



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES
ACIMA DE 69 ANOS: UMA LACUNA A SER PREENCHIDA**

**Matheus Viana Soares Lima¹
Adriana de Freitas Torres²**

Matheus Viana Soares Lima
Av. Monteiro Lobato, nº 283 – João Pessoa/PB
Tel.: (83) 3566-6305 / (83) 99682-7227
Email: matheusvianalima@gmail.com

¹Graduando de Medicina pela Universidade Federal da Paraíba

²Mestra em Tocoginecologia pela Universidade de Pernambuco.

Autor declara inexistir conflitos de interesse

RESUMO

O câncer de mama é o mais frequente na população feminina, correspondendo a 25 % de todos os casos e 14,3% de todos os óbitos por câncer em mulheres. No Brasil, são esperados um risco estimado de 56,2 casos a cada 100.000 mulheres. O Ministério da Saúde se posiciona contra o rastreamento com mamografia em mulheres acima de 69 anos, alegando que o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto. A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e o Colégio Brasileiro de Radiologia partilham da recomendação de que o exame deve ser realizado em determinadas circunstâncias. O presente estudo busca elucidar os parâmetros de idade que fazem parte das estratégias de screening do câncer de mama em mulheres acima dos 69 anos, analisando a cobertura do rastreamento e a prevalência de alterações radiológicas. Trata-se de estudo ecológico de série temporal que avaliou informações epidemiológicas sobre a realização do exame de mamografia no Brasil no período 2010 a 2014. Os dados utilizados provieram do Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA. Observou-se que a taxa de rastreamento está aquém da meta proposta pela Organização Mundial de Saúde. A prevalência de alterações radiológicas comportou-se de maneira semelhante nas faixas etárias. Conclui-se que são necessárias estratégias que melhorem a adesão das mulheres à mamografia. O rastreamento em mulheres acima dos 69 anos pode trazer benefícios, já que apresentam taxas de prevalência de lesões semelhantes a outros grupos alvo de políticas de rastreio. Para isso são necessários mais estudos nessa faixa etária.

Descritores: Câncer de mama, rastreamento, idosas

ABSTRACT

Breast cancer is the most frequent cancer in the female population accounting for 25% of all cases and 14.3% of all cancer deaths in women. In Brazil, an estimated risk of 56.2 cases per 100,000 women is expected. The Ministry of Health opposes screening mammography in women over 69, arguing that the balance between possible harm and benefits is uncertain. The Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics and the Brazilian College of Radiology share the recommendation that the examination should be performed under certain circumstances. The present study seeks to elucidate the age parameters that are part of the screening strategies of breast cancer in women over 69 years, analyzing the coverage of the screening and the prevalence of radiological changes. This is a time series ecological study that evaluated epidemiological information about the mammography screening in Brazil from 2010 to 2014. The data came from the Breast Cancer Information System - SISMAMA. It was observed that the rate of screening is below the goal proposed by the World Health Organization. The prevalence of radiological changes behaved similarly in the age groups. We conclude that strategies are needed to improve women's adherence to mammography. Screening in women over age 69 can bring benefits, as they have similar prevalence rates of injury to other groups target of screening policies. For this, more studies are needed in this age group.

Descs: Breast cancer, screening, elderly

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado um sério problema de saúde pública, as taxas de incidência corrigidas por idade de 42,3/100.000 e de mortalidade de 12,3/100.000. É o tipo de câncer mais frequente na população feminina, correspondendo a 25 % de todos os casos (American Cancer Society, 2015). Foram estimados, em 2012, 522 mil óbitos por câncer de mama em mulheres em todo mundo. Essas mortes correspondem a 14,3% de todos os óbitos por câncer em mulheres (Ferlay et al., 2015).

No Brasil, são esperados, para o ano de 2016, cerca de 57.960 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,2 casos a cada 100.000 mulheres (INCA, 2015).

Aproximadamente um terço dos casos de câncer pode ser curado caso detectado precocemente e tratado adequadamente (Boyle et al., 2008). Ações integradas de controle do câncer, que incluem prevenção dos fatores de risco, detecção precoce dos tumores, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, reduzem a mortalidade e a morbidade do câncer (NICE, 2006).

O câncer de mama é uma doença multifatorial. Dentre os fatores de risco biológicos destacam-se: idade, gênero, antecedente pessoal de câncer de mama ou lesão precursora, história familiar, densidade mamária, endócrinos, vida reprodutiva, comportamento e estilo de vida. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos. Fazendo com que a idade continue sendo um dos mais importantes fatores de risco (American Cancer Society, 2016).

Considerando que o câncer de mama é um problema de saúde pública, foram desenvolvidas ações de prevenção. A prevenção primária envolve ações que objetivam evitar a ocorrência do câncer por meio da redução da exposição a fatores de risco e a prevenção secundária visa a detecção precoce. Existem dois aspectos que constroem o significado da detecção precoce: rastreamento e diagnóstico precoce (Torres, 2010).

A realização de testes com o objetivo de identificar a doença em fase assintomática, ou seja, fase pré-clínica, em indivíduos saudáveis, configura a estratégia de rastreamento. Para que um método seja considerado de rastreio é necessário que apresente resultados eficazes nos estudos científicos desenvolvidos, reduzindo a mortalidade pela doença (Torres, 2010). O principal

método de rastreamento no caso de câncer de mama é a mamografia (Correa, 2012).

Existe consenso na indicação da mamografia como o único método de rastreamento com comprovada redução nas taxas de mortalidade e na sua indicação da faixa etária entre 50-69 anos. Porém, há uma grande divergência entre a faixa etária superior onde o rastreamento ainda teria benefício. Para mulheres com 69 anos ou mais, sobretudo após os 75 anos, os dados disponíveis são escassos e alguns resultados mostram que o benefício pode ser menor (Urban, 2012).

O Ministério da Saúde é contrário ao uso da mamografia para rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade superior a 69 anos, inferindo que o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto. Apesar de contra, a recomendação é fraca. (colocar a referência)

As sociedades científicas, Colégio Brasileiro de Radiologia, Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira de Ginecologia, em consenso recomendam que enquanto existir a possibilidade de deslocamento da paciente, aliada a capacidade de enfrentar a terapêutica de um diagnóstico desfavorável, a mamografia como screening deve ser realizada respeitando a periodicidade (13) (Revisão de responsabilidade do CBR e Diagnóstico por Imagem, autorizada pelo ACR-American College of Radiology). São Paulo. Colégio Brasileiro de Radiologia, 2005.)

A American Cancer Society publicou em 2006 algumas recomendações de rastreamento do câncer de mama. A partir dos 40 anos a mamografia deve ser realizada de forma anual, sempre precedida pelo exame físico, até enquanto a mulher apresentar condições de realizar o exame (10). A Canadian Task Force on Preventive Health Care recomenda a realização do rastreamento com mamografia até os 74 anos de idade, incluindo o grupo etário dos 70 aos 74 anos.

Diante das divergências nas recomendações de rastreamento do câncer de mama através da mamografia, principalmente no que diz respeito a faixa etária da população alvo, se fazem necessários trabalhos como este. O objetivo é analisar a cobertura do rastreamento e a prevalência de alterações radiológicas do câncer de mama em mulheres acima dos 69 anos, a partir de dados do SISMAMA, sistema de informação do governo de domínio público. Os

resultados serão comparados com os dados da faixa etária de 40 a 69 anos, público alvo das políticas públicas de rastreamento.

Os dados a respeito da realização de exames, do perfil de alterações radiológicas em pacientes acima dos 69 anos, podem beneficiar as políticas nacionais de rastreamento, embasando mudanças ou potencializando as estratégias e políticas públicas. É necessário entender se existe ou não benefícios significativos no rastreamento do câncer de mama na população da faixa etária em questão.

MATERIAIS E METODOS

Trata-se de estudo prospectivo, ecológico de série temporal, que avaliou informações epidemiológicas sobre a realização do exame de mamografia no Brasil no período 2010 a 2014. Os dados utilizados provieram do Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA, desenvolvido pelo INCA em parceria com o Departamento de Informática do SUS, como ferramenta para gerenciar as ações de detecção precoce do câncer de mama. Os dados foram extraídos diretamente do sítio do DATASUS.

Foram utilizadas informações para critério de inclusão as mulheres residentes no Brasil e na Paraíba, com idade de 40 a 69 anos (grupo 1) e acima de 70 anos (grupo 2), no período de 2010 a 2014, e estimativas do número de usuárias do SUS. Para tal, foi consultada a Pesquisa Nacional de Saúde 2013 realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde. PNS estimou que 69% da população feminina com mais de 40 anos são usuárias do SUS. Obteve-se, assim, a estimativa do número de mulheres atendidas pelo SUS.

A premissa básica foi que o exame de mamografia deveria ser realizado anualmente em mulheres de 50 a 69 anos de idade^{7,16}, conforme preconizado pela OMS¹⁷. Para analisar os dados nas faixas etárias de 40 a 49 anos e acima de 70 anos, foi adotada a mesma premissa de exames anuais. Obteve-se uma meta de 70% da população alvo, dado recomendado pela OMS para população de 50 a 69 anos. O presente estudo, para comparar os dados nos grupos etários propostos, estendeu a meta para todos os grupos (denominada de meta da OMS). De posse dessas informações, estimaram-se a cobertura dessa meta pela divisão do número de exames efetivamente realizados pelo número de exames necessários pela meta da OMS, apresentado em porcentagem. A população anual estimada de mulheres foi a do censo 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para a análise do número de exames alterados nas faixas etárias estudadas, foi utilizada a classificação BIRADS, do Colégio Americano de Radiologia. Exames BIRADS 0, 3, 4, 5 e 6 foram considerados alterados. O critério de exclusão foi resultado da mamografia ignorado. O estudo considerou a razão (em porcentagem) entre o número de exames alterados e o total de exames categorizados, para análise da prevalência de alterações nos dois grupos.

RESULTADOS

Foram obtidos, de cada um dos 5 anos estudados – 2010 a 2014 –, os números de exames realizados no Brasil e na Paraíba.

Os gráficos (Figura 1 e 2) indicam a tendência temporal anual entre o período de 2010 a 2014 do número de exames realizados, e a meta da OMS, para o Brasil e Paraíba.

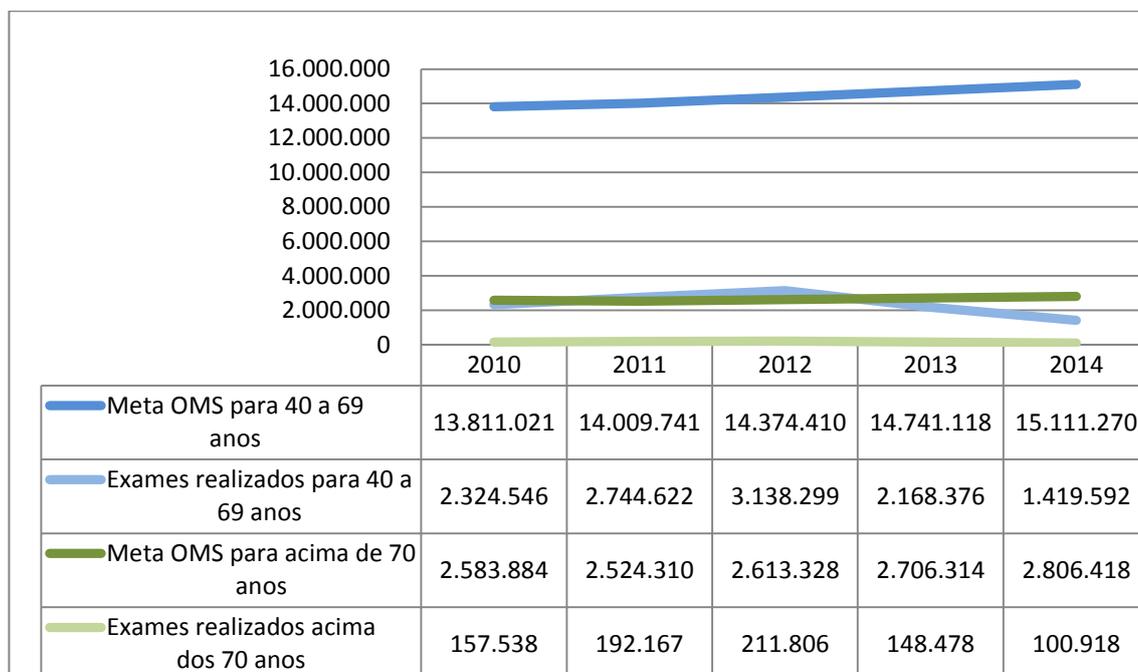


Figura 1. Série temporal do número de exames de mamografia realizados (efetivo), e meta da Organização Mundial de Saúde, no Brasil para mulheres de 40 a 69 anos, e acima de 70 anos (2010-2014).

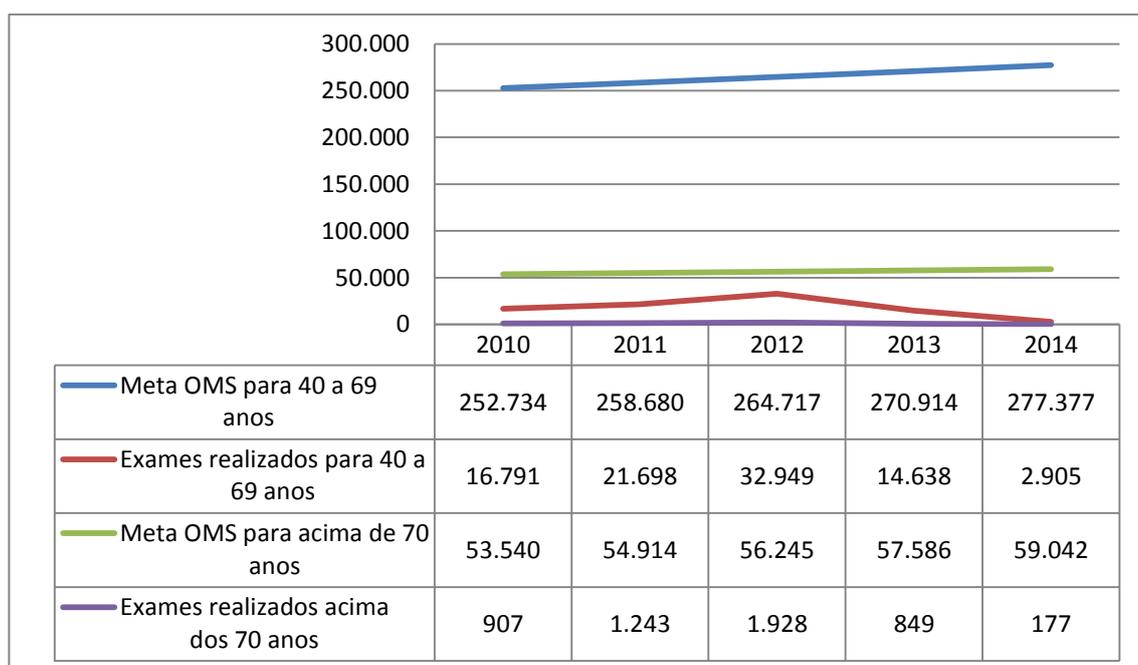


Figura 2. Série temporal do número de exames de mamografia realizados (efetivo), e meta da Organização Mundial de Saúde, na Paraíba para mulheres de 40 a 69 anos, e acima de 70 anos (2010-2014).

Discutir se coloca mulheres abaixo de 70 anos, não é objetivo do artigo.

Nos cinco anos analisados, o Brasil e o estado da Paraíba realizaram um número de mamografias muito aquém do número de exames programados para a meta da OMS. Para 2010, por exemplo, a meta calculada foi de 16.394.905 exames para o Brasil, e 306.274 para a Paraíba. Contudo, o número de exames efetivamente realizados foi de 2.482.084 e 17.698 respectivamente.

Foi comparada a razão entre os exames realizados e a meta da OMS, em porcentagem, para as duas faixas etárias analisadas. O ano de maior cobertura foi 2012, atingindo 21,8% da meta para o grupo 1, e 8,1% para grupo 2 no Brasil. Na Paraíba, a porcentagem da meta atingida foi 12,4% para o grupo 1, e 3,4% para o grupo 2.

O ano de menor cobertura foi 2014, com 9,4% da meta atingida para o grupo 1, e 3,6% para o grupo 2. Na Paraíba os dados foram 1% e 0,3% respectivamente.

Os gráficos em barra (Figura 3) apresentam a porcentagem de exames alterados em relação a todos os exames realizados que foram categorizados com base na classificação BIRADS. No Brasil e na Paraíba, 15% e 15,7% apresentaram alterações no grupo 1, respectivamente. Para o grupo 2 a porcentagem de exames alterados foi 14,9% e 14,6% para Brasil e Paraíba.

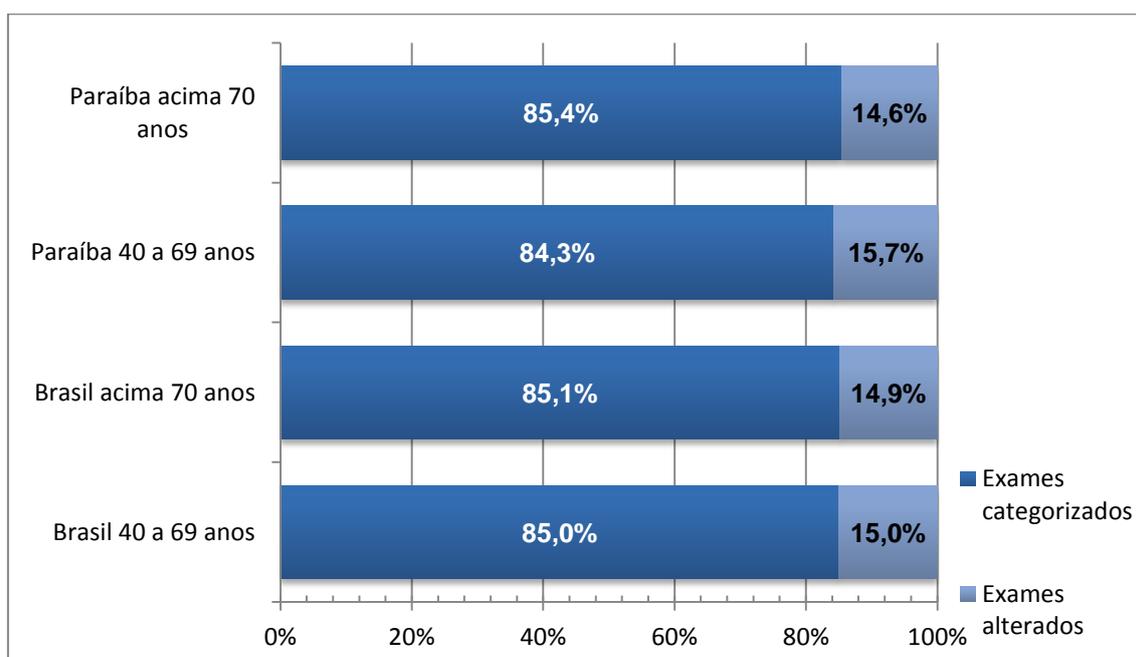


Figura 3. Relação entre mamografias categorizadas pela classificação BIRADS com resultado normal (categorias 1 e 2), e com resultado alterados (categorias 0,3,4,5,6) (2010 -2014).

DISCUSSÃO

O número de mamografias realizadas no Brasil está abaixo do recomendado pela OMS, e da meta proposta pelo Ministério da Saúde nas diretrizes operacionais para os pactos pela vida, que são respectivamente 70 e 60%. No ano de melhor cobertura, que foi 2012, para a faixa etária dos 40 a 69 anos apenas 21,8% da meta foi atingida. Se estendermos as recomendações para a faixa etária acima dos 70 anos, apenas 8,1% da meta foi atingida. Na Paraíba os dados são ainda mais preocupantes, com 12,4% e 3,4% respectivamente. O Brasil enfrenta vários problemas na condução das políticas públicas de rastreamento do câncer de mama, como mamógrafos quebrados, equipamentos operando aquém da capacidade instalada, pouco recurso humano especializado (fonte). Segundo Nogueira¹⁶, os mamógrafos com problemas de funcionamento técnico constituem entrave comum aos órgãos de saúde pública, dificultando a realização do exame pela população feminina brasileira. Segundo Ellery¹⁷, os problemas técnicos e a insuficiência de recursos humanos especializados são responsáveis pela baixa quantidade de exames realizados em relação à capacidade total instalada.

O Ministério da Saúde não recomenda a realização da mamografia para rastreamento por mulheres acima dos 70 anos, talvez por esse motivo poucos exames são realizados nessa faixa etária. Entretanto o Colégio Brasileiro de Radiologia e a FEBRASGO recomendam que as mulheres enquanto apresentarem condições de realizar o exame e a terapêutica adequada caso necessária, devem fazer mamografia de rastreio. São temas cada vez mais comuns da prática médica o aumento da expectativa de vida da população brasileira e da funcionalidade do idoso, e discute-se a importância de preservar a qualidade de vida nessa faixa etária, prevenir doenças e agravos e assegurar a saúde.

O resultado das mamografias em relação à classificação BIRADS nas duas faixas etárias não apresentou discrepâncias. A prevalência de exames alterados na população entre 40 e 69 anos é de 15% e na acima dos 70 anos é de 14,9% no Brasil. No estado da Paraíba a prevalência mostrou-se um pouco diferente, 15,7% e 14,6% respectivamente. Por se tratar de estudo transversal, não se pode estabelecer uma relação causal entre a idade e as alterações suspeitas e altamente suspeitas da classificação BI-RADS® da mamografia,

mas se pode inferir uma associação entre essas duas condições segundo o estudo de Milani et al. realizado em São Paulo.

Em suma, percebemos comportamento parecido na prevalência de alterações na mamografia em pacientes de 40 a 69 anos e acima de 70 anos, entretanto há uma discrepância em relação ao rastreamento nessas duas faixas etárias. O estado da Paraíba apresenta menor cobertura em relação ao Brasil, endossando a necessidade de um olhar mais cuidadoso em relação a esse estado e sua região, principalmente para faixa etária acima dos 70 anos. Diante dos dados apresentados na população acima dos 70 anos, em relação ao comportamento das alterações radiológicas na mamografia e a quantidade de exames realizados, associado com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, do aumento da funcionalidade das mulheres dessa faixa etária, e das políticas públicas de cuidado à pessoa idosa, torna-se necessária uma revisão nas políticas de rastreamento do câncer de mama para essa faixa etária, podendo resultar em desfechos favoráveis para muitas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Albrecht T, McKee M, Alexe DM, Coleman MP, MartinMoreno JM. Making progress against cancer in Europe in 2008. *Eur J Cancer*. 2008;44(10):1451-6.

American Cancer Society. *Global Cancer Facts & Figures* 3rd Edition. Atlanta: American Cancer Society; 2015.

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta: American Cancer Society; 2016

Boyle P, Levin B, editors. *World cancer report 2008*. Lyon: IARC Press; 2008. 510 p.

Blumenthal DS, Fort JD, Ahmed NU, Semanya KA, Schreiber GB, Perry S et al. Impact of a two-city community cancer prevention intervention on African Americans. *J Natl Med Assoc*. 2005; 97(11):1479-88.

Correa RS, Freitas-Junior R, Peixoto JE, Rodrigues DCN, Lemos NEF, Dias MC et al. Efetividade de programa de controle de qualidade em mamografia para o Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2012;46(5):769-76

Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo Marise et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136: E359-86.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA.Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA,2015.

Torres AF. Estratégias para Prevenção Primária e Secundária do Câncer de Mama. In *Manual de Orientação Mastologia*, Febrasgo, 2010.

United Kingdom National Institute Of Clinical Excellence (NICE Reino Unido). *Information about NICE clinical guideline 41*. [London], oct. 2006.

Urban LAB, Schaefer MB, Duarte DL, Santos RP, Maranhão NMA, Kefalas AL 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 rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiol Bras*. 2012; 45:334–39.

1. *Americans Journal of the National Medical Association*, NewYork, v. 97, n. 11, p. 1479-1488, nov. 2005.
2. Atkins L. Interventions to increase cancer awareness and promote early presentation: a systematic review. In: *Abstracts of the British Psychosocial Oncology Society*. *Psycho-Oncology*, Chichester, v. 19, p. S1-20, 2010. Supplement 3.
3. Austoker J, et al. Interventions to promote cancer awareness and early

- presentation: systematic review. *British Journal of Cancer*, London, v. 101, p. S31-9, dec. 2009. Supplement 2.
4. Barton MB, Belmore JG, Fletcher SW. Breast symptoms among women enrolled in a health maintenance organization: frequency, evaluation, and outcome. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 130, n. 8, p. 651-657, apr. 1999.
 5. Blumenthal DS, et al. Impact of a two-city community cancer prevention intervention on African.
 6. Boyle P, Levin B, editors. *World cancer report 2008*. Lyon: IARC Press; 2008. 510 p
 7. Brasil. Inca. Estimativa 2006 versão 1.1. Brasília, DF, 2011. Acessado em setembro de 2016; site: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília, DF, 2009. (Cadernos de Atenção Primária, 29)
 9. Cancer Screening Programmes. Cancer Screening Programmes. Cancer Research UK, 2006. Disponível em: <
<http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/be-breast-aware-large-print.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2014.
 10. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, cancer incidence and mortality worldwide.
 11. Gordis L. *Epidemiology*. 4. ed. Philadelphia: Elsevier; Saunders, 2009.
 12. Maranhão NMA et al. Sistema de laudos e registros de dados de imagem da mama (Tradução e
 13. Revisão de responsabilidade do CBR e Diagnóstico por Imagem, autorizada pelo ACR-American College
 14. of Radiology). São Paulo. Colégio Brasileiro de Radiologia, 2005.
 15. Porta M. (Ed.) *A Dictionary of Epidemiology*. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.
 16. Ringash J. for the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40–49 years at average risk of breast cancer. *CMAJ*, v. 164, n. 4, p.- 469-76, 20 fev. 2001.
 17. United Kingdom. National Health System (Reino Unido). Be breast

aware. [London], 2011.

18. United Kingdom National Institute Of Clinical Excellence (NICE Reino Unido). Information about NICE clinical guideline 41. [London], oct. 2006.

19. World Health Organization. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. Geneva, 2007.

20. World Health Organization. Programmes and projects. Cancer. Screening and early detection of cancer. Breast cancer: prevention and control [Internet]. [cited 2010 Jul 6]. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>

AGRADECIMENTOS

A realização desse trabalho tornou-se possível devido à colaboração pronta e generosa de muitas pessoas. Destaco em especial a colaboração da Me. Adriana de Freitas Torres pela orientação, críticas e sugestões. À Universidade Federal da Paraíba a gratidão por propiciar ambiente adequado para edificar a ciência, contribuindo para minha formação humanística e científica.