

Câncer de Mama e Patologias Benignas: Mastologia e Equipe Multidisciplinar

Última revisão: 23/08/2013
Estabelecido em: 15/12/2012

Responsáveis / HAC**Mastologia**

Cláudia Maria Avelar e Silva - Médica
Henrique Lima Couto - Médico

Enfermagem

Natália Figueiredo Leite - Enfermeira

Nutrição

Fernanda Ferrari Fonseca - Nutricionista

Serviço Social

Ana Maria Cordeiro Antunes – Assistente
Social

Psicologia

Sandra Mara Brito de Freitas - Psicóloga

Terapia Ocupacional

Cidélia Carmen Sousa – Terapeuta
Ocupacional

Fisioterapia

Maria Luisa Fonseca Batista - Fisioterapeuta

Colaboradores / HAC**Mastologia**

Amélia Maria Fernandes Pessoa- Médica
Lúcio Márcio Perri de Resende- Médico
Margaret Silva Maia- Médica
Wagner Antônio- Médico

Psicologia

Elaine Maria Braga Barbosa- Psicóloga
Ronaldo Sales de Araújo- Psicólogo
Vivian Ulisses Barbosa Godinho- Psicóloga

Fisioterapia

Ellen Colen Ramos- Fisioterapeuta
Keila Cristina de Carvalho- Fisioterapeuta

Terapia Ocupacional

Cecília Lopes da Silva– Terapeuta
Ocupacional

Validadores

Membros da equipe multidisciplinar do serviço de Mastologia - HAC

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

INTRODUÇÃO / RACIONAL

Neoplasia maligna que mais acomete as mulheres em países desenvolvidos, o câncer de mama vem apresentando também as mais altas taxas de mortalidade, tendência esta que se repete em nosso meio. Para 2012, segundo o INCA, são esperados 52.680 novos casos de câncer.

Após a introdução do screening mamográfico, houve um significativo aumento do diagnóstico de lesões mais precoces, ainda não-palpáveis. Entretanto, apesar do benefício de um plano terapêutico mais conservador para estas pacientes, as taxas de mortalidade da doença vêm se mostrando estáveis.

OBJETIVO

Estabelecer parâmetros para o diagnóstico, tratamento e seguimento do câncer de mama.

SIGLAS

APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APM: Amplitude de Movimento
AVD: Atividade de Vida Diária
BI-RADS: Relatório e Sistema de Dados do Colégio Americano de Radiologia
BLFS: Biópsia de Linfonodo Sentinela
CAM: Complexo Aréolo-Mamilar
CAT: Categoria
CDIS: Carcinoma Ductal in Situ
CMF: Ciclofosfamida, Metotrexate, Fluorouracil
CO: Cintilografia Óssea
CORE: Core Biopsy ou Biópsia de fragmento
ECG: Eletrocardiograma
EDA: Endoscopia Digestiva Alta
EPAP: Pressão Positiva Expiratória nas Vias Aéreas
FC: Frequência Cardíaca
FR: Frequência Respiratória
Gy: Gray, unidade de dose absorvida
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
USG/US: Ultrassonografia
HP: História Pregressa
HT: Hormonioterapia

ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva
IH ou **IMQ:** Imunohistoquímica
INCA: Instituto Nacional de Câncer
LFNDS: Linfonodo sentinela
M: Metástase à Distância
MT: Mamotomia
MMG: Mamografia
N: Metástase em Linfonodo Regional
PAG: Punção por Agulha Grossa
PAAF: Punção Aspirativa por Agulha Fina
PO: Pós Operatório
PPV1: Valor Preditivo positivo 1
PPV2: Valor Preditivo Positivo 2
QT: Quimioterapia
RE: Receptor de Estrogênio
RH: Receptor Hormonal
RNM: Ressonância Nuclear Magnética
RP: Receptor de Progesterona
T: Extensão do Tumor Primária
TENS: Estimulação Elétrica Transcutânea
TEP: Trombo Embolismo Pulmonar
TMF: Tamoxifeno
TVP: Trombose Venosa Profundo

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Serviço diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças mamárias pela mastologia e equipe multidisciplinar.

Abordagem da Mastologia

- Coleta de informações diretamente do paciente ou responsável;
- Anamnese dirigida para patologia neoplásica;
- Coleta de história de tabagismo e etilismo (registro em papeleta);
- Coleta de história familiar para câncer (registro em papeleta);
- Exame físico realizado por profissional médico (registro de anormalidades);
- Elaboração de hipótese diagnóstica;
- Mamografia bilateral em duas incidências;
- Ultrassonografia de mamas (casos selecionados);
- Biópsia por agulha grossa (core biopsy);
- Biópsia cirúrgica com localização por agulhamento (lesões profundas, não acessíveis à core biopsy);
- Revisão de lâmina se biópsias externas;
- Todas as pacientes deverão ser avaliadas e acompanhadas conjuntamente pelo Serviço de Mastologia;
- Solicitação de exames complementares para o estadiamento (se diagnóstico definido);
- Encaminhamento para tratamento específico no ambulatório de cancerologia (cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, cuidados paliativos e outros).

1- Rastreamento

- 1.1** O exame clínico das mamas deve ser realizado anualmente, para todas as mulheres com 30 anos ou mais, devendo fazer parte do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias;
- 1.2** Mamografia anual após os 40 anos;
- 1.3** Exame clínico das mamas e mamografia anual ou a critério, a partir dos 30 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com: um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; dois ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia;
- 1.4** As mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas;
- 1.5** O auto-exame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade, nem a mamografia. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde;
- 1.6** Não indicamos rastreamento ecográfico de rotina para mama densa.

Tabela 1 - Metas de qualidade para o Rastreamento Mamográfico

PPV1, baseado no exame de rastreamento anormal	5-10%
PPV2 quando biópsia (PAAF, core, cirúrgica) é recomendada	25-40%
Tumores encontrados- estágio 0 ou 1	>50%
Tumores encontrados- câncer mínimo	>30%
Nodos positivos	<25%
Câncer encontrados por 1000 casos	2-10
Prevalência de cânceres encontrados por 1000 primeiros exames	6-10
Incidência de cânceres diagnosticados por 1000 exames de seguimento	2-4
Taxa de reavaliação	<10%
Sensibilidade	>85%
Especificidade	>90%

2- Diagnóstico

Achados de Rastreamento na Ausência de Alterações Clínicas (Pacientes Assintomáticas)

- Utilizar o BI-RADS rotineiramente para todos os métodos (US/MMG/RNM).

2.1. Categorias do BI-RADS

- **Categoria 0:** avaliação está incompleta, é necessária avaliação imaginológica adicional (inclui incidências mamográficas adicionais, US, RNM);
- **Categoria 1:** negativa;
- **Categoria 2:** achados benignos;
- **Categoria 3:** provavelmente benigno, seguimento em curto intervalo é sugerido;
- **Categoria 4:** anormalidades suspeitas, biópsia deve ser considerada;
- **Categoria 5:** altamente sugestivo de malignidade: ação apropriada deve ser realizada;
- **Categoria 6:** biópsia sabidamente diagnóstica de malignidade, conduta apropriada deve ser realizada.

Condutas por Categoria

Categoria 0

Avaliação está incompleta, é necessária avaliação imaginológica adicional (inclui incidências mamográficas adicionais, US, RNM).

- Nódulos: vistos em duas incidências, complementar com US para avaliação se sólidos ou císticos e para determinação de uma categoria final. Biopsiar conforme categoria final (4/5);
- Assimetria focal e nódulos duvidosos complementar com US, após compressão localizada e/ou incidências adicionais, para determinação de uma categoria final; biopsiar conforme categoria final (4/5).

Categorias 1 e 2

- Rastreamento anual.

Categoria 3

- Achados provavelmente benignos, segmento inicial a curto prazo é sugerido: achados dessa categoria devem ter risco menor que 2% de malignidade. Não é esperado mudança durante o seguimento, mas o radiologista prefere acompanhar sua evolução;
- Três achados específicos: massas sólidas não calcificadas bem circunscritas, assimetria focal, calcificações arredondadas agrupadas;
- Risco de malignidade de até 2% para nódulos e de até 0,5% para as outras alterações.
- Necessidade de avaliação imaginológica completa antes de estabelecer um diagnóstico de Categoria 3. Todos os estudos excluem lesões palpáveis, Categoria 3 não deve ser usada nessa situação;
- Indicação de biópsia quando os achados aumentam em tamanho ou extensão (passa para CAT 4 ou 5);
- Seguimento imaginológico semestral no primeiro ano e anual após isso.
- Reclassificação de Categoria: possível após 2 anos (no caso de estabilidade considerar CAT 2 após 2 anos);
- Biópsia somente em alterações no seguimento (deixa de ser categoria 3 e passa a ser categoria 4 ou 5);
- Pode ser oferecida biópsia conforme pedido do cliente e avaliação do clínico.

Categoria 4

- Lesões com risco mediano de malignidade, entre 20-40%. Biópsia recomendada (Cito/Histológico-ver capítulo específico). Exemplos: nódulos parcialmente delimitados, distorções arquiteturais, microcalcificações pleomórficas agrupadas.

Categoria 4A (baixo risco de malignidade)

- Citologia ou Histologia benigna (conforme capítulo específico). Controle em seis meses em caso de concordância Clínico-Imaginológica-Patológica;
- Discordância: exérese.

Categoria 4B (risco intermediário de malignidade)

- Cito/Histologia (conforme capítulo específico) para programar exérese;
- Exérese independente do resultado (não acompanhar de rotina).

Categoria 4C (risco moderado de malignidade)

- Nódulos irregulares e microcalcificações agrupadas;
- Exérese de rotina após cito/histologia (conforme capítulo específico).

Categoria 5

- Incidência de malignidade superior a 95% sendo indicado cito/histologia (ver capítulo específico);
- Na presença de achados negativos na "core" ou PAAF, realizar biópsia incisional/excisional;
- Objetivos: definir diagnóstico e quando indicado programar a cirurgia.

Categoria 6

- Malignidade já comprovada (cito ou histologicamente) Histologia em casos que serão submetidos a QT neoadjuvante (precaução com resposta patológica completa e perda da lesão).

2.2- Biópsias (propedêutica invasiva)

2.2.1. PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina)

Nódulos até 7 mm:

- Avaliação de linfonodo axilar (inclusive anterior a BLS);
- Casos de nódulos CAT 3 em que optou-se por investigação.

2.2.2. "Core Biopsy" ou Biópsia de fragmento

Nódulos > 7mm CAT 4 ou CAT 5:

- Revisão de diagnóstico cito ou histológico externo (realizado fora do serviço) conforme correlação anátomo-clínico-imagiológica;
- Casos de nódulos CAT 3 em que optou-se por investigação.

2.2.3. Biópsia Incisional/Excisional (com ou sem marcação ecográfica ou mamográfica)

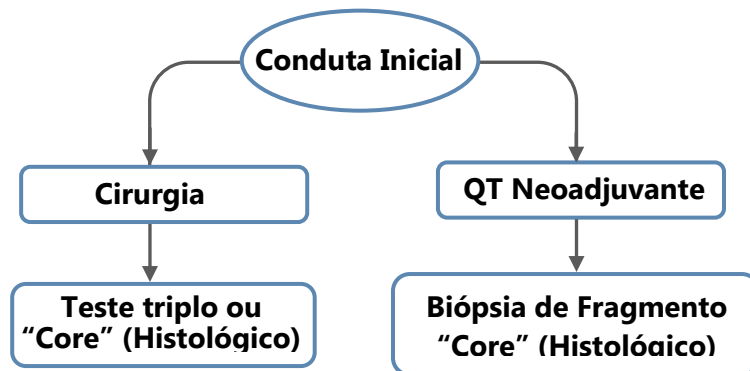
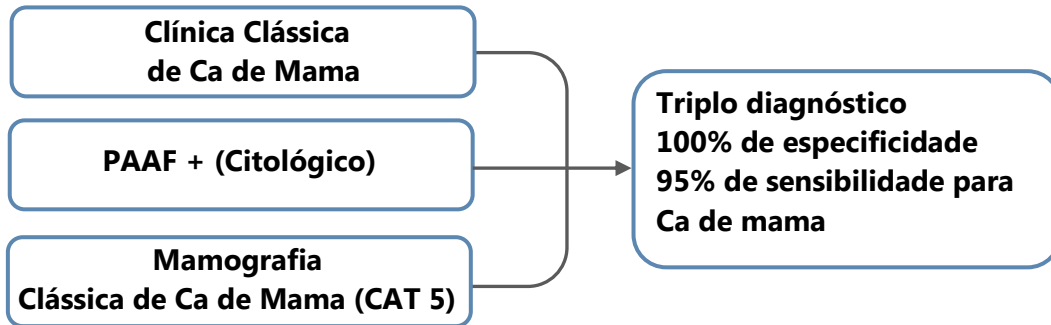
- Casos de benignidade na PAAF ou CORE nas CAT 4b, 4c ou 5;
- Cistos complexos;
- Microcalcificações agrupadas e outras lesões CAT 4 ou 5 não acessíveis a "core" ou PAAF.

Fluxograma 1 - Diagnóstico de pacientes com lesões palpáveis (sintomáticas)

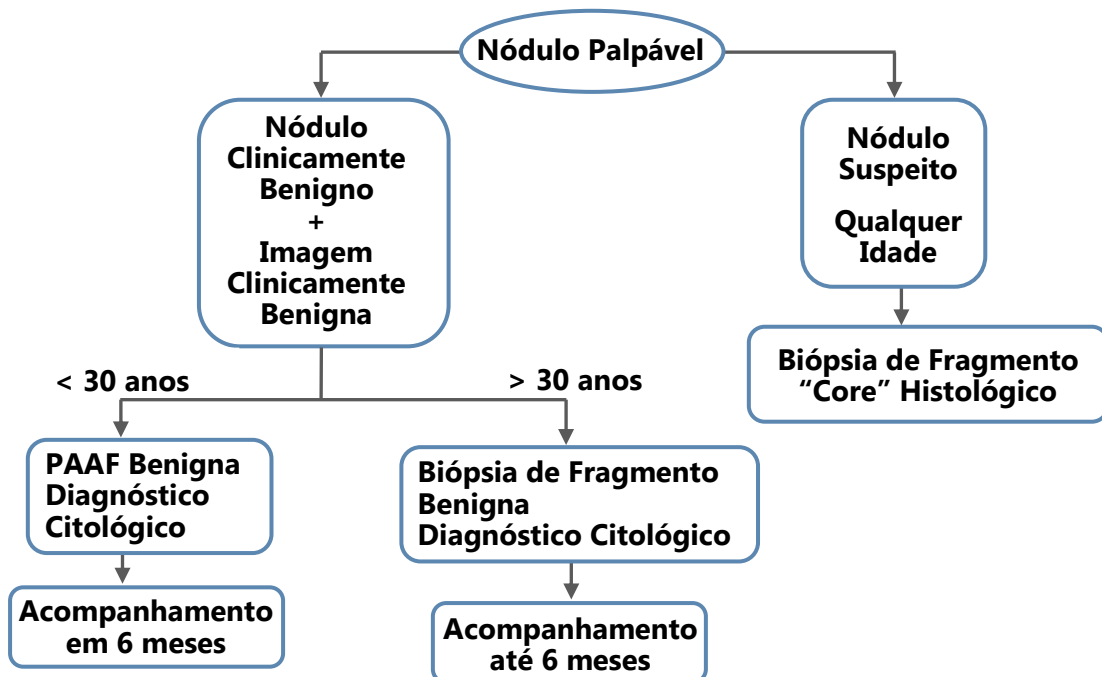


2.3- Condutas nas alterações mamárias

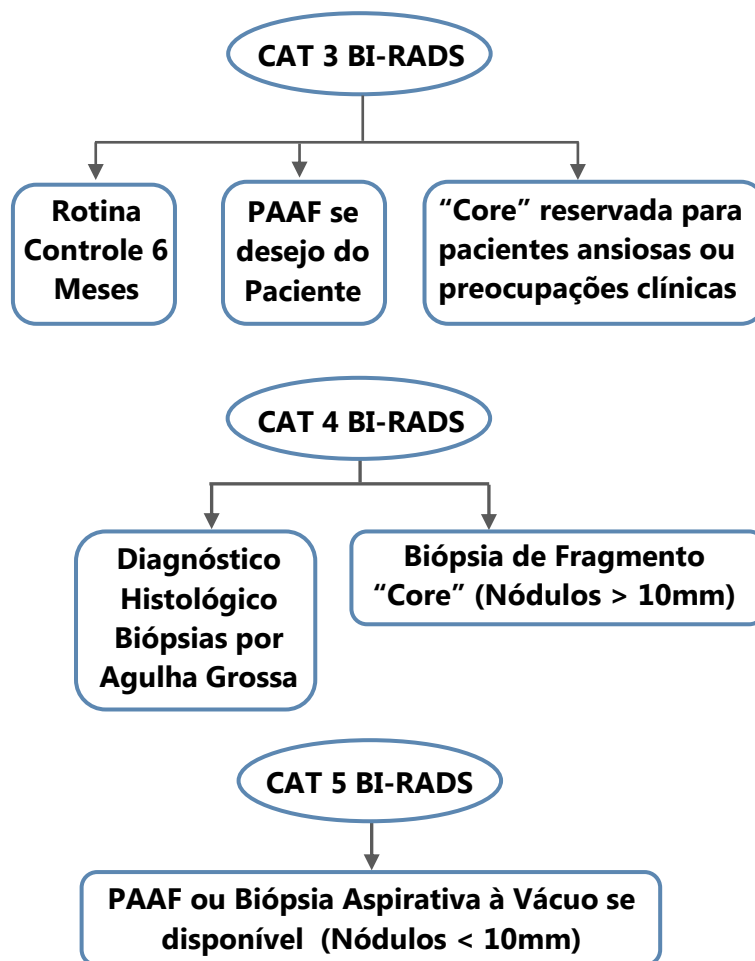
Fluxograma 2 – Situação clínica: nódulos clássicos de malignidade



Fluxograma 3 – Situação Clínica: nódulo palpável



Fluxograma 4 – Nódulos não palpáveis após BIRADS



Fluxograma 5 – Lesões não palpáveis vistas somente à Mamografia

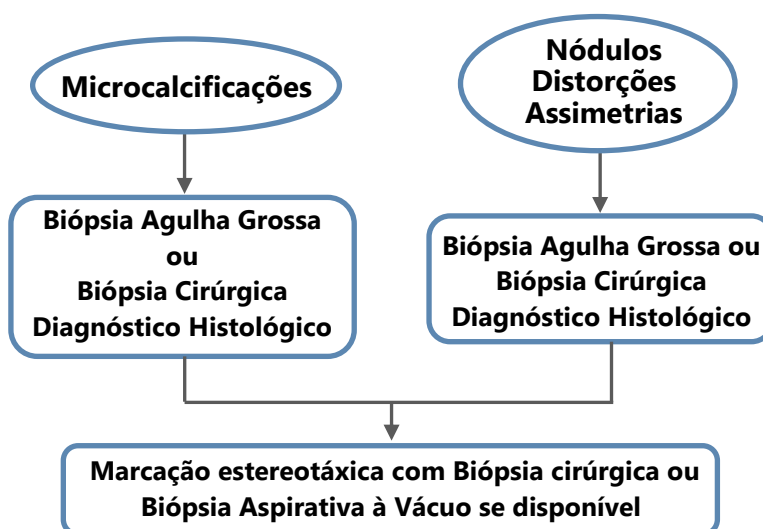


Tabela 2 – Conduta nos Casos de Lesões Categoria 4 e 5 (BI-RADS)

Categoria	Resultado da PAG ou Mamotomia	Análise do Procedimento	Indicação
4	Benigno	Satisfatório	Controle mamográfico em 6m, 6m e 1 ano
4	Benigno	PAG ou MT não adequada	Biópsia Cirúrgica
4	Lesões Inconclusivas	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Biópsia Cirúrgica
4	Carcinoma	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Tratamento
5	Benigno	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Biópsia Cirúrgica
5	Lesões Inconclusivas	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Biópsia Cirúrgica
5	Carcinoma	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Tratamento

Fonte: Modificado do Controle do Câncer de Mama Documento de Consenso INCA 2004

PAG: Punção com Agulha Grossa (Core biópsia). **MT:** Mamotomia

Tabela 3 – Conduta nas lesões - Categoria 4 BI-RADS

Categoria 4	Achados Patológicos	Conduta
A – Baixa Suspeição de Malignidade	Benignos e Concordantes	Acompanhamento em 6 meses é apropriado
A – Baixa Suspeição de Malignidade	Discordante	Biópsia Cirúrgica
B – Intermediária Suspeição de Malignidade	Concordante (necrose gordurosa ou fibroadenoma)	Aceitável controle imaginológico
B – Intermediária Suspeição de Malignidade	Discordante (Papiloma)	Biópsia Excisional

Fonte: Adaptado de BI-RADS Fourth Edition 2004 Guidance Chapter

Tabela 4 – Conduta nos nódulos palpáveis conforme a idade

Idade	Nódulo	Conduta
Pacientes >30 anos	Nódulo palpável com características de benignidade	US e PAAF, mamografia se necessário.
Pacientes >30 anos	Nódulo palpável não sugestivo de benignidade	US, mamografia e CORE
Pacientes <30 anos	Nódulo palpável	Mamografia, US
Pacientes <30 anos	Nódulo palpável com características de benignidade	PAAF e CORE
Pacientes <30 anos	Nódulo palpável não sugestivo de benignidade	CORE

Tabela 5 – Conduta em pacientes com Descarga Mamilar

Descarga mamilar	Conduta	Dosagem de prolactina	Tratamento
Não suspeita	US e ou mamografia conforme idade	Realizar em suspeita de hiperprolactinemia	Conforme achados da Propedêutica
Suspeita (Uniductal, espontânea, unilateral, hemorrágica ou em água de rocha)	Mamografia, US e Citologia oncótica da descarga papilar)		

Na ausência de achados suspeitos na propedêutica e persistência de descarga mamilar suspeita, realizar tratamento cirúrgico (Excisão total ou parcial dos ductos).

Galactorréia: prolactina em todos os casos.

Tabela 6 - Condutas nos processo inflamatórios

Tipo	Conduta	Medicação	Observação
Mastite Puerperal	Orientações direcionadas a estase, ingurgitamento e fissuras mamilares.	Se purulenta: Cefalexina 500mg VO de 6/6h por 7 dias	
Abcesso Puerperal	Drenagem de preferência "aberta" e antibióticos.	Cefalexina VO de 6/6h por 7 dias	
Mastite não puerperal central	US de mama na fase aguda para avaliação de abscesso		
Mastite isolada		Cefalosporina 500mg VO de 6/6h associado a Metronidazol 500mg VO de 8/8h por 21 dias	
Abcesso não puerperal	Drenagem	Cefalosporina 500mg VO de 6/6h associado a Metronidazol 500mg VO de 8/8h por 21 dias	Acompanhamento fundamental para diagnóstico diferencial com Carcinoma
Mastite Central não Puerperal Recidivante		Cefalosporina 500mg VO de 6/6h associado a Metronidazol 500mg VO de 8/8h por 21 dias	Recidivas frequentes durante um ano ou presença de fístulas indicam Fistulectomia ou cirurgia de Urban Biópsia para diagnóstico diferencial com Carcinoma é mandatório
Mastite não Puerperal Periférica			Exames para esclarecimento diagnóstico específico: Tbc:BAAR e PPD Sífilis:VDRL Diabetes: Glicemia de jejum
Mastite plasmocitária ou granulomatosa inespecífica		Prednisona 40mg VO por 3 meses	Precisa ser confirmada por biópsia Retirada gradual da medicação (risco de falência Suprarrenal)
Fasceíte Necrosante de mama	Debridamento amplo	Gentamicina 240mg IV 24/24h, Clindamicina 600mg IV 6/6/h	Coleta de cultura e antibiograma antes de antibioticoterapia

Obs.: Mastites não puerperais centrais ou periféricas de causa não identificável e recidivantes devem ser sempre biopsiadas.

Tabela 7 – Condutas nas lesões proliferativas

Tipo	Conduta
Hiperplasia Ductal Atípica	Revisão de lâmina, opinião de um segundo patologista especialista em mama sempre que possível
Hiperplasia Ductal Atípica como achado incidental	Observação e controle Mamografia anual independente da idade
Hiperplasia Ductal atípica como achado relacionado à lesão imaginológica	Exérese completa da lesão para diagnóstico definitivo
Neoplasia Lobular	Revisão de lâmina com opinião de segundo patologista especialista em mama sempre que possível
Neoplasia Lobular como achado incidental de biópsia	Observação e controle Mamografia anual independente da idade
Neoplasia como achado relacionado à lesão imaginológica	Exérese completa da lesão para diagnóstico definitivo

Tabela 8 – Conduta no Carcinoma

Tipo	Conduta	Observação
Carcinoma Ductal in situ	Quadrantectomia com margem livre Radioterapia com boost no sítio cirúrgico	Linfonodo sentinela em todos os casos de mastectomia. Acompanhamento:
Doença Multifocal	Quadrantectomia se for possível com margem livre Radioterapia com boost no sítio cirúrgico	Exame físico semestral 1ª mamografia após 6 meses da RT e a seguir anual.
Doença multicêntrica	Mastectomia Avaliar reconstrução conforme técnica e desejo da paciente	Encaminhamento ao Oncologista, discussão do uso de TMX.

Avaliar a necessidade de mamografia pós operatória em até 3 meses depois da cirurgia para exclusão de microcalcificações remanescentes antes de encaminhar a RT.

3- Estadiamento

Assim que confirmado diagnóstico de Ca de mama, realizar:

- Exame cito-histológico: vide propedêutica
- Mamografia (avaliação da extensão/multifocalidade/ multicentricidade/bilateralidade);
- US de mamas conforme indicações da propedêutica (vide capítulo específico);
- RX tórax;
- Hemograma;
- Função hepática;
- Fosfatase Alcalina, GGT/LDH;
- US abdominal total (Estadiamento III e alteração da função hepática);
- Cintilografia óssea (Estadiamento III, pacientes sintomáticas, ou com alterações laboratoriais – fosfatase alcalina);
- TC de tórax (somente alteração do RX ou sintomáticas);
- TC sistema nervoso central (se sintomáticas, encaminhar a paciente ao neurologista);

Obs.: Pacientes com mais de dez linfonodos positivos, realizar TC tórax, abdome e pelve.

TUMORES DE MAMA (CID-10 - C50)

1- Regras para classificação

A classificação é aplicável somente para carcinomas, tanto para mama feminina quanto masculina. Deve haver confirmação histológica da doença. A sub-localização anatômica de origem deve ser registrada, mas não é considerada na classificação. No caso de tumores primários múltiplos sincrônicos em uma mama, o tumor com a maior categoria T deve ser usado para a classificação. Os cânceres de mama, bilaterais e simultâneos, devem ser classificados independentemente para permitir a divisão dos casos por tipo histológico.

1.1- Os procedimentos para avaliação das categorias T, N e M são os seguintes:

- Categorias T- Exame físico e diagnóstico por imagem, p. ex., mamografia;
- Categorias N- Exame físico e diagnóstico por imagem;
- Categorias M- Exame físico e diagnóstico por imagem.

1.2- Sub-localizações Anatômicas:

1. Mamiló (C50.0);
2. Porção central (C50.1);
3. Quadrante superior interno (C50.2);
4. Quadrante inferior interno (C50.3);
5. Quadrante superior externo (C50.4);
6. Quadrante inferior externo (C50.5);
7. Prolongamento axilar (C50.6).

2- Linfonodos Regionais

Os linfonodos regionais são:

2.1- Axilares (homolaterais): linfonodos interpeitorais (Rotter) e os linfonodos ao longo da veia axilar e suas tributárias, que podem ser divididos nos seguintes níveis:

- I)** Nível I (axilar inferior): linfonodos situados lateralmente à borda lateral do músculo pequeno peitoral;
- II)** Nível II (axilar médio): linfonodos situados entre as bordas medial e lateral do músculo pequeno peitoral e os linfonodos interpeitorais (Rotter);
- III)** Nível III (axilar apical): linfonodos apicais e aqueles situados medialmente à margem medial do músculo pequeno peitoral, excluindo aqueles designados como subclaviculares ou infraclaviculares.

2.2- Infraclaviculares (subclaviculares) (homolaterais);

2.3- Mamários internos (homolaterais): linfonodos localizados nos espaços intercostais, ao longo da borda do esterno, na fáscia endotorácica;

2.4- Supraclaviculares (homolaterais):

Qualquer outra metástase em linfonodo é classificada como metástase à distância (M1), incluindo os linfonodos cervicais ou mamários internos contralaterais.

3- TNM - Classificação Clínica

T – Tumor

TX O tumor primário não pode ser avaliado;

T0 Não há evidência de tumor primário:

- **Tis** Carcinoma in situ;
- **Tis** (CDIS) Carcinoma ductal in situ;
- **Tis** (CLIS) Carcinoma lobular in situ;
- **Tis** (Paget) Doença de Paget do mamilo sem tumor na mama.

Nota:

- Os linfonodos intramamários são classificados como linfonodos axilares nível I;
- A doença de Paget associada com tumor é classificada de acordo com o tamanho do tumor.

T1 Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão;

T1mic Microinvasão de 0,1 cm ou menos em sua maior dimensão;

T1a Com mais de 0,1 cm, até 0,5 cm em sua maior dimensão;

T1b Com mais de 0,5 cm, até 1 cm em sua maior dimensão;

T1c Com mais de 1 cm, porém não mais de 2 cm em sua maior dimensão;

T2 Tumor com mais de 2 cm, porém não mais de 5 cm em sua maior dimensão;

T3 Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão;

T4 Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele, somente como descritos em T4a a T4d;

T4a Extensão à parede torácica;

T4b Edema (inclusive "pele de laranja", 'peau d'orange'), ou ulceração da pele da mama, ou nódulos cutâneos confinados à mesma mama;

T4c Ambos (T4a e T4b), acima;

Nota:

- Microinvasão é a extensão de células neoplásicas além da membrana basal, alcançando os tecidos adjacentes, sem focos tumorais maiores do que 0,1 cm em sua maior dimensão;
- Quando há focos múltiplos de microinvasão, somente o tamanho do maior foco é utilizado para classificar a microinvasão. (**Não usar a soma dos focos individuais**) A presença de múltiplos focos de microinvasão deve ser anotada como se faz com os carcinomas invasores extensos múltiplos.
- A parede torácica inclui costelas, músculos intercostais, músculo serrátil anterior, mas não inclui o músculo peitoral.

T4d Carcinoma inflamatório.

Nota:

- O carcinoma inflamatório da mama é caracterizado por um endurecido difuso e intenso da pele da mama com bordas erisipelóides, geralmente sem massa tumoral subjacente. Se a biópsia de pele for negativa e não existir tumor primário localizado mensurável, o carcinoma inflamatório clínico (T4d) é classificado patologicamente como pTX. A retração da pele, do mamilo ou outras alterações cutâneas, exceto aquelas incluídas em T4b e T4d, podem ocorrer em T1, T2 ou T3, sem alterar a classificação.

N - Linfonodos Regionais

NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (p. ex., por terem sido previamente removidos);

N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais;

N1 Metástase em linfonodo(s) axilar(es), homolateral (ais), móvel(eis);

N2 Metástase em linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) ou metástase clinicamente aparente* em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es);

N2a Metástase em linfonodo(s) axilar(es) fixos uns aos outros ou a outras estruturas;

N2b Metástase clinicamente aparente* em linfonodo(s) mamário(s) interno(s), na ausência de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es);

N3 Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(ais) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es); ou clinicamente aparente* em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na presença de evidência clínica de metástase em linfonodo(s) axilar(es); ou metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem envolvimento de linfonodo(s) axilar(es) ou mamário(s) interno(s);

N3a Metástase em linfonodo(s) infraclavicular(es);

N3b Metástase em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) e axilares;

N3c Metástase em linfonodo(s) supraclavicular(es).

Nota:

- *Clinicamente aparente = detectado por exame clínico ou por estudos de imagem (excluindo linfocintigrafia).

M - Metástase à Distância

MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada;

MO Ausência de metástase à distância;

M1 Metástase à distância.

A categoria M1 pode ser adicionalmente especificada de acordo com as seguintes notações:

- Pulmonar PUL (C34);
- Medula óssea MO [MAR](C42.1);
- Óssea OSS (C40, 41);
- Pleural PLE (C38.4);
- Hepática HEP (C22);
- Peritoneal PER (C48.1,2);
- Cerebral CER [BRA] (C71);
- Supra-renal (Adrenal) ADR (C74);
- Linfonodal LIN [LYM](C77);
- Pele CUT [SKI](C44);
- Outras OUT [OTH].

pTNM - Classificação Patológica

pT - Tumor Primário

A classificação histopatológica requer o exame do carcinoma primário sem tumor macroscópico nas margens de ressecção. Um caso pode ser classificado como pT se houver somente tumor microscópico em uma margem. As categorias pT correspondem às categorias T.

Nota:

- Ao se classificar a categoria pT, o tamanho do tumor é a medida do componente invasivo. Se há um grande componente in situ (p. ex., 4 cm) e um pequeno componente invasor (p. ex., 0,5 cm), o tumor é codificado como pT1a.

pN - Linfonodos Regionais

A classificação histopatológica requer a ressecção e o exame, pelo menos, dos linfonodos axilares inferiores (nível I). Tal ressecção incluirá, geralmente, 6 ou mais linfonodos. Se os linfonodos são negativos, mesmo que o número usualmente examinado seja não encontrado, classifica-se como pN0. O exame de um ou mais linfonodos sentinelas pode ser usado para a classificação patológica. Se a classificação é baseada somente em biópsia do linfonodo sentinela sem dissecação subsequente dos linfonodos axilares, deve ser designado como (sn) para linfonodo sentinela, p. ex., pN1(sn);

pNx Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (não removidos para estudo ou previamente removidos);

pN0 Ausência de metástase em linfonodos regionais*.

Nota:

- *Casos somente com células tumorais isoladas (CTI [ITC]) nos linfonodos regionais são classificados como pN0. As CTI [ITC] são células tumorais únicas ou em pequenos grupamentos celulares, não maiores que 0,2 mm em sua maior dimensão, que são geralmente detectadas por imunohistoquímica ou métodos moleculares, mas que poderiam ter sido verificados pela coloração de rotina (H&E). As CTI [ITC], tipicamente, não mostram evidência de atividade metastática, p. ex., proliferação ou reação estromal.

pN1mi Micrometástase (maior que 0,2 mm, porém não maior que 2 mm em sua maior dimensão);

pN1 Metástase em 1-3 linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), e/ou linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is) com metástase microscópica detectada por dissecação de linfonodo sentinela, porém não clinicamente aparente;

pN1a Metástase em 1-3 linfonodo(s) axilar(es) incluindo pelo menos um maior que 2 mm em sua maior dimensão;

pN1b Metástase microscópica em linfonodos mamários internos detectada por dissecação de linfonodo sentinela, porém não clinicamente aparente;

pN1c Metástase em 1-3 linfonodos axilares e metástase microscópica em linfonodos mamários internos detectada por dissecação de linfonodo sentinela, porém não clinicamente aparente;

pN2 Metástase em 4-9 linfonodos axilares homolaterais, ou em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), clinicamente aparente na ausência de metástase em linfonodos axilares;

pN2a Metástase em 4-9 linfonodos axilares incluindo, pelo menos, um maior que 2 mm;

pN2b Metástase em linfonodo(s) mamário(s) interno(s), clinicamente aparente, na ausência de metástase em linfonodos axilares.

Nota:

- Não clinicamente aparente = não detectado por exame clínico ou por estudos de imagem (excluindo linfocintigrafia). clinicamente aparente = detectado por exame clínico ou por estudos de imagem (excluindo linfocintigrafia) ou macroscopicamente visível patologicamente.

pN3 Metástase em 10 ou mais linfonodos axilares homolaterais; ou em linfonodos infraclaviculares homolaterais; ou metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na presença de um ou mais linfonodos axilares positivos; ou em mais de 3 linfonodos axilares clinicamente negativos, metástase microscópica em linfonodos mamários internos; ou em linfonodos supraclaviculares homolaterais;

pN3a Metástase em 10 ou mais linfonodos axilares (pelo menos um maior que 2 mm) ou metástase em linfonodos infraclaviculares;

pN3b Metástase clinicamente aparente em linfonodo(s) mamário(s) interno(s), na presença de linfonodos axilares positivos; ou metástase em mais de 3 linfonodos axilares e em linfonodos mamários internos com metástase microscópica detectada por dissecação de linfonodo sentinela, porém não clinicamente aparente;

pN3c Metástase em linfonodos supraclaviculares.

pM - Metástase à distância

As categorias pM correspondem às categorias M.

G - Graduação Histopatológica

Para a graduação histopatológica dos carcinomas invasivos, consulte a publicação: Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up. *Histopathology* 1991; 19-403-410.

Classificação R

A ausência ou presença de tumor residual após o tratamento pode ser descrita pelo símbolo R.

RX A presença de tumor residual não pode ser avaliada;

R0 Ausência de tumor residual;

R1 Tumor residual microscópico;

R2 Tumor residual macroscópico

Resumo Esquemático - Tumor de Mama

T – Tumor primário:

Tx – Tumor primário não pode ser avaliado;

T0 – Ausência de tumor mensurável;

T1mic – Microinvasão $\leq 0,1\text{cm}$;

T1a – Tumor $> 0,1\text{cm}$ e $\leq 0,5\text{cm}$;

T1b – Tumor $> 0,5\text{cm}$ e $\leq 1\text{cm}$;

T1c – Tumor $> 1\text{cm}$ e $\leq 2\text{cm}$;

T2 – Tumor $> 2\text{cm}$ e $\leq 5\text{cm}$;

T3 – Tumor $> 5\text{cm}$;

T4a – Qualquer tamanho com extensão à parede torácica;

T4b – Qualquer tamanho com extensão para pele;

T4c – Extensão para pele e parede torácica;

T4d – Carcinoma inflamatório.

N – Avaliação Clínica do Status Linfonodal:

Nx – Linfonodos regionais não podem ser avaliados (quando previamente retirados);

N0 – Ausência de metástase linfonodal;

N1 – Metástases para linfonodos axilares ipsolaterais e móveis;

N2a – Metástases para linfonodos axilares ipsolaterais, mas fixos entre si ou em outras estruturas;

N2b – Metástase clinicamente aparente apenas em linfonodo da cadeia mamária interna ipsolateral, na ausência de envolvimento da cadeia axilar;

N3a – Metástase para linfonodo infraclavicular ipsolateral, com ou sem envolvimento axilar;

N3b – Metástase clinicamente aparente na cadeia mamária interna ipsolateral, na presença de metástase clinicamente evidente na região axilar;

N3c – Metástase para cadeia supraclavicular ipsolateral com ou sem envolvimento das cadeias axilar ou mamária interna.

N – Avaliação Patológica do Status Linfonodal:

pNx – Linfonodos regionais não podem ser avaliados (quando previamente retirados ou quando não analisados pelo patologista);

pN0 – Ausência de metástase em linfonodos regionais analisados histologicamente;

pN0 (i-) – Histologia negativa; IH (imunohistoquímica) negativa;

pN0 (i+) – Histologia negativa; IH positiva (sem agrupamentos celulares maiores que $0,2\text{mm}$);

pN0 (mol-) – Histologia negativa; PCR negativo;

pN0 (mol+) – Histologia negativa; PCR positivo;

pN1mi – micrometástase ($> 0,2\text{mm}$ e menor ou igual a 2mm);

pN1a – 1 a 3 linfonodos axilares acometidos;

pN1b – Metástase microscópica para cadeia mamária interna, clinicamente não aparente (detectada pela técnica do linfonodo sentinela);

pN1c – 1 a 3 linfonodos axilares acometidos, associados a metástase microscópica para cadeia mamária interna (clinicamente inaparente, mas detectada pela técnica do linfonodo sentinela). Obs: se associado com mais de três gânglios axilares o estágio é pN3b;

pN2a – 4 a 9 linfonodos axilares acometidos (pelo menos um agrupamento celular maior que 2mm);

pN2b – Metástase clinicamente aparente na cadeia mamária interna na ausência de acometimento axilar;

pN3a – 10 ou mais linfonodos axilares acometidos (pelo menos um agrupamento celular maior que 2mm), ou metástase infraclavicular;

pN3b – Metástase clinicamente aparente na cadeia mamária interna na presença de acometimento axilar; ou 4 ou mais gânglios axilares acometidos associados a metástase microscópica para cadeia mamária interna (clinicamente inaparente e detectado pela técnica do linfonodo sentinela);

pN3c – Metástase em linfonodo supraclavicular ipsolateral.

M – Metástase à Distância:

M0 – Sem metástase à distância;

M1 – Metástases à distância.

Tabela 9 – Grupamento por Estádios

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
IIB	T2	N0	M0
	T3	N1	M0
IIIA	T2	N0	M0
	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
IIIB	T3	N2	M0
	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
IIIC	T4	N2	M0
	qqT	N3	M0
IV	qqT	qqN	M1

Nota:

- T1 inclui o T1mic.

4- Tratamento

4.1 Tabela 10 – Tratamento de Lesões Proliferativas Atípicas

Tipo	Conduta
Hiperplasia Ductal Atípica	Revisão de lâmina Opinião de um segundo patologista especialista em mama sempre que possível
Hiperplasia Ductal Atípica como achado incidental	Observação e controle Mamografia anual independente da idade
Hiperplasia Ductal Atípica relacionado à lesão imaginológica	Exérese cirúrgica completa de lesão para diagnóstico definitivo
Neoplasia Lobular	Revisão de lâmina Opinião de segundo patologista especialista em mama sempre que possível
Neoplasia Lobular como achado incidental em biópsia	Observação e controle Mamografia anual independente da idade
Neoplasia Lobular como achado relacionado à lesão imaginológica	Exérese cirúrgica completa de lesão para diagnóstico definitivo

4.2 Tratamento do CARCINOMA “IN SITU”

4.2.1 Ductal

- I. Cirurgia conservadora: margens de 1 cm se possível, mas no mínimo de 0,2cm) seguida de radioterapia com boost no sítio cirúrgico;
- II. Considerar mastectomia se Tu ductal "in situ" multicêntrico (2 ou mais quadrantes) ou extenso (>2,5cm); neste caso não se faz radioterapia. No caso de Doença Multifocal, se for possível margem livre, quadrantectomia, com radioterapia com boost no sítio cirúrgico;
- III. Linfonodo sentinela se mastectomia
- IV. Avaliar a necessidade de mamografia pós operatória em até 3 meses depois da cirurgia para exclusão de microcalcificações remanescentes antes de encaminhar à RT;
- V. Acompanhamento: exame físico semestral. 1ª mamografia após 6 meses da RT e depois anual. Encaminhar todos os casos à Oncologia para ser considerada a hormonioterapia "profilática" com TMF (procedimento não coberto pelo SUS).

4.2.2 Lobular

- I. Forte preditor de futuro Ca Invasivo, na mesma mama ou na oposta;
- II. Conduta conforme achado específico em biópsia (vide ítem 2.11);
- III. Não indicar radioterapia;

4.3 Tratamento Carcinoma Ductal Invasor

4.3.1 Tratamento Conservador

Sempre que possível e considerando:

- Desejo da paciente;
- Resultado estético satisfatório;
- Margens livres;
- Multifocalidade desde que margem livre;
- CDIS extenso associado: desde que margem livre;

Contraindicações do tratamento conservador:

- Multicentricidade;
- Impossibilidade de realizar Radioterapia seja por contraindicação clínica ou social.

4.3.2 Opções Cirúrgicas para tratamento conservador

- Quadrantectomia (inclui ressecção de pele): conforme opção do cirurgião;
- Setorectomia (não inclui ressecção de pele): conforme opção do cirurgião;
- Mastectomia: na impossibilidade do tratamento conservador;
- Mastectomia Radical (Halsted): ampla ressecção de pele da mama (incisão em gota), mastectomia, ressecção dos peitorais maior e menor, dissecação axila níveis I, II e III. Reservada na maioria das vezes para casos localmente avançados ou avançados com indicação cirúrgica ou higiênica, na ausência de resposta a QT neoadjuvante e quando as outras opções cirúrgicas de Mastectomia não preenchem os objetivos propostos;

- Radical Modificada Pattey: ressecção de pele da mama, ressecção do peitoral menor, dissecação axila I, II, III. Indicação: conforme o cirurgião;
- Radical Modificada Madden: ressecção de pele da mama, dissecação axila I, II, III. Indicação: mastectomia preferencialmente indicada na maioria dos casos com necessidade de dissecação da axila;
- Mastectomia Poupadora de pele: incisão poupadora de pele com retirada somente do CAM (complexo areolo-mamilar). Indicada quando não há necessidade de ampla retirada de pele e a preservação da pele favorece um melhor resultado estético na reconstrução;
- Mastectomia Simples: retirada de pele com CAM. Indicada nos casos em que não é possível o tratamento conservador da mama, mas é realizado o tratamento conservador da axila (LFNS). Também indicada na recorrência local pós tratamento cirúrgico conservador com radioterapia, "mastectomia de resgate";
- Mastectomia Subcutânea (preservadora da pele e do mamilo): casos selecionados em que não há possibilidade de tratamento conservador da mama e é possível a preservação da pele e do mamilo. Casos de mastectomia para Ca in situ que é possível preservar o CAM sem realizar a RT;

Tratamento cirúrgico da axila

- Linfonodo Sentinela: mastectomias com axila negativa, tumores até 5,0 cm com axila clinicamente negativa;
Técnica do LFNS: sempre que possível, técnica combinada - azul patente e radiomarcador (Tecnécio).
- Esvaziamento axilar: níveis I e II com exploração do nível III rotineiramente na presença de axila clinicamente positiva. Sempre avaliar os linfonodos de Rotter;
O esvaziamento axilar poderá ser omitido na presença de micrometástase em um (1) linfonodo sentinela.

5- Radioterapia e quimioterapia em Carcinoma de Mama

5.1- Carcinoma Ductal in Situ

- Tratamento Conservador: irradiação de toda mama na dose de 5.000/5.040cCY em 25/28 frações, em cinco frações por semana, em campos tangenciais opostos. Dose de reforço de 1.000/900cCY no quadrante inicialmente afetado;
- Mastectomia: não está indicada a RT.

5.2- Carcinoma invasor

- Cirurgia Conservadora com Axila N0: irradiação de toda mama com dose de 5.000/5.040 cCY, em 25/28 frações por semana. Dose de reforço, "Boost", de 1.000/900cCy no quadrante inicialmente afetado;
- Cirurgia Conservadora com axila + (positiva): irradiação de toda mama com dose de 5.000/5.040 cCY, em 25/28 frações por semana. Dose de reforço, "Boost", de 1.000/900cCy no quadrante inicialmente afetado. Quando axila histologicamente acometida (4 ou mais

- linfonodos positivos) irradiar a fossa supra clavicular na dose de 4.500cCY a 5.040cCY em cinco semanas e meia de tratamento. Campo anterior direto;
- Pacientes Mastectomizadas: não estão indicadas a RT de rotina. Indica-se a Irradiação da parede torácica através de dois campos paralelos e opostos com cones localizadores na dose de 5.040cCY em 28 frações se margens exíguas, estágio T3 ou T4, pacientes com doença localmente avançada que receberam Qt neoadjuvante, presença de margens profundas acometidas, presença de 4 ou mais linfonodos positivos, tumores macroscopicamente multicêntricos, EC II com invasão angiolinfática + grau histológico III;
 - Reforço de 900cCY na parede torácica se margens exíguas;
 - Uso de bólus na cicatriz durante irradiação ou boost com elétrons na cicatriz, dependendo da curva de isodose escolhida e da dose recebida na pele se comprometimento de pele;
 - Mastectomia Radical pT3 ou pT4, multicentricidade e ou axila + (positiva): Radioterapia na parede torácica campos paralelos opostos – dose 5.040cCY em 28 frações. Boost de 900cCY em cicatriz ou bolus. Irradiação da fossa supra clavicular com dose 4.500 a 5.000cCy – 180cCY/dia.

Considerações Gerais

Todos os casos de câncer de mama serão encaminhados ao serviço de Oncologia Clínica para avaliação de tratamento complementar.

Pacientes com proposta de QT baseadas em antracíclicos ou Taxanes não receberão tratamento concomitante, devendo ser submetidas primeiro à Qt e só após iniciar a Radioterapia.

As pacientes que receberam Qt neoadjuvante terão indicação da Radioterapia baseada no Ec inicial. Irradiação da cadeia mamária interna pode ser indicada em caso de tumores de quadrante central ou medial e com axila positiva. Usa-se feixes de elétrons, feixes mistos e planejamento 3D. Não há necessidade de irradiação da axila se ela for adequadamente esvaziada. Não há consenso quanto à necessidade de radioterapia na axila, se houver ruptura capsular ou invasão de gordura axilar.

- Recidiva local pós-mastectomia não irradiada: Radioterapia no plastrão mamário em doses usuais após cirurgia com margem se possível. Todo plastrão e drenagens – 45 - 50 Gy. Boost na área recidivada – 10 - 15 Gy;
- Recidiva pós-mastectomia irradiadas previamente: Se possível, ressecção cirúrgica e/ou Radioterapia;
- Lesões volumosas irresecáveis: radioterapia com campo bem localizado, preferência conformacional;
- Lesões disseminadas ou in situ: usa-se Elétrons;
- Não há consenso na forma de tratar uma paciente com recidiva local após mastectomia;
- A maioria dos oncologistas indica um tratamento local, com cirurgia e/ou radioterapia, seguido de tratamento sistêmico;
- Recidiva locorregional pós tratamento conservador e radioterapia: mastectomia simples
- (com dissecação axilar, se couber, casos previamente não dissecados submetidos a linfonodo sentinela).

Quimioterapia deve ser iniciada sempre que possível até 30 dias após a cirurgia. Seu benefício diminui um pouco quando iniciada no 2º ou 3º mês e diminui drasticamente se iniciada após 03 meses do procedimento cirúrgico.

Imunohistoquímica deve ser solicitada em todos os casos. Painel IMQ: RE (receptor de estrogênio), RP (receptor de progesterona), Her 2 (receptor de crescimento epitelial tipo 2).

Tabela 11 – CID 10

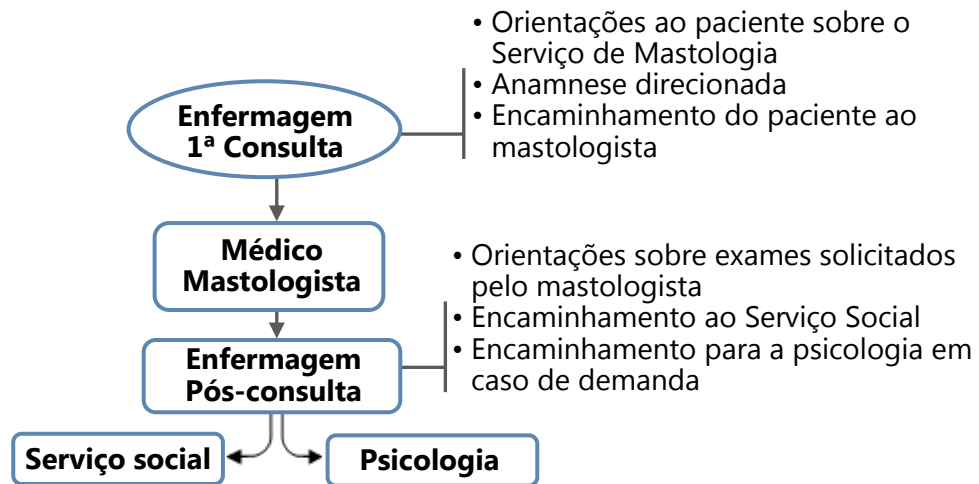
Neoplasia Maligna da mama	CID 10
Neoplasia maligna do mamilo e aréola	C50.0
Neoplasia maligna da porção central da mama	C50.1
Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama	C50.2
Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama	C50.3
Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama	C50.4
Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama	C50.5
Neoplasia maligna da porção axilar da mama	C50.6
Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva	C50.8
Neoplasia maligna da mama, não especificada	C50.9

Morfologia	Código Morfológico
Carcinoma de dutos infiltrante 85-90%	M8500/3
Carcinoma lobular SOE 5%	M8520/3
Carcinoma infiltrante de dutos e lobular	M8522/3
Comedocarcinoma SOE	M8501/3
Adenocarcinoma papilar intraductal c/ invasão	M8503/3
Carcinoma medular SOE <5%	M8510/3
Carcinoma inflamatório	M8530/3
Doença mamária de Paget	M8540/3

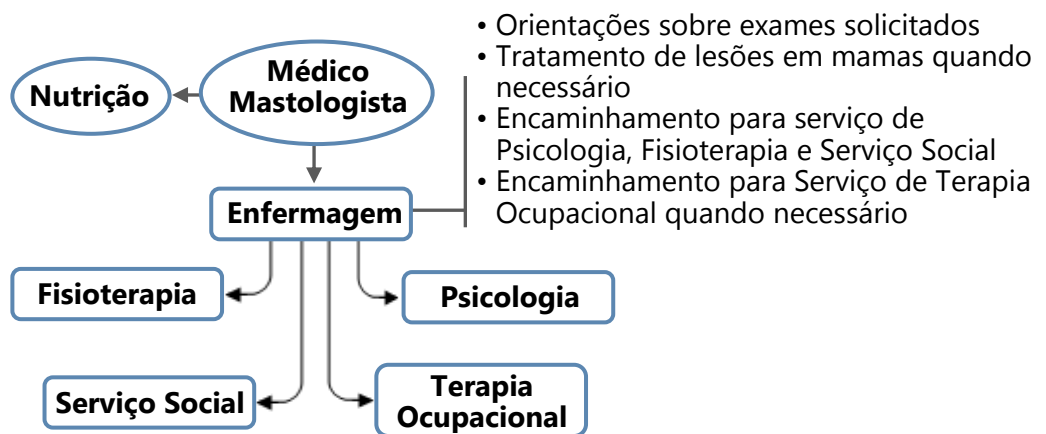
6- Abordagem multiprofissional

6.1 – Enfermagem dentro do Serviço de Mastologia – Fluxograma 6

Primeiro Tempo 1ª Consulta

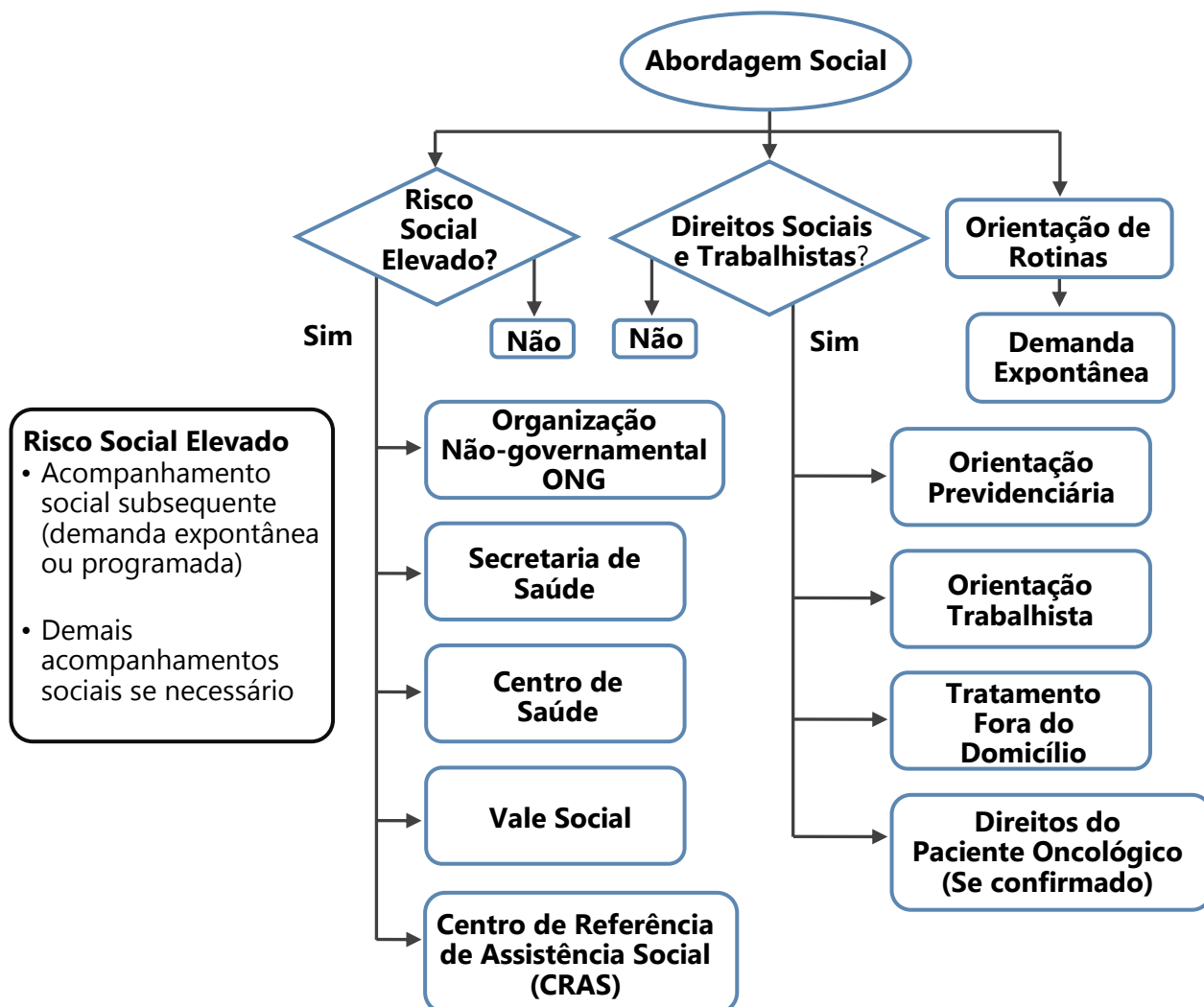


Segundo Tempo



6.2 – Assistência Social - Fluxograma 7

Atendimento ao Paciente em Primeira Consulta no Ambulatório de Mastologia do HAC



6.3- Fisioterapia

A fisioterapia se apresenta como uma modalidade importante de tratamento para câncer de mama. Ela atua diretamente na restauração da funcionalidade e na facilitação das atividades de vida diária, procurando prevenir e tratar as complicações pós-operatórias, contribuindo para redução das morbidades ocorridas neste período.

Complicações que podem ser encontradas

Dor, parestesia, restrição articular, déficit funcional, alteração cicatricial, linfedema, fraqueza muscular, escápula alada, alteração postural e de esquema corporal, sensação de mama fantasma, trombose linfática superficial.

A implantação de uma rotina de atendimento fisioterapêutico para pacientes portadores de câncer de mama tem como principal objetivo a intervenção precoce, minimizando o quadro de morbidades permitindo assim uma melhor qualidade de vida.

O acompanhamento da Fisioterapia se realizará nos período pré-operatório e pós-operatório imediato e tardio.

Indicação para Fisioterapia

Pacientes que serão submetidas à mastectomia, quadrantectomia, abordagem axilar, biópsia de linfonodo sentinela e reconstrução mamária.

Pré-operatório

- Apresentação do profissional e dos objetivos da fisioterapia junto à paciente;
- Avaliação inicial – nome, idade, estado civil, situação familiar, ocupação, tabagismo, etilismo, doenças e cirurgias prévias, doença atual, amplitude de movimento (ADM), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), ausculta respiratória e perimetria nos casos de abordagem axilar;
- Exercícios respiratórios e de membros;
- Orientações quanto aos cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, transferências de decúbito e cuidados com o dreno.

Pós-operatório imediato e tardio

- O atendimento fisioterapêutico se realizará a partir do 1º pós operatório e durante toda a internação, uma vez ao dia ou duas vezes se necessário;
- Avaliação física e funcional da paciente, com verificação da frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR), ausculta pulmonar, padrão respiratório, nível de compreensão e consciência, averiguação da ferida operatória e drenos;
- Reforçar as orientações de cuidados com a ferida operatória, com o membro superior homolateral à cirurgia e posicionamento adequado no leito (decúbito dorsal com cabeceira elevada a 30° com membro superior ligeiramente elevado, quando realizada abordagem axilar);
- Exercícios respiratórios e de membros inferiores;
- Mobilização do membro superior homolateral à cirurgia até o limite de 90° ou no limite da dor (a partir do 1º PO);
- Utilização de equipamentos fisioterápicos quando indicado: inspirômetro de incentivo, flutter, EPAP e massagador vibratório;
- Orientações quanto à forma correta de se levantar e deitar no leito após a cirurgia (decúbito lateral contrário ao lado operado com semiflexão de membros inferiores apoiando-se em membro superior não operado);
- Assentar a beira do leito/deambular;
- Auto cuidado nas AVDs;
- Massagem de deslizamento/relaxamento;
- Fornecer encaminhamento para atendimento ambulatorial para retorno em três semanas.

Pós-operatório tardio/ambulatorial

- Após a retirada dos pontos (três semanas), ou antes, se necessário;
- Nesta fase inicia-se o período de reabilitação dos membros superiores, com o objetivo de reduzir a sintomatologia e favorecer o retorno mais precoce da funcionalidade;
- Periodicidade do tratamento: uma ou duas vezes na semana.

Tratamento proposto no pós-operatório tardio (ambulatorial)

- Avaliação da paciente – verificação da cirurgia realizada, ferida operatória, aspecto da pele, ADM, FC, FR, ausculta pulmonar, perimetria de membros superiores, avaliação postural e queixa principal;
- Exercícios respiratórios;
- Exercícios para recuperação da mobilidade e função do membro superior homolateral a cirurgia;
- Exercícios cervicais, de cintura escapular e de membros inferiores;
- Exercícios de relaxamento;
- Após a retirada dos pontos, exercícios para membro superior com amplitude maior que 90°;
- Massagem evacuativa e de deslizamento, evitando a área do sítio cirúrgico;
- Após o 30º P.O. iniciar com massagem cicatricial e auto massagem, exceto nos casos de complicações pós-operatórias na área operada;
- Utilização de massagem vibratória mecânica e compressas de gelo quando necessário;
- Utilização de aparelhos de eletroestimulação (TENS/FES) para controle de dor e estimulação nervosa;
- Orientações de retorno gradativo às atividades de vida diária e profissional;
- Orientações quanto ao uso de prótese externa e soutiens adequados;
- Na presença de seroma, os exercícios e a massagem devem ser reavaliados junto à equipe médica;
- Em casos selecionados de trombose linfática superficial, realização de tração manual;
- Quando verificado o linfedema, inserir a paciente no programa de tratamento para linfedema.

Atuações preventivas de linfedema

- Auto massagem 2x ao dia;
- Exercícios orientados 1x ao dia;
- Auto cuidado;
- Orientações.

Atuações no linfedema instalado

Drenagem linfática, massagem vibratória, cinesioterapia, enfaixamento compressivo, cuidados com a pele, orientações domiciliares (**ANEXO I**) e adaptação de malha compressiva ao término do tratamento.

Duração do tratamento para linfedema já instalado

- 12 sessões / 02x semana > reavaliação.

Evolução do tratamento e critérios para alta

- Diminuição de queixa álgica;
- Escala de dor (EVA) de 0 a 10: → **0: ausência de dor;**
10: máximo grau de dor;
- Aumento da ADM;
- Aumento da força muscular: exercícios resistidos serão trabalhados após liberação de ADM e com carga máxima de 1 kg e observação permanente;
- Perimetria de membros superiores: diferença menor que 2,0 cm ou similar à medida pré-operatória;
- Funcionalidade;
- Retorno às atividades de vida diária (AVD's).

Após a alta fisioterapêutica

- 1º retorno em 30 dias;
- 2º retorno em 90 dias;
- 3º retorno anualmente até completar 05 anos;
- As pacientes que estiverem seguindo tratamento na Radioterapia serão acompanhadas neste período.

Orientações de cuidados com o braço do lado operado – (ANEXO I)

6.4- Psicologia

- Criar um espaço onde as pacientes possam ser ouvidas nas suas angústias e fantasias e, desta forma, possibilitar a criação de narrativas que venham a produzir novas significações em suas vidas;
- Avaliar e acompanhar, psicologicamente, pacientes com câncer de mama após seu diagnóstico e durante as diversas etapas de seu tratamento oncológico, individual ou em grupo;
- Aplicar conhecimentos teóricos na prática institucional;
- Aprimorar habilidades para realização do trabalho em equipe;
- Desenvolver as atividades da área buscando a melhoria da qualidade do atendimento integral ao paciente oncológico;
- Participar de atividades multidisciplinares;
- Prestar assistência psicológica aos pacientes do ambulatório;
- Prestar assistência psicológica aos pacientes internados;
- Prestar assistência psicológica individual ou em grupo aos pacientes e/ou familiares;
- Prestar assistência psicológica ao paciente oncológico a partir de uma abordagem multidisciplinar.

Atividades Essenciais

- Acolhimento aos pacientes e/ou familiares na primeira consulta ambulatório;
- Atendimento psicológico individual ambulatório;
- Atendimento psicológico em grupo;

- Atendimento psicológico aos pacientes e/ou familiares na clínica cirúrgica no pré e pós operatório;
- Discussão de casos em equipe inter e multiprofissional;
- Participação nas reuniões multiprofissional.

Conclusão

O Serviço de Psicologia Hospitalar atua nas diferentes clínicas e unidades, representando uma interface entre a psicologia e a oncologia. O psicólogo hospitalar é o profissional que auxilia a compreensão dos aspectos emocionais e o ajustamento do paciente às condições de diagnóstico, hospitalização, cirurgia, quimioterapia, radioterapia.

O trabalho pode ser tanto de apoio quanto de aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e grupal. Ele tem facilitado a comunicação do diagnóstico para melhor cooperação com os tratamentos e o alívio de possíveis efeitos secundários, além da obtenção de uma melhor qualidade de vida, inclusive para o paciente em cuidados paliativos.

O funcionamento do Serviço na Mastologia é caracterizado pelo contato contínuo com os setores do hospital, pela presença constante nas unidades e serviços e pela participação nas atividades diárias, assumindo caráter preventista, diagnóstico e terapêutico.

A Psicologia Hospitalar atua também no serviço de reabilitação, auxiliando o paciente a lidar com sua nova realidade e adequação de expectativas, ponderando o impacto da doença no humor e na afetividade daqueles que o cercam.

Os distúrbios cognitivos e comportamentais, que podem decorrer do comprometimento das funções cerebrais, são considerados e reabilitados. Familiares e cuidadores envolvidos no processo de reabilitação também podem receber acolhimento da Psicologia.

6.5- Terapia Ocupacional

O terapeuta ocupacional é o profissional responsável por recuperar e/ou manter a função (autonomia e independência nas atividades cotidianas) do paciente. O diagnóstico e tratamento do câncer de mama têm uma abordagem invasiva, que pode comprometer a qualidade de vida das mulheres acometidas por tal doença com as reações advindas da quimioterapia/ radioterapia; e no pós-operatório com a diminuição da mobilidade funcional do membro superior do lado operado.

Devido à interrupção do cotidiano, a Terapia Ocupacional - através das atividades e recursos terapêuticos - atua na reorganização do desempenho ocupacional nas diferentes esferas da vida (atividades de vida diária e de vida prática, trabalho e lazer), objetivando uma melhora na condição da saúde mental, física e ocupacional dessas pacientes. Dessa forma, as intervenções terapêuticas ocupacionais vão desde as ações mais simples do cotidiano às orientações das atividades mais complexas.

Etapas da Intervenção

A intervenção terapêutica ocupacional inicia-se no leito pré-operatório, continua durante todo o tratamento e se estende até os cuidados paliativos.

Objetivos

- Realizar treino funcional das atividades básicas de vida diária no pós-operatório imediato das pacientes submetidas à mastectomia com abordagem axilar, nas primeiras mobilidades funcionais que farão com o braço do lado operado (sentar-se, escovar os dentes, banho, alimentação, pentear o cabelo, vestir/despir blusa aberta e fechada, etc);
- Promover o retorno gradual das pacientes às atividades domésticas para evitar o linfedema, através de orientação e treinamento das adaptações necessárias no desempenho das tarefas (lavar louça, cozinhar, lavar roupa, pendurar a roupa no varal, passar roupa, arrumar a roupa, arrumar armários e gavetas, cuidado e atenção aos filhos, dirigir, dormir e cuidar do jardim, dentre outras);
- Avaliar e graduar, durante o processo de intervenção, atividades que exigem maior esforço físico como varrer/ limpar a casa, trabalhos manuais, bem como as que são realizadas nos postos de trabalho e no lazer;
- Considerar as reais necessidades da paciente, histórico ocupacional, relação que estabelece a partir de suas próprias atividades para promover a (re)inserção social;
- Contribuir para a “reconstrução” da autoimagem e da autoestima no desempenho dos papéis ocupacionais.

6.6- Nutrição

Objetivos

- Viabilizar a recuperação do estado nutricional do paciente;
- Minimizar os efeitos adversos – náuseas, vômitos, hiporexia, disfagia, dispepsia, mucosite, estomatite, odinofagia, esofagite, disgeusia, xerostomia e diarreia – advindos do tratamento quimioterápico, radioterápico e/ou cirúrgico, por meio da orientação dietética;
- Resgatar a auto-estima, melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional do paciente, através da melhora do estado nutricional;
- Tratar os déficits nutricionais, bem como o sobrepeso e a obesidade.

Público-alvo

Pacientes com câncer de mama no pré e pós-operatório.

Atendimento Ambulatorial

A avaliação nutricional é feita por meio da análise dos parâmetros antropométricos, dietéticos, clínicos e bioquímicos. A partir dos quais é definido o diagnóstico nutricional bem como a proposta dietoterápica individualizada. O acompanhamento será realizado através de consultas, cuja periodicidade será determinada pela nutricionista, de acordo com a evolução do paciente.

ITENS DE CONTROLE

- 1- Número absoluto total de pacientes que percorreram o fluxo indicado pela equipe multidisciplinar / Número absoluto de pacientes atendidos no ambulatório da mastologia. Meta 100%.

Orientações de cuidados com o braço do lado operado

- Evitar ferir o braço (arranhões, queimaduras, cortes);
- Usar luvas para realizar trabalhos domésticos, com o objetivo de evitar machucados;
- Não medir pressão nem tomar injeção e tirar sangue neste braço;
- Evitar raspar a axila, utilize somente barbeador elétrico, não use cera quente ou fria. Usar a tesoura para cortar o pêlo rente à pele;
- Não utilizar desodorantes com antitranspirante;
- Não tirar cutícula, cortar as unhas cuidadosamente;
- Não fazer grandes esforços, não pegar peso e nem realizar movimentos repetitivos;
- Evitar / tratar micoses nas unhas e braços. Mostrar para o seu médico;
- Manter a pele hidratada, não usar produtos que causam alergias e evitar contato com produtos que possam causar irritações na pele;
- Ter cuidado com mordidas de bichos e picadas de insetos. Caso isto aconteça, lavar o local com água e sabão neutro e observar. Usar repelente;
- Evitar tomar muito sol. Preferir os horários de 7h às 10h ou após às 16h e sempre usar protetor solar;
- Não usar banheiras quentes e saunas;
- Evitar carregar a bolsa tiracolo sempre do mesmo lado;
- Evitar apertar o braço do lado operado, dificultando a circulação (blusas com elásticos, anéis, pulseiras, relógios);
- Caso você faça uso da braçadeira elástica, procure colocá-la durante todo o dia. Você pode retirá-la para dormir;
- Não dormir em cima do braço que está inchado;
- Fazer auto massagem (a massagem que você aprendeu a fazer sozinha) todos os dias;
- Preste atenção no seu peso, pois pessoas obesas têm maiores riscos de desenvolver o LINFEDEMA, que é o inchaço do braço;
- Praticar as atividades físicas com orientação do fisioterapeuta;
- Sempre que notar qualquer inchaço, coceira ou vermelhidão nos braços, procurar seu médico.

Para que você não tenha o LINFEDEMA é importante que siga as orientações acima

REFERÊNCIAS

1. Almeida, R. A . Impacto da mastectomia na vida da mulher. Revista SBPH. Dezembro 2006 v.9 n 2. Disponível em: <http://pepsic.bvs-si.org>. Acesso em: 31/08/2012.
2. American College of Radiology: Breast imaging reporting and data system (BI-RADS), 4th ed. Reston, VA, American College of Radiology, 2003.
3. Axillary Dissection vs No Axillary Dissection in Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis A Randomized Clinical Trial JAMA. 2011;305(6):569-575
4. Bergamasco, R.B,Angelo.M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experimentado pela mulher. Revista Brasileira de Cancerologia. 2001 n 47 (3). Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 31/08/2012.
5. Camargo MC, Marx AG: Reabilitação Física no Câncer de Mama – Roca; 2000;
6. Cancer Screening in the United States, 2010 A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening CA CANCER J CLIN 2010;60:99–119
7. De Carlo, M. M. R. P. et al. Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares, Editora Roca, 2004.
8. Documento de Consenso sobre o Controle do Câncer de Mama – INCA Abril 2004
9. Emdin S.O., Granstrand B., Ringberg A., et al: SweDCIS: radiotherapy after sector resection for ductal carcinoma in situ of the breast. Results of a randomised trial in a population offered mammographic screening. Acta Oncol 2006; 45:536-543.
10. Fisher B., Bauer M., Margolese R., et al: Five-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without radiation therapy in the treatment of breast cancer. N Eng J Med 1985; 312:665-673
11. Fisher B., Costantino J., Redmond C., et al: Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. N Engl J Med 1993; 328:1581-1586
12. Fisher E., Lemming R., Andersen S., et al: Conservative management of intraductal carcinoma (DCIS) of the breast. J Surg Oncol 1991; 47:139-147
13. Fisher E., Sass R., Fisher B., et al: Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (Protocol 6) i. Intraductal carcinoma (DCIS). Cancer 1986; 57:197-208.
14. Greene F., Page D., Fleming I., et al: AJCC cancer staging manual, 6th ed. New York, Springer, 2002.
15. II Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Oncologia / A visão interdisciplinar do paciente oncológico – Goiânia; 2011;
16. Journal of The American College of Surgeons Vol. 209, No. 4, October 2009 Silverstein et al Image-Detected Breast Cancer
17. Julien J., Bijker N., Fentiman I., et al: Radiotherapy in breast conserving treatment for ductal carcinoma in situ: first results of EORTC randomized phase III trial 10853. Lancet 2000; 355:528-533.
18. Locoregional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel Lymph Node Metastases
19. Manual de Condutas do INCA.
20. Marx, AG. Estudo sobre a intervenção fisioterapêutica precoce e tardia na morbidade de membro superior pós-tratamento de câncer de mama – São Paulo- Faculdade de Medicina- Universidade de São Paulo; 2006;
21. Optimal Surgical Treatment of Breast Cancer Umberto Veronesi, Stefano Zurrada The Oncologist 1996;1:340-346
22. Pengo, M. M. S. B. Assistência à Mulher com Câncer – A Experiência do Hospital Amaral Carvalho em Jaú – SP. In: OTHERO, M. B. Terapia Ocupacional – Práticas em Oncologia, São Paulo: Roca, 2010.
23. Recht A.: Randomized trial overview. In: Silverstein M.J., Recht A., Lagios M., ed. Ductal carcinoma in situ of the breast, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002:233-240

-
24. Silva. L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em estudo*. Junho 2008. vol.13. N 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 31/08/2012.
-
25. Steinberg et al *Can J Surg* 1996; 39:302-311
-
26. Strategies for subtypes—dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011 *Annals of Oncology* 22: 1736–1747, 2011
-
27. Surgical guidelines for the management of breast cancer Association of Breast Surgery at BASO 2009
-
28. The American College of Surgeons Oncology Group 2011 Randomized Trial *Ann Surg* 2010;252: 426–433
-
29. UK Coordinating Committee on Cancer Research (UKCCCR) Ductal Carcinoma in Situ (DCIS) Working Party: Radiotherapy and tamoxifen in women with completely excised ductal carcinoma in situ of the breast in the UK, Australia, and New Zealand: Randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 362:95-102
-
30. Viani G.A., Stefano E.J., Afonso S.L., et al: Breast-conserving surgery with or without radiotherapy in women with ductal carcinoma in situ: A meta-analysis of randomized trials. *Radiat Oncol* 2007; 2:28-39
-

