



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

NOTA TÉCNICA CONJUNTA

CGAPDC/DAET/SAS/MS & CPV/INCA/SAS/MS

Assunto: Rastreamento do câncer de mama

O objetivo do rastreamento do câncer de mama é a detecção da doença na sua fase pré-clínica com o menor número possível de casos falso-positivos e a consequente diminuição da mortalidade pela doença. Ao estabelecer recomendações para o rastreamento mamográfico do câncer de mama em uma população, é necessário que a relação entre benefícios e malefícios seja levada em consideração por meio da análise das evidências científicas disponíveis e da criteriosa avaliação do cenário em que se pretende implementar tais recomendações.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização da mamografia para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. Esta faixa etária e periodicidade são adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseia-se na evidência científica do benefício desta estratégia na redução da mortalidade neste grupo. Na Europa, países como Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Polônia, Holanda e Reino Unido, realizam o rastreamento organizado a partir dos 50 anos e a periodicidade em todos é bienal, com exceção do Reino Unido que é trienal¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)² e também países como Reino Unido³, França e Alemanha, não recomendam o rastreamento mamográfico antes dos 50 anos, uma vez que há limitada evidência de redução da mortalidade e mais riscos e danos do que benefícios para estas mulheres mais jovens. Uma das razões é a menor sensibilidade da mamografia em mulheres na pré-menopausa devido a maior densidade mamária.

Os benefícios do rastreamento do câncer de mama são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. A redução da mortalidade por câncer de mama atribuída à mamografia, inicialmente estimada em torno de 30%, nos sucessivos estudos foi sendo rebaixada, sendo estimada atualmente em 15%.⁴

Em relação aos maléficos, têm-se os resultados falso-negativos e falso-positivos e o sobrediagnóstico (*overdiagnosis*) e o sobretratamento (*overtreatment*) produzindo um falso aumento da incidência de cânceres, tanto na população em geral como nas faixas etárias mais jovens.⁵ De fato, o câncer de mama segue sendo uma doença com maior magnitude no período pós-menopausa do que em faixas reprodutivas da vida das mulheres.

Os resultados falso-negativos e falso-positivos têm importantes repercussões clínicas e psicológicas e são minimizados por adequadas técnicas de execução do exame, garantidas por adoção de programas de qualidade em mamografia e da realização do rastreamento mamográfico apenas para a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. O valor preditivo de um exame depende da prevalência da doença em uma determinada faixa etária.

O sobrediagnóstico⁵ acontece quando se descobre, pelo rastreamento, uma alteração nos tecidos mamários sugestiva de 'um câncer' histológico que difere, em sua natureza, de um câncer clinicamente detectável, pois os achados do rastreamento produzem entidades distintas cuja evolução é diferente da doença clinicamente detectável. Portanto, alguns casos que são detectados pelo rastreamento não teriam sido clinicamente diagnosticados e nem causariam problemas para a mulher visto que se trata de alterações ou 'cânceres histológicos' ou melhor, 'pseudocânceres'. Diversos estudos mostram que cerca de 1/3 a 1/5 dos cânceres identificados no rastreamento são considerados sobrediagnosticados, porém receberão tratamento como se fossem doenças já instaladas, expondo mulheres previamente saudáveis a cirurgias e radioterapias desnecessárias.⁶⁻⁸ As consequências dessas intervenções em mulheres saudáveis, expõem mulheres de baixo-risco à radioterapia (mulheres com achados patológicos resultantes do rastreamento) e podem trazer consequências importantes, tais como excesso de mortalidade atribuída à insuficiência cardíaca (27%) e câncer de pulmão (78%).⁹

Os requisitos éticos para estabelecimento de intervenções preventivas são muito mais rigorosos do que nas situações clínicas de cuidado ao adoecimento, pois

quando os profissionais de saúde transmitem a noção de risco a seus pacientes podem estar causando danos, prejudicando sua noção prévia de saudabilidade, que pode não mais ser restaurada.¹⁰ Assim, algumas potenciais consequências de medidas preventivas incluem 'abalos das capacidades culturais e individuais para lidar com a doença, a dor e a morte, [...] e aumento de medos previamente inexistentes'.¹¹ O rigor avaliativo das intervenções preventivas deve ser determinante para o estabelecimento de oferta desses cuidados, que somente devem ser realizados quando houver segurança de que trarão mais benefícios do que danos, segurança esta obtida por evidências científicas de boa qualidade e avaliadas por instituições amplas e idôneas.¹² Recente revisão sistemática de ensaios clínicos de alta qualidade verificou que mesmo em estudos bem conduzidos, os pesquisadores, na melhor das hipóteses, monitoraram e relataram os efeitos adversos do rastreamento em apenas 1/3 dos casos, sugerindo que existe uma hipertrofia dos benefícios pelo desconhecimento dos efeitos adversos dos rastreamentos, gerando uma situação ética que impede profissionais e instituições de saúde de transmitirem aos pacientes/usuários uma informação mais completa para que estes possam decidir esclarecidamente se desejam ou não participar de programas de rastreamento.¹³

Dentre as diretrizes referentes à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Pt GM 874/13), destaca-se que a implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce, deve ser realizada a partir de recomendações governamentais, com base em avaliação de tecnologia em saúde e avaliação econômica. Também é ressaltado, no componente "Atenção Básica", que o rastreamento deve ser realizado de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade local/regional.

Os principais estudos relativos ao rastreamento do câncer de mama foram realizados em países com alta incidência deste câncer e seus resultados são generalizáveis para contextos semelhantes. Os resultados obtidos nestes países podem não ser aplicáveis à realidade brasileira onde as taxas de incidência são inferiores. Ressalta-se ainda que nos países ou regiões com baixas taxas de incidência, os malefícios com o rastreamento tendem a superar os benefícios, quando comparados com locais que possuem altas taxas.

As ações de detecção precoce do câncer de mama devem ir além da mamografia, exigindo acesso das mulheres à confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e o acesso ao tratamento oportuno e de qualidade. Sem a garantia da integralidade, as ações

de detecção precoce não alcançarão a efetividade almejada e, portanto, a ampliação da oferta de mamografia deve ser acompanhada do ajuste da oferta dos demais procedimentos de confirmação diagnóstica e tratamento. Segundo parâmetros do INCA¹⁴, para o rastreamento mamográfico na população de 50 a 69 anos, espera-se que 6,5% necessitem de ultrassonografia, 0,5% de punção por agulha fina, 1,5% de punção por agulha grossa e 0,7% de biópsia cirúrgica. No Brasil, para a população de 50 a 69 anos, observa-se que há um déficit de oferta destes procedimentos, em especial na biópsia cirúrgica e por agulha grossa, cuja produção informada no Sistema de Informação Ambulatorial foi inferior a 15% da necessidade estimada, considerando as 2.126.626 mamografias realizadas no país no ano de 2012.

Referências

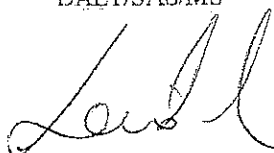
1. Giordano L, von Karsa L, Tomatis M, Majek O, de Wolf C, Lancucki L, Hofvind S, Nystrom L, Segnan N, Ponti A and The Eunice Working Group. Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation. *J Med Screen*;19 Suppl1:72-82, 2012.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer Control: knowledge into action: who guide for effective programmes: early detection. Switzerland: WHO, 2007.
3. US Preventive Services Task Force, 2009. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann. Intern. Med.*, 151 (2009), pp. 716-726
4. Silva GA. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. *Cad. Saúde Pública*, 2012;28 (1):04-06.
5. Norman AH, Tesser CD. Rastreamento: in Lopes JMC, Gusso GDF, editores, *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*, Porto Alegre: Artmed, 2012.
6. Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche P. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ*, 2010;340: c1241, doi:10.1136/bmj.c1241.
7. Bleyer A, Welch G. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. *N Engl J Med*, 2012;367:1998-2005,. doi: 10.1056/NEJMoal206809
8. Welch HG, Schwartz I, Wolosin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston (USA): Beacon Press, 2011.
9. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography (Review). *The Cochrane Collaboration*. The Cochrane Library. 2013, Issue 6. doi: 10.1002/14651858.CD001877.

10. Sweeney K. Science, society, suffering and the self: A commentary on general practice for the twenty first century. *New Zealand Family Practice*, 2005;32(4):221-224.
11. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *The Lancet*, 2008;372(9654):1997-1999.
12. Raffle AE, Gray JAM. *Screening Evidence and Practice*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
13. Heleno B, Thomsen MF, Rodrigues DS, Jorgensen KJ, Brodersen J. Quantification of harms in cancer screening trials: literature review. *BMJ*, 2013;347:5334-5334. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.f5334>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. / Instituto Nacional de Câncer. -- Rio de Janeiro: INCA, 2009.

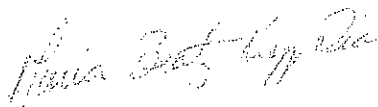
Brasília, 22 de outubro de 2013.



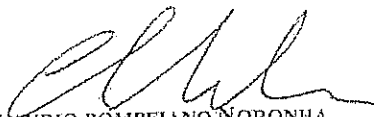
PATRICIA SAMPATO CHUEIRI
Coordenadora-Geral de Atenção a Pessoas com
Doenças Crônicas
DAET/SAS/MS



LÊDA LÚCIA COUTO DE VASCONCELOS
Diretora do
Departamento de Atenção Especializada e
Temática DAET/SAS/MS



MARIA BEATRIZ KNEIPP DIAS
Gerente da Divisão de Detecção Precoce e Apoio
a Organização de Rede
CPV/INCA/SAS/MS



CLAUDIO POMPEIANO NORONHA
Coordenador de Prevenção e Vigilância
INCA/SAS/MS



LUIZ ANTÔNIO SANTINI RODRIGUES DA SILVA
Diretor Geral
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes
da Silva/SAS/MS