas na atenção primária .....	12
3.2. Ações que devem ser desenvolvidas na atenção secundária ...	13
3.3. Ações que devem ser desenvolvidas na atenção terciária.....	13
<b>4. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS.....</b>	<b>14</b>
4.1. Atribuições comuns a todos os profissionais.....	14
4.2. Atribuições do médico da equipe de saúde da família .....	15
4.3. Atribuições do ginecologista.....	15
4.4. Atribuições do enfermeiro de saúde da família.....	16
4.5. Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem .....	16
4.6. Atribuições do agente comunitário de saúde .....	16
4.7. Atribuições dos profissionais do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB) e Academias da Cidade ...	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

---

# INTRODUÇÃO

O câncer de mama constitui a neoplasia maligna mais prevalente entre mulheres no Brasil, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. Sua incidência vem aumentando em todo o mundo, com estimativa, em 2021, de 66.280 casos novos no Brasil, 8250 casos novos em Minas Gerais e 1800 casos novos em Belo Horizonte (INCA, 2020a).

O câncer de mama é também a primeira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, sendo responsável por 18.068 mortes em mulheres no ano de 2019. Sua incidência e a mortalidade tendem a crescer progressivamente a partir dos 40 anos. A maior parte dos casos ocorre a partir dos 50 anos. Homens também podem desenvolver câncer de mama, mas estima-se que a incidência nesse grupo represente apenas 1% de todos os casos da doença (INCA, 2019).

O câncer de mama representa um grupo heterogêneo de doenças, com características clínicas e morfológicas variáveis, perfis moleculares e prognósticos distintos e diferentes respostas às terapêuticas instituídas.

A abordagem do câncer de mama perpassa por todos os níveis de atenção e seu controle resulta da articulação efetiva entre os diferentes níveis. Na Atenção Primária, são realizadas ações de prevenção e detecção precoce. Em Belo Horizonte, alterações clínicas ou mamográficas provavelmente benignas são avaliadas e acompanhadas pelo Mastologista da Atenção Secundária. Os casos suspeitos são encaminhados para investigação e tratamento na Atenção Terciária. O tratamento inclui cirurgia, quimioterapia, radioterapia e/ou hormonioterapia, além da oferta dos cuidados paliativos quando necessários.

## 1. PREVENÇÃO PRIMÁRIA

As ações de prevenção primária têm por objetivo reduzir a exposição a fatores de risco modificáveis e promover fatores de proteção. Através da prevenção primária, estima-se para o Brasil uma margem possível de redução de 28% dos casos novos de câncer de mama (INCA, 2020b).

Cabe à Atenção Primária orientar a população adscrita sobre os fatores de risco e de proteção para o câncer de mama, estimular a amamentação, o controle de peso e a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada, atividade física regular, evitar ingestão de bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo, terapia de reposição hormonal pelo menor tempo possível e

necessário), assim como avaliar o real risco individual de desenvolvimento de câncer de mama durante os atendimentos.

## 1.1. Fatores de risco

O câncer de mama não tem causa única. Diversos fatores foram e continuam sendo estudados para compreender sua relação com o risco de desenvolver a doença. Entre os fatores de risco, os mais importantes estão relacionados ao sexo (feminino), ao avançar da idade e à história pregressa de câncer de mama. Antes dos 35 anos, a incidência de câncer de mama é muito rara, aumentando progressivamente, a partir dos 40 anos. Mulheres a partir dos 50 anos têm maior risco de desenvolver câncer de mama, em razão do acúmulo de exposições a diversos fatores de risco ao longo da vida e das alterações biológicas provenientes do envelhecimento. Outros fatores de risco bem estabelecidos na literatura são:

- Fatores comportamentais e ambientais: sobrepeso e obesidade, especialmente após a menopausa; ingestão de bebida alcoólica; tabagismo; terapia de reposição hormonal; exposição à radiação ionizante durante a realização de exames como mamografia, tomografia e radioterapia. São consideradas como de alto risco para desenvolvimento de câncer de mama mulheres com histórico de radioterapia supra diafragmática para tratamento de linfoma na juventude.
- Hereditariedade: mulheres que apresentam mutações em determinados genes, especialmente BRCA1 e BRCA2 têm risco elevado para desenvolver o câncer de mama. O câncer de mama hereditário responde por apenas de 5 a 10% dos casos e o diagnóstico de câncer de mama na família não significa que há alto risco de câncer familiar. Mulheres com histórico de câncer de ovário, ou vários casos de câncer de mama em familiares consanguíneos, sobretudo em idade jovem e em parentes de primeiro grau, ou de câncer de mama em homem, podem ter predisposição hereditária e devem ser avaliadas individualmente quanto ao risco elevado para a doença.
- Fatores endócrinos e história reprodutiva: a exposição ao estrogênio endógeno ou exógeno aumenta o risco de câncer de mama. Algumas situações da vida reprodutiva da mulher aumentam essa exposição, tais como: menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos); menopausa tardia (após os 55 anos); nuliparidade; primeira gravidez após os 30 anos; uso prolongado de terapia de reposição hormonal pós-menopausa (estrogênio-progesterona), principalmente por mais de cinco anos; uso prolongado de contraceptivos orais (estrogênio-progesterona). Com relação ao uso de anticoncepcionais orais, as

maiores evidências são relativas a formulações mais antigas e de maior dosagem hormonal. Contudo, estudos com produtos de uso contemporâneo (de 1995 a 2014) começam a surgir e vêm mostrando um padrão similar de risco, que reduz após dez anos de interrupção do uso (INCA, 2020b, 2021a; INUMARU et. al., 2011; SILVA & SILVA, 2005; WILD et.al, 2020).

Diminuir risco significa diminuir a incidência e, muito provavelmente, mortes pela doença. Define-se como alto risco para câncer de mama quando um indivíduo apresenta risco cumulativo de desenvolver a doença no decorrer da vida acima de 20% a 30% ou quando o risco relativo (RR) é maior do que 2,5. Importante salientar que, quando o RR é menor que 1,5 o impacto específico é muito baixo, no entanto, a associação de vários fatores com RR baixo pode levar a paciente a um nível de risco mais alto (FEBRASGO, 2018a). O risco relativo relacionado aos diferentes fatores associados ao desenvolvimento de câncer de mama pode ser consultado no quadro 1 (Quadro 1).

**Quadro 1: Risco relativo e fatores de risco para câncer de mama.**

FATORES PESSOAIS	RR/OR*
Menarca precoce	1,3-1,5
Menopausa tardia	1,2-1,6
Ausência de amamentação	1,2-1,4
Nuliparidade ou 1ª gestação após 30 anos	1,5-1,9
Uso de contracepção hormonal	1,1-1,3
Uso de terapia hormonal na pós-menopausa	1,1-1,3
Obesidade na pós-menopausa	1,2-1,9
Consumo de álcool (≥ 2 doses/dia)	1,2-1,3
Níveis de estrógeno circulante	2,0-3,5
Biópsia mamária com atipia ou carcinoma in situ	3,5-4,0
Doença proliferativa sem atipias	1,5-2,0
Densidade mamária elevada	3,6-5,9
Irradiação torácica antes dos 30 anos	2,0-8,0

**Continuação quadro 1: Risco relativo e fatores de risco para câncer de mama.**

FATORES FAMILIARES	RR/OR
Mutação patogênica conhecida	4,0-8,0
Câncer de mama ou ovário (1 parente 1º grau ≥ 50 anos)	1,5-1,8
Câncer de mama ou ovário (1 parente 1º grau ≤ 50 anos)	3,5
Câncer de mama ou ovário (1 parente 2º grau)	1,5
Câncer de mama ou ovário (2 parentes 1º grau ≥ 50 anos)	3,6
Câncer de mama masculino	3-5

\* RR/OR : Razão de risco (odds ratio); ADAPTADO DO Protocolo FEBRASGO de Ginecologia nº 83; acesso: <https://www.febrasgo.org.br>.

## 1.2. Fatores de proteção passíveis de intervenção

- Aleitamento materno: reduz o risco de câncer de mama e deve ser estimulado (STUEBE *et al.*, 2009; ZHENG *et al.*, TRYGG DOTTER *et al.*, 2001; CFBC, 2002; JERNSTRÖM *et al.*, 2004; CHOWDHURY *et al.*, 2015; VICTORA *et al.*, 2016; ISLAMI *et al.*, 2015);
- Atividade física: exercício físico regular, principalmente em mulheres na pós-menopausa, parece conferir modesta proteção contra o câncer de mama (LYNCH, 2011; MARUTI *et al.*, 2008; McTIERNAN *et al.*, 2003; PATEL *et al.*, 2003; BARDIA *et al.*, 2003; KOBAYASHI *et al.*, 2013; PIZZOTT *et al.*, 2016; GUO *et al.*, 2020);
- Fatores dietéticos: estudos observacionais sugerem que dietas ricas em frutas, vegetais, peixes e azeite de oliva e pobre em gorduras animais podem diminuir o risco de desenvolver o câncer de mama (CHEN *et al.*, 2021);
- Peso adequado como fator isolado à atividade física (INCA, 2020b);
- Evitar ingestão de bebidas alcoólicas (INCA, 2020b);
- Combate ao tabagismo ativo ou passivo (INCA, 2020b);
- Minimizar a exposição aos ionizantes (INCA, 2020b);
- Evitar terapia de reposição hormonal por tempo prolongado (INCA, 2020b).



# 2. DETECÇÃO PRECOCE (PREVENÇÃO SECUNDÁRIA)

As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o rastreamento e o diagnóstico precoce. O rastreamento tem o objetivo de encontrar o câncer na fase pré-clínica, através de exames de rotina em uma população alvo assintomática. O diagnóstico precoce tem como finalidade identificar o câncer em um estágio inicial, com maiores chances de tratamentos menos agressivos e possibilidade de cura (WHO, 2017).

## 2.1. Rastreamento

A mamografia é considerada o exame padrão ouro para o rastreamento do câncer de mama. Apesar de algumas limitações, constitui o método mais efetivo para detectar lesões não palpáveis, principalmente na faixa etária e periodicidade recomendadas. A recomendação do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é que a mamografia de rastreamento, isto é, a mamografia realizada em pacientes assintomáticas, seja oferecida às mulheres de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos (INCA, 2015; 2021a).

Essa recomendação é a adotada pela maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama (E BELL *et al.*, 2018), pois é a estratégia que apresenta evidências conclusivas de eficácia, maior impacto na redução da mortalidade e melhor balanço entre riscos e benefícios. Em outras faixas etárias e periodicidades, o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento com mamografia é desfavorável (KALLENBACH *et al.*, 2018).

Outros métodos como a ultrassonografia, a ressonância magnética e a tomosíntese não são recomendados como método de rastreamento para mulheres de risco habitual, pois não há evidência suficiente quanto à efetividade (INCA, 2015; MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Para as mulheres classificadas como de alto risco para desenvolvimento de câncer de mama, ainda não foram identificados, na literatura, ensaios clínicos que tenham validado estratégias de rastreamento diferenciadas e eficazes para

reduzir a mortalidade por câncer de mama. Para esse grupo, até o momento, recomenda-se acompanhamento clínico individualizado para a definição da conduta, em um processo de decisão compartilhada, considerando os riscos e benefícios para a saúde da mulher (INCA, 2021a).

No município de Belo Horizonte, a **mamografia de rastreamento (mamografia realizada em pacientes assintomáticas, sem sinais ou sintomas de câncer de mama) deverá ser solicitada por profissional médico ou enfermeiro através do formulário do SISCAN**, após a realização do exame clínico das mamas e conforme as recomendações do Ministério da Saúde, ou seja, **em mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos, com intervalo mínimo de dois anos entre os exames. Em pacientes com risco elevado de desenvolver câncer de mama, a mamografia de rastreamento será realizada a partir dos 35 anos.** O formulário de solicitação de mamografia (SISCAN) está disponível através do link <http://siscan.saude.gov.br/formulario/listarFormulariosUsuarioPublico.jsf>.

Solicitações de mamografias fora da faixa e frequência preconizada pelo Ministério da Saúde devem ser realizadas apenas pelo médico, com a devida justificativa registrada em prontuário.

No quadro 2 estão descritos os achados mamográficos, risco de câncer e conduta de acordo com a categoria *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS) (QUADRO 2) (INCA, 2021b).

## 2.2. Diagnóstico precoce

A estratégia de diagnóstico precoce do câncer de mama mais aceita mundialmente é formada pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica em tempo oportuno, a qualidade e integralidade da assistência em toda a linha de cuidado (INCA, 2015).

O autoexame das mamas não constitui estratégia de detecção precoce, pois não reduz a mortalidade por câncer de mama. Preconiza-se, atualmente, a estratégia de conscientização (*breast awareness*), que significa estar consciente e alerta para a saúde das mamas. Essa estratégia busca orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e a reconhecer sinais e sintomas suspeitos de câncer. A mulher é

estimulada a observar e palpar suas mamas sempre que se sentir confortável, sem precisar de técnica específica ou ensino de um método padronizado de autoexame, valorizando-se a descoberta casual de alterações mamárias suspeitas. Ao notá-las, a mulher deverá procurar atenção médica o quanto antes (THORNTON & PILLARISSETTI, 2008).

O sintoma mais comum de câncer de mama ainda é a detecção de nódulo fixo, geralmente indolor, duro e irregular. Qualquer lesão palpável, especialmente em mulheres com 50 anos ou mais deve ser investigada, bem como as que persistirem por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos. Outros sinais de câncer de mama podem ser:

- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Presença de linfadenopatia axilar, especialmente as unilaterais;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja, excluídas as mastites;
- Retração na pele da mama;
- Mudança no formato do mamilo;
- Tumoração endurecida, limites imprecisos, unilateral em homens com mais de 50 anos. Não está indicado mamografia de rastreamento para homens.

As pacientes devem ser indagadas sobre possíveis alterações nas mamas durante as consultas. O profissional de saúde não deve menosprezar a queixa de lesões palpáveis pelas pacientes, a despeito da mamografia considerada normal.

O exame clínico das mamas realizado pelo profissional de saúde é considerado método de diagnóstico precoce e pode reduzir a mortalidade por câncer de mama em mulheres entre 50 e 60 anos, em virtude da lipossustituição adiposa, que aumenta a sensibilidade na palpação (FEBRASGO, 2018b). As pacientes devem ser examinadas na unidade básica de saúde pelo menos uma vez ao ano e sempre que apresentarem algum sintoma. O exame clínico das mamas faz parte do exame ginecológico e inclui a palpação das mamas, regiões axilares, supra e infraclaviculares. Classicamente, o autoexame das mamas detecta nódulos a partir de dois centímetros, enquanto o exame clínico realizado por profissional de saúde habilitado faz diagnóstico a partir de um centímetro.

Em Belo Horizonte, **a mamografia diagnóstica (mamografia para pacientes que apresentam sinais ou sintomas) será agendada após avaliação e solicitação médica.** Os critérios para priorização de agendamento de mamografia podem ser consultados através do endereço eletrônico <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/984449498f3f1e492baef065c0dec0db65dc719b.pdf>.

Os critérios para priorização de agendamento de consulta com Mastologista na Atenção Secundária estão disponíveis no link <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/f3fee7c42df5d2d657d614d58ee76fa1fafd3f36.pdf>.

**O ultrassom de mamas e axilas será solicitado, quando necessário, pelo Mastologista da Atenção Secundária.** As indicações para solicitação de ultrassonografia mamária com ou sem região axilar podem ser consultadas através do link <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/d6ed95dbd3c49a61cf67d9dd206ff097f2d7b16a.pdf>. **Atentar que não existe transcrição de pedido de ultrassom e sim solicitação de acordo com a indicação do especialista.**

**Quadro 2: Categoria BI-RADS®, achados mamográficos, risco de câncer e conduta.**

CATEGORIA BIRADS	ACHADOS MAMOGRAFICOS	RIȘCO DE CÂNCER	CONDUTA
1 - Negativo	Sem achados	< 0,05%	Rotina de rastreamento
2 - Benigno	Achados benignos	< 0,05%	Rotina de rastreamento
3 - Provavelmente benigno	Achados provavelmente benignos	< 2%	Controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro ano). Confirmada a estabilidade da lesão, retorno à rotina. Eventualmente, biópsia
4 - Suspeito (baixa, média e alta suspeição)	Achados suspeitos de malignidade	Entre 2 e 95%	Biópsia e estudo histopatológico
5 - Altamente suspeito	Achados altamente suspeitos de malignidade	> 95%	Biópsia e estudo histopatológico
6 - Achados já com diagnóstico de câncer	Diagnóstico de câncer comprovado histologicamente	100%	Seguir tratamento conforme o caso
0 - Indefinido	Necessidade de avaliação adicional (ultrassom e outros)	—	Realizar ação necessária e classificar conforme categorias anteriores.

Fonte: *American College of Radiology*; Colégio Brasileiro de Radiologia, 2016 apud Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2021, p. 10.

# 3. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

As ações de controle, prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama são desenvolvidas na rede assistencial do SUS-BH nos níveis primário, secundário e terciário, de acordo com o quadro clínico apresentado.

## 3.1. Ações que devem ser desenvolvidas na atenção primária

- Realizar acolhimento das usuárias, para o autoconhecimento; identificar condições passíveis de intervenção (obesidade, tabagismo, alcoolismo, terapia de reposição hormonal prolongada, sedentarismo) e orientar adequadamente quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama;
- Realizar exame clínico das mamas como parte integrante e obrigatória das consultas das mulheres (todos os médicos e enfermeiros podem e devem realizar o exame clínico das mamas, pelo menos uma vez ao ano, durante o exame clínico ou ginecológico de rotina);
- Realizar exame clínico das mamas pelo médico, na presença de sintomas e antes de qualquer encaminhamento para a atenção especializada;
- Solicitar mamografia conforme protocolo municipal (atentar para a realização de exame clínico recente das mamas antes da solicitação da mamografia);
- Realizar busca ativa de usuárias com mamografia alterada;
- Encaminhar para a Atenção Secundária as usuárias que necessitem investigação complementar, preenchendo o formulário eletrônico de maneira correta e completa;
- Acompanhar as usuárias encaminhadas para a Atenção Secundária e serviços habilitados em oncologia;
- Identificar pacientes com risco aumentado para o desenvolvimento do câncer da mama e realizar acompanhamento individualizado desses casos;

- Avaliar e realizar tratamento clínico de mastalgias, além de orientações sobre o tema;
- Realizar tratamento clínico das mastites não complicadas (encaminhar às unidades de urgência apenas se necessidade de drenagem);
- Proporcionar cuidados paliativos compartilhados com os serviços de oncologia;
- Encaminhar pacientes com alta suspeita ou confirmação de malignidade para os serviços de oncologia, obedecendo os protocolos da SMSA. Ressaltamos que pacientes com achado mamográfico classificado como BI-RADS 4 ou 5 são atendidas nos serviços de oncologia, sem passar pela Atenção Secundária.

### **3.2. Ações que devem ser desenvolvidas na atenção secundária**

- Avaliar as usuárias encaminhadas pelos médicos da Atenção Primária;
- Realizar, quando indicado, biópsia por agulha fina ou biópsia de fragmento (*core biopsy*) de lesões palpáveis;
- Realizar pequenas cirurgias nas mamas (exemplo: biópsia incisional);
- Encaminhar para realização de cirurgias mamárias eletivas, exceto as previstas para atendimento nos serviços habilitados em oncologia pelo SUS;
- Acompanhar os resultados de exames citológicos e histopatológicos solicitados pelos Mastologista;
- Realizar busca ativa de casos com confirmação de malignidade para agilização do fluxo de atendimento dentro dos serviços de oncologia.

### **3.3. Ações que devem ser desenvolvidas na atenção terciária**

- Realizar diagnóstico e tratamento de câncer de mama (cirurgias, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia);
- Proporcionar acompanhamento com Mastologista e Oncologista durante o tratamento e, pelo menos, cinco anos após o término do tratamento;
- Realizar alta responsável quando a paciente puder ser acompanhada na unidade básica de saúde, mediante relatório completo que deve incluir o contato para eventual necessidade de retorno (enquanto a usuária necessitar de acompanhamento com Mastologista, ela permanecerá sob os cuidados do serviço habilitado; não está previsto o acompanhamento de pacientes tratadas por câncer de mama na Atenção Secundária);

- Oferecer e realizar exames de baixo ou alto custo relacionados ao câncer de mama e suas sequelas (não é de responsabilidade da Atenção Terciária avaliações e/ou exames de rotina não relacionados ao câncer de mama);
- Prover cuidados paliativos compartilhados com a unidade básica de saúde.

## 4. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

### 4.1. Atribuições comuns a todos os profissionais

- Conhecer as ações de controle do câncer da mama;
- Planejar e programar as estratégias de controle do câncer da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
- Realizar ações de controle do câncer da mama, de acordo com este protocolo: promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce e diagnóstico;
- Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas;
- Acolher as usuárias de forma humanizada;
- Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
- Trabalhar em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações;
- Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);
- Identificar usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade deste serviço) e corresponsabilizar-se, comunicando os demais componentes da equipe;
- Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher;
- Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas.

## 4.2. Atribuições do médico da equipe de saúde da família

- Realizar o exame clínico das mamas durante as consultas clínicas, pelo menos uma vez ao ano; sempre, nas consultas ginecológicas, antes da solicitação de mamografia, em pacientes sintomáticas ou com exames de imagem alterados;
- Estimular os profissionais da sua Equipe de Saúde da Família a realizar a busca ativa das mulheres com indicação de rastreamento do câncer de mama;
- Solicitar a mamografia de rastreamento de acordo com os critérios do INCA e as orientações deste protocolo;
- Solicitar mamografia diagnóstica para mulheres com algum sinal e/ou sintoma que, à critério médico, necessitem realizar propedêutica, **mesmo** em faixas etárias que não são contempladas pela mamografia de rastreamento;
- Avaliar e monitorar os resultados dos exames solicitados;
- Realizar busca ativa de todos os exames solicitados;
- Realizar o encaminhamento das mulheres com exames alterados à Atenção Secundária ou aos serviços de oncologia, via SISREG;
- Discutir com o Ginecologista da unidade os casos em que existam dúvidas no exame clínico e na mamografia;
- Encaminhar ao Ginecologista da unidade os casos em que houver dúvida quanto ao diagnóstico e tratamento e não exista indicação clara de encaminhamento direto ao Mastologista;
- Monitorar as mulheres encaminhadas à Atenção Secundária /serviços de oncologia: consulta e planos terapêuticos instituídos.

## 4.3. Atribuições do ginecologista

- Realizar o exame clínico das mamas durante as consultas ginecológicas;
- Orientar os profissionais da sua unidade a realizar a busca ativa das mulheres com indicação de rastreamento do câncer de mama;
- Solicitar a mamografia de rastreamento de acordo com os critérios do INCA e as orientações deste protocolo;
- Solicitar mamografia diagnóstica para mulheres com algum sinal e/ou sintoma que, à critério médico, necessitem realizar propedêutica, **mesmo** em faixas etárias que não são contempladas pela mamografia de rastreamento;
- Avaliar e monitorar os resultados dos exames solicitados;
- Realizar o encaminhamento das mulheres com exames alterados à Atenção Secundária ou serviços de oncologia;
- Monitorar as mulheres encaminhadas à Atenção Secundária / serviços de oncologia: consulta e planos terapêuticos instituídos;



- Orientar e matriciar os profissionais médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da unidade nos casos em que existam dúvidas no exame clínico e/ou na mamografia;
- Tratar os casos clínicos em que não exista indicação de encaminhamento à Atenção Secundária.

#### **4.4. Atribuições do enfermeiro de saúde da família**

- Realizar cuidado integral à saúde das mulheres;
- Realizar consulta de enfermagem e exame clínico das mamas;
- Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- Supervisionar e coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem;
- Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas neste protocolo;
- Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe;
- Supervisionar a realização de busca ativa das mulheres da área de abrangência que não estejam realizando a mamografia de rotina conforme protocolo ministerial;
- Solicitar mamografia de rastreamento, conforme estabelecido na nota técnica 03/2018 da PBH, para mulheres assintomáticas, entre 50 e 69 anos, residentes no município de Belo Horizonte e que não possuam mamografia de rastreamento anterior com um intervalo inferior a dois anos.

#### **4.5. Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem**

- Contribuir, dentro de suas competências, para o cuidado integral às mulheres;
- Realizar atenção domiciliar, quando necessário.

#### **4.6. Atribuições do agente comunitário de saúde**

- Conhecer as recomendações para detecção precoce do câncer de mama na população feminina de sua microárea;
- Realizar busca ativa de mulheres de sua microárea para rastreamento do câncer de mama;

- 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;
- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle do câncer da mama, de acordo com o planejamento da equipe;
- Comunicar o agendamento das consultas e exames, orientando sempre que a mesma leve os exames relacionados às mamas.

#### **4.7. Atribuições dos profissionais do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB) e Academias da Cidade**

- Desenvolver ações no âmbito da promoção e prevenção à saúde, apoiando as equipes de Saúde da Família nas ações educativas relativas ao controle do câncer da mama, assim como a sua detecção precoce;
- Abordar o tema do câncer de mama nos diversos grupos desenvolvidos/coordenados pelo NASF-AB;
- Realizar ações educativas em relação ao tema nas Academias da Cidade.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIA A *et al.* Recreational physical activity and risk of postmenopausal breast cancer based on hormone receptor status. *Arch Intern Med* 2006; 166:2478.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (CGHFBC). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360:187.

CHEN WY. Factors that modify breast cancer risk in women. UpToDate. 2021 Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/factors-that-modify-breast-cancer-risk-in-women>  
Acesso em: 30/11/2021.

CHOWDHURY R *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104:96.

EBELL *et al.* Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. *Public Health Reviews*, [London], v. 39, p. 7, Mar 2018. DOI 10.1186/s40985-018-0080-0.

FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia nº 83. 2018a. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>.

FEBRASGO. Rastreamento e propedêutica do câncer de mama Protocolos Febrasgo | Nº79 | 2018b. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>.

GUO W *et al.* Physical activity and breast cancer risk: results from the UK Biobank prospective cohort. *Br J Cancer* 2020; 122:726.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativas de casos novos de câncer para o ano de 2020. INCA, 2020a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil> - acesso 22/11/2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira. Rio de Janeiro: INCA, 2020b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.. Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2021b.

INUMARU, LE; SILVEIRA, EA; NAVES, MMV. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011. DOI 10.1590/S0102-311X2011000700002.

ISLAMI F *et al.* Breastfeeding and breast cancer risk by receptor status--a systematic review and meta-analysis. Ann Oncol 2015; 26:2398.

JERNSTRÖM H, *et al.* Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst 2004; 96:1094.

KLARENBACH, S. *et al.* Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer. CMAJ: Canadian Medical Association Journal, [Ottawa], v. 190, n. 49, p. E1441–E1451, 10 Dec. 2018. DOI 10.1503/cmaj.180463.

KOBAYASHI LC *et al.* Moderate-to-vigorous intensity physical activity across the life course and risk of pre- and post-menopausal breast cancer. Breast Cancer Res Treat 2013; 139:851.

LYNCH BM *et al.* Physical activity and breast cancer prevention. Recent Results Cancer Res 2011; 186:13.

MARUTTI SS *et al.* A prospective study of age-specific physical activity and premenopausal breast cancer. J Natl Cancer Inst 2008; 100:728.

McTIERNAN A *et al.* Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Cohort Study. JAMA 2003; 290:1331.

MIGLIORETTI DL *et al.* Radiation-induced breast cancer incidence and mortality from digital mammography screening: a modeling study. Annals of Internal Medicine, [Philadelphia], v.164, n. 4, p. 205-214, 16 Feb 2016. DOI 10.7326/M15-1241.

MIGOWSKI A *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. e00074817, jun. 2018. DOI 10.1590/0102-311X00074817.

NELSON HD *et al.* Harms of breast cancer screening: systematic review to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Annals of Internal Medicine, [Philadelphia], v. 164, n. 4, p. 256-267, 16 Feb 2016. DOI 10.7326/M15-0970.

PATEL AV *et al.* Recreational physical activity and risk of postmenopausal breast cancer in a large cohort of US women. Cancer Causes Control 2003; 14:519.

PIZOT C *et al.* Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective studies. Eur J Cancer 2016; 52:138.

SILVA, M. M.; SILVA, V. H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. Arquivos Médicos do ABC, Santo André, v. 30, n. 1, p. 11-18, 2005.

STUEBE AM *et al.* Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. Arch Intern Med 2009; 169:1364.

THORNTON H.; PILLARISSETTI 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, Oxford, v. 44, n. 15, p. 2118-2121, Oct 2008. DOI 10.1016/j.ejca.2008.08.015.

TRYGGVADÓTTIR L *et al.* Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. Am J Epidemiol 2001; 154:37.

VICTORA CG *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016; 387:475.

World Health Organization (WHO). Guide To Cancer Early Diagnosis. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1> - acesso 29/11/2021.

WILD, CP *et al.* World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/586>. Acesso em: 30/11/2021.

ZHENG, T *et al.* Lactation and breast cancer risk: a case-control study in Connecticut. Br J Cancer 2001; 84:1472.

