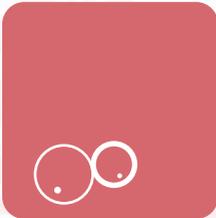


PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO
E CONTROLO DO CANCRO DO COLO
UTERINO E DA MAMA



NORMAS NACIONAIS PARA O CONTROLO E TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA



MISAU
Ministério da Saúde

FICHA TÉCNICA *Técnica*

Título: Normas Nacionais para o Controlo do Cancro da Mama

Ministério da Saúde
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
www.misau.gov.mz
Maputo
Moçambique

Autor:
Dr. Satish Tulsidás

Coordenação de:
Dra. Carla Silva Matos, MD, MPH
(Especialista em Saúde Pública)

Instituições colaboradoras:

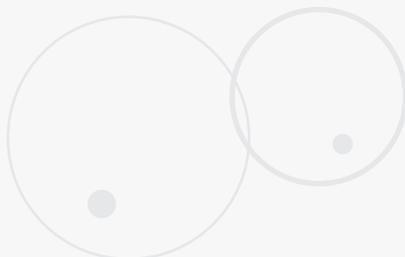
USAID
Jhpiego
FNUAP
OMS

Edição e Formatação:

1ª Edição

Grafismo e impressão:
Pixel - Comunicação & Imagem

Tiragem: 1500 Exemplares



PREFÁCIO

Em todo o mundo, o cancro da mama é o cancro mais comumente associado a morte em mulheres adultas, com cerca de 327.000 mortes por ano. Estima-se que anualmente sejam diagnosticados cerca de 1,35 milhões casos novos e que cerca de 4,4 milhões de mulheres vivam com cancro da mama.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020 serão diagnosticadas mais de 1,7 milhões de mulheres com cancro da mama por ano em todo o mundo, e a maioria será diagnosticada nos países em desenvolvimento. Tal número representa um aumento de 26% em relação ao número actual de mulheres com cancro da mama.

Os países desenvolvidos, registam já grandes avanços na detecção precoce e tratamento da doença, tendo assim diminuído a taxa de mortalidade por cancro da mama e aumentado a taxa de sobrevivência. Este progresso tem sido muito timidamente observado ou é mesmo inexistente em países de baixo e médio recursos.

Em Moçambique, nos últimos 5 anos, o cancro da mama foi o cancro mais diagnosticado nas mulheres, afectando mais a faixa etária dos 30 aos 59 anos de idade e foi responsável por 8% das mortes por todas as causas de cancro.

Para reduzir o peso do cancro da mama no Serviço Nacional de Saúde e na saúde da mulher em particular, Moçambique optou por seguir as recomendações da OMS para o diagnóstico e tratamento precoce do cancro da mama, apostando em intervenções concretas a nível dos cuidados de saúde primários, como a auto-exame da mama. Assim, espera-se que estas normas sejam um instrumento orientador na detecção precoce e encaminhamento correcto dos casos de cancro da mama,

O Ministro da Saúde

Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

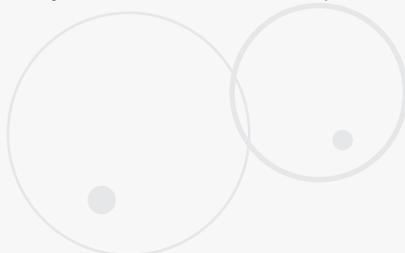
APRESENTAÇÃO

Apresentação

As Normas Nacionais para o Controlo do Cancro da Mama são uma ferramenta prática destinada a todos os profissionais de saúde, tendo sido concebidas para serem usadas por formadores e provedores de Cuidados de Saúde. Estas normas constituem uma adaptação do "Documento de Consenso sobre o Controlo do Câncer da Mama"- INCA2004 da "Breast Cancer Prevention, Diagnosis, and Treatment: The Expanding Role of the Ob/Gyn"- APGO 2006, para a realidade de Moçambique. As Normas Nacionais estão também em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Estas Normas foram elaboradas para orientar os profissionais de saúde nas acções necessárias para o controlo do cancro da Mama, tendo como principal objectivo promover o auto exame da mama e o exame clínico da mama como bases fundamentais para a detecção e o tratamento precoces desta doença.

Sendo esta uma intervenção nova em Moçambique, e havendo necessidade de divulgar esta informação e consciencializar os cidadãos para o drama humano e social do cancro da mama, é fundamental para o programa nacional de prevenção e controlo do cancro do colo uterino e da mama que a educação e a informação sejam consideradas como requisitos importantes.



ÍNDICE *Índice*

FICHA TÉCNICA

PREFÁCIO

APRESENTAÇÃO

LISTA DE ABREVIATURAS

1. INTRODUÇÃO	1
2. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA	2
3. COMO SE DESENVOLVE O CÂNCRO DA MAMA?	4
3.1. Factores de risco	4
4. PREVENÇÃO	5
4.1. Como detectar precocemente o cancro do mama?	7
5. QUAIS SÃO OS SINAIS E SINTOMAS DO CÂNCRO DA MAMA?	8
6. DIAGNÓSTICO	9
6.1. Exame clínico	9
6.2. Diagnóstico das lesões palpáveis	9
7. ESTADIAMENTO	10
8. TRATAMENTO	10
8. ESTRATÉGIAS PARA CAPTAÇÃO E ABORDAGEM DE MULHERES PARA O RASTREIO PRECOCE DO CÂNCRO DA MAMA	10
Anexo 1: AUTO-EXAME DA MAMA	13
Anexo 2: FLUXOGRAMA para o rastreio do Cancro da Mama	14
Agradecimentos	XVII

Lista de abrev

LISTA DE ABREVIATURAS

<i>AEM</i>	Auto-exame da mama
<i>ACS</i>	Sociedade Americana de Cancro
<i>APGO</i>	Association of Professors of Gynecology and Obstetrics
<i>BRCA</i>	Marcadores genéticos para o cancro da mama
<i>ECM</i>	Exame Clínico da Mama
<i>IARC</i>	International Agency for Research on Cancer
<i>INCA</i>	Instituto Nacional do Câncer, Brasil
<i>MPC</i>	Marcação pré-cirúrgica
<i>NCI</i>	National Cancer Institute
<i>OMS</i>	Organização Mundial da Saúde
<i>PAAF</i>	Punção aspirativa por agulha fina
<i>SAP</i>	Serviço de Anatomia Patológica
<i>TNM</i>	Classificação dos Tumores Malignos; tamanho do tumor (T), comprometimento dos Gânglios Linfáticos (N) e metástases (M)
<i>UICC</i>	União Internacional Contra o Câncer
<i>US</i>	Unidade sanitária
<i>USA</i>	United States of America (Estados Unidos da América)
<i>ALCC</i>	Associação de Luta Contra o Cancro



1. INTRODUÇÃO

O cancro da mama é o tumor maligno mais frequente na mulher no mundo. As taxas de incidência são cerca de 5 vezes superiores nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento e o Japão, tendo no entanto os países desenvolvidos melhores taxas de sobrevivência de mulheres com cancro da mama.

O Cancro é uma das principais causas de mortalidade global no Mundo. O cancro da mama é responsável por cerca de 502 000 mortes/ano. Nas mulheres, por ordem de frequência de mortes global, o cancro da mama ocupa o primeiro lugar, seguido pelo cancro do pulmão, estômago, colorectal, por último o cancro do colo do útero.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2020 serão diagnosticados mais de 1,2 milhões de pessoas com cancro da mama por ano em todo o mundo. A Sociedade Americana de Cancro (ACS), estimou que em 2007, nos Estados Unidos, foram diagnosticados 178 480 novos casos de cancro da mama invasivos com cerca de 40 910 mortes por cancro da mama. As taxas de mortalidade têm vindo a diminuir desde 1999 e, segundo a ACS, esta diminuição se deve à detecção precoce e a um melhor e correcto tratamento. A Agência Internacional para a Investigação do Cancro (IARC), estimou que em 2000 na África Sub-Sahariana, foram diagnosticados 5 537 novos casos de cancro da mama com 2 504 óbitos. Se tivermos em conta que para a maioria dos países desta região as doenças não transmissíveis ainda não são a prioridade dos sistemas nacionais de saúde aliado ao facto da fraca capacidade de diagnóstico, à quase ausência de trabalhos de investigação nesta área, pode-se considerar que os números foram subestimados.

Em Moçambique, dados do registo do cancro de base populacional na cidade da Beira, mostram que o cancro da mama é a terceira causa de cancro na mulher adulta (depois do cancro do colo do útero e do Sarcoma de Kaposi), afectando mais



¹ WHO Strategy Breast Cancer, 2007.Review-and-Search.com

² Ferlay J et al. Globocan 2000: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 1.0 Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2001





frequentemente mulheres com idade igual ou superior a 40 anos. Os registos do Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do Hospital Central do Maputo mostram que entre 2005 e 2007, o cancro da mama foi o segundo cancro mais diagnosticado nas mulheres 277 (12,5%) depois do cancro do colo uterino, seguido pelo Sarcoma de Kaposi. A faixa etária mais afectada foi dos 30 aos 59 anos de idade.

O recente inquérito INCAM 2009 realizado no país mostrou que o cancro da mama foi responsável por 8% das mortes por todas as causas de cancro.

O estadiamento é o processo clínico utilizado para avaliar o tamanho e a localização do cancro no paciente. A informação obtida ajuda a determinar qual deverá ser o tratamento óptimo para a paciente. O estadiamento do cancro da mama varia entre o estágio 0 (forma muito precoce de cancro) e o estágio 4 (avançado, com metástases). A taxa de sobrevivência aos 5 anos da paciente, depende da altura em que o diagnóstico é feito, sendo de 100% nos estádios 0 e 1. Devem no entanto ter-se em conta outros factores inerentes ao próprio indivíduo além de factores ambientais, etc.

O controlo do cancro representa actualmente um dos maiores desafios que a saúde pública enfrenta. A detecção precoce associada ao tratamento apropriado é a estratégia mais efectiva para a redução da mortalidade por cancro.

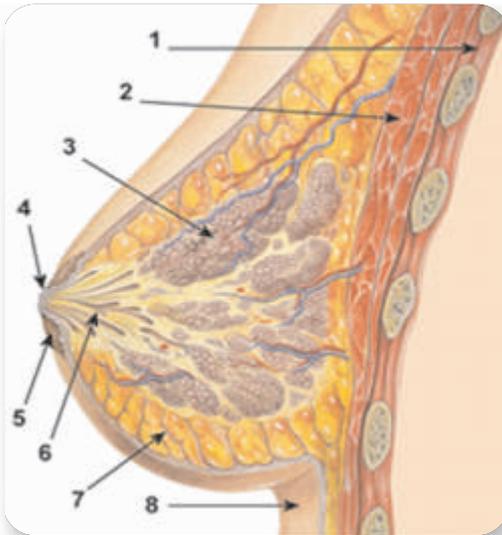
2 . ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA

Em mulheres em pré-menopausa, um terço da mama é composto por tecido gorduroso. O restante consiste de tecido glandular (sistema lóbulo-ductal), tecido conjuntivo fibroso (estroma), vasos sanguíneos e linfáticos e nervos.

Ao nível do mamilo exteriorizam-se 15 a 20 orifícios ductais (orifícios lactíferos), que correspondem às vias de drenagem (ductos lactíferos) das unidades funcionantes, que são os lobos mamários. Aproximadamente um cm antes dos ductos lactíferos se exteriorizarem existe uma antecâmara chamada de seio lactífero. A partir desta câmara, o sistema ductal liga-se aos lobos mamários e pequenos lóbulos espalhados pela mama. Os lóbulos terminam em pequenas unidades lobulares ductais onde o leite é produzido durante a lactação e onde a maioria dos cancros tem a sua origem (Fig. 1).

Durante a gravidez e lactação, o tamanho dos lóbulos aumentam. Após a menopausa, os lóbulos reduzem e, conseqüentemente, a densidade da mama diminui. (A mama contém pouco tecido glandular e tecido conjuntivo em relação a quantidade de gordura). Isto explica porque a mamografia é mais efectiva em mulheres pós menopausa, pois os mamogramas são mais facilmente interpretados em tecido mamário menos denso.

Figura 1- Anatomia da Mama



1. Parede Torácica
2. Músculos peitorais
3. Lobo mamário
4. Mamilo
5. Aréola
6. Ductos lactíferos
7. Tecido adiposo
8. Pele

O sangue proveniente das mamas é drenado pelas veias axilar, mamária interna e intercostais. O fluido linfático é drenado pelos vasos linfáticos para os gânglios linfáticos axilares, mamários internos e supra e infraclaviculares. Portanto, existe uma complexa interligação entre a disseminação linfática e hematogénica do cancro da mama. As células tumorais podem disseminar-se pelos dois sistemas. No sistema linfático, as células cancerosas metastizam primeiro para os gânglios linfáticos axilares. Os gânglios linfáticos para onde o tumor é drenado são chamados de gânglios linfáticos sentinela. Normalmente os gânglios sentinela ficam localizados nas cadeias ganglionares axilares e muito raramente em outras localizações do sistema linfático da mama.



3. COMO SE DESENVOLVE O CÂNCRO DA MAMA?

A grande maioria dos câncros da mama tem a sua origem nas células epiteliais do sistema lóbulo ductal (80%) nos ductos e os restantes 20% nos lóbulos. As alterações moleculares e morfológicas que ocorrem nessas células foram estudadas extensivamente e acredita-se que estejam relacionadas com os diferentes factores de riscos. As mulheres que desenvolvem hiperplasia (sem atipia) apresentam um risco relativo reduzido de desenvolver o cancro da mama em relação àquelas com hiperplasia atípica. O risco aumenta nos grupos quando a hiperplasia está associada à história familiar de cancro da mama em familiares de primeiro grau. O cancro da mama pode ocorrer em ambos os sexos. No entanto, é raro no sexo masculino.

3.1. Factores de risco

Segundo o American Cancer Society (ACS) /NCI, os factores de risco para o cancro da mama são classificados segundo o quadro abaixo:

Tabela 1. Factores de risco para o cancro da mama

Grau	Factores de risco
Risco Elevado	<ul style="list-style-type: none">• Mulher com história de cancro numa mama (3-4 vezes mais risco de ter um novo cancro na mesma mama, ou noutra mama). É diferente de recidiva.
Risco Moderadamente Elevado	<ul style="list-style-type: none">• O risco aumenta com a idade;• História directa familiar (mãe, irmã, filha), familiar de sexo masculino com cancro da mama;• Genético: BRCA 1 e BRCA2 (marcadores genéticos): as mulheres com estes dois marcadores tem 80% de probabilidade de vir a ter um cancro da mama durante a sua vida;• Lesão da mama (biópsia aumenta 4-5 vezes o risco de desenvolver cancro da mama.
Risco Levemente Moderado	<ul style="list-style-type: none">• História familiar distante (avó, tia, prima);• Biópsia prévia anormal;• Idade da primeira gravidez (depois dos 30 ou nunca ter tido filhos);

Grau	Factores de risco
Risco Levemente Moderado	<ul style="list-style-type: none"> ● Idade da menarca (antes dos 12 anos); ● Menopausa tardia (depois dos 55 anos); ● Excesso de peso; ● Radiação excessiva ; ● Outro cancro na família (útero, ovário, colo do útero e cólon); ● Hereditariedade; ● Álcool; ● Terapia hormonal de substituição.
Baixo Risco	<ul style="list-style-type: none"> ● Gravidez antes dos 18 anos; ● Início precoce da menopausa; ● Remoção cirúrgica dos ovários antes dos 37anos. ● Multiparidade ● Aleitamento



4. PREVENÇÃO

A probabilidade de um indivíduo desenvolver um cancro depende de factores genéticos e não genéticos. Os factores genéticos são hereditários sem possibilidade de mudança, enquanto os factores não genéticos estão ligados ao ambiente em que a pessoa vive, comportamentos e hábitos alimentares que podem ser alterados. Os factores não genéticos incluem: a dieta, exercício físico e a exposição a factores ambientais.

Nos últimos 30 anos assistiu-se a um grande desenvolvimento dos meios disponíveis para o diagnóstico e tratamento do cancro da mama. A detecção precoce só poderá ser efectiva quando associada a um tratamento correcto. Hoje em dia, cerca de 90% das mulheres a quem é diagnosticado um cancro da mama tem, pelo menos, 5 anos de sobrevivência. Os novos e recorrentes diagnósticos de cancro da mama, várias vezes, resultam em medo e confusão no seio de pacientes e seus familiares. A compreensão das opções terapêuticas, o acesso às novas e inovadoras terapias, através de estudos clínicos, bem como a compreensão do papel dos cuidados complementares e de suporte e a medicina alternativa, são essenciais.





O rastreio do cancro, os testes genéticos e a prevenção são igualmente relevantes para todos os indivíduos especialmente para aqueles que se relacionam com alguém que já foi diagnosticado um cancro. A informação acerca da prevenção do cancro e a ciência para o rastreio apropriado daqueles considerados de alto risco têm vindo a ganhar cada vez mais interesse. A predisposição genética significa que a pessoa poderá estar em alto risco de desenvolver um certo tipo de cancro se alguém da família possui esse tipo de cancro.

De facto, estes factores são os factores ambientais. Alguns destes factores têm um papel fundamental, na medida em que facilitam o processo em que células saudáveis se transformam em células malignas, por exemplo a correlação entre o tabaco e o cancro do pulmão, enquanto outros cancros não possuem qualquer correlação com o ambiente, mas tem uma predisposição genética.

Médicos e cientistas reconhecem que o melhor “tratamento” para o cancro é prevenir a sua ocorrência em primeiro lugar – ou a detecção precoce, quando a probabilidade de ser curável é muito elevada. Os progressos observados na área do rastreio e tratamento permitem a detecção precoce e altas taxas de cura.

Não há dúvida que a prevenção da doença é mais eficaz e menos onerosa. No entanto, o rastreio do cancro da mama através da mamografia é muito caro, envolvendo custos elevados e recursos humanos qualificados, o que o torna impraticável em alguns países com baixos recursos. A organização de programas de detecção precoce, baseados no auto exame da mama (AEM) e/ou no exame clínico da mama (ECM), continua inconclusiva e controversa.

Acredita-se que, aumentando a consciência e o conhecimento da doença no seio da população no que diz respeito aos sinais e sintomas, o bom prognóstico associado ao tratamento no estadio precoce da doença e, melhorando a acessibilidade e meios auxiliares de diagnóstico e serviços terapêuticos obter-se-iam bons resultados.

4.1. COMO DETECTAR PRECOCEMENTE O CANCRO DO MAMA?

Tendo em conta que o nosso país apresenta baixos recursos para efectuar o rastreio do cancro da mama com métodos modernos e sofisticados, que acarretam recursos financeiros e humanos elevados, propõe-se que sejam adoptados métodos simples e de baixo custo que se possam realizar em unidades sanitárias (US) periféricas por apenas um profissional de saúde e sem alterar muito a rotina diária de actividades da US e que estejam também de acordo com as normas da OMS.

Assim, com vista a detectar o mais precoce possível o aparecimento da doença e o seu devido encaminhamento, as acções a serem implantadas tem como base em:

- **Informação e a educação sobre os factores de risco e sobre a doença a nível da comunidade, sem dúvida, é o melhor método para fazer essa prevenção;**
- **Encaminhamento rápido;**
- **Consciencialização e fomento a nível da comunidade, em primeiro lugar da importância do auto-exame da mama (seus benefícios e limitações). O auto-exame da mama deve ser recomendado a todas as mulheres e realizado pela própria, mensalmente, 3 a 5 dias após o período menstrual. Este exame ajuda a identificar nódulos a partir de dois e três centímetros de diâmetro, devendo ser também ensinado e praticado, principalmente para estimular a consciência corporal e o auto-conhecimento (não há evidências de que esta prática tenha repercussão na redução da Mortalidade por cancro da mama).- Anexo1.**
- **Reactivação do rastreio clínico em todas as mulheres em risco, de modo a detectar o mais precocemente possível as lesões e tratá-las, de modo a reduzir a morbi-mortalidade pela doença. O rastreio implica abranger o maior número de mulheres em risco, a partir dos 30 anos (cobertura ideal a 80%).**



Recomendações para detecção precoce do cancro da mama:

Com base nas recomendações da **Sociedade Americana do Cancro** e, de acordo com a realidade moçambicana, recomenda-se:

- Exame clínico da mama, realizado por um profissional de saúde devidamente treinado, para todas as mulheres a partir dos 30 anos de idade, realizado a cada 3 anos e a partir dos 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento deverá ser realizado em todas as consultas clínicas e preventivas de atendimento à mulher; permitindo o diagnóstico precoce de tumores (caroço) com um ou mais centímetros de diâmetro;
- Exame clínico da mama e mamografia anual (se disponível na US), a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver cancro de mama;
- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com suspeita de cancro da mama.

Numa primeira fase não se recomenda o rastreio em massa, por vários motivos entre os quais, a demanda de profissionais de saúde necessário e por não ser economicamente eficaz. Para tal, recomenda-se que seja feito em consultas clínicas normais de atendimento à mulher, como referido anteriormente.

5. QUAIS SÃO OS SINAIS E SINTOMAS DO CÂNCRO DA MAMA?

Os sinais e sintomas que aparecem no cancro da mama podem ser os seguintes:

- Aparecimento de nódulo ou tumoração na mama ou axila;
- Secreção ou corrimento mamilar (de características rosadas ou sanguinolentas);
- Retração da pele da mama ou do mamilo;
- Ulceração da pele da mama;
- Alteração na coloração ou na sensibilidade da pele da mama ou da aréola.



Nota importante: Se encontrar algum destes sinais ou sintomas, deve referir imediatamente a doente para a US de referência.

6. DIAGNÓSTICO

6.1. Exame clínico

O exame clínico da mama (ECM) é parte fundamental para o diagnóstico do cancro. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Como tal, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização:

- Inspeção estática e dinâmica,
- Palpação das axilas e da região supraclavicular e
- Palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal.

6.2. Diagnóstico das lesões palpáveis

A Ecografia da Mama é o método mais usado para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Esta pode ser complementada pela ecografia nas seguintes situações:

- Nódulo sem expressão, porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia;
- Nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um quisto;
- Densidade assimétrica difusa, que possa ser lesão sólida, quisto ou parênquima mamário.

A ecografia complementar não deve ser solicitada nas lesões com microcalcificações, distorção da arquitectura e densidade assimétrica focal. Caso haja lesões suspeitas e não haja possibilidade de fazer ecografia, deve-se fazer a confirmação do diagnóstico que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou por biópsia cirúrgica convencional.

A PAAF é um procedimento que pode ser realizado em ambulatório, de baixo custo, de fácil execução e raramente apresenta complicações. Permite o diagnóstico citológico das lesões. Este procedimento dispensa o uso de anestesia geral.



Nas lesões palpáveis com imagem negativa (mamografia e ecografia), deve-se prosseguir a investigação com PAAF, ou efectuar uma biópsia cirúrgica.



Em caso de secreção mamilar sanguinolenta, escura ou clara tipo transparente (que não seja leite) deve ser referida para realização de citologia.

7. ESTADIAMENTO

O estadiamento do cancro da mama é baseado na classificação dos Tumores Malignos TNM proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), conforme as características do tumor primário (T), dos gânglios das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M). - Vide a Parte 2 das Normas

8. TRATAMENTO

O cancro da mama deve ser abordado por uma equipa multidisciplinar, visando o tratamento integral da paciente.

As modalidades terapêuticas disponíveis actualmente são:

- Cirurgia;
- Radioterapia;
- Hormonioterapia;
- Quimioterapia.

9. ESTRATÉGIAS PARA CAPTAÇÃO E ABORDAGEM DE MULHERES PARA O RASTREIO PRECOCE DO CANCRO DA MAMA

O rastreio precoce do cancro da mama é uma intervenção nova no país, por isso, exige uma ampla divulgação da informação e educação a nível das comunidades, de modo a facilitar a implementação deste programa (Tabela 2).

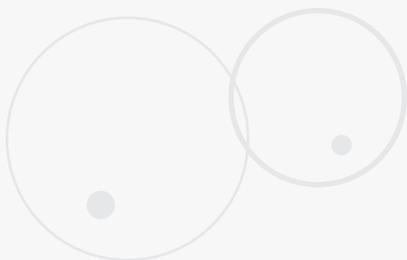
Portanto, este programa deverá ser divulgado a partir do nível comunitário até às US mais diferenciadas, onde, por meio de palestras informativas, se irá divulgar a problemática do cancro da mama, como surge, quais os factores de risco, como prevenir e detectar precocemente e quais as modalidades de tratamento.

Tabela 2. Factores de risco para o cancro da mama

Nível	Pessoal Envolvido	Serviços	Requisitos
Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes comunitários • Grupos de mulheres • Trabalhadoras de saúde comunitária • ALCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento da importância do cancro da mama • Referência para US, disponibilidade para o rastreio • Cuidados Paliativos (de Suporte) • ALCC 	<p>Mobilização comunitária</p> <p>Informação, educação e comunicação: palestras, panfletos, mensagens de rádio, etc.</p> <p>Treino e acesso aos materiais necessários</p>
Nível primário (CS- consulta integrada da mulher ou consulta Geral)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiras, técnicos ou Médicos Assistentes. • ALCC 	<p>Actividades acima indicadas, mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento (auto exame da mama e risco de cancro) Consultas • PAAF + citologia + ecografia • Referência 	<p>Exame clínico da mama.</p> <p>Equipamento básico, agulhas para PAAF, seringas, lâminas. E envio para SAP</p>
1º Nível de referência (secundário e terciário). Hospital Geral, Distrital e Provincial.	<ul style="list-style-type: none"> • Acima, mais: • Enfermeiras • Médicos (Especialistas em Obst/Ginec. e Cirurgia Geral) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades Acima indicadas, mais: • Biópsias cirúrgicas • Cirurgias simples 	<p>Especialidade Hospitalar Limitada.</p> <p>Laboratório (conservação e envio da biópsia para SAP)</p> <p>Anestesia geral</p>



ANEXOS
Anexos



Anexo 1- AUTO-EXAME DA MAMA

Como Fazer o Auto-Exame?



1 Em pé, em frente ao espelho.

Observe o bico (mamilos) dos seios, a superfície e o contorno das mamas.

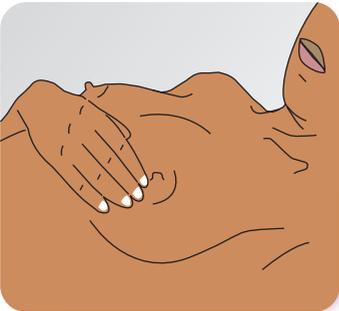
2 Em pé, em frente ao espelho, levante os braços.

Observe se com o movimento aparecem alterações de contorno e superfície das mamas.



3 Deitada, a mão direita palpa a mama esquerda.

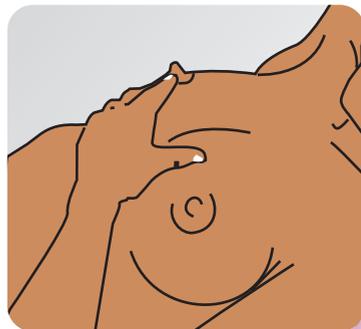
Faça movimentos circulares suaves apertando levemente com as pontas dos dedos.



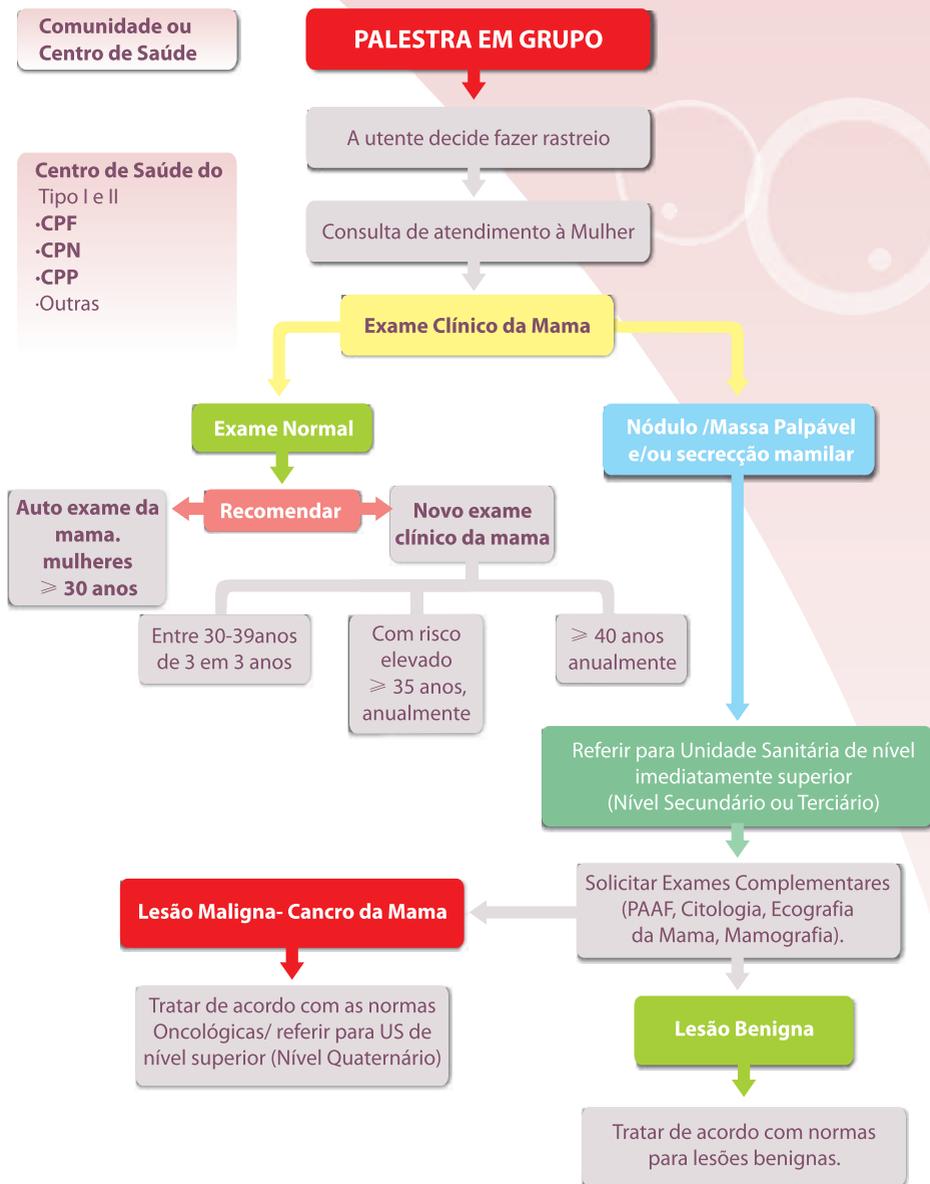
4 Deitada, a mão esquerda palpa a mama direita.

Repita deste lado movimentos circulares, apertando levemente com as pontas dos dedos.

Os seios devem ser examinados em todas as direcções. Veja as orientações ao lado e em baixo.



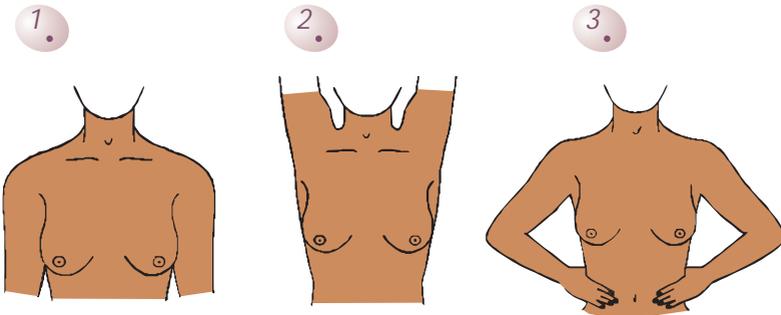
Anexo 2- FLUXOGRAMA para o rastreio do Cancro da Mama



Anexo 3. Exame clínico da mama

Técnicas

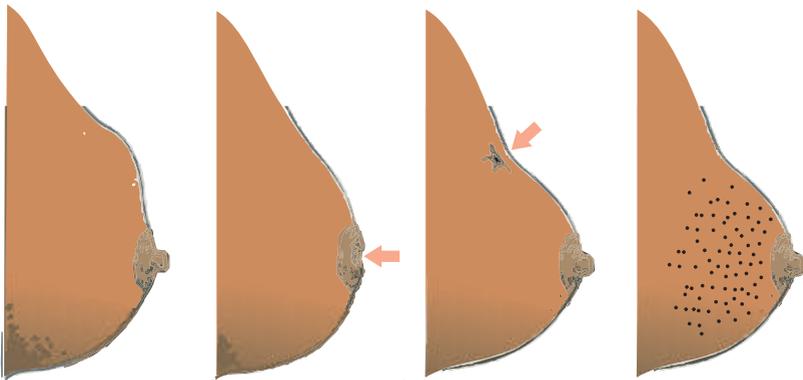
Técnicas (1): Observação



1º Passo:

Posicionar a mulher de frente para o provedor de saúde com os braços ao longo do corpo (1); depois com os braços elevados acima da cabeça (2) e depois com as mãos pressionando a cintura (3).

Em cada passo verificar: qualquer diferença no tamanho, forma, simetria, cor, aspeto, abaulamentos e/ou retrações na pele e no mamilo, tipo de mamilo, e se existe secreção mamilar.



Alterações no contorno do seio, como um inchaço

Mudança na direcção do mamilo

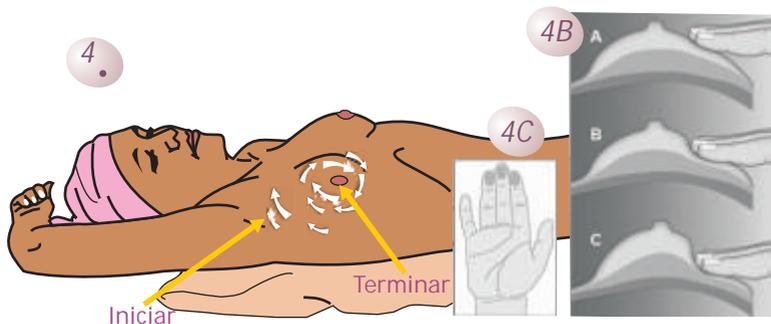
Covinhas ou pregas na pele

Pele do seio com aspecto de casca de laranja

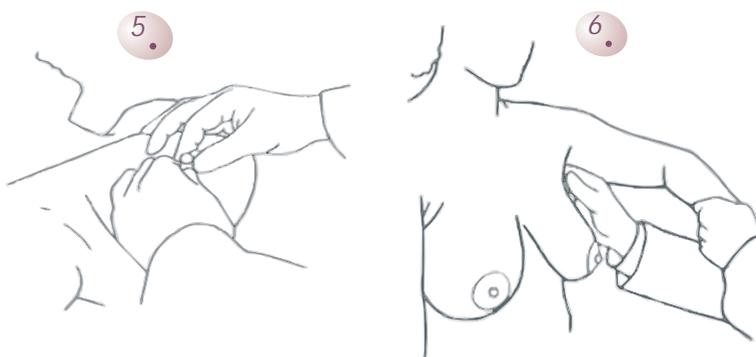
Técnica (2): Palpação

2º Passo:

A seguir pedir a mulher para se deitar de costas sobre a marquesa. Colocar uma almofada sob o ombro do lado que vai examinar, para espalhar o tecido da mama e ajudar no exame. Elevar o braço da mulher sobre a sua cabeça. Observar se as mamas são similares, e se existem abaulamentos ou retrações na pele e mamilo e fazer a palpação.



Como mostra a figura 3, a palpação deve ser feita com a ponta dos dedos fazendo movimentos circulares seguindo a direcção de fora para dentro em direcção ao mamilo. Usando a dedos polegar e indicador, apertar suavemente o mamilo, e verificar se existe qualquer secreção: clara, escura ou com sangue (fig. 5)



Para completar e terminar o exame, palpar as axilas e o espaço para sentir se existem nódulos axilares (fig.6)

A todos profissionais que directa ou indirectamente tenham contribuído para a elaboração destas normas, um muito obrigado!

Grupo técnico:

Dr. António Munjovo

Prof. Doutora Carla Carrilho

Dra. Dolores Salas

Dra. Maria Manuela Calado Martins Cunha

Dra. Raquel Mahoque

Dra. Verónica Reis

Dra. Cynthia Dias

Revisão técnica

Dra. Carla Silva Matos

Dr. João Fumane

Doutor Humberto Muquingue

