

## Rastreamento do câncer de mama: mais informação e menos elucubração

Marianne Pinotti<sup>1</sup>, Carlos Alberto Ruiz<sup>2</sup>, Ruffo Freitas-Junior<sup>3</sup>

**D**ecidimos escrever em conjunto este editorial que introduz os próximos dois números da Revista Brasileira de Mastologia (RBM) sobre o rastreamento mamográfico. Nos encontramos em um momento sensível no que tange a importantes decisões sobre este assunto que, por um lado é parte importante de nosso trabalho e de nossa luta, por outro continua sendo razão de discussões mundiais acerca de sua eficácia e formato, questões como idade do início, periodicidade, impacto sobre a mortalidade e qualidade de vida, formas de divulgação, acesso, educação para a saúde, entre outros.

No que tange à idade de início ser aos 50 anos, não podemos ignorar os cerca de 14 mil casos de câncer de mama que ocorrem todos os anos em mulheres que têm entre 40–50 anos de idade (representando 25%<sup>1</sup> dos mais de 56 mil casos previstos pelo INCA para 2014 no Brasil<sup>2</sup>), e que, pelas diretrizes do Instituto Nacional do Câncer e do Ministério da Saúde<sup>3</sup>, estarão fora do programa de rastreamento mamográfico brasileiro, abandonadas à sua própria sorte procurando serviços de saúde quando os tumores forem palpáveis, e muitas vezes incuráveis. Racionalizando os processos, citam, além do estresse que será para as mulheres passar por um exame que tem taxas de falso positivo, que estes exames acrescentam custo aos cofres do país. O estresse por conta da possibilidade de desenvolver a doença está posto, não é o rastreamento organizado que o causa. As mulheres temem esta doença, que está diretamente relacionada ao sofrimento e à mutilação, mas enxergam na mamografia a possibilidade de se livrar dessa triste história. As preocupações quanto aos custos do programa deveriam levar em conta os casos diagnosticados tardiamente que, estes sim, aumentam custos.

Quando pensamos nas dificuldades técnicas do exame em mulheres mais jovens, podemos lembrar que hoje os aparelhos e a tecnologia utilizada estão cada vez melhores, temos a associação de exames como a ultrassonografia, assim como programas de qualidade em mamografia que podem minimizar estes problemas, inclusive o dos falso-positivos, tão debatidos e colocados como uma razão para não iniciarmos o rastreamento aos 40 anos. É lógico que mais mamografias vão gerar mais diagnósticos BIRADS 3, 4 e 5, que vão gerar mais ultrassonografias, que podem gerar mais procedimentos minimamente invasivos para confirmação diagnóstica. Porém, se os casos positivos forem avaliados por equipes multidisciplinares competentes, em núcleos que congreguem o trabalho de mastologistas e radiologistas, poderemos ter esses problemas resolvidos e, com certeza, uma população melhor atendida e segura de estar cuidando de sua saúde.

Lembramos o Prof. José Aristodemo Pinotti, um dos primeiros mastologistas a defender o diagnóstico precoce em nosso país e um dos mais importantes pensadores de políticas públicas para a saúde que já tivemos, quando escreveu: “Não existe discurso politicamente mais correto que o da prevenção”\*. Todos — médicos, administradores de saúde, imprensa leiga, políticos — o fazem com a mesma ênfase. Entretanto, na prática ele não se cumpre e persiste um enorme fosso entre o discurso e a realização concreta. Na época do nosso descobrimento, Leonardo Da Vinci já dizia: “A suprema desgraça ocorre quando a teoria supera a prática”\*. O poeta William Blake, quatro séculos mais tarde, sentenciou com a licença da síntese poética: “Arte é prática”. É difícil entender que em questão tão vital como a saúde ocorra esse tipo de farsa, pois, quando se

<sup>1</sup>Editora da Revista Brasileira de Mastologia.

<sup>2</sup>Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia.

<sup>3</sup>Diretor da Escola Brasileira de Mastologia.

\*José Aristodemo Pinotti. O câncer e a mulher no próximo milênio. Folha de São Paulo em 14/01/2000.

lida com políticas públicas e particularmente com saúde, dever-se-ia usar o conceito kantiniano da “lei moral” ou da “ética do dever”.

O Prof. Pinotti chamava a atenção, insistindo na reflexão sobre empecilhos e armadilhas interpostos, e dizia que, “conhecendo-os, é possível superá-los, evitando o que tem ocorrido nestas últimas décadas, usá-los para, sofisticadamente, com base na ideia correta da prevenção, obter objetivos políticos e contrários aos reais interesses da saúde”\*.

Gostaríamos de discutir três pontos que consideramos importantes: a importação de modelos de outros países nem sempre é a melhor saída; questões relacionadas a estudos epidemiológicos e medicina preventiva; e, por fim, a avaliação de custo-benefício.

Os modelos estrangeiros, aplicados em população completamente diferente da nossa, particularmente dos países desenvolvidos como os escandinavos e os norte-americanos, aonde hoje já se realiza avaliação genética nas pacientes de alto risco, propõem técnicas de redução do câncer de mama, sejam cirúrgicas ou medicamentosas, assim fazendo prevenção primária, e não deixando o câncer surgir para depois tratá-lo. Isso é válido para a Suécia e outros países, onde o diagnóstico precoce e o rastreamento, feitos através da mamografia e de outras técnicas, de forma estruturada durante várias décadas, funciona na rotina<sup>4</sup>. A lógica é irrefutável. Entretanto, não existe lógica que fuja ao contexto onde está inserida. Atualmente, o desafio para os escandinavos é, além de tratar corretamente, prevenir primariamente, associando, com décadas de um bom trabalho, a prevenção secundária (detecção) àquela primária, sempre lembrando, numa população completamente diferente da nossa.

No Brasil, infelizmente, crescemos em incidência<sup>5</sup> e a mortalidade ainda está aumentando na maioria dos Estados da União<sup>6</sup>; indicando que a doença está fora de controle e que temos que continuar investindo nas duas frentes, a presença do novo não exclui a permanência do velho com todos os seus inconvenientes. A lógica determina soluções que levem em conta a convivência do velho com o novo e esta é complexa e exige competência, seriedade e criatividade. A importação acrítica de modelos deve ser substituída pela capacidade de criar soluções peculiares à nossa realidade.

Outra armadilha importante é colocada pelos próprios epidemiologistas, com raciocínios matemáticos de custo/benefício<sup>7</sup>. Uma das suas dúvidas existenciais diz respeito ao papel do diagnóstico precoce no câncer mamário *vis-à-vis* ao famoso *lead time bias*. Dizem eles que é muito provável que o diagnóstico precoce do câncer de mama não acrescente uma maior sobrevida às pacientes, mas apenas adicione à sobrevida a diferença de tempo entre o diagnóstico precoce e o diagnóstico tardio<sup>7</sup>. Isso criaria um erro de interpretação estatística, através do qual se imagina que se está prolongando a vida das pacientes mas, na realidade, isso não ocorre, pois o câncer de mama é, desde o seu início, uma doença sistêmica. Entretanto, não podemos esquecer que como qualquer câncer em fase inicial, é na maioria das vezes uma doença localizada e que em algum momento da sua história natural — e ninguém sabe exatamente, até porque varia de pessoa para pessoa e de neoplasia para neoplasia — passa a ser sistêmica. Se fizermos o diagnóstico antes de ser sistêmica, podemos curá-la com procedimentos locais. Essa é a grande vantagem do diagnóstico precoce, que precisa ser feito cada vez mais cedo pela lógica de sua história natural, independentemente da idade da paciente, ou até quanto mais jovem mais importante é ganhar este tempo!

Além disso, não podemos esquecer que, no Brasil, o diagnóstico tardio em tumores com mais de 5 cm ou já disseminados é feito em parte significativa dos casos<sup>8,9</sup> e que procedimentos dos mais diferentes tipos, sejam radiológicos ou mesmo clínicos, podem fazer o diagnóstico em estágios muito mais precoces e oferecer não só uma maior possibilidade de sobrevida, como cirurgias menos mutilantes e até não mutilantes, dando a essas pacientes melhor qualidade de vida. Tanto esta questão como a anterior são fartamente propaladas nos meios acadêmicos, desvinculando o raciocínio “científico” da prática e permitindo que seja usado como argumento para não se fazer

\*José Aristodemo Pinotti. O câncer e a mulher no próximo milênio. Folha de São Paulo em 14/01/2000.

o que precisa ser feito, desqualificando a ação que daria legitimidade à verdadeira ciência, pois, ela (a experiência empírica) fertiliza o modelo teórico. Esta é a forma pela qual verdadeiramente caminha a ciência que constrói novas verdades.

A terceira questão é o custo/benefício, também muito aventada e que ocasiona erros estratégicos importantes. Em saúde não se pode medir tudo pelo dinheiro. É necessário que se considere outros valores, que se colocam acima das questões financeiras. E é preciso considerar, também, na avaliação do custo/benefício, o fato de que casos diagnosticados precocemente geram benefícios, porém, causam despesas; embora em médio prazo permitam uma enorme economia. Há vários trabalhos na literatura demonstrando que a diferença entre o custo do diagnóstico e do tratamento de casos avançados e casos iniciais varia de 5 a 10 vezes mais para os avançados. Quando se faz prevenção, gasta-se hoje para economizar muito mais amanhã. Porém, a grande vantagem não é só esta, consiste primariamente na de poupar vidas, diminuir o número de mutilações e melhorar a qualidade de vida de milhares de pessoas, em sua grande maioria, produtivas no mercado de trabalho.

O Brasil tem hoje uma maravilhosa oportunidade de transformar a história do câncer de mama numa história de vitórias! Podemos vencer esta guerra, temos o maior sistema público de saúde do mundo, generoso em sua concepção, criativo e inovador em suas ações, que contou e conta com grandes pensadores em saúde. Não precisamos copiar modelos que se mostraram de eficácia relativa em outros cantos do planeta. Podemos ter o nosso modelo vitorioso, adaptado à nossa população e ao nosso tempo, aproveitando excelentes experiências nacionais, as quais algumas se encontram descritas nos próximos dois números da Revista Brasileira de Mastologia. Boa leitura a todos!

## Referências

1. Freitas-Junior R, Freitas NM, Curado MP, Martins E, Moreira MA, Silva CM. Variations in breast cancer incidence per decade of life (Goiânia, GO, Brazil): 16-year analysis. *Cancer Causes Control*. 2008;19(7):681-7.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Available from: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site±/home±/noticias/2013/inca\\_ministerio\\_saude\\_apresentam\\_estimativas\\_cancer\\_2014](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site±/home±/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama – Documento de Consenso. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2004. Available from: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>
4. Haukka J, Byrnes G, Boniol M, Autier P. Trends in breast cancer mortality in Sweden before and after implementation of mammography screening. *PloS One*. 2011;6(9):e22422.
5. Freitas-Junior R, Freitas NMA, Curado MP, Martins E, Silva CM, Rahal RM, et al. Incidence trend for breast cancer among young women in Goiânia, Brazil. *São Paulo Med J*. 2010;128(2):81-4.
6. Freitas-Junior R, Gonzaga CM, Freitas NM, Martins E, Dardes R. Disparities in female breast cancer mortality rates in Brazil between 1980 and 2009. *Clinics*. 2012;67(7):731-7.
7. Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*. 2011;343:d4411.
8. Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JC, Bandeira e Silva CM. [Temporal evolution of breast cancer stages in a population-based cancer registry in the Brazilian central region]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(5):219-23.
9. Liedke PE, Finkelstein DM, Szymonifka J, Barrios CH, Chavarri-Guerra Y, Bines J, et al. Outcomes of breast cancer in Brazil related to health care coverage: a retrospective cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014;23(1):126-33.