

CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA

Normas e Manuais Técnicos

F
S.99465
23con
1989
MOTEC

SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE MINIS
STÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA S
SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE MINIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE
DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
DIVISÃO NACIONAL DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS
INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL



CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA

2.^a edição, revisada

F
WP
8/15
BKA
CONV. 2
EX. 2



Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
1989



Ministro da Saúde
SEIGO TSUZUKI

Secretário Nacional de Programas Especiais de Saúde
GENIBERTO PAIVA CAMPOS

Diretora da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DEISE NOELI WEBER KUSZTRA

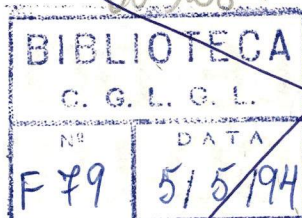
Diretor da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (respondendo)
ROMERO BEZERRA BARBOSA

Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
JOSÉ DE RIBAMAR PINTO SERRÃO

© 1989. Ministério da Saúde
Série A: Normas e manuais técnicos, 28

Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios — Bloco "G" — Térreo
70058 Brasília/DF
Telefones: (061) 226-8286 e 226-8275
Telex: (061) 1752 e 1251

Impresso no Brasil/Printed in Brazil



Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas & Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Controle do câncer cérvico-uterino e de mama/Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas & Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. — Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.

30 p.: il. — (Série A: Normas e manuais técnicos, 28).

Sumário



Apresentação	5
Introdução	7
1 — Câncer cérvico-uterino	11
1.1 — Epidemiologia do câncer cérvico-uterino	11
1.2 — Ações de controle do câncer cérvico-uterino	11
1.2.1 — Citologia do esfregaço cérvico-vaginal	12
• Técnica de colheita e preparo dos esfregaços.....	12
• Fixação do esfregaço	13
• Resultado da citologia	14
1.2.2 — Colposcopia	15
1.2.3 — Teste de Schiller	16
1.2.4 — Histopatologia	16
1.3 — Controle, seguimento e tratamento	17
2 — Câncer de mama	21
2.1 — Epidemiologia do câncer de mama	21
2.2 — Ações de controle do câncer de mama	21
2.2.1 — Auto-exame das mamas	22
2.2.2 — Exame clínico das mamas	23
2.2.3 — Exames complementares	25
3 — Ciclo gravídico-puerperal	27
4 — Bibliografia consultada	29



Apresentação

As neoplasias malignas constituem importante problema de saúde pública, principalmente em decorrência da maior exposição do brasileiro a fatores de riscos ambientais e de modificação nos hábitos de vida, em associação ao aumento do número de pessoas idosas, decorrente da maior expectativa de vida da população. Dentre as neoplasias malignas, o câncer cérvico-uterino e o de mama constituem as principais causas de óbitos na população feminina de 15 anos e mais.

A normalização das ações de prevenção e controle, nesse campo, é, sem dúvida, uma atividade estratégica dentro do processo de organização de um sistema nacional de saúde, com vistas a possibilitar que distintas instituições governamentais, mesmo ligadas a diferentes órgãos, trabalhem sob orientação única. A normalização das ações de saúde, necessárias ao controle dos agravos de maior prevalência, permite que os serviços de saúde orientem suas atividades de forma a obter um significativo impacto sobre a ocorrência desses agravos, em vez de apenas responder passivamente à demanda espontânea da população.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, responsável pela política setorial, vem trabalhando na elaboração e divulgação de manuais que procuram, de modo simples e direto, definir e justificar o conteúdo das referidas ações, normalizar os procedimentos e padronizar as condutas a serem adotadas no controle dessas neoplasias. Objetivam, ademais, oferecer material adequado para a capacitação de recursos humanos, sem a qual não se poderá garantir à população o pleno atendimento a seu direito de assistência à saúde.

A elaboração deste manual contou com a contribuição de diversos profissionais, instituições e entidades do setor saúde que desenvolvem atividades de controle do câncer cérvico-uterino e de mama.

Agora em sua 2.^a edição, este manual, revisado e atualizado, objetiva contribuir, para sistematizar a atuação dos profissionais de saúde da rede básica, e subsidiar o desenvolvimento das ações de prevenção e controle dessas neoplasias, de modo a propiciar a redução da morbimortalidade a elas vinculada. Espera-se que venha a ser posteriormente enriquecido com as contribuições oriundas da própria equipe de saúde da rede básica, de cuja atuação depende fundamentalmente o êxito das ações aqui recomendadas.

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil registrou um acentuado grau de urbanização, concentrando, atualmente, cerca de 70% de sua população em áreas urbanas. Como decorrência, observa-se hoje, no país, a existência simultânea de doenças infectocontagiosas, de doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao processo de industrialização e de suas conseqüentes agressões ao meio ambiente e ao homem.

Em 1980, as doenças crônico-degenerativas foram responsáveis por cerca da metade dos óbitos registrados no Brasil. O câncer cérvico-uterino, juntamente com o de mama, apresentaram, no período de 1978 a 1984, as maiores taxas de mortalidade, entre as mulheres. A distribuição dos óbitos por essas duas neoplasias apresenta diferenças regionais, relacionadas ao grau de desenvolvimento de cada região do país⁽⁶⁾. O câncer cérvico-uterino apresenta-se com maior freqüência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

No período de 1976 a 1980, o câncer cérvico-uterino representou a neoplasia maligna de maior freqüência relativa na população feminina, conforme demonstrado no quadro abaixo:

**Distribuição percentual das dez localizações
mais freqüentes de câncer primário, em mulheres,
no período de 1976 a 1980, no Brasil**

Localização anatômica	%
Colo do útero	23,7
Pele	23,4
Mama	16,5
Intestino grosso	4,3
Estômago	3,9
Corpo do útero	3,0
Boca	2,3
Ovário	1,8
Gânglios linfáticos	1,7
Gânglios da tireóide	1,7
Outras	17,7

Fonte: *Câncer no Brasil: dados histopatológicos, 1976-1980*. CNCC/MS, Rio de Janeiro, 1982.

Embora exista tecnologia simples e de baixo custo para a prevenção e o diagnóstico de estádios precoces do câncer cérvico-uterino, capaz de ser incorporada a todos os serviços de saúde, sua utilização sistemática ainda é reduzida e, atualmente, atinge apenas uma pequena parcela da população feminina.

Somente através de ações preventivas é possível alcançar de forma efetiva, e com baixo custo, o controle dessa doença. O exame citológico periódico do conteúdo cérvico-vaginal, realizado na fase assintomática, permite o diagnóstico precoce, principalmente da neoplasia intra-epitelial cervical (NIC), considerada lesão precursora.

Sob o ponto de vista epidemiológico, diversos estudos brasileiros, ainda que recorram a dados parciais e utilizem o número de exames citológicos realizados, têm demonstrado que a cobertura alcançada pelo teste de Papanicolaou é muito baixa. Um desses levantamentos, realizado pelo programa de Oncologia — Pro-Onco, CNCC/INAMPS, estima que, em 1987, essa cobertura, no Brasil, não ultrapassou 8% das mulheres com mais de 20 anos de idade. A Organização Mundial da Saúde — OMS estabelece que, para a obtenção do impacto epidemiológico na frequência e distribuição do câncer cérvico-uterino, é necessária uma cobertura de 85% da população feminina.

Para alcançarem a abrangência necessária ao controle da doença, as ações de prevenção devem ser exercidas integralmente por todas as instituições prestadoras de serviços de saúde, nos diversos níveis de atendimento. É fundamental a descentralização da colheita de material cérvico-vaginal, na medida em que essa prática estimula a frequência de mulheres aos serviços básicos, promovendo a expansão da cobertura. Por sua vez, a centralização do diagnóstico cito-histopatológico permite a melhoria do controle de qualidade, a unificação do sistema de informação e a racionalização dos custos.

Nos últimos anos, estudos desenvolvidos em todo o mundo vêm demonstrando que, após um exame de Papanicolaou negativo, a redução do risco cumulativo de câncer cérvico-uterino mantém-se bastante elevada nos primeiros cinco anos subsequentes, não sendo significativa a diferença observada quando esse exame é realizado a intervalos de um, dois ou três anos.

Devido à necessidade de adotar uma uniformização de conduta que permita o ajuste da demanda de exames à capacidade operativa dos serviços de saúde, com vistas ao aumento de cobertura populacional, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, através de seus organismos responsáveis, promoveram uma *Reunião de Consenso*, com a participação de especialistas dedicados ao controle do câncer cérvico-uterino, realizada no Rio de Janeiro, em 1988.

Foram reconhecidos nessa reunião, como fatores responsáveis pelos altos índices de câncer cérvico-uterino, no país, os seguintes:

- insuficiência de recursos humanos e materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento;
- utilização inadequada dos recursos existentes;
- má articulação entre os serviços de saúde na prestação de assistência dos diversos níveis de atenção;
- indefinição de normas e condutas;
- baixo nível de informação em saúde da população em geral;
- insuficiência de informações necessárias ao planejamento das ações de saúde.

Essa reunião definiu, como explicitado abaixo, a periodicidade do exame preventivo e a faixa etária a serem utilizadas no controle do câncer cérvico-uterino:

Periodicidade do exame preventivo do câncer cérvico-uterino

A periodicidade do exame de Papanicolaou, a ser adotada na ação de controle do câncer cérvico-uterino, será de *três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano.*

Faixa etária

A faixa etária priorizada é a de 25 a 60 anos, *com ênfase nas mulheres dessa faixa que nunca realizaram exame preventivo em sua vida.*

Constituem pontos importantes para o melhor funcionamento do modelo de assistência, nos sistemas estaduais de saúde, a consolidação do conceito de atenção integral à saúde da mulher e o aproveitamento máximo da capacidade instalada da rede de serviços.

Também assume papel de relevo a definição das atribuições dos diferentes componentes da equipe de saúde no atendimento clínico-ginecológico, particularmente em relação aos procedimentos de prevenção do câncer cérvico-uterino e de detecção precoce do câncer de mama. Deverá ser referida ênfase ao treinamento da clientela feminina quanto à realização do auto-exame dos seios e a conscientização dos profissionais para a importância da realização rotineira do exame clínico da mama.

O estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência, nos serviços de saúde, é imprescindível para a garantia do diagnóstico, tratamento, controle e seguimento.

Enfim, nenhuma ação de controle do câncer cérvico-uterino e de mama avançará sem a participação do componente educativo, que atinja a população de mulheres e os profissionais de saúde. Nesse processo, é de fundamental importância a participação das universidades e a definição de estratégias de comunicação social.

1 — Câncer cérvico-uterino

O câncer cérvico-uterino é uma afecção progressiva, iniciada com transformações neoplásicas intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos. Histologicamente, as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações celulares, anteriormente denominadas displasias (leve, moderada e acentuada). Atualmente, essas lesões são classificadas como neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC I, II, III), sendo que a NIC III corresponde à displasia acentuada e carcinoma *in situ*.

O principal objetivo das ações de controle do câncer cérvico-uterino é:

- prevenir o carcinoma invasivo, através da detecção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais pré-invasoras.

1.1 — EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

O câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com:

- início de atividade sexual em idade precoce;
- multiplicidade de parceiros (ambos os sexos);
- história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as decorrentes de infecções por papilomavírus (HPV 16, 18, 31 e 35) e herpesvírus tipo 2 (HSV-2);
- baixo nível socioeconômico;
- hábito de fumar;
- carências nutricionais, como a hipovitaminose A.

Todas essas variáveis caracterizam o grupo de maior risco para o câncer cérvico-uterino e devem ser consideradas na determinação da população-alvo. Ao lado dessas variáveis, é importante considerar, ainda, a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais que podem determinar um comportamento epidemiológico diferenciado.

1.2 — AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

As ações de controle do câncer cérvico-uterino envolvem atividades preventivas e curativas, a seguir discriminadas:

- consulta clínico-ginecológica;
- citologia de esfregaço cérvico-vaginal;
- teste de Schiller;
- colposcopia;
- histopatologia;
- tratamento dos processos inflamatórios e displásicos;
- encaminhamento para clínica especializada, dos casos indicados para complementação diagnóstica e ou tratamento;
- controle dos casos negativos;
- seguimento dos casos tratados.

1.2.1 — Citologia do esfregaço cérvico-vaginal

A citologia é o estudo das células descamadas, esfoliadas, no conteúdo cérvico-vaginal e visa identificar as alterações celulares que precedem o processo neoplásico.

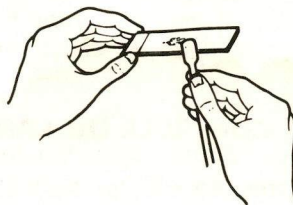
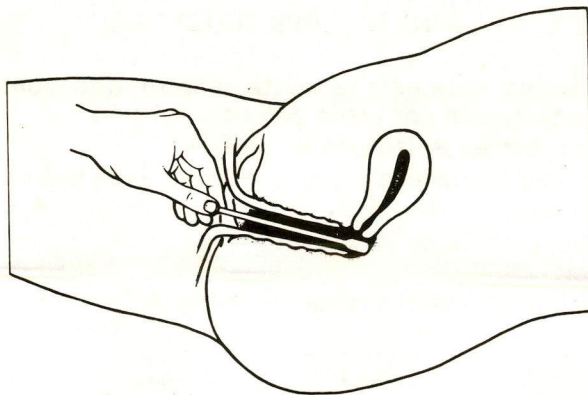
• *Técnica de colheita e preparo dos esfregaços*

Recomenda-se a colheita tríplice — *fundo de saco vaginal posterior, ectocérvice e endocérvice* — em uma única lâmina, previamente limpa e identificada por meio de lápis-diamante, ou marcador de azulejo, ou ainda lápis-grafite, no caso de a extremidade da lâmina ser fosca.

ETAPAS DA COLHEITA

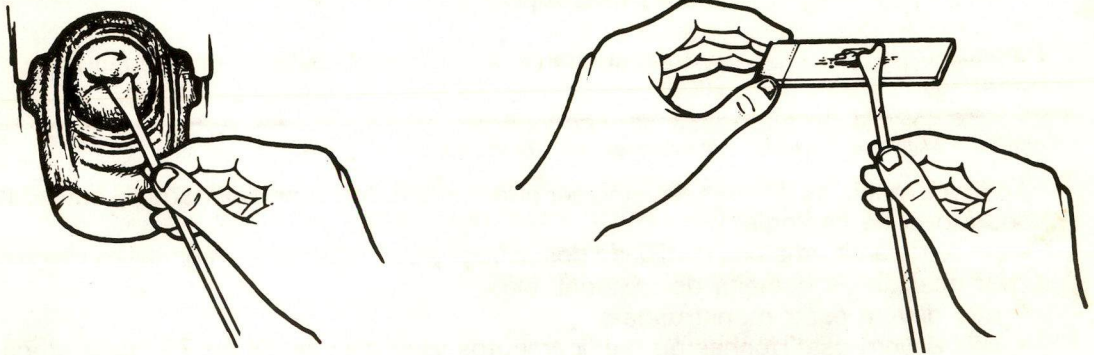
• *Local: fundo de saco vaginal posterior*

Retirar o material do fundo de saco posterior, com a extremidade arredondada da espátula de madeira, tipo Ayre ou similar, colocando-o, em seguida, na parte central da lâmina.



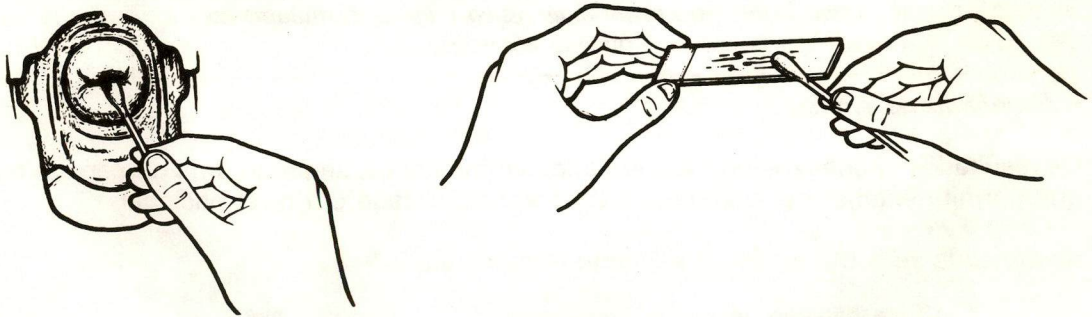
- *Local: ectocérvice (junção escamocolunar – JEC)*

Com a outra extremidade da espátula, que apresenta uma reentrância, fazer um raspado da ectocérvice, periorifical, realizando um movimento rotativo de 360°. Esse movimento deve ser firme, semelhante ao realizado numa biópsia de superfície, para destacar as células da mucosa. Em seguida, colocar o material retirado sobre a amostra do fundo de saco.



- *Local: endocérvice (canal cervical)*

Introduzir no canal cervical um cotonete levemente umedecido em soro fisiológico e colher o material com movimento rotativo. A seguir, colocá-lo sobre as duas amostras colhidas anteriormente. Distender todo o material sobre a lâmina, com o auxílio de uma espátula, de maneira delicada, a fim de que o esfregaço se apresente uniformemente distribuído e fino.



Outra opção para o preparo dos esfregaços consiste em colocar as amostras colhidas do fundo de saco vaginal posterior, ectocérvice e endocérvice na extremidade distal, no centro e na extremidade proximal da lâmina, respectivamente.

Atenção:

- em mulheres grávidas, a colheita deverá ser dupla: fundo de saco vaginal posterior e ectocérvice (independentemente do período gestacional).

- *Fixação do esfregaço*

A fixação do esfregaço visa conservar o material colhido, mantendo as características das células. Deve ser procedida imediatamente após a colheita. São três as técnicas de fixação recomendadas:

Solução fixadora***Especificação**

Álcool a 95%	Lâmina com material submerso no álcool a 95%, em vidros de boca larga.
Polietilenoglicol (Carbowax)	Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material. Deixar secar ao ar livre, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície.
Propinilglicol (Citospray)	Borrifar a lâmina com o <i>spray</i> fixador, a uma distância de 20cm.

* Consultar o *Manual de laboratório cito-histopatológico, CD/MS, 1987.*

Após a fixação, as lâminas deverão ser adequadamente acondicionadas e enviadas ao laboratório de citologia.

Visando garantir uma boa qualidade dos esfregaços, é necessário informar às clientes que, por ocasião da colheita do material, elas:

- não devem estar menstruadas;
- não devem usar duchas ou medicamentos vaginais nas 48 ou 72 horas precedentes ao dia da colheita;
- não devem manter relação sexual nas 24 horas anteriores à colheita.

A não-observação dessas recomendações pode falsear os resultados da citologia.

No momento da consulta, as clientes devem receber todas as informações pertinentes ao tipo do exame que está sendo realizado, salientando-se a importância de seu retorno à unidade de saúde para conhecimento do diagnóstico e início do tratamento, quando necessário.

• **Resultado da citologia**

Os resultados citopatológicos são emitidos em relatórios, segundo uma nomenclatura que permite estabelecer parâmetros de comparabilidade em nível nacional.

Recomenda-se a utilização da seguinte nomenclatura:*

Classificação descritiva	NIC
Negativo para células malignas	
Atipias inflamatórias	
Displasia leve	NIC I
Displasia moderada	NIC II
Displasia acentuada	NIC III
Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III
Carcinoma invasor	
Carcinoma de células escamosas	
Adenocarcinoma	
Outro tipo de células (especificar)	
Células neoplásicas de outra origem (especificar)	

* Organização Pan-Americana da Saúde. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino.* Washington, 1985. 47 p. (Série Paltext,6)

A técnica de coloração para citologia (Papanicolaou) permite, também, identificar a microflora vaginal nos esfregaços. A simples presença de um microrganismo não implica processo inflamatório, sendo necessário, para tal, que a estrutura celular apresente reações que caracterizem a inflamação.

Os resultados da análise da microbiologia vaginal devem acompanhar os resultados da citologia cérvico-vaginal, os quais serão descritos segundo a classificação abaixo:

Tipo	Microrganismo
I	Lactobacilos — com citólise — sem citólise
II	Flora mista
III	Cocóide
IV	<i>Gardnerella vaginalis</i> (<i>Haemophilus vaginalis</i>)
V	<i>Leptothrix vaginalis</i>
VI	<i>Trichomonas vaginalis</i>
VII	<i>Chlamydia trachomatis</i>
VIII	Fungos
IX	Vírus
X	Achados raros
XI	Inconclusivo

1.2.2 — Colposcopia

A colposcopia é uma técnica que permite localizar, no colo do útero, as lesões pré-malignas e o carcinoma invasivo inicial, em mulheres com citologia anormal. Não deve ser utilizada isoladamente como método de detecção de um processo neoplásico.

A colposcopia tem, portanto, indicações precisas, quais sejam:

- diagnóstico diferencial de lesões benignas e malignas;
- orientação do local correto para biópsia;
- seguimento das pacientes portadoras de lesões atípicas.

As imagens colposcópicas são agrupadas de acordo com os seguintes aspectos:

- a) **aspectos fisiológicos:** são consideradas as variações fisiológicas da mucosa de revestimento do colo do útero — a mucosa ideal da ectocérvice (“original”, segundo Hinselmann) —, a ectopia da mucosa endocervical, a zona de transformação normal e as modificações características da gravidez;
- b) **aspectos colposcópicos relacionados com processos malignos:** compreendem os aspectos peculiares do epitélio atípico do colo do útero — leucoplasia, mosaico, vascularização atípica, pontilhado, epitélio branco;
- c) **aspectos patológicos sem relação com malignidade:** são aspectos característicos dos processos inflamatórios — pontilhado vermelho em focos ou generalizado (colpite e cervicite).

Nomenclatura internacional dos aspectos colposc6picos*

Aspectos normais	<ul style="list-style-type: none">• Epit6lio escamoso• Epit6lio glandular• Transforma73o t6pica
Aspectos anormais	<ul style="list-style-type: none">• Transforma73es at6picas<ul style="list-style-type: none">– epit6lio branco– mosaico– pontilhado– leucoplasia– vasos at6picos• Suspeita de invas3o• Miscel4nea<ul style="list-style-type: none">– processos inflamat6rios– eros3o– epit6lio atrofico– p6lipos, papilomas, condilomas etc.

* Nomenclatura internacional dos aspectos colposc6picos, convencionada no II Congresso Mundial de Patologia Cervical e Colposcopia. GRAZ - 17/10/1975.

1.2.3 – Teste de Schiller

O teste de Schiller permite diferenciar as altera73es da mucosa c6rvico-vaginal, dada a propriedade que t6m as c6lulas de se impregnarem com uma solu73o de Lugol (corando-se em grau vari4vel, conforme o teor de glicog6nio que cont6m). Esse teste deve ser realizado na fase final do exame colposc6pico. A interpreta73o do teste de Schiller 6 feita com base no grau de fixa73o do iodo pelas c6lulas, como descrito a seguir:

Imagem	Interpreta73o
Iodo positivo	Schiller negativo
Iodo claro	Schiller negativo
Iodo negativo	Schiller positivo
Iodo mudo*	Schiller positivo

* Esta imagem geralmente n3o apresenta altera73o epitelial significativa.

O teste de Schiller n3o deve ser utilizado, isoladamente, como m6todo de detec73o de um processo neopl4sico.

1.2.4 – Histopatologia

O diagn6stico de certeza de uma neoplasia maligna 6 estabelecido a partir do resultado do exame histopatol6gico de uma amostra de tecido, obtida atrav6s de bi6psia.

Assim, toda paciente com diagn6stico de NIC II e III e carcinoma invasivo deve ser submetida a uma bi6psia do colo uterino, a fim de ter a confirma73o desse diagn6stico.

O material (peça) para biópsia é obtido através de biópsia dirigida, biópsia em cone e curetagem endocervical.

Biópsia dirigida

Este procedimento deve ser orientado pela colposcopia ou, na falta desta, pelo teste de Schiller.

O fragmento deve ser retirado de maneira adequada, em quantidade suficiente, nas áreas onde há suspeita de malignidade.

Imediatamente após sua retirada, as amostras devem ser submersas na solução fixadora (formol a 10%), em recipiente que permita sua introdução e retirada sem, no entanto, provocar distorção tecidual.

Biópsia em cone (conização)

É um procedimento que consiste no estudo de cortes seriados e ou escalonados de material obtido através de cirurgia; requer hospitalização e tem sido utilizado, com frequência, no tratamento da neoplasia intra-epitelial.

Curetagem endocervical

A curetagem endocervical é indicada para diagnosticar as lesões que a colposcopia não consegue visualizar.

Deve ser realizada com uma cureta especialmente idealizada para essa finalidade. Todo material colhido — fragmento de tecido, muco etc. — deve ser imediatamente submerso em solução fixadora (formol a 10%).

Resultado da histopatologia

Os resultados histopatológicos devem ser expressos segundo uma nomenclatura que permita a correlação cito-histológica.

Recomenda-se a utilização da seguinte nomenclatura:

Classificação descritiva	Classificação da neoplasia intra-epitelial cervical*
Displasia leve	NIC grau I
Displasia moderada	NIC grau II
Displasia acentuada	NIC grau III
Carcinoma <i>in situ</i>	NIC grau III
Carcinoma microinvasivo	Carcinoma microinvasivo
Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo

* Organização Pan-Americana da Saúde. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*. Washington, 1985. 47 p. (Série Pal-tex, 6)

1.3 — CONTROLE, SEGUIMENTO E TRATAMENTO

Os diversos procedimentos para o controle, seguimento e tratamento de pacientes deverão ser realizados de acordo com o grau de complexidade de cada unidade de saúde.

As pacientes com resultados citopatológicos de NIC I, II e III e carcinoma invasivo devem ser submetidas a procedimentos adicionais de diagnóstico e ou terapêutica, o mais rapidamente possível.

O intervalo entre a primeira colheita e o diagnóstico final e tratamento não deve exceder de 30 a 60 dias.

CONDUTA PARA O CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO, DE ACORDO COM O RESULTADO DA CITOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL

Citologia negativa para células neoplásicas

A cliente deve repetir o exame após um ano. Persistindo o resultado negativo, deve-se espaçar a periodicidade para três anos.*

Citologia inflamatória

O processo inflamatório deve ser tratado de acordo com a etiologia, segundo o *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*, do Ministério da Saúde.

O controle das clientes obedece às recomendações da *Reunião de Consenso* (Rio de Janeiro, 1988).

Citologia com diagnóstico de NIC I (displasia leve)

As pacientes com displasia leve devem ter um seguimento semestral. Os processos inflamatórios associados devem ser tratados segundo o *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*, do Ministério da Saúde.

Citologia com diagnóstico de NIC II (displasia moderada)

As pacientes com displasia moderada devem ser submetidas à colposcopia e biópsia. Se houver discordância de diagnóstico, o caso deve ser reavaliado, repetindo-se a citologia:

- a) se seu resultado for negativo, realizar cauterização de toda a zona de transformação;
 - b) se seu resultado persistir anormal, a paciente deve ser referida para conização.
- O seguimento das pacientes deve ser trimestral.

Citologia com diagnóstico de NIC III (displasia acentuada ou carcinoma *in situ*)

As pacientes com diagnóstico de displasia acentuada ou carcinoma *in situ* devem ser submetidas a procedimentos de confirmação de diagnóstico.

O tratamento desses casos dependerá dos resultados histopatológicos (colposcopia, teste de Schiller, biópsia dirigida e ou conização).

O seguimento das pacientes deve ser agendado de acordo com a natureza de cada caso.

* *Reunião de Consenso* — periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. Rio de Janeiro, 1988.

Citologia com diagnóstico de carcinoma invasivo

As pacientes com diagnóstico de carcinoma invasivo devem ser referidas para os níveis de maior complexidade (hospitais gerais ou especializados), onde receberão tratamento definitivo.

Os exames de citologia cérvico-vaginal que apresentem resultados insatisfatórios ou inconclusivos devem ser repetidos imediatamente, considerando a causa da falha notificada.

Resumo das condutas de controle, seguimento e tratamento

Resultado citopatológico	Conduta
Negativo para células neoplásicas	Controle anual ou trienal*
Citologia com atipias inflamatórias	Tratar o processo inflamatório. Controle anual ou trienal*
Citologia com displasia leve	Tratar o processo inflamatório associado. Seguimento semestral
Citologia com displasia moderada	Realizar colposcopia e biópsia. Seguimento trimestral
Citologia com displasia acentuada ou carcinoma <i>in situ</i>	Realizar procedimentos de confirmação diagnóstica. Seguimento de acordo com a natureza de cada caso.
Citologia com diagnóstico de carcinoma invasivo	Referir para níveis de maior complexidade
Insatisfatório ou inconclusivo	Repetir o exame

* Para aquelas clientes que fazem o exame preventivo (controle anual), com duas citologias negativas, a periodicidade do controle deve ser de três anos.

2 – Câncer de mama

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama no estágio de pré-invasão pode ter influência significativa na diminuição da respectiva mortalidade. Após esse estágio, a eficácia do tratamento local é reduzida.

O estágio pré-invasor do câncer de mama é longo, podendo durar meses ou mesmo anos. Esse é o motivo da importância da intensificação das ações de detecção, mais freqüentemente naquelas mulheres consideradas como de maior risco.

2.1 – EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama está relacionado a fatores que, atuando isolada ou simultaneamente, definem o grupo de risco para esse tipo de câncer:

- história familiar de câncer mamário;
- primeira gestação tardia;
- nuliparidade;
- disfunções hormonais;
- história de patologia mamária benigna (displasias mamárias).

E, ainda, com relativa significação epidemiológica:

- obesidade;
- menarca precoce;
- menopausa tardia;
- não-lactação;
- alimentação rica em gorduras;
- exposição a radiações ionizantes.

2.2 – AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

As ações de controle do câncer de mama têm como principal objetivo a detecção precoce de alterações que podem sugerir ou constituir uma neoplasia.

É importante lembrar que, quanto mais precocemente for diagnosticado o câncer de mama, melhor será o prognóstico, e mais longa a sobrevivência da paciente.

Compõem as ações de controle do câncer de mama:

- auto-exame das mamas;
- exame clínico das mamas;
- exames complementares.

2.2.1 – Auto-exame das mamas

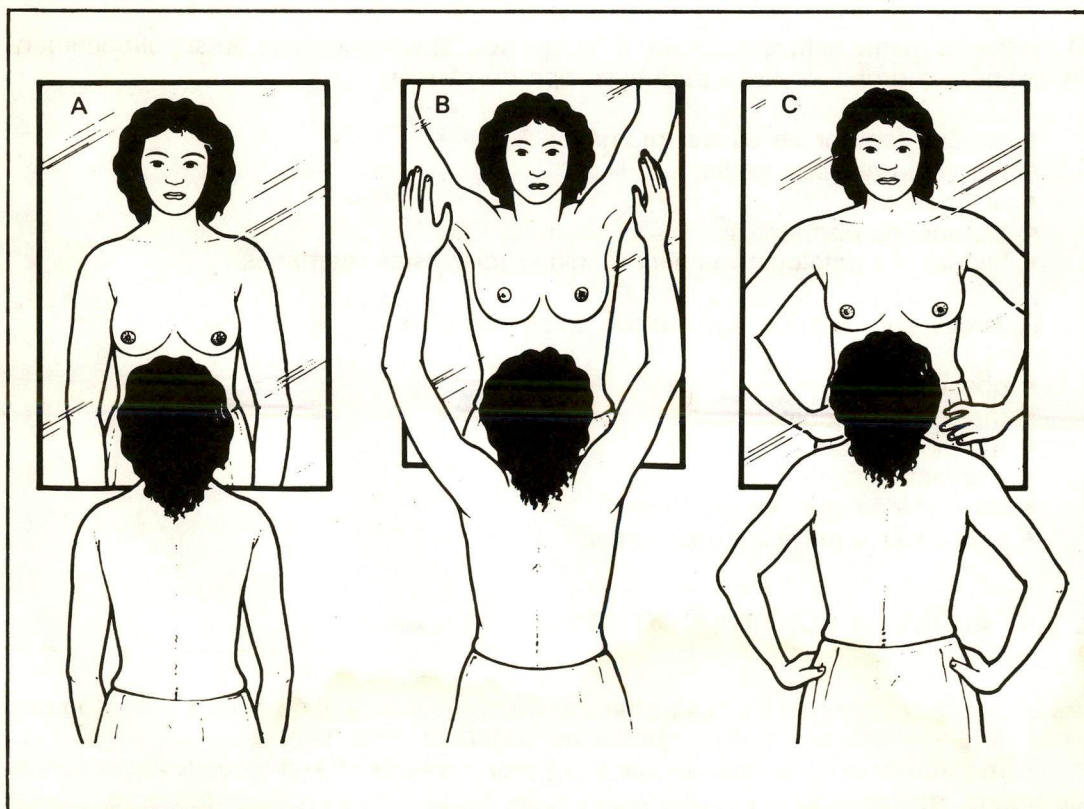
É um procedimento que permite à mulher participar do controle de sua saúde, uma vez que a realização rotineira desse procedimento permite identificar, precocemente, alterações nas mamas.

A técnica para a realização do auto-exame deve ser ensinada pelos profissionais de saúde durante a consulta ginecológica ou em reuniões educativas.

Etapas do auto-exame

INSPEÇÃO ESTÁTICA EM FRENTE AO ESPELHO

- a) a mulher deve estar em pé, desnuda, braços estendidos ao longo do tronco. Deve observar as mamas e estabelecer comparações de uma para outra, em relação ao tamanho, posição, cor da pele, retrações ou qualquer outra alteração (v. Fig. A);
- b) em seguida, a mulher deve levantar os braços sobre a cabeça e fazer as mesmas comparações, observando, ainda, se existe projeção de massa tumoral (v. Fig. B);
- c) finalmente, a mulher deve colocar as mãos nos quadris, pressionando-os, para que fique salientado o contorno das mamas. Esse procedimento evidencia retrações, que podem sugerir a presença de processo neoplásico (v. Fig. C).



PALPAÇÃO

Para realizar a palpação, a mulher deve estar deitada com o ombro sobrelevado. Assim, para examinar a mama direita, deve colocar sob o ombro direito um travesseiro ou toalha dobrada e, com a mão esquerda, realizar a palpação da mama e da região axilar. Após a palpação, a mulher deve pressionar os mamilos, procurando verificar a presença de secreção. Procedimento similar deve ser realizado na mama esquerda, após colocar sob o ombro esquerdo um travesseiro ou toalha dobrada.



A palpação da mama também pode ser efetuada em pé, durante o banho, por exemplo. Nesse caso, a mulher deve realizá-la com o braço elevado, repetindo os procedimentos anteriores.

Periodicidade do auto-exame

O auto-exame deve ser realizado mensalmente, após a menstruação, período em que as mamas não apresentam edema.

Para mulheres que não menstruam, recomenda-se fazer o auto-exame na primeira semana de cada mês.

As mulheres devem estar alerta para as seguintes observações:

- as mamas nem sempre são rigorosamente iguais;
- o auto-exame não substitui o exame ginecológico de rotina;
- a presença de um nódulo mamário não é obrigatoriamente indicadora de neoplasia maligna;
- em grande percentual dos casos, é a própria mulher que descobre a sua patologia mamária.

2.2.2 — Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas deve ser uma rotina no exame ginecológico e tem como objetivo a detecção de neoplasia maligna ou qualquer outra patologia incidente.

O exame das mamas requer momentos propedêuticos obrigatórios, mesmo que, à simples inspeção, elas aparentem normalidade.

Momentos propedêuticos

INSPEÇÃO

A inspeção deve ser feita com boa fonte de iluminação natural ou artificial, com a paciente em pé ou sentada, a qual deve ser observada, primeiramente, com os braços ao longo do tronco; após, com os braços levantados, e, finalmente, com as mãos nos quadris.

Atentar para:

- forma, volume, simetria e retrações das mamas;
- coloração e alterações da pele;
- auréolas, mamilos e papilas.

PALPAÇÃO

A palpação deve estender-se desde a linha médio-esternal até a clavícula e, lateralmente, até o início da região dorsal. Deve ser realizada em dois momentos:

1.º) **paciente deitada, ombro sobrelevado** — palpar a mama em toda sua extensão, deslizando os dedos sobre a pele, a fim de sentir o parênquima mamário.

Atentar para a presença de nódulos.

2.º) **paciente sentada** — palpar profundamente as cadeias linfáticas, com atenção especial para as fossas supraclaviculares e região axilar.

Atentar para a presença de linfonodos.

EXPRESSÃO

Esta é uma etapa subsequente à palpação e permite detectar a presença de secreção.

A presença de secreção papilar pode estar associada a processo inflamatório, lesão benigna ou maligna.

Atentar para a presença e característica da secreção — se purulenta, serosa ou sanguinolenta, colher material para exame citopatológico.

Achados clínicos que podem ser identificados durante o exame das mamas e que devem ser esclarecidos

Achados clínicos	Sugestivo de malignidade	Sugestivo de benignidade
Nódulo duro, evidente	Único	Múltiplo
Ductos firmes, dispostos radialmente	Não	Sim (doença cística)
Ingurgitamento venoso	Unilateral	Bilateral

Achados clínicos	Sugestivo de malignidade	Sugestivo de benignidade
Desvio da papila	Unilateral	Bilateral
Erosão da papila	Unilateral	Bilateral
Retração da pele	Sim	Não
Fixação à parede torácica	Sim	Não
Pele semelhante a casca de laranja	Sim	Não
Descarga sanguinolenta	Sim	Sim (papiloma)
Nódulos axilares e ou supraclaviculares	Sim	Não
Massa regular, móvel, escorregadia	Não	Sim (fibradenoma)
Massa tenra, renitente	Não	Sim (cisto)
Sinais de inflamação	Fora do puerpério	Durante a lactação

Periodicidade do exame clínico

O exame clínico das mamas deve ser realizado com a seguinte periodicidade:

- mulheres sem risco — anualmente;
- mulheres com risco — semestralmente;
- mulheres que detectaram anormalidade no auto-exame — imediatamente.

2.2.3 — Exames complementares

Citopatologia de mama

A citopatologia é um procedimento de grande importância no diagnóstico das patologias mamárias.

O material para os esfregaços citológicos é obtido pela descarga papilar, espontânea ou provocada, e, se possível, por citopunção.

SUPORTES DE DIAGNÓSTICO

- exame clínico;
- exame radiológico;
- exame citopatológico.

Mamografia

A mamografia é um procedimento diagnóstico que permite identificar alterações ou sinais de malignidade nas mamas, quando ainda não-perceptíveis ao exame clínico.

O diagnóstico é feito a partir das características das imagens radiológicas. A lesão benigna é homogênea, de bordas lisas, e não apresenta mudanças secundárias nas mamas. A lesão maligna apresenta-se como uma massa irregular e causa alterações secundárias nas mamas e na pele (aumento de vascularização, calcificações etc.).

A mamografia não substitui o exame clínico, mas lhe serve de complemento.

O uso da mamografia como método de rastreamento deve ser limitado a mulheres que se enquadrem no grupo de risco para câncer de mama.

Termografia

A termografia é um procedimento diagnóstico que se caracteriza, principalmente, por permitir visualizar alterações de forma e curso dos vasos e fluxos sanguíneos.

É um método importante para o diagnóstico precoce do câncer de mama e deve ser utilizado como complemento do exame clínico, principalmente para selecionar pacientes jovens que tenham indicação para a mamografia.

3 – Ciclo gravídico-puerperal

Os procedimentos para o controle do câncer cérvico-uterino e de mama, no ciclo gravídico-puerperal, são os mesmos aplicados à não-gestante: citologia, colposcopia, teste de Schiller e exame clínico da mama.

As condutas para controle e seguimento são idênticas àquelas adotadas para as pacientes não-gestantes, exceto nas NIC I e II (displasias leve e moderada), que terão o seguimento a cada três ou seis meses, como reavaliação após o puerpério.

Evitar radiografar as mamas; se isto for indispensável, fornecer à paciente traje protetor.

Quanto à terapêutica, devem ser consideradas duas situações, em relação ao diagnóstico:

- **nos processos inflamatórios**, o tratamento específico deve ser instituído levando-se em conta as contra-indicações na gestação;
- **nas neoplasias malignas**, seja da mama ou da cérvix, a gestante deve ser esclarecida e consultada quanto à conduta terapêutica a ser instituída.

4 — Bibliografia consultada

- 1 — BAMFORTH, J. *Cytological diagnosis in medical practice*. London, J.S.A. Churchill, 1966, 246 p.
- 2 — BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle de doenças sexualmente transmissíveis (DST)*. Brasília, DINSAMI/MS, 1985. 70 p.
- 3 — BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de procedimentos em enfermagem toco-ginecológica preventiva*. Normas e instruções. Brasília, DINSAMI/MS, 1985.
- 4 — BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de normas para controle do câncer cérvico-uterino*. Brasília, DNDCD/MS, 1980.
- 5 — BRASIL. Ministério da Saúde (CNCC, DNDCD, DINSAMI) e Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS/Pro-Onco). Doc. *Reunião de consenso — periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino*. Rio de Janeiro, 1988.
- 6 — BRUMINI, R. et alii. *Câncer no Brasil: dados histopatológicos, 1976/1980*. Rio de Janeiro, CNCC/MS, 1982, 433 p.
- 7 — BOLETIM INFORMATIVO DNC/MS. *Câncer cérvico-uterino no ciclo gravídico-puerperal*. Brasília, 1976.
- 8 — CYTOLOGY, Abstract Library-Hints to obtain an adequate cervical smear. *California Publication* (117) Aug. 1973.
- 9 — CUNHA, M. P. et alii. *Normas e instruções para a colheita do material cérvico-uterino*. Brasília, DNDCD/MS, 1976.
- 10 — HAUNES, D. M. et alii. *Essentials of the gynecologic history and examination*. Louisville, s. d.
- 11 — KOSS, L. *Cytological diagnostic and its histologic basis*. 3. ed. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1972.
- 12 — LEAVELL H. & CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro, McGraw Hill, 1976.
- 13 — MONTORO, A. F. et alii. *Prevenção e detecção do câncer de mama*. São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, 1979, 234 p.
- 14 — MOSS, S. M. & DAY, M. *Screening intervals and identification of higher risk groups for cervical cancer. Meeting on prevention and control of cancer of the cervix uteri*. Geneva, 1985.
- 15 — ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*. Washington, 1972, 62 p. (Publicação científica, 248.)

- 16 – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Seminário sobre registro de câncer na América Latina*. Washington, 1970, 163 p. (Publicação científica, 215.)
- 17 – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*. Washington, 1985. 47 p. (Paltex, 6)
- 18 – PAPANICOLAOU, G. N. *Atlas of exfoliative cytology*. Cambridge, 1954.
- 19 – RIOTTON, G. et alii. *Cytology of the female genital tract*. Geneva, W.H.O., 1973, 41 p.
- 20 – SALGADO, C. et alii. *Colposcopia*. Rio de Janeiro, 1984, 133 p.
- 21 – SEMINÁRIO Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama. Relatório final, CNCC/OPS, Rio de Janeiro, 1985.
- 22 – SILVEIRA, J. G. et alii. *Curso de cancerologia aplicada à ginecologia*. Porto Alegre, Metrópole, 1982, 252 p.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

- Maria das Mercês Pontes Lima Cunha — UFPe/CNCC/MS
- Edeltrudes Becker — DINSAMI/MS

ASSESSORIA TÉCNICA

- Dóris Motta Pellanda — DINSAMI/MS
- Ana Maria Costa — DINSAMI/MS
- Romero Bezerra Barbosa — DNDCCD/MS
- Helena Restrepo — OPS
- Carlos Varilla — INAMPS/MPAS
- Iva da Costa Rosa — INAMPS/MPAS
- Mário Jaconianni — INAMPS/MPAS
- Sonia Maria Alves — INAMPS/MPAS

REVISÃO TÉCNICA

- Evaldo de Abreu — CNCC/MS
- José Antonio Ribeiro Filho — Sociedade Brasileira de Mastologia
- Maria das Mercês Pontes Lima Cunha — UFPe/CNCC/MS
- Maria de Fátima Costa Lopes — DINSAMI/MS
- Romero Bezerra Barbosa — DNDCCD/CNCC/MS

ILUSTRAÇÕES

- Fernando Castro Lopes

DIAGRAMAÇÃO

- Nathercia Martinelle — CNCC/MS

EDIÇÃO — CD/SG/MS

- Napoleão Marcos de Aquino (editor, copidesque, revisor)
- Orlando Ribeiro Gonçalves (consultor)

Nº TOMBO PERIÓDICO	Nº/ANO	DATA EMPRÉSTIMO	DATA DEVOLUÇÃO
02 OUT 1997			
20/9/2001			
13/10/2001			
25/8/03			
02/09/03			
21/11/03			
21/11/03			
01/12/03			
29/1/04			
25/06/09			

FUNDAÇÃO
DAS PIONEIRAS
SOCIAIS



DEPARTAMENTO
DE DOCUMENTAÇÃO
E INFORMAÇÃO/BIBLIOTECA

DAS
Ficha do Livro

AUTOR
AUT SAÚDE, MINISTÉRIO
TÍTULO CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO -
TÍT -UTERINO E DE MAMA
F
DATA DEVOL. | NOME DO LEITOR | Nº | FIT |
14/12/107 | A.A. | | |

F Nº REGISTRO
WP F. 79/1994
815 Ex. 2
BRA
CON
CARO LEITOR,

ESTE LIVRO DEVERÁ SER DEVOLVIDO À BIBLIOTECA NA ÚLTIMA DATA ASSINALADA NA PAPELETA, PODENDO TER O PRAZO PRORROGADO, CASO NÃO ESTEJA SENDO PROCURADO POR OUTRO LEITOR.

EM SITUAÇÃO DE DANO OU EXTRAVIO, O LEITOR DEVERÁ PROVIDENCIAR A REPOSIÇÃO DE OUTRA PUBLICAÇÃO DO MESMO TÍTULO OU DE IGUAL VALOR ATUALIZADO, A SER ESCOLHIDA PELA BIBLIOTECA.

616
B8
ME