Radioterapia

O objetivo é destruir as células cancerígenas remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia.

Após cirurgia conservadora: a aplicação de radioterapia em toda a mama, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia, mesmo que as margens cirúrgicas estejam livres. Recomenda-se o reforço no leito tumoral (boost), nas pacientes com carcinoma ductal infiltrante, principalmente naquelas com idade inferior a 50 anos.

Após mastectomia quando pelo menos um dos seguintes fatores estiver presente: tumor com diâmetro maior que 5cm; pele comprometida pelo tumor; dissecção inadequada da axila; margem comprometida (menor do que 1 cm) 4 ou mais linfonodos comprometidos;

O uso de **quimioterapia com antracíclicos** posterga o início da radioterapia por um período que não deve ser superior a 6 meses. **Não houve consenso** quanto à indicação de radioterapia quando há de 1 a 3 linfonodos comprometidos.

Quimioterapia e Hormonioterapia

Adjuvante: Segue-se ao tratamento cirúrgico e tem por objetivo tratar doença micro-metastática.

Neoadjuvante: Está indicada nos tumores localmente avançados, com intuito de torná-los operáveis ou como estratégia de cito-redução, com vistas ao tratamento conservador.

O tratamento hormonal de escolha na terapia neo/adjuvante é o Tamoxifeno. A quimioterapia neo/adjuvante é baseada em antraciclinas. Quando ambos os tratamentos são utilizados, devem ser utilizados de forma seqüencial.

Paliativa: O objetivo é prolongar a sobrevida e/ou melhorar a qualidade de vida.

Hormonioterapia isolada: deve ser adotada sempre que possível, por ser um tratamento eficaz e com efeitos colaterais favoráveis. Deve ser utilizada somente em tumores com receptor hormonal (estrogênio e/ou progesterona) positivo.

Indicações de quimioterapia: receptor hormonal confirmadamente negativo; doença visceral sintomática ou extensa; progressão em intervalo curto de manipulação hormonal prévia.

Abordagem Interdisciplinar

- Devem ser priorizadas ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida das mulheres durante e após o tratamento.
- As ações interdisciplinares devem ser iniciadas a partir do diagnóstico, com continuidade durante e após o tratamento, envolvendo, sempre que possível, os familiares.
- A equipe interdisciplinar deverá ser composta por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista.

Cuidados Paliativos

- A prática clínica de cuidados paliativos segue princípios éticos baseados no respeito à autonomia do paciente, garantindo um atendimento interdisciplinar, com prioridade na comunicação e oferta de estratégias que visem ao controle dos sintomas.
- Os objetivos dos cuidados paliativos são: garantia de melhor qualidade de vida, controle de dor e demais sintomas e facilitação da desospitalização.

O Papel da Sociedade Civil Organizada

- A Sociedade Civil tem como principais desafios mobilizar parcerias e integrar-se com os serviços de saúde e com os projetos de responsabilidade social;
- Para isso propõe-se, entre outros, criar um grupo de trabalho com o objetivo de colaborar na implantação das ações de controle do câncer de mama no País, executar ações de educação continuada para profissionais de saúde, capacitar lideranças comunitárias, articular-se com instituições relacionadas à garantia dos direitos da mulher, estimular a criação de grupos de ajuda e monitorar as ações desenvolvidas.

Ministério da Saúde
BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Projeto Gráfico: Divisão de Comunicação Social/INCA

Consenso para o Controle do Câncer de Mama

Síntese do documento

Apresentação

Esta publicação é uma síntese do Documento de Consenso, desenvolvido a partir da "Oficina de Trabalho para elaboração de recomendações ao Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama", realizada em Brasília, nos dias 13 e 14 de novembro de 2003. Organizado pelo Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer e da Área Técnica da Saúde da Mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, o evento teve a participação de representantes técnicos de diversas áreas do Ministério da Saúde, gestores estaduais, pesquisadores, professores universitários, representantes das sociedades científicas afins e entidades representativas dos movimentos de defesa dos direitos da mulher.

As recomendações apresentadas neste documento dizem respeito a condutas específicas voltadas para o controle do câncer de mama a serem implantadas no Sistema Único de Saúde.

O Documento de Consenso estará disponível na íntegra, na página do INCA na internet: www.inca.gov.br

Objetivos

- Apresentar recomendações técnicas referentes à prevenção primária, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos em câncer de mama;

- Estimular profissionais de saúde a incorporarem em sua prática cotidiana ações voltadas ao controle do câncer de mama, desde a atenção básica até a alta complexidade, incluindo os cuidados paliativos;

- Oferecer aos gestores subsídios para a implementação de estratégias efetivas visando o controle da doença, desde a promoção à saúde até os cuidados paliativos;

- Fortalecer o enfoque da atenção integral à saúde da mulher, mediante a estruturação e expansão de uma rede de serviços capaz de suprir essa necessidade;

- Reduzir, mediante o estabelecimento de orientações técnicas, a mortalidade por câncer de mama em todas as regiões do país.

Definições de termos técnicos foram acrescentados ao documento de Consenso original com o objetivo de garantir o bom entendimento do texto.

Prevenção Primária

Embora tenham sido identificados alguns fatores ambientais ou comportamentais associados ao risco de câncer de mama, os estudos epidemiológicos não fornecem evidência conclusiva que justifique estratégias específicas de prevenção primária.

Ações de promoção à saúde dirigidas ao controle das doenças crônicas não transmissíveis (o que inclui o câncer de mama) devem focar os fatores de risco, especialmente a obesidade e o tabagismo.

Mulheres de alto-risco

São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com:

- um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes de 50 anos;
- um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário;
- história familiar de câncer de mama masculina;
- lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia.

Não há consenso na comunidade científica internacional de que a quimioprofilaxia seja recomendada a mulheres assintomáticas, mesmo aquelas com maior risco.

Define-se **quimioprofilaxia** como o uso de um agente quimioterápico visando à prevenção do desenvolvimento de uma doença.

Detecção Precoce

Foram recomendadas as seguintes estratégias para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas:

Define-se **rastreamento** como o exame feito em pessoas assintomáticas, objetivando identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase muito inicial, quando a intervenção precoce pode ter grande benefício. Um teste de rastreamento não tem por fim fazer diagnóstico definitivo, mas indicar pessoas que, por apresentarem exames alterados ou suspeitos, devem ser encaminhadas para investigação diagnóstica.

1- Exame Clínico das Mamas

- O exame clínico das mamas deve fazer parte do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias;
- Para mulheres com 40 anos ou mais o exame clínico das mamas deve ser realizado anualmente.

2- Mamografia

Mulheres entre 50 e 69 anos de idade

- Mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade devem ser submetidas a rastreamento mamográfico pelo menos a cada dois anos;

- As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento das alterações encontradas.

3- Mulheres com risco elevado para o câncer de mama

- Mulheres com risco elevado para o câncer de mama devem ser submetidas ao exame clínico das mamas e à mamografia anualmente, a partir dos 35 anos de idade.

Recomendações para o auto-exame

- Devem ser desenvolvidas ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do corpo, incluindo o exame das mamas realizado periodicamente pela própria mulher (auto-exame);
- Deve-se destacar que o exame das mamas realizado pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde treinado para esta atividade.

Diagnóstico

- O exame clínico da mama constitui a base para a solicitação dos exames complementares;
- O exame histopatológico fornece os elementos necessários para o adequado manuseio clínico da paciente sob o ponto de vista prognóstico e terapêutico;
- Devem ser descritas as características da neoplasia (tamanho do tumor, tipo histológico segundo classificação da OMS, 2003), grau histológico (Nottinghan), grau de invasão vascular, estado linfonodal e comprometimento das margens cirúrgicas. Além disso, recomenda-se a realização de receptores de estrógenos e progesterona (imunohistoquímica) e o estadiamento do caso conforme a classificação TNM da UICC (2003).

Tratamento

- O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar visando ao tratamento integral da paciente.
- As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirurgia e a radioterapia para o tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico.

Cirurgia

A indicação dos diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora (ressecção de um segmento da mama com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela) ou não conservadora (mastectomia).

São pré-requisitos para se indicar a cirurgia conservadora:

- Mamografia prévia;
- Diâmetro tumoral inferior a 3 cm, levando em consideração a proporção do tumor e da mama e a localização;
- Ausência de comprometimento da pele;
- Tumor único;
- Margens cirúrgicas livres;
- Facilidade de acesso ao sistema de saúde para o seguimento.

No carcinoma ductal *in situ* recomenda-se:

- Segmentectomia seguida de radioterapia para os tumores menores que 2 cm e margens cirúrgicas livres;
- Mastectomia simples para tumores onde não é possível a obtenção de margens cirúrgicas livres pela sua extensão ou multicentricidade;
- Mastectomia simples com linfoadenectomia de nível 1 ou dissecção do linfonodo sentinela nos casos de comedonecrose ou alto grau histológico.

Nos carcinomas invasores com:

- Diâmetro menor que 3cm recomenda-se a cirurgia conservadora com linfoadenectomia axilar completa e avaliação das margens cirúrgicas. Quando a margem cirúrgica se mostrar comprometida está recomendada a re-excisão. Nos casos de axila clinicamente não comprometida pode ser indicada a linfoadenectomia seletiva pela técnica do linfonodo sentinela, quando disponível.
- Diâmetro igual ou maior que 3cm, com ou sem quimioterapia neoadjuvante recomenda-se a mastectomia radical modificada.

Na neoplasia lobular *in situ*, que é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de carcinoma, indica-se a biópsia excisional (diagnóstica e terapêutica). Esta condição exige vigilância especial com a realização de exame clínico semestral e mamografia anual.