



## Protocolos de encaminhamento para Mastologia

O protocolo de Mastologia será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Mastologia. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e deve ser descrito quando realizado pelo paciente e sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos, e não impedem a solicitação de consulta especializada.

**Pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasia mamária devem ter preferência no encaminhamento e devem ser direcionadas a serviços de Oncologia.**

**Desta forma, pacientes com lesões BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) categoria 4 (A, B ou C), 5 e 6 devem ser atendidas nas agendas oncológicas respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia, resolução nº255/18 -CIB/RS. É neste local de atenção que se confirma o diagnóstico e se determina a extensão da neoplasia (estadiamento), o tratamento e cuidados necessários de acordo com as rotinas e condutas estabelecidas nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (Unacon) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Tendo em vista que o câncer de mama é um dos tumores mais prevalentes em oncologia, o seu tratamento deve ser garantido por hospitais credenciados como Unacon e Cacon, não valendo para estas situações o envio da Declaração de Impossibilidade Técnica (DITA).**

---

**Atenção:** oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

---

Elaborado em 03 de fevereiro de 2016.

Revisado em 05 de fevereiro de 2020.



Supervisão Geral:

Arita Bergmann

Coordenação:

Roberto Nunes Umpierre

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização e Edição:

Ana Cláudia Magnus Martins

Elise Botteselle de Oliveira

Rudi Roman

Autores:

Ana Cláudia Magnus Martins

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Elise Botteselle de Oliveira

Ellen Machado Arlindo

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Natan Katz

Rudi Roman

Elisa Eichenberg Furasté

Maurício Godinho Kolling

Mariana Soares Carlucci

Revisão Técnica:

Débora Cravo Battassini

Michela Fauth Marczyk

Jorge Villanova Biazús

Colaboração:

Patricia Ashton-Prolla

Cristina Brinckmann Oliveira Netto

Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS

Normalização:

Geise Ribeiro da Silva

Diagramação:

Lorenzo Costa Kupstaitis

TelessaúdeRS-UFRGS 2020

Porto Alegre – RS.



## Protocolo 1 – Neoplasia da Mama e lesões suspeitas

O exame físico das mamas é imprescindível na avaliação de lesões suspeitas de neoplasia mamária, bem como a diferenciação entre nódulos palpáveis e não palpáveis.

Nódulos palpáveis têm indicação de avaliação com exame de imagem (se idade < 30 anos com ecografia, na persistência por mais de 1 ciclo menstrual; e se idade ≥ 30 anos com mamografia).

A conduta nas lesões não palpáveis segue a proposta do BI-RADS, publicado pelo Colégio Americano de Radiologia.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de Oncologia:

- achados no exame físico altamente sugestivos de neoplasia da mama ([quadro 1](#)); ou
- adenopatia axilar, mesmo com exame de imagem normal (na ausência de causa infecciosa ou inflamatória conhecida após investigação inicial na APS); ou
- achados em exame de imagem de BI-RADS categoria 4 ou 5 ([quadro 2](#)); ou
- diagnóstico histopatológico ou citopatológico de neoplasia da mama.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Mastologia:

- nódulo palpável em mulheres com **alto risco** para câncer de mama ([quadro 3](#));
- nódulo palpável ao exame físico, mesmo com exame de imagem sem lesão suspeita, nas seguintes condições:
  - nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual em mulher com mais de 30 anos;
  - nódulo palpável recente depois da menopausa;
  - nódulo palpável persistente por mais de um ciclo menstrual em mulher com menos de 30 anos, com exame de imagem negativo (lesão não visualizada);
  - nódulo palpável em mulher com menos de 30 anos, com ecografia mostrando lesão sólida ≥ 2 cm ou com alta suspeita clínica;
- paciente assintomática com BI-RADS categoria 3 com indicação precisa de Terapia de Reposição Hormonal - provável indicação de citologia e/ou histologia.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. anexar laudo de exames de imagem realizados, principalmente mamografia e ecografia mamária, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
3. história pessoal de câncer de mama (sim ou não), ou de câncer em outros órgãos. Se sim, descreva a lateralidade (se câncer de mama), qual o órgão acometido, tratamentos realizados e o local de tratamento do câncer;
4. história familiar de neoplasia mamária ou de ovário (sim ou não). Se sim, grau de parentesco e idade no diagnóstico;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



## Protocolo 2 – Alterações Benignas da Mama

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Mastologia:

- cisto simples recidivante; ou
- cisto simples sintomático (dor/desconforto); ou
- lesão benigna sintomática (dor/desconforto/assimetria mamária), como fibroadenoma ou lipoma, em que mesmo com confirmação benigna (por biópsia ou imagem) haja desejo de exérese cirúrgica; ou
- abscesso subareolar crônico recidivante; ou
- pacientes com mamas acessórias ou supranumerárias que desejem cirurgia;
- descarga papilar bilateral leitosa sem hiperprolactinemia, descartadas causas secundárias, se desejado tratamento pela paciente.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- descarga papilar bilateral leitosa com hiperprolactinemia, não induzida por medicação.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. descrição de exame de imagem, se realizado, com data;
3. se descarga papilar bilateral leitosa, descreva:
  - medicamentos em uso; e
  - resultado de prolactina e TSH, com data;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



## Protocolo 3 – Ginecomastia

Ginecomastia é definida como a presença de tecido mamário palpável em homens, podendo ser unilateral ou bilateral. Costuma ser fisiológica em neonatos ou na fase puberal.

Não há indicação de encaminhar pacientes com pseudoginecomastia (ou lipomastia - depósito de gordura sem proliferação glandular) secundária à obesidade para serviço especializado em Mastologia.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Mastologia (preferencialmente) ou Cirurgia Plástica:**

- ginecomastia secundária (com causa identificada) que não regrediu espontaneamente em 12 meses, após manejo específico adequado, em paciente com 18 anos ou mais que deseja procedimento cirúrgico;
- ginecomastia idiopática (causa não identificada e investigação normal), em paciente com 18 anos ou mais, que deseja procedimento cirúrgico;
- ginecomastia puberal que não regrediu espontaneamente em 24 meses, após afastadas causas secundárias, em adolescente com desenvolvimento puberal completo (estágio Tanner 5).

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:**

- adolescente com ginecomastia que não regrediu após 2 anos ou quando paciente completar 17 anos; ou
- suspeita de anormalidade endocrinológica como hipogonadismo (atrofia testicular, diminuição de massa muscular, pelos faciais ou no corpo), hipertireoidismo, resistência androgênica, entre outras.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia Pediátrica:**

- ginecomastia em crianças pré-pubescentes; ou
- ginecomastia com crescimento rápido ou maior do que 4 cm; ou
- ginecomastia puberal associada à suspeita de anormalidade endocrinológica (hipogonadismo, hipertireoidismo, suspeita de resistência androgênicas, entre outras); ou
- ginecomastia idiopática que não regrediu após 2 anos de acompanhamento.

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. sinais e sintomas (descrever se achado unilateral ou bilateral, dor ou desconforto, evolução, palpação testicular);
2. índice de massa corporal (IMC);
3. presença de comorbidades que justifiquem a ginecomastia (cirrose, hipertireoidismo) (sim ou não);
4. descrever medicamentos em uso;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



## Protocolo 4 – Reconstrução de mama

---

A reconstrução mamária após cirurgia para tratamento de neoplasia de mama deve ser realizada preferencialmente no serviço original onde a paciente realizou tratamento do câncer. A cirurgia plástica reconstrutiva da mama é obrigatória nos Cacon e facultada nas Unacon, que devem indicar quais os serviços de referência para esse procedimento.

Quando a reconstrução no centro de tratamento original não for possível, a paciente poderá ser encaminhada para outro serviço de Cirurgia Plástica.

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Plástica:

- Pacientes com diagnóstico de neoplasia de mama que sofreram mutilação total ou parcial da mama em decorrência do tratamento do câncer, que desejam a reconstrução mamária.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. diagnóstico do câncer de mama e laudo anatomopatológico confirmando a neoplasia;
2. localização do câncer de mama;
3. tratamento local (mastectomia parcial ou total, radioterapia) e tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) realizado para o câncer;
4. instituição de saúde em que realizou tratamento para o câncer;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



## Protocolo 5 – Pacientes com Alto Risco para Câncer de Mama

---

A intensificação do rastreamento com exames de imagem, em mulheres consideradas de alto risco para câncer de mama, pode ser visualizada no [quadro 3](#).

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Mastologia:

- Paciente assintomática com alto risco para câncer de mama e ovário, com indicação de intensificação no rastreamento por imagem ([quadro 3](#)), sem condições de acompanhamento na APS.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Genética:

- Paciente com história pessoal ou familiar de risco elevado para câncer familiar de mama e ovário ([quadro 4](#)), com indicação de aconselhamento genético e possível testagem genética.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. descrição de exame de imagem, se realizado, com data;
3. história pessoal de câncer de mama ou outra neoplasia (sim ou não). Se sim, descreva tipo de neoplasia e idade no diagnóstico;
4. história familiar de neoplasia mamária, de ovário ou outra (sim ou não). Se sim, descreva tipo de neoplasia, grau de parentesco e idade no diagnóstico de todos os parentes acometidos;
5. presença de outro(s) fator(es) de risco conhecido(s) (Ex.: mutação em gene BRCA1/2) (sim ou não). Se sim, descreva quais fatores;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em:

[https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n\\_50/v02/pdf/NORMAS.pdf](https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_50/v02/pdf/NORMAS.pdf).

Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Rede nacional de câncer familiar**: manual operacional. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\\_nacional\\_cancer\\_manual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_nacional_cancer_manual.pdf). Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo de útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13). Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf). Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, ano 137, p. 1, 7 maio 1999.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9797.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9797.htm). Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama... **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 141, p. 2, 25 abr. 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm). Acesso em: 30 jan. 2020.

DICKSON, G. Gynecomastia. **American Family Physician**, Kansas City (MO), v. 85, n. 7, p. 716-722, abr. 2012. Disponível em:

<<http://www.aafp.org/afp/2012/0401/p716.html>>. Acesso em: 30 jan. 2020.

CARRARO, D. M. et al. Comprehensive Analysis of BRCA1, BRCA2 and TP53 Germline Mutation and Tumor Characterization: A Portrait of Early-Onset Breast Cancer in Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 8, n. 3, p. e57581, 2013. DOI 10.1371/journal.pone.0057581. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469205/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

D'ORSI, C. J. et al. (ed.). **ACR BI-RADS Atlas**: breast imaging reporting and data system. 5. Ed. Reston, VA: American College of Radiology, 2013.

DUNCAN, B. B. et al. (ed.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. Record No. T116259, **Gynecomastia**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 nov. 2018a. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116259>. Acesso em: 30 jan. 2020.

DYNAMED. **Record No. T113654, Breast cancer in women**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 03 dez. 2018b. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/breast-cancer-in-women>. Acesso em: 30 jan. 2020.

GOLSHAN, M. **Breast Pain**. Waltham (MA): UpToDate, 15 maio 2018. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/breast-pain>. Acesso em: 30 jan. 2020.





INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em:

[https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/livro\\_deteccao\\_precoce\\_final\\_2015.pdf](https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/livro_deteccao_precoce_final_2015.pdf). Acesso em: 30 jan. 2020.

MENKE, Carlos. H. et al. **Rotinas em mastologia**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK – NCCN. **Clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines): genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian: version 1.2020**. Plymouth Meeting, PA: NCCN, 4 dez. 2019. Disponível em:

[https://www.genomeweb.com/sites/default/files/nccn\\_guidelines\\_genfamhighrisk\\_breastovarianpancreatic\\_v1.2020\\_1.pdf](https://www.genomeweb.com/sites/default/files/nccn_guidelines_genfamhighrisk_breastovarianpancreatic_v1.2020_1.pdf). Acesso em: 30 jan. 2020.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Referral guidelines for suspected cancer in Adults and Children**. London: NICE, 2005. (Clinical Guideline 27). Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45765/>. Acesso em: 30 jan. 2020.

PESHKIN, B. N.; ISAACS, C. **Genetic counseling and testing for those at risk of hereditary breast and ovarian cancer**. Waltham (MA): UpToDate, 23 out. 2019. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/genetic-counseling-and-testing-for-those-at-risk-of-hereditary-breast-and-ovarian-cancer>. Acesso em: 30 jan. 2020.

SALZMAN, B.; FLEEGLE, S.; TULLY, A. S. Common breast problems. **American Family Physician**, Kansas City (MO), v. 86, n. 4, p. 343-349, ago. 2012. Disponível em:

<http://www.aafp.org/afp/2012/0815/p343.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2020.

URBAN, L. A. B. D. et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do ancer de mama. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 244–249, jul./ago. 2017. DOI 10.1590/0100-3984.2017-0069. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rb/v50n4/pt\\_0100-3984-rb-50-04-0244.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rb/v50n4/pt_0100-3984-rb-50-04-0244.pdf). Acesso em: 30 jan. 2020.



## Anexos

**Quadro 1** – Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama.

Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas; ou
Linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes; ou
Descarga papilar suspeita: - sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha”; ou - qualquer descarga papilar uniductal ou unilateral espontânea; ou - qualquer descarga papilar em mulher com idade superior a 50 anos.
Alteração unilateral recente do mamilo, como retração ou distorção; ou
Alteração unilateral na pele da mama, como edema cutâneo semelhante à “casca de laranja”, retração cutânea ou eczema que não responde a tratamentos tópicos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Ministério da Saúde (2013) e INCA (2015).

**Quadro 2** – Categorias de avaliação BI-RADS.

Avaliação	Conduta	Probabilidade de câncer
<b>Categoria 0</b> Incompleta	Avaliação adicional com exame de imagem e/ou comparação com exames anteriores.	Não aplicável
<b>Categoria 1</b> Negativa	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.	Essencialmente 0%
<b>Categoria 2</b> Achado(s) benigno(s)	Rastreamento de rotina conforme faixa etária.	Essencialmente 0%
<b>Categoria 3</b> Achado(s) provavelmente benigno(s)	Seguimento de curto prazo (6 meses) ou acompanhamento periódico. Recomenda-se controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual no segundo e terceiro anos). Confirmando a estabilidade da lesão, volta à rotina.	Entre 0 e 2%
<b>Categoria 4</b> Achados suspeitos 4A baixa suspeita 4B moderada suspeita 4C alta suspeita	Avaliação por diagnóstico tecidual.	Entre 2 e 95%  Entre 2 e 10% Entre 10 e 50% Entre 50 e 95%
<b>Categoria 5</b> Achado altamente sugestivo de malignidade	Avaliação por diagnóstico tecidual	Maior que 95%
<b>Categoria 6</b> Malignidade comprovada por biópsia	Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriado.	Não aplicável.

Fonte: D'orsi et al. (2013).

**Quadro 3 – Critérios de alto risco para câncer de mama e indicações de rastreamento.**

Risco para câncer de mama	Indicação de rastreamento com exame de imagem
<b>Risco habitual</b>	Oferecer MMG bianual para mulheres entre 50 e 69 anos
<b>Alto-risco<sup>1</sup></b>	
Mulheres e homens com mutação ou com parentes de 1º grau (lado materno ou paterno) com mutação comprovada dos genes BRCA 1/2, ou com síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden e outras.	Rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos de idade. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.
Mulheres com história familiar de: - pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade < 50 anos; ou - pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou - pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou - homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama.	Rastreamento anual com mamografia iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem, porém não antes dos 30 anos. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.
Mulheres com história de radiação torácica (radioterapia torácica prévia) antes dos 30 anos.	Rastreamento anual com mamografia a partir do 8º ano após o tratamento radioterápico, porém não antes dos 30 anos. Considere adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.
Mulheres com história pessoal de câncer de mama invasor ou hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular in situ, hiperplasia ductal ou lobular atípica, atipia epitelial plana ou carcinoma ductal in situ.	Rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico, principalmente naquelas que foram tratadas com cirurgia conservadora. Considerar adicionar RM ao rastreamento. A ecografia mamária pode ser associada à MMG quando a ressonância magnética não puder ser realizada.

<sup>1</sup> Se presença de nódulo palpável, essas mulheres devem ser encaminhadas para mastologia para avaliação do nódulo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Urban et al. (2017), Dynamed (2018b) e Ministério da Saúde (2013).



**Quadro 4 - Critérios para avaliação de risco genético para câncer de mama e/ou ovário.**

<p><b>A. História pessoal de câncer de mama com qualquer uma das seguintes características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- câncer de mama diagnosticado com idade <math>\leq</math> 35 anos;</li><li>- câncer de mama triplo-negativo (receptores de estrógeno, progesterona e proteína HER-2) diagnosticado antes dos 60 anos;</li><li>- dois cânceres de mama primários<sup>1</sup></li><li>- câncer de mama diagnosticado em homem</li><li>- câncer de mama diagnosticado em qualquer idade, <b>mais</b> história familiar<sup>2</sup>: <math>\geq</math>1 familiar com câncer de mama diagnosticado <math>\leq</math>50 anos, ou <math>\geq</math>1 familiar com câncer de ovário, ou <math>\geq</math>1 familiar com câncer de mama masculino, ou <math>\geq</math>2 familiares com câncer de pâncreas ou câncer de próstata (Gleason <math>\geq</math>7), ou <math>\geq</math>2 familiares com câncer de mama em qualquer idade.</li></ul>
<p><b>B. História pessoal de câncer de ovário epitelial em qualquer idade.</b></p>
<p><b>C. História pessoal de câncer de pâncreas exócrino em qualquer idade.</b></p>
<p><b>D. História pessoal de câncer de próstata metastático em qualquer idade.</b></p>
<p><b>E. Ascendência judaica Ashkenazi e câncer de mama ou câncer de próstata de alto grau (Gleason <math>\geq</math>7).</b></p>
<p><b>F. Pessoa de qualquer idade com mutação deletéria em um gene de suscetibilidade ao câncer dentro da família ou encontrado em testes de tumores (Ex: BRCA 1/2).</b></p>

<sup>1</sup> doença bilateral ou pelo menos dois tumores primários ipsilaterais separados (que podem ter ocorrido ao mesmo tempo ou em momentos diferentes no mesmo paciente).

<sup>2</sup> familiar de sangue de 1º, 2º e 3º graus do mesmo lado da família. Os lados materno e paterno devem ser considerados independentemente.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de NCCN (2019), Carraro et al. (2013) e Peshkin e Isaacs (2019).