

Seção 4

A construção de um protocolo de cuidados à mulher na prevenção do câncer do colo do útero e de mama

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011e), o câncer que mais tem acometido as mulheres no mundo é o da mama, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, representando, em 2008, 23% de todos os tipos de câncer.

A estimativa de câncer de mama no Brasil, para 2012/ 2013 é de 52.680 novos casos, com um risco estimado de ocorrerem 52 casos a cada 100 mil mulheres. No entanto, ele não incide com a mesma frequência em todas as regiões do país. Assim, excluindo-se os tumores da pele não melanoma, o câncer de mama é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste, com 69 casos em 100 mil mulheres; Sul com 65/100 mil; Centro-Oeste com 48/100 mil e Nordeste; 32/100 mil; sendo na região Norte o segundo tumor mais incidente com 19 casos em 100 mil mulheres (BRASIL, 2011e).

Ainda de acordo com o INCA, o câncer do colo do útero tem sido considerado um importante problema de saúde pública no mundo, em especial para os países em desenvolvimento, onde sua incidência é cerca de duas vezes maior do que a de países mais desenvolvidos. Em 2008, mais de 85% dos óbitos por esse tipo de câncer ocorreram em países em desenvolvimento (BRASIL, 2011e).

Para o ano de 2012, o INCA considerou a ocorrência de 17.540 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres para o Brasil. Sua incidência varia de acordo com a região. Assim, com exceção dos tumores da pele não melanoma, o câncer do colo do útero ocupa o primeiro lugar na região Norte (24/100 mil), o segundo lugar nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), o terceiro lugar na região Sudeste (15/100 mil) e a quarta posição na região Sul (14/100 mil), a metade da incidência da região Norte (BRASIL, 2011e).

Você tem informação sobre a incidência desses dois tipos de câncer em seu município?

Embora as ações de prevenção de câncer do colo do útero e de mama tenham aumentado nos últimos anos, elas tem sido insuficientes para reduzir a tendência à mortalidade das mulheres por esses cânceres. Em algumas regiões do país, o diagnóstico tardio está relacionado a fatores como a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e ações de saúde e a baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte. Existe, ainda, a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir um fluxo assistencial que permita o manejo e o encaminhamento adequado dos casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema.

A prevenção do câncer não é condição que se planeje ou que se organize de maneira isolada, desvinculada do contexto social. Ela envolve políticas públicas, ações profissionais e a participação da população. Articuladas, essas ações resultarão em benefícios para as usuárias do sistema de saúde (PELLOSO; CARVALHO, HIGARASHI, 2004).

Nesse sentido, a prevenção primária do câncer de mama pode ser focada nos fatores de risco relacionados ao estilo de vida passíveis de mudança, tais como: o sedentarismo, que por sua vez leva ao sobrepeso e à obesidade, a diminuição do consumo excessivo de álcool e a utilização da terapia de reposição hormonal. Segundo o INCA (BRASIL, 2011f), por meio da alimentação adequada e atividade física, estima-se ser possível reduzir em até 28% o risco de ter câncer de mama.

Outra estratégia fundamental é a detecção precoce, uma vez que, se o câncer de mama for encontrado em estágios iniciais, ele pode apresentar prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura, em especial quando as lesões forem menores de dois centímetros de diâmetro. Assim, reforça-se a necessidade de que as mulheres sejam informadas a respeito dos sinais e sintomas do câncer de mama promoção. Além disso, é necessário o preparo dos profissionais de saúde para a realização ECM, para a escuta qualificada das queixas relativas às mamas das usuárias, bem como um sistema de encaminhamento de acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde de maior complexidade (BRASIL, 2011f).

A prevenção do câncer do colo do útero está baseada no rastreamento da população feminina que apresenta probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelos exames de detecção precoce, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2011f), os métodos preconizados para o rastreamento na rotina de atenção integral à saúde da mulher, no Brasil, são a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM). O rastreamento pode ser realizado de maneira oportunista ou organizada. Na primeira situação, ele é ofertado, de forma oportuna, a todas as mulheres que chegam ao serviço de saúde. Na segunda, ele é oferecido às mulheres de uma população, definida previamente, e que são formalmente convidadas para os exames periódicos.

Para que haja êxito das ações de rastreamento, o INCA (BRASIL, 2011f, p.8) propõe as seguintes bases:

- Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada.
- Alcançar a meta de cobertura da população-alvo.

- Garantir acesso a diagnóstico e tratamento.
- Garantir a qualidade das ações.
- Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

Leia sobre o tratamento do câncer de mama, inclusive os cuidados paliativos, nas p. 9 a 11 do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama no site: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce>.

Esperamos que ao final desta seção você seja capaz de

1. caracterizar a situação do controle do câncer do colo do útero e de mama no seu território e/ou município;
2. elaborar um protocolo que contribua para a diminuição dos índices de morbimortalidade das mulheres pelos cânceres do colo do útero e de mama.

Parte 1

Bases para a elaboração de um protocolo de cuidado à mulher na prevenção do câncer de mama

A possibilidade de detecção precoce do câncer na população feminina coloca a prevenção em evidência como uma questão importante em relação à saúde da mulher. Assim, a detecção precoce por meio da prevenção é uma forte aliada na diminuição dos índices de mortalidade entre as mulheres (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2011e), as taxas de incidência do câncer de mama aumentam rapidamente até os 50 anos; após essa idade, ele ocorre de maneira mais lenta. Outro fator relacionado à vida reprodutiva da mulher diz respeito aos ciclos ovarianos, ou seja, o risco de câncer da mama diminui cerca de 15% a cada ano de retardo do início da menarca. A cada ano de retardo do início da menopausa, o risco aumenta cerca de 3%.

Outro risco apontado pelo autor está relacionado à história familiar de câncer da mama, que aumenta cerca de duas a três vezes as chances de desenvolver essa neoplasia. Alterações em alguns genes responsáveis pela regulação e pelo metabolismo hormonal e reparo de DNA, por exemplo, BRCA1, BRCA2 e p53 também podem aumentar o risco de desenvolver câncer da mama (BRASIL, 2011f).

Destaca-se que no Brasil as taxas de mortalidade por câncer da mama ainda continuam elevadas, provavelmente porque a doença ainda tem sido diagnosticada em estádios avançados. Desse modo, a sobrevivência média das mulheres após cinco anos do diagnóstico tem sido de 60%, bem menor que nos países desenvolvidos, cuja sobrevivência ocorre em cerca de 85% (BRASIL, 2011e).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2009b), as recomendações para o rastreamento de mulheres assintomáticas para a detecção precoce do câncer de mama são as seguintes:

- a. Mulheres de 50 a 69 anos de idade – realização anual do exame clínico das mamas (ECM) e mamografia a cada dois anos. Desse modo, ao fazer a programação da equipe, é imprescindível considerar que 50% das mulheres farão rastreamento através do ECM e mamografia quando forem detectadas alterações pelo exame clínico das mamas. No entanto, os outros 50% das mulheres deverão realizar o ECM e mamografia, independente dos achados no ECM.
- b. Mulheres de 40 a 49 anos de idade – realização anual do ECM. No entanto, se houver detecção de alterações ao ECM, ele deverá ser complementado com a mamografia.
- c. Mulheres de 35 anos de idade ou mais, com risco elevado para o câncer de mama – realização do exame clínico das mamas e mamografia anuais.

Os grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) são as mulheres com

- história familiar de câncer de mama em, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha). Tendo como referência estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos, o INCA estimou em 4% a prevalência dessa característica na população feminina brasileira;
- diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade, 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 in situ. O INCA estimou que 1% das mulheres acima dos 35 anos de idade apresentará critérios para serem consideradas como de risco elevado, necessitando de exames com maior frequência.

Para conhecer mais sobre a programação das ações relativas à detecção precoce do câncer de mama, sugerimos as seguintes leituras:

- Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama - Recomendações para Gestores Estaduais e Municipais (BRASIL, 2009b), que se encontra no site: <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/26021_parametros_rastreamento_cancer_mama.pdf>.
- Recomendações do INCA (BRASIL, 2010h) para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil, que se encontra no site: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/folder_rosa3.pdf>.

No entanto, outros fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher também contribuem para a ocorrência do câncer de mama, segundo o INCA (BRASIL, 2011f), tais como:

- menarca precoce;
- nuliparidade;
- idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos;
- anticoncepcionais orais;
- menopausa tardia;
- terapia de reposição hormonal;
- alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama);
- exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses (em especial na adolescência).

A seguir, vamos apresentar alguns aspectos essenciais para que você possa construir um protocolo para atenção às mulheres de seu território e/ou município com o objetivo de assegurar a detecção precoce e o tratamento do câncer de mama.

1.1 | Orientação para o autoexame de mamas

Devido aos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal, o câncer de mama é muito temido pelas mulheres. Por isso, toda a equipe de SF deve estar consciente e motivada para contribuir com o seu diagnóstico precoce. Nesse sentido, em todas as oportunidades em que a usuária buscar a unidade básica de saúde (UBS), ela deve ser incentivada e orientada sobre como proceder para realizar o autoexame de mamas. Assim, mais do que se preocupar-

com a técnica em si, o importante é que o profissional consiga estimulá-la a realizar a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal. Momentos do cotidiano, como o banho, a troca de roupa, ou outro, devem ser recomendados, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias.

Como 65% dos cânceres de mama são detectados espontaneamente pelas mulheres, é importante, também, que os profissionais de saúde fiquem atentos e sejam capazes de ouvir e valorizar as queixas de alterações relatadas pelas mulheres, procedendo a um exame clínico minucioso de suas mamas. No entanto, essas medidas perderão seu valor se não houver uma estruturação dos serviços de saúde para poder acolher, informar ou encaminhar a usuária para realizar os exames diagnósticos necessários, em resposta a sua demanda.

Lembrete importante!

O autoexame deve ser realizado pelas mulheres que

- menstruam normalmente: no sétimo dia da menstruação;
- por qualquer motivo, já não menstruam: no primeiro dia de cada mês.

Conclui-se, portanto, que, apesar de existirem estudos controversos, o exame clínico das mamas realizado pelo profissional de saúde, acompanhado do estímulo ao autoexame, contribui para aumentar a taxa de diagnósticos em estádios precoces do câncer de mama e diminuir a taxa de mortalidade (NESCON, 2000).

Outro fator importante é que essas medidas de promoção podem ser estimuladas por qualquer profissional da equipe de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros e dentistas.

Veja a sequência do autoexame da mama no documento “Autoexame das mamas” (NESCON, 2000).

1.2| Oportunidades para o exame clínico das mamas

É impressionante o número de oportunidades que os profissionais de saúde perdem de realizar o exame clínico das mamas nas usuárias dos serviços básicos de saúde. No cotidiano, verifica-se total fragmentação do corpo da mulher, embora a maioria dos livros didáticos de semiologia recomende o exame clínico das mamas como parte integrante da avaliação

do estado de saúde em uma mulher. Provavelmente, a origem dessa prática se deva à subdivisão do conhecimento em especialidades (embora não justifique), aliada à racionalização da assistência promovida por alguns modelos assistenciais.

O exame clínico das mamas deve fazer parte de toda consulta da mulher realizada pelo médico e/ou enfermeiro. Todos os outros profissionais que atuam na Saúde da Família também podem contribuir, fazendo uma simples pergunta à mulher que está sob seus cuidados: você tem o hábito de realizar mensalmente o autoexame das mamas? Ou: você foi submetida ao exame clínico das mamas no último ano? Ou ainda: você está atenta para as alterações que ocorrem em suas mamas?

Certamente essa prática já faz parte da rotina de sua equipe, no entanto, dada a sua importância, faremos, a seguir, uma breve revisão do exame clínico das mamas. Antes, porém, reveja a anatomia das glândulas mamárias, com especial atenção para a rede linfática, no documento “Anatomia das glândulas mamárias” (NESCON, 2000).

1. Para realizar a inspeção estática das mamas, você deve solicitar que a usuária mantenha os braços relaxados e rentes ao corpo. Observar e registrar:

- a simetria, estado da pele (aspecto de “casca de laranja”, feridas que não cicatrizam), estado da aréola e mamilo, tônus muscular;
- formato das mamas: arredondada, pendular, cônicas;
- tamanho das mamas: médio, pequeno e grande;
- tipo: grau I criança, grau II adolescente, grau III adulto e grau IV grande.

Figura 1 – Inspeção estática das mamas



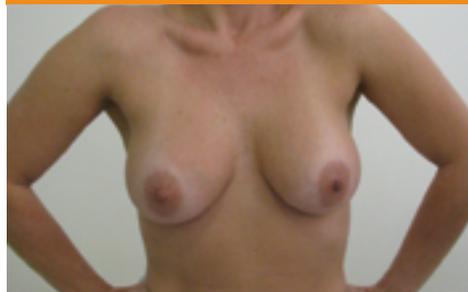
2. Realize a inspeção dinâmica das mamas solicitando à mulher que eleve os braços o mais alto que conseguir. Observe se, ao promover o deslizamento das mamas sobre o músculo peitoral, ocorre a presença de abaulamentos ou retrações. Pergunte à usuária se sentiu algum incômodo como fisgadas ou dor.

Figura 2 – Inspeção dinâmica das mamas



Outra maneira de realizar a inspeção dinâmica das mamas consiste em solicitar que a mulher coloque suas mãos na cintura e faça força para evidenciar o movimento do músculo peitoral e, conseqüentemente, do tecido mamário.

Figura 3 – Inspeção dinâmica das mamas



Para completar a inspeção dinâmica das mamas, solicite à mulher que flexione o tórax para frente para que você possa observar nas mamas pendentes a presença de retrações ou abaulamentos.

3. Aplique a técnica de palpação para avaliar: a consistência, sensibilidade, temperatura, presença de secreções e de massas, tônus e cadeia de linfonodos. Inicialmente, com a mulher ainda sentada, você deve fazer a palpação nas regiões de drenagem dos linfonodos mamários: regiões supra e infraclaviculares, região axilar (onde se concentram 85% dos achados), linha esternal externa direita e esquerda na região média do externo e região inframamária. Usualmente, eles os linfonodos não são palpáveis, no entanto um tumor na mama de 0,5 cm já é suficiente para estimular o seu crescimento.

Figura 4 – Palpação das regiões supra e infraclaviculares



Figura 5 – Palpação da região axilar



A palpação das mamas pode ser iniciada com a paciente ainda sentada, no entanto este exame não substitui o exame realizado em decúbito dorsal. Os braços podem estar estendidos acima do pescoço (mãos na nuca), para facilitar a percepção dos achados. Deve ser realizada palpação superficial, com a mão espalmada e a palpação profunda com os dedos realizando o movimento de "tocar piano". Nesta é possível perceber melhor as alterações, bem como delimitá-las.

Figura 6 – Palpação das mamas com a mão espalmada



Figura 7 – Palpação das mamas com movimento de “tocar piano”



Para finalizar, deve-se realizar a expressão mamilar de maneira delicada e firme.

Figura 8 – Expressão mamilar



A descarga ou derrame papilar é a saída de secreção através da papila mamária, quando não associada à gravidez e à lactação (descarga papilar fisiológica). Aparece como o sintoma mais frequente, depois do nódulo e da dor mamária, representando cerca de 7% das queixas das pacientes, constituindo-se em um sinal inespecífico, decorrente de causa mamária ou extramamária (ANDREA et al., 2006).

Figura 9 – Expressão mamilar com derrame papilar



O derrame do mamilo tem sido descrito em 10% a 15% das mulheres com doença benigna da mama; e em 2,5% a 3% está relacionado com carcinoma. Segundo seu aspecto macroscópico, a secreção é classificada em: leitosa, verde, castanha, sanguínea, serosa, turva ou purulenta (ANDREA et al., 2006).

A importância do estudo dos derrames sanguíneos se deve à sua associação com papiloma intracanalicular, carcinoma papilífero e outras lesões. O termo descarga papilar sanguínea ou hemorrágica só deve ser utilizado nos casos em que forem confirmados elementos hemáticos à microscopia (ANDREA et al., 2006).

1.3| Fluxo para a realização da mamografia

Este exame tem se mostrado uma das mais importantes armas na prevenção de morte por câncer de mama, com queda de 30,0% na taxa de mortalidade após sete a 10 anos de rastreamento. A mamografia tem sensibilidade entre 88% e 93,1% e especificidade entre 85% e 94,2% (BRASIL, 2007b). Para se garantir o desempenho da mamografia, a imagem obtida deve ter alta qualidade e, para tanto, são necessários: equipamento adequado, técnica radiológica correta, conhecimento, prática e dedicação dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2007b).

Nesta direção, o Ministério da Saúde lançou a Portaria n. 531, publicada em 26 de março de 2012 (BRASIL, 2012g), instituindo o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). O Programa será executado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em conjunto com a Secretaria de Assistência em Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e todos os serviços de diagnósticos por imagem que realizam mamografia.

Atualmente, a utilização de mamógrafos de alta resolução dotados de foco fino para ampliação, de combinação adequada filme/écran e de processamento específico tem possibilitado a detecção de um número cada vez mais alto de lesões mamárias, especialmente as lesões pequenas, quando ainda não são palpáveis (BRASIL, 2007b).

Leia mais sobre o assunto em Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (BRASIL, 2011g) no site: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/contro



1.4| Critérios para encaminhamento das usuárias para o serviço mastologista

Em alguns casos, é necessária a avaliação por um especialista em mastologia, seja para aprofundamento diagnóstico, proposição de cirurgia ou outros tratamentos específicos ou para acompanhamento por alto risco de desenvolvimento de câncer mamário. Avalie a capacidade técnica de sua equipe e rede de serviços para definir quais seriam, entre os propostos a seguir, os critérios adotados na sua unidade básica:

- nódulos;
- derrame papilar uniductal ou hemorrágico;
- microcalcificações agrupadas à mamografia;
- suspeita de câncer;
- categorias mamográficas III, IV e V;
- eczema areolar que não cedeu ao tratamento inicial;
- fístulas;
- pacientes de alto risco: passado de câncer de mama, história de câncer de mama abaixo dos 50 anos em parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha).

Quadro 2 - Categorias mamográfica (BI-RADS) e condutas

CATEGORIA	INTERPRETAÇÃO	VPP	CONDUTA
0	Incompleto Necessita de avaliação adicional	13%	Avaliação adicional por imagem ou comparação com exames anteriores
1	Negativo Não há nada a comentar	—	Controle conforme p. 76
2	Benigno	0%	Controle conforme p. 76
3	Provavelmente benigno	2%	Inicialmente repetir em seis meses (eventualmente biopsia)
4 (A, B, C)	Suspeito	30%	Biopsia
5	Altamente sugestivo de malignidade	97%	Biopsia
6	Biopsia conhecida Malignidade comprovada	—	—

Fonte: adaptado de BRASIL, 2009b.

BI-RADS®: *Breast Imaging Reporting and Data System*; VPP: Valor preditivo positivo.

Uma vez identificadas situações de risco para o câncer de mama, as mulheres precisam ter a referência e contrarreferência asseguradas. Para isso, o serviço definido como referência em mastologia deve estar apto para prosseguimento da assistência, com garantia de

- exames de diagnóstico (histologia, imuno-histoquímica, estadiamento, etc.);
- tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia);
- seguimento dos casos.

Em junho de 2009, entrou em vigor a Portaria 779 de 31 de dezembro de 2008 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008d) que implanta o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Com os dados gerados por este sistema de informação, é possível identificar a cobertura da população-alvo, bem como a qualidade dos exames e a distribuição dos diagnósticos. É possível, também, verificar a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, além de outras informações importantes para o acompanhamento e progresso das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama (BRASIL, 2011f).

O SISMAMA encontra-se implantado nas clínicas radiológicas e nos laboratórios de citopatologia e histopatologia conveniados pelo SUS e nas coordenações estaduais, regionais e municipais de detecção precoce do câncer. A Requisição de mamografia é o formulário-padrão para a coleta de dados do SISMAMA no âmbito da equipe de saúde da família. Os dados do SISMAMA podem ser obtidos no site do DATASUS, sendo possível sua tabulação por Brasil e Unidades da Federação (BRASIL, 2011f).

Lembre-se

Quanto mais cedo for feito o diagnóstico de câncer, maior a probabilidade de cura. Rastreamento significa detectar a doença em sua fase pré-clínica, enquanto diagnóstico precoce significa detectar câncer de mama em fase precoce.

Veja mais informações nos seguintes documentos:

- SISMAMA - informação para o avanço das ações de controle de câncer de mama no Brasil (BRASIL, 2010h).
<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf>
- Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2011h).
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/de5fb8004799a707b4c2f795cf639ea3/Rastreamento+organizado+do+c%C3%A2ncer+de+mama.PDF?MOD=AJPERES&CACHEID=de5fb8004799a707b4c2f795cf639ea3>
- Mamografia – da prática ao controle (BRASIL, 2007b).
<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/qualidade_em_mamografia.pdf>

Parte 2

Bases para a elaboração de um protocolo de atenção à mulher na prevenção do câncer do colo do útero

De acordo com o INCA (BRASIL, 2011e), a incidência do câncer do colo do útero começa a ocorrer a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, no entanto seu risco aumenta rapidamente até atingir o seu pico na faixa etária entre 50 e 60 anos. Sem considerar o câncer da pele não melanoma, esse tipo de câncer é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura, se o diagnóstico ocorrer precocemente. Esse fato pode explicar a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento em países em desenvolvimento, que resultam em altas taxas de incidência de câncer do colo do útero, como ainda, infelizmente, ocorre em varias regiões do Brasil.

Embora a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) seja considerada o principal fator precursor do câncer de colo do útero, ele por si só não representa uma causa suficiente para o surgimento dessa neoplasia. Desse modo, é necessário um conjunto de fatores, dentre eles: o tipo e carga viral, se a infecção ocorre única ou múltipla, além de fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual (BRASIL, 2011e).

A maioria das infecções por HPV que ocorre em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, no entanto, após essa idade, é mais comum a sua persistência. A Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC) reconhece 13 tipos de HPV com potencial para desenvolver o câncer do colo uterino, dentre eles os mais comuns são o HPV16 e o HPV18 (BRASIL, 2011e).

Apesar da vacina contra o HPV ser uma importante arma para o combate desse câncer, seu alto custo e o fato de não conferir imunidade contra todos os tipos de vírus acabam dificultando sua ampla utilização em países em desenvolvimento. No Brasil, está sendo discutida a introdução da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações, o que poderá representar uma importante ferramenta para futuro do controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011e).

Por isso, as ações de rastreamento como a realização do teste Papanicolaou constitui-se na principal estratégia a ser utilizada, prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos. Nesse sentido, é preciso garantir que haja organização, integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento e de seguimento das pacientes (BRASIL, 2011f).

Embora existam estudos que determinem, de maneira variada, a idade em que as mulheres deverão submeter-se ao exame preventivo, ao organizar o serviço de rastreamento do câncer de colo do útero, é importante que você garanta a disponibilidade de exames para aquelas que se encontram na faixa etária entre 25 a 64 anos.

Inicialmente, a coleta deve ser feita anualmente e, após dois exames negativos para displasia ou neoplasia, pode ser repetida a intervalos de três anos. Mas, lembre-se: mulheres portadoras do vírus HIV, mesmo após dois exames negativos, deverão realizar o exame anualmente.

Nos intervalos mencionados, caso haja alteração no exame clínico – teste de Schiller positivo, lesões acuminadas, sangramentos cervicais, etc., a citologia toma caráter de exame diagnóstico (e não de exame de rastreamento) e deverá ser realizada independentemente do calendário preventivo.

2.1| Coleta de citologia oncológica

A coleta deverá ser feita com a espátula de Ayre. Caso a junção escamo-colunar não seja atingível pela espátula, utilizar também a escova endocervical. A dupla coleta (espátula/escova) constitui-se na melhor opção para o exame.

Como pode haver extravio do material coletado, é importante manter o registro dos dados referentes à coleta em um livro – data da coleta, nome da usuária, número de prontuário, observações clínicas relativas ao exame da mama e inspeção do colo, inclusive resultado do teste de Schiller e da citologia. Para o controle das datas de retorno das usuárias, é importante organizar um arquivo rotativo, com uma ficha espelho que contenha dados

básicos em relação à anamnese e ao exame clínico das mamas e da genitália. Esse arquivo permite o agendamento nos prazos recomendados e a busca ativa das usuárias pelos agentes comunitários de saúde, em caso de esquecimento do dia aprazado, por parte delas.

Atenção!

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais tem disponibilizado para as unidades básicas de saúde um arquivo rotativo mensal, com espaço destinado às fichas de usuárias que estão aguardando resultado, para aquelas que nunca realizaram a prevenção e para as que estão com coleta atrasada.

2.2| Condutas baseadas no resultado da citologia oncótica

Os resultados de usuárias sem alterações clínicas e com resultado de citologia negativo poderão ser entregues sem necessidade de consulta médica. Os resultados dos exames com alterações deverão ser necessariamente avaliados pelo médico da equipe. Poderão ser organizadas atividades em grupo, aproveitando esse momento para ampliar a discussão acerca da saúde integral da mulher, bem como a corresponsabilidade das mulheres nos cuidados com a saúde.

Para sistematização de conduta baseada no resultado da citologia oncótica, veja a sugestão apresentada a seguir.

- Amostra insatisfatória: repetir a coleta.
- Amostra satisfatória, mas limitada por ausência de células endocervicais: orientar para repetição do exame em um ano.
- Processo infeccioso: o médico deve avaliar se se trata de DST, para indicação de tratamento. No caso de cândida ou Gardnerella, os dados clínicos indicarão a necessidade, ou não, de tratamento.
- Citologia positiva (NIC) e/ou constatação de HPV, ASCUS ou AGUS: encaminhar para serviço de patologia do colo ou ginecologia especializada.

Glossário

ASCUS: atypical squamous cells of undetermined significance (células escamosas atípicas de significância indeterminada).

ASGUS: atypical glandular cells of undetermined significance (células glandulares atípicas de significância indeterminada).

NIC: neoplasia intraepitelial cervical – NIC I (neoplasia intraepitelial cervical I – displasia leve), NIC II (neoplasia intraepitelial cervical II – displasia moderada), NIC III (neoplasia intraepitelial cervical III – displasia intensa ou carcinoma in situ).

- Para as mulheres menopausadas com resultado mostrando ASCUS ou ASGUS, recomenda-se o uso de estrogênio terapia vaginal (prescrita pelo médico da equipe) por três semanas e repetição da citologia oncológica com espátula e escova.
- Considerando a associação do HIV com as doenças de colo, a usuária com diagnóstico de lesão de alto grau (NIC II e III) deverá ser encaminhada à testagem em serviço de referência do seu município.

Atenção!

Leia as p. 30 a 38 das Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero (BRASIL, 2011e) para saber mais sobre o rastreio de lesões precursoras. <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes.pdf>>.

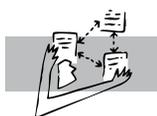
Um ponto essencial do programa é o desenvolvimento de ações estratégicas para sistematizar a obtenção de dados que permitirão avaliar e monitorar a evolução e o desfecho do programa. Por meio da organização de um sistema de avaliação, buscam-se obter dados que permitam aferir-lo quantitativa e qualitativamente. Nesse ponto, o sistema informatizado SISCOLO destaca-se como um importante instrumento de avaliação.

Atualize-se!

O Ministério de Saúde estabeleceu vários níveis de responsabilidade para o atendimento às mulheres, desde o rastreamento na unidade básica de saúde até os níveis de mais complexidade. Você encontrará essas informações nas páginas 100 a 101 do “Caderno de Atenção Básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama” (BRASIL, 2006 c).

Para identificar como estão organizadas as ações de prevenção do câncer cervicouterino e de mama em seu território e/ou município, você precisa ter em mãos dados sobre a cobertura assistencial dessa atividade. O desafio é fazer uma análise da situação sobre a prevenção desses cânceres em seu território e/ou município, para poder propor e/ou atualizar os protocolos assistenciais.





Atividade 7

Identifique, junto à sua equipe e no sistema de informação da unidade básica de saúde (UBS) e/ou município, os seguintes dados:

1. Que ações relacionadas com a prevenção do câncer cervicouterino e de mama sua equipe desenvolve?
2. Qual é a cobertura (mulheres atingidas) feita pelas atividades de rastreamento de câncer de mama e cervicouterino promovidas pela sua equipe?
3. Qual é a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas?
4. Qual é a qualidade da coleta dos exames realizados pela sua equipe de Saúde da Família (SF) – adequabilidade e monitoramento externo?
5. Qual é o número de exames disponíveis e/ou pactuados pelo seu município (citologia oncológica, mamografia, ultrassonografia, etc.)?
6. Como é o fluxo de referência para os exames de colposcopia, mamografia, PAF, biópsias do colo uterino e de nódulos mamários?
7. Qual é o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas?
8. Quais estratégias são utilizadas para a busca ativa de mulheres que estão sem cobertura da atividade?
9. Como é feito o sistema de monitoramento para que todas as mulheres sejam avaliadas com a periodicidade necessária?
10. Como são avaliadas as atividades de prevenção de câncer cervicouterino e de mama desenvolvidas pela sua equipe de SF no município?

Sistematize e analise os dados levantados de forma a caracterizar a real situação do controle do câncer cervicouterino e de mama em sua UBS. Apresente-os à sua equipe de SF e reflita com ela sobre as estratégias de superação das dificuldades encontradas. Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.