

PARÂMETROS TÉCNICOS PARA PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DA MAMA

Recomendações para Gestores Estaduais e
Municipais

© 2006 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Ministério da Saúde (MS)

Agenor Álvares

Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)

José Gomes Temporão

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV)

Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

Divisão de Atenção Oncológica (DAO)

Roberto Parada

Tiragem: 25.000 exemplares

Criação, Redação e Distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer

Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro

20230-130 - Rio de Janeiro - RJ

Home page: www.inca.gov.br

Elaboração

Coordenação de Prevenção e Vigilância

Rua dos Inválidos, 212 - 3º andar - Centro

20231-020 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (0xx21) 3970-7400

E-mail: conprev@inca.gov.br

Impressão

Gráfica Esdeva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

B823p Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. - Rio de Janeiro: INCA, 2006.

30 p. : il.

Bibliografia: p. 29-30.

ISBN 85-7318-118-4

1. Neoplasias mamárias - prevenção & controle. 2. Condutas terapêuticas. 3. Política de saúde. I. Título.

CDD-616.99449

Catálogo na fonte - Coordenação de Ensino e Divulgação Científica

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

PARÂMETROS TÉCNICOS PARA PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DA MAMA

Recomendações para Gestores Estaduais e
Municipais

Rio de Janeiro, RJ

2006

Equipe de elaboração

Daniele Pinto da Silveira - DAO / CONPREV / INCA

Regina Dumas - DAO / CONPREV / INCA

Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva - DAO / CONPREV / INCA

Colaboração

Carlos Frederico de Freitas Lima - Hospital do Câncer III (HC III) / INCA

César Augusto Lasmar Pereira - HC III / INCA

Elizete Martins dos Santos - HC III / INCA

Ellyete de Oliveira Canella - HC III / INCA

Giani Silvana Scwengber Cezimbra - Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE) / SAS / MS

Revisão científica

Tania Chalhub - Serviço de Divulgação Científica (SDC) / Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC) / INCA

Revisão de texto

Maria Helena Rossi Oliveira - SDC / CEDC / INCA

Edição

Silvia Costa - SDC / CEDC / INCA

Normalização

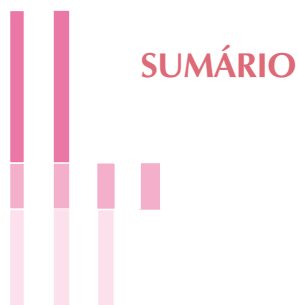
Silvia Olivier Dalston - SDC / CEDC / INCA

Fotos

Carlos Augusto Sousa Leite - Seção de Produção de Material Educativo / SDC / CEDC / INCA

Capa, projeto gráfico e diagramação

Marcelo Mello Madeira - SDC / CEDC / INCA



APRESENTAÇÃO	07
1. RECOMENDAÇÕES DO "CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA: DOCUMENTO DE CONSENSO"	09
1.1. Detecção precoce: recomendações para o rastreamento de mulheres assintomáticas	09
1.2. Diagnóstico	10
1.2.1. Recomendações e condutas no diagnóstico das lesões palpáveis da mama	10
1.2.2. Diagnóstico das lesões suspeitas	10
1.2.3. Diagnóstico das lesões não-palpáveis	10
1.3. Condutas nas lesões não-palpáveis preconizadas pelo consenso sobre o controle do câncer da mama	11
2. LINHAS DE CUIDADO PARA O CÂNCER DA MAMA	13
3. METODOLOGIA PARA O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE OFERTA DE SERVIÇOS	17
3.1. Mulheres de 35 anos de idade ou mais, com risco elevado para câncer da mama	17
3.2. Mulheres de 40 a 49 anos de idade	18
3.3. Mulheres de 50 a 69 anos de idade	19
3.4. Considerações sobre o universo quantitativo	21
4. INSTRUMENTOS DE GESTÃO	23
BIBLIOGRAFIA	29



Este documento traz, de forma sintética, o conteúdo do *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso* (INCA, 2004) e o *Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005 - 2007*. Tem como objetivo orientar quanto às condutas clínicas e contribuir com o planejamento da assistência para mulheres assintomáticas e com alterações no exame clínico das mamas e no exame mamográfico. Do *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso* são apresentadas as recomendações para rastreamento de mulheres assintomáticas, para diagnóstico e as condutas preconizadas por Categoria BI-RADS®. Em relação ao *Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005 - 2007*, são apresentados os parâmetros para programação da atenção ao câncer da mama.

Para a organização das ações de prevenção e o controle do câncer da mama nos estados e municípios, fez-se necessário integrar as normas e recomendações técnicas do *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso* com os parâmetros assistenciais para procedimentos de rastreamento e diagnóstico. Pretende-se assim que as informações aqui contidas sirvam de base para que os gestores estaduais e municipais possam planejar a atenção ao câncer da mama em nível loco-regional. Esses parâmetros técnicos não têm caráter limitante e devem ser encarados como referências para a programação de ações de detecção precoce do câncer da mama em todo território nacional.





1 RECOMENDAÇÕES DO “CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA: DOCUMENTO DE CONSENSO”

1.1. DETECÇÃO PRECOCE: RECOMENDAÇÕES PARA O RASTREAMENTO DE MULHERES ASSINTOMÁTICAS

- **Exame Clínico das Mamas:** para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual.
Esse procedimento também é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária.
- **Mamografia:** para mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.
- **Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual:** para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer da mama.

São consideradas mulheres com risco elevado para o desenvolvimento do câncer da mama:

- ▶ Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer da mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- ▶ Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer da mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- ▶ Mulheres com história familiar de câncer da mama masculino;
- ▶ Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.



1.2. DIAGNÓSTICO

1.2.1. Recomendações e condutas no diagnóstico das lesões palpáveis da mama

- **Mulheres com menos de 35 anos de idade:** a ultra-sonografia (USG) é o método de escolha para avaliação das lesões palpáveis nesse grupo etário.
- **Mulheres com 35 anos de idade ou mais:** a mamografia é o método recomendado. O exame mamográfico pode ser complementado pela ultra-sonografia em determinadas situações clínicas, especificadas no *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso* (INCA, 2004). A ultra-sonografia complementar não deve ser solicitada nas lesões Categorias 2 e 5 (BI-RADS®).

1.2.2. Diagnóstico das lesões suspeitas

- **Lesões palpáveis com imagem negativa (mamografia e ultra-sonografia):** investigação com Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), Punção por Agulha Grossa (PAG) ou Biopsia Cirúrgica.

1.2.3 Diagnóstico das lesões não-palpáveis

- Conforme as recomendações do *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso* (INCA, 2004), a conduta nas lesões não-palpáveis segue a proposta do *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR).
- As categorias BI-RADS® para o exame mamográfico são apresentadas a seguir de forma sucinta, no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias BI-RADS® e condutas

Categoria	Interpretação	VPP	Conduta
0	Incompleto Necessita de avaliação abdominal	13%*	Avaliação adicional por imagem ou comparação com exames anteriores
1	Negativo Não há nada a comentar	—	Controle conforme item 1.1
2	Benigno	0%*	Controle conforme item 1.1
3	Provavelmente Benigno	2%*	Inicialmente repetir em 6 meses (eventualmente biopsia)
4 (A, B, C)	Suspeito	30%*	Biopsia
5	Altamente sugestivo de malignidade	97%*	Biopsia
6	Biopsia conhecida Malignidade comprovada	—	—

*Orel SG, Kay N, Reynolds C, Sullivan DC. *Radiology* 211(3),1999.

Fonte: Adaptado de *Breast Imaging Reporting and Data System: BI-RADS®. 4th. ed. American College of Radiology, 2003.*

1.3. CONDUTAS NAS LESÕES NÃO-PALPÁVEIS PRECONIZADAS PELO CONSENSO SOBRE O CONTROLE DO CÂNCER DA MAMA

- **Categoria 3 (BI-RADS®):** 2 controles radiológicos com intervalo de 6 meses, seguidos de 2 controles com intervalo de 1 ano.
- **Categoria 4 (BI-RADS®):** estudo histopatológico, através de Punção por Agulha Grossa (PAG), mamotomia ou biopsia cirúrgica.
- **Categoria 5 (BI-RADS®):** estudo histopatológico, através de Punção por Agulha Grossa (PAG), mamotomia ou biopsia cirúrgica.


A correlação entre a análise do procedimento e a conduta está resumida no Quadro 2.

Quadro 2 - Conduta nos casos discordantes - Lesões Categorias 4 e 5 (BI-RADS®)

Categoria	Resultado da PAG ou MT*	Análise do Procedimento	Indicação
4	Benigno	PAG ou MT adequada	Controle mamográfico no primeiro ano de 6 em 6 meses, e após anualmente
4	Benigno	PAG ou MT não adequada	Biopsia cirúrgica
4	Carcinoma <i>in situ</i> , <i>radial scar</i> , hiperplasia atípica ou se houver solicitação de mais material pelo patologista	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Biopsia cirúrgica
4	Carcinoma infiltrante	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Tratamento
5	Benigno	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Biopsia cirúrgica
5	Carcinoma <i>in situ</i> , <i>radial scar</i> , hiperplasia atípica ou se houver solicitação de mais material pelo patologista	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Biopsia cirúrgica
5	Carcinoma infiltrante	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Tratamento

*PAG=Punção por Agulha Grossa (Core Biopsy); MT= Mamotomia.

Fonte: Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. INCA, 2004.



2 LINHAS DE CUIDADO PARA O CÂNCER DA MAMA

A seguir, de forma sintética, serão apresentadas as linhas de cuidado do câncer da mama, construídas com base nas recomendações do *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso* (INCA, 2004).

Como apresentados no Quadro 1, os resultados do exame mamográfico são classificados de acordo com o BI-RADS®. Esse sistema de classificação utiliza categorias de 0 a 6 e incorpora uma recomendação específica para cada uma. Particularmente importante nessas linhas de cuidado é a categoria 3, cuja recomendação é a repetição da mamografia em 6 meses, tendo impacto importante na estimativa de exames mamográficos. A categoria 0 também merece atenção, porque corresponde a uma avaliação incompleta, sendo indicada avaliação adicional com ultra-sonografia ou mesmo uma complementação da mamografia com compressão localizada, magnificação ou incidências especiais.

As linhas de cuidado não representam um protocolo clínico, mas fornecem uma referência para prever um conjunto mínimo de procedimentos e estimar custos. Em algumas situações particulares, pode haver necessidade de procedimentos complementares, como ecografia bilateral das mamas e biopsias (punção aspirativa por agulha fina, punção por agulha grossa ou biopsia cirúrgica), em fases iniciais das linhas de cuidado, o que não está previsto no desenho proposto na Figura 1 (Nível Primário de Atenção). A determinação do tipo de procedimento de investigação diagnóstica complementar que será utilizada depende do tipo de lesão encontrada nos achados clínicos ou radiológicos: lesões palpáveis e lesões não-palpáveis.

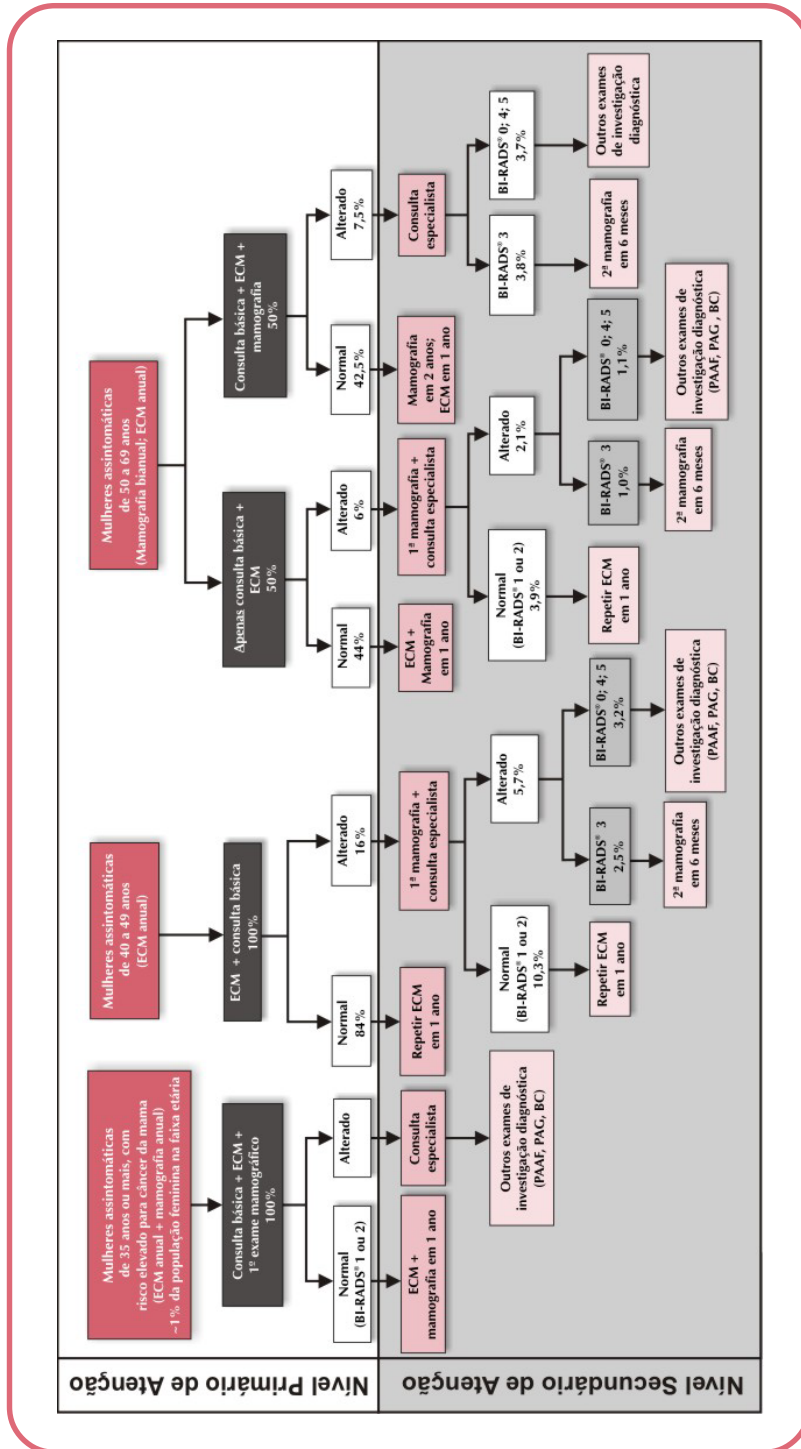


Figura 1 - Recomendações para condutas frente a pacientes assintomáticas

Nota técnica:

- PAAF = Punção Aspirativa por Agulha Fina.
- PAG = Punção por Agulha Grossa (Core Biopsy).
- BC = Biopsia Cirúrgica.

No momento, encontra-se ainda em fase de desenvolvimento um sistema de informação sobre câncer da mama que permitirá a obtenção de dados nacionais sobre a distribuição dos resultados dos principais exames de rastreamento do câncer da mama: o exame clínico das mamas e a mamografia. Esse documento representa, assim, um esforço em obter a melhor aproximação possível do que se espera encontrar nos resultados dos exames de rastreamento, a partir da sua implantação em âmbito nacional.

As estimativas de necessidade de exames, aqui apresentadas, se baseiam em resultados de estudos nacionais e internacionais e na experiência de programas de rastreamento populacional de outros países, principalmente Canadá, EUA e Reino Unido.


Devido a todas estas questões, as Linhas de Cuidado do Câncer da Mama só apresentam estimativas de necessidade para mamografia, exame clínico das mamas e consulta especializada. Estimar a necessidade de outros exames complementares (ecografia, biopsias, exames histológicos e citopatológicos), de forma detalhada, a partir dos resultados esperados nos exames iniciais, só será possível a partir do conhecimento dos dados nacionais obtidos por um sistema de informação específico e de boa qualidade, que seja preenchido de forma rigorosa regularmente. Assim, o INCA/MS elaborou um documento com parâmetros para programação, baseados em dados nacionais e internacionais, que podem auxiliar os gestores em um primeiro momento (Quadro 3).



Quadro 3 - Parâmetros para Programação da Atenção ao Câncer da Mama em mulheres de 40 a 69 anos

Procedimento	Parâmetro
Extirpação de tumor ou adenoma da mama	40 a 49 anos: 0,96% 50 a 69 anos: 2,4%
Marcação pré-cirúrgica para mamografia ou ecografia	40 a 49 anos: 0,5% 50 a 59 anos: 1,19% 60 a 69 anos: 1,36%
PAAF	40 a 49 anos: 0,8% 50 a 69 anos: 2%
PAG	40 a 49 anos: 0,96% 50 a 69 anos: 2,4%
Exame anatomopatológico	40 a 69 anos: 8,12%
Biopsia da mama com anestesia local, com anestesia geral, com sedação ou bloqueio precedida por marcação com mamografia ou ecografia	40 a 49 anos: 1,36% 50 a 69 anos: 3,4%

Fonte: Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005-2007, INCA/MS, 2005.



3 METODOLOGIA PARA O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE OFERTA DE SERVIÇOS

3.1. MULHERES DE 35 ANOS DE IDADE OU MAIS, COM RISCO ELEVADO PARA CÂNCER DA MAMA

Não há dados sobre a prevalência de mulheres com risco elevado para câncer da mama na população brasileira. Para realizar a presente estimativa, foram analisados dados de alguns estudos caso-controle realizados em território nacional (Pinho; Coutinho, 2005) e de um grande inquérito sobre fatores de risco realizado nos EUA (Dawson; Thompson, 1989).

Os três estudos brasileiros, com maiores amostras que abordaram essa questão, relataram uma prevalência de história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau de 2,7%, 3,5% e 3,7%, respectivamente (Pinho; Coutinho, 2005). O inquérito americano de 1987 relatou uma prevalência de 7,9% desse fator de risco, o que era esperado, considerando que a incidência de câncer da mama naquele país era aproximadamente o dobro (110,6/100.000 mulheres em 1992) da incidência no Brasil (52,9/100.000 em 2005). Esses dados nos fizeram estimar em aproximadamente 4% a prevalência dessa característica na população feminina brasileira.

Contudo, de acordo com o *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso* (INCA, 2004), a história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau só é considerada um critério para risco elevado se o caso de câncer ocorreu antes dos 50 anos. Uma vez que apenas 20% dos cânceres da mama ocorrem antes dos 50 anos (Stoll, 1991), apenas 0,8% das mulheres teriam risco elevado de câncer da mama por conta dessa história familiar. Outros fatores como história familiar de câncer de ovário ou da mama bilate-

ral, história familiar de câncer da mama masculino e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* são, também, critérios para considerar a mulher como de risco elevado. Não há dados sobre a prevalência desses fatores na população, mas sabe-se que são bem menos frequentes do que o primeiro. Por esse motivo, estimou-se que 1% das mulheres acima dos 35 anos de idade apresentaria critérios para serem considerados como de risco elevado, necessitando de exames com maior frequência.

Não há dados sobre a distribuição dos resultados dos exames de rastreamento nessa população de risco elevado. Por isso, estão estimadas apenas as quantidades de exames iniciais necessários. Uma vez que essa população é relativamente pequena e já está contabilizada uma mamografia anual para cada uma dessas mulheres, a necessidade de repetição de exames mamográficos, nessa população, não deve ter impacto importante na estimativa total do número de mamografias necessárias por ano.

3.2. MULHERES DE 40 A 49 ANOS DE IDADE

De acordo com o *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso* (INCA, 2004), as mulheres nessa faixa etária devem realizar anualmente exame clínico das mamas (ECM). As medidas de sensibilidade e especificidade desse exame são bastante variadas nos estudos e tendem a ser menores entre mulheres mais jovens.

Um ensaio clínico canadense, entre mulheres fazendo seu primeiro rastreamento, relatou uma especificidade de 84% do ECM nessa faixa etária (Baines et al., 1989). Outros estudos, incluindo mulheres de 40 anos de idade ou mais, relataram especificidades maiores. Optamos por uma estimativa mais conservadora, considerando que estaremos no início da implantação do programa e, por isso, a acurácia dos exames tende a ser menor inicialmente. Estimou-se, portanto, que 16% dos ECM nessa faixa etária terão resultados alterados, necessitando de outros exames de investigação diagnóstica.

Caplan et al. (1999) analisaram dados do *National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program*, programa nacional que realiza rastreamento em mulheres de baixa renda, sem seguro saúde nos EUA, no período 1991-1996, e encontraram, entre as mulheres com ECM alterado, 64,2% de exames normais (BI-RADS® 1 ou 2) e 15,8% de exames na categoria BI-RADS® 3. Esses percentuais foram aplicados sobre o percentual de ECM alterado para estimar o percentual final em cada categoria.

Em resumo, os parâmetros utilizados nessa faixa etária foram estes:

- a) 16% dos ECM de rastreamento alterados;
- b) 64,2% das mamografias, entre mulheres com ECM alterado, com resultado normal (Categoria BI-RADS® 1 ou 2);
- c) 15,8% das mamografias, entre mulheres com ECM alterado, com resultado Categoria BI-RADS® 3;
- d) o restante das mamografias nas outras categorias.

3.3. MULHERES DE 50 A 69 ANOS DE IDADE

Seguindo as recomendações do *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso* (INCA, 2004), as mulheres nessa faixa etária devem realizar ECM anual e mamografia bianual. Sendo assim, num determinado ano, 50% das mulheres farão rastreamento apenas através do ECM, enquanto as outras 50% realizarão tanto o ECM quanto a mamografia. O desenho das linhas de cuidado nessa faixa etária reflete essa distribuição.

De acordo com o ensaio clínico canadense já citado (Baines et al., 1989), a especificidade do ECM na faixa etária de 50 a 69 anos de idade é de 88%, sendo maior do que nas mulheres mais jovens. Com base nesses dados, estimou-se que 12% dos ECM nessa faixa etária terão resultados alterados.

A distribuição dos resultados de mamografia, entre as mulheres com ECM alterado, na faixa etária entre 50 e 69 anos, obedeceu aos mesmos critérios aplicados na faixa etária de 40 a 49 anos de idade, utilizando-se os dados do estudo de Caplan et al. (1999): 64,2% de exames normais (BI-RADS® 1 ou 2) e 15,8%



de exames na categoria BI-RADS® 3. Esses percentuais foram aplicados sobre o percentual de ECM alterado para estimar o percentual final em cada categoria.

Dentre as pacientes que estão fazendo rastreamento através de ECM e mamografia, o percentual de resultados alterados (categorias 0, 3, 4 ou 5) foi estimado em 15%. Esse dado segue a distribuição encontrada por Caplan et al. (1999) para a faixa etária de 50 a 69 anos. Relato do programa de rastreamento organizado do Canadá (Health Canada, 2002) aponta que 11% a 12% das mulheres realizando seu primeiro exame de rastreamento tiveram resultados alterados, necessitando de investigação complementar. Considerando a fase inicial de planejamento da implantação do programa brasileiro, optamos por adotar a estimativa mais conservadora, prevendo uma acurácia inicialmente menor desse exame na população feminina brasileira. A distribuição dos exames alterados nas diferentes categorias baseou-se nos resultados do mesmo estudo, que encontrou 7,6% dos exames classificados na categoria 3 na faixa etária de 50 a 65 anos.

Em resumo, os parâmetros utilizados nessa faixa etária foram estes:

Dentre as mulheres que fazem apenas ECM:

- a) 12% ECM alterados;
- b) 64,2% das mamografias, entre mulheres com ECM alterado, com resultado normal (Categoria BI-RADS® 1 ou 2);
- c) 15,8% das mamografias, entre mulheres com ECM alterado, com resultado Categoria BI-RADS® 3;
- d) o restante das mamografias, entre mulheres com ECM alterado, (20,0%) nas outras categorias, necessitando de exames adicionais.

Dentre as mulheres rastreadas com ECM e mamografia:

- a) 85% das mamografias com resultado Normal (Categoria BI-RADS® 1 ou 2);
- b) 7,6% das mamografias com resultado Categoria BI-RADS® 3;
- c) o restante das mamografias (7,4%) nas outras categorias, necessitando de exames adicionais.

3.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE O UNIVERSO QUANTITATIVO

Para efeito de cálculo do conjunto assistencial, é importante considerar o padrão mínimo esperado para repetição do exame mamográfico estabelecido em países com programas de controle de qualidade da mamografia. Austrália e Reino Unido estabeleceram, como padrão, um percentual de repetição de cerca de 3% do total de exames realizados (Perry, 2001). Sugere-se, portanto, acrescentar 3% à estimativa final do número anual de mamografias, obtida com base nas linhas de cuidado.



4 INSTRUMENTOS DE GESTÃO

A apresentação das recomendações técnicas (condutas) sob a forma de fluxogramas facilita o entendimento das ações a serem desenvolvidas, além de permitir uma melhor visualização e manuseio das informações. A seguir serão apresentados os seguintes fluxogramas: para rastreamento de mulheres assintomáticas (Figuras 1a, 1b, 1c), para conduta frente a mulheres sintomáticas e casos discordantes (Figuras 2 e 3), e para o seguimento das mulheres com câncer da mama (Figura 4).

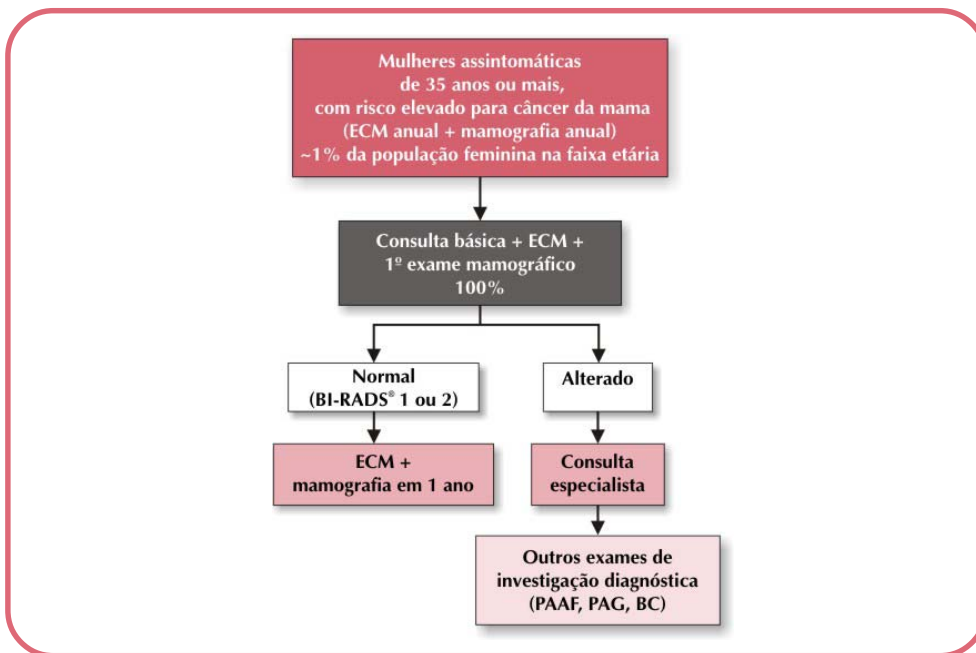


Figura 1a - Recomendações para condutas frente a pacientes assintomáticas de 35 anos ou mais

Nota técnica:

PAAF = Punção Aspirativa por Agulha Fina.
PAG = Punção por Agulha Grossa (Core Biopsy).
BC = Biópsia Cirúrgica.

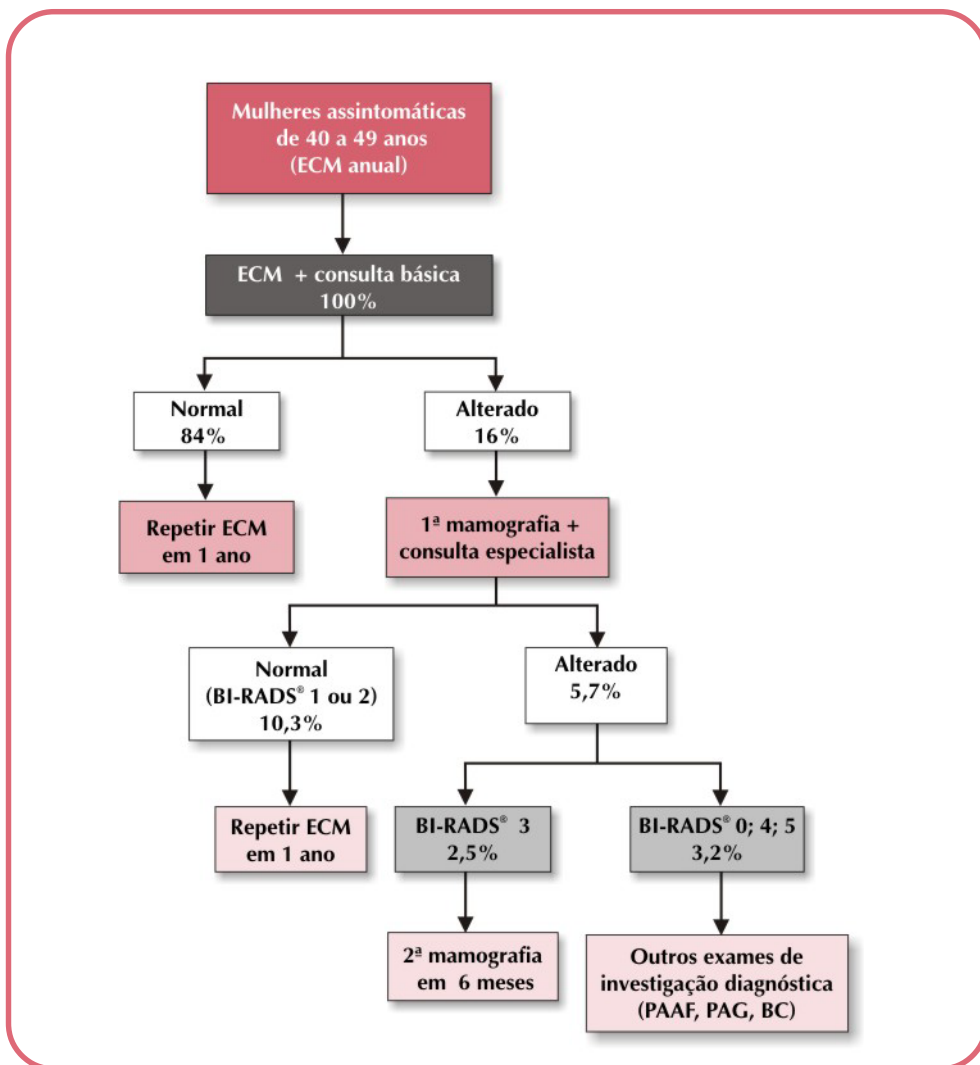


Figura 1b - Recomendações para condutas frente a pacientes assintomáticas de 40 a 49 anos

Nota técnica:

PAAF = Punção Aspirativa por Agulha Fina.

PAG = Punção por Agulha Grossa (Core Biopsy).

BC = Biopsia Cirúrgica.

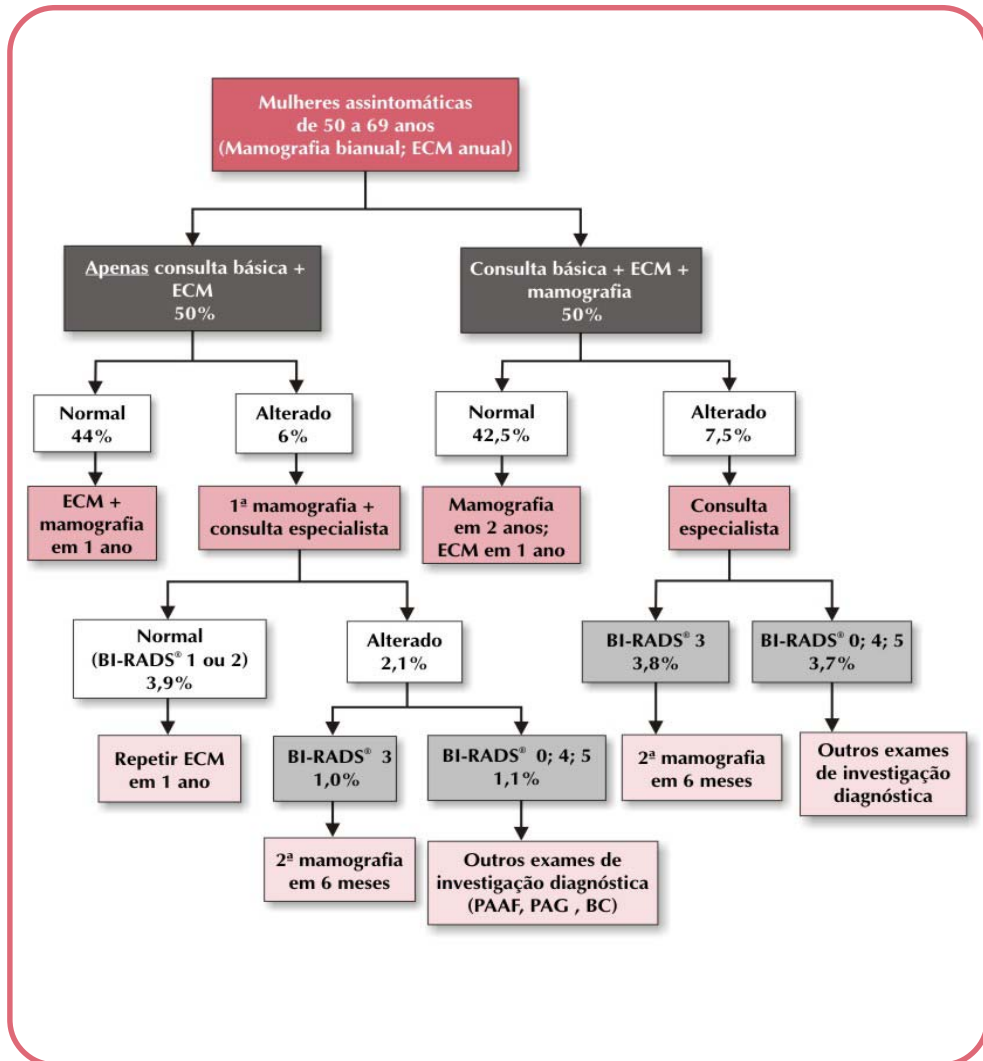


Figura 1c - Recomendações para condutas frente a pacientes assintomáticas de 50 a 69 anos

Nota técnica:

PAAF = Punção Aspirativa por Agulha Fina.
 PAG = Punção por Agulha Grossa (Core Biopsy).
 BC = Biopsia Cirúrgica.

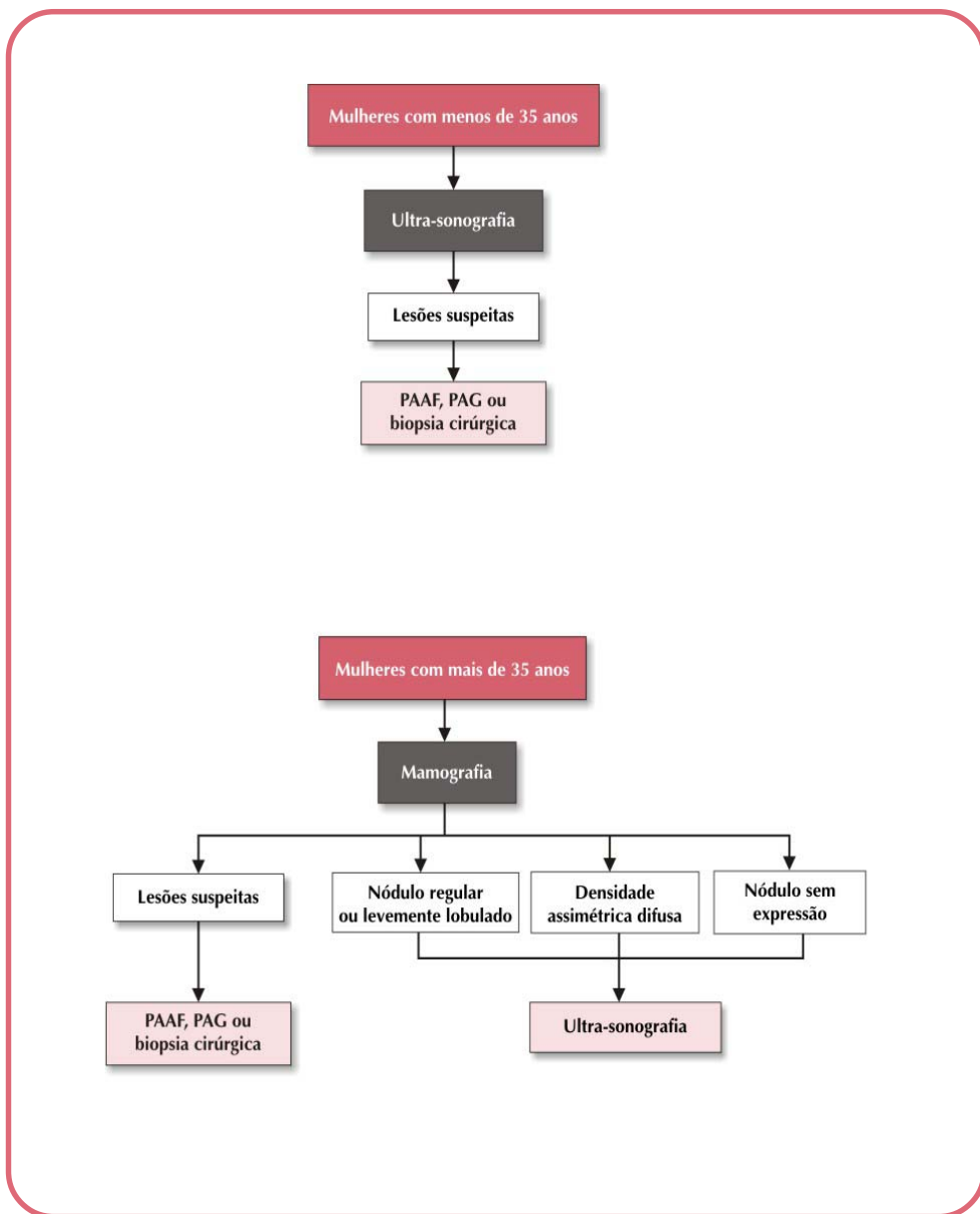


Figura 2 - Recomendações para condutas em pacientes com lesão palpável da mama, por grupo etário

Nota técnica:

PAG = Punção por Agulha Grossa (Core Biopsy).

MT= Mamotomia.

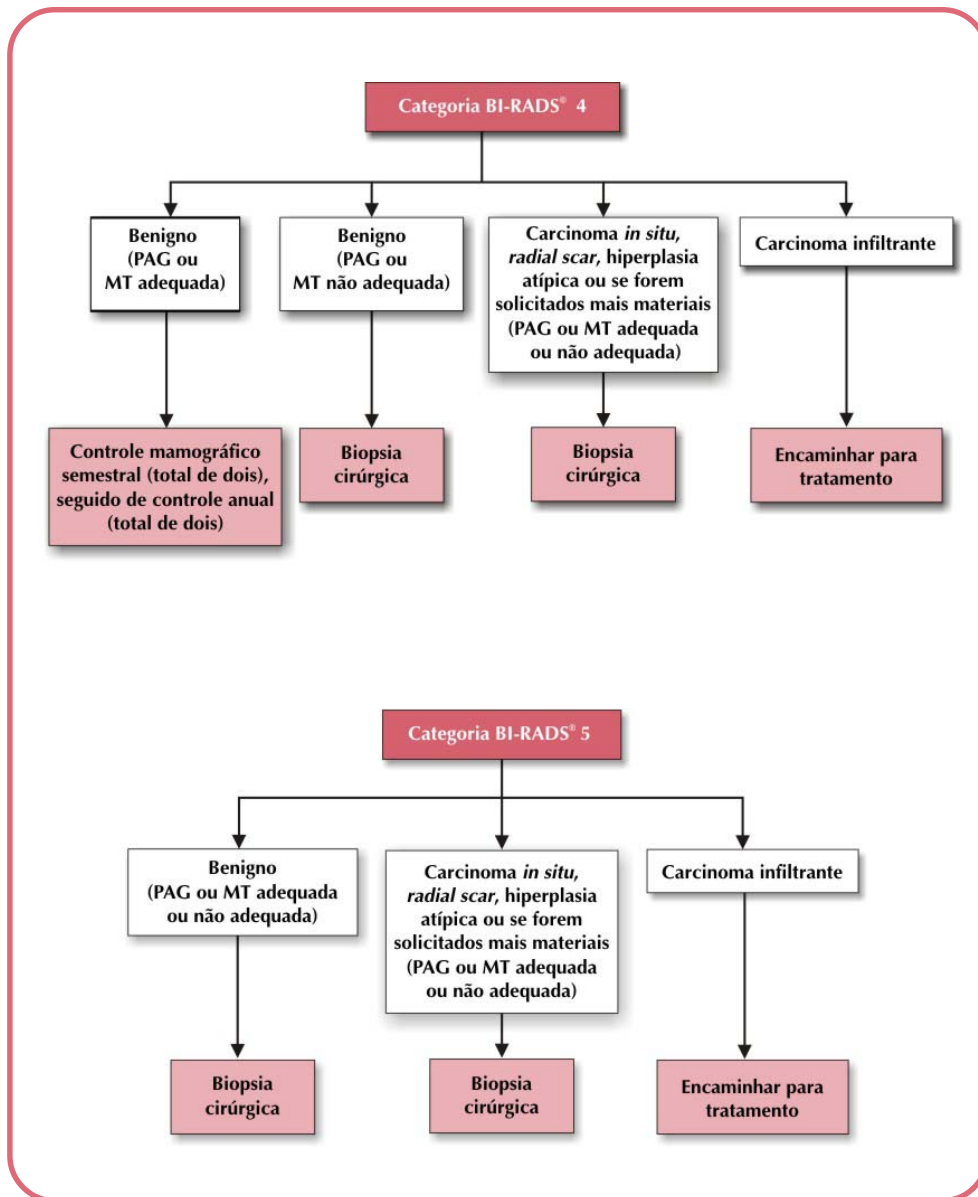


Figura 3 - Recomendações para condutas nos casos discordantes - Lesões Categorias 4 e 5 (BI-RADS®)

Nota técnica:

PAAF = Punção Aspirativa por Agulha Fina.

PAG = Punção por Agulha Grossa (Core Biopsy).

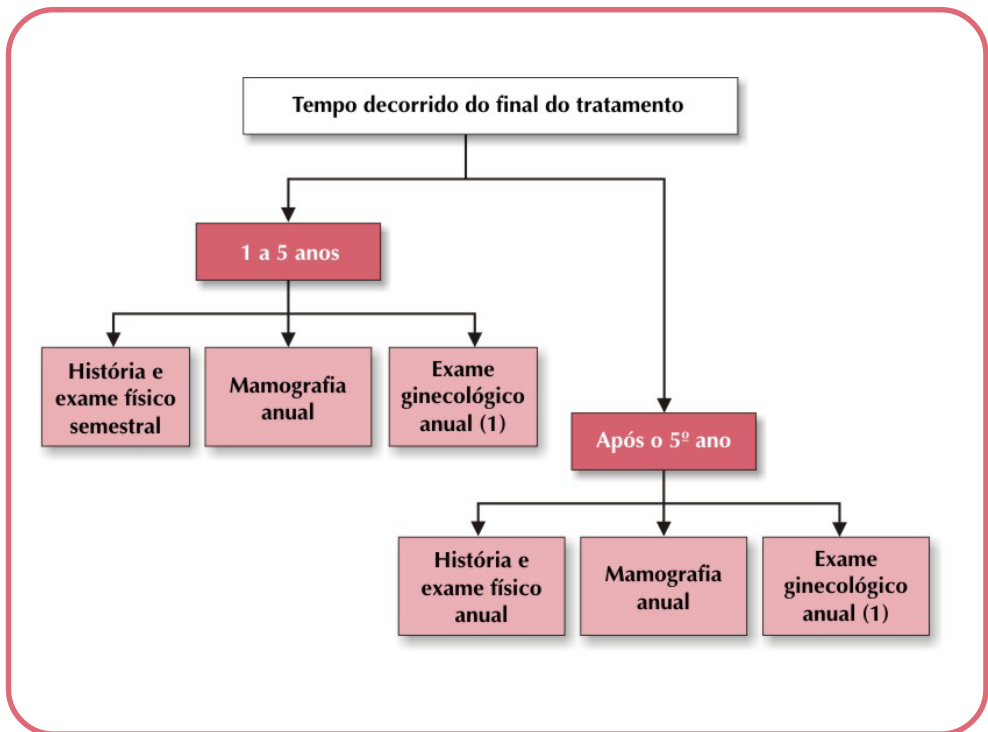


Figura 4 - Recomendações para o seguimento de mulheres com câncer da mama

Nota técnica:

(1) Quando em uso de Tamoxifeno.



BIBLIOGRAFIA

American College of Radiology. Breast Imaging Reporting and Data System: BI-RADS. 4th ed. Reston (United States): ACR; 2003.

Baines CJ, Miller AB, Bassett AA. Physical examination. Its role as a single screening modality in the Canadian National Breast Screening Study. *Cancer*. 1989 May 1;63(9):1816-22.

Caplan LS, Blackman D, Nadel M, Monticciolo DL. Coding mammograms using the classification "probably benign finding-short interval follow-up suggested". *AJR Am J Roentgenol*. 1999 Feb;172(2):339-42.

Dawson DA, Thompson GB. Breast cancer risk factors and screening: United States, 1987. *Vital Health Stat 10*. 1990 Jan;(172):iii-iv, 1-60.

Health Canada. Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada - 1997 and 1998 Report. Canada: Minister of Public Work and Government Services Canada; 2002.

Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2004.

Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama 2005-2007. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2005.

International Agency for Research on Cancer. IARC handbooks of cancer prevention, volume 7: breast cancer screening. Lyon (France): IARC Press; 2002.

Orel SG, Kay N, Reynolds C, Sullivan DC. BI-RADS categorization as a predictor of malignancy. *Radiology*. 1999 Jun;211(3):845-50.

Perry N, Broeders M, De Wolf C, Törnberg S, Shouten J, editors. *European guidelines for quality assurance in mammography screening*. 3rd ed. Luxembourg: European Communities; 2001.

Pinho VFS, Coutinho ESF. Fatores de risco para câncer de mama: uma revisão sistemática de estudos com amostras de mulheres da população geral no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005 Mar-Apr;21(2):351-60.

Stoll BA. Defining breast cancer prevention. In: Stoll BA, editor. *Approaches to breast cancer prevention*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1991. p.3-13.