

Políticas públicas para combater o câncer
de mama: o que podemos fazer?
Mudança na ATS no Brasil, Testes
Genéticos e Mamografia a partir dos 40
anos?

Arn Migowski

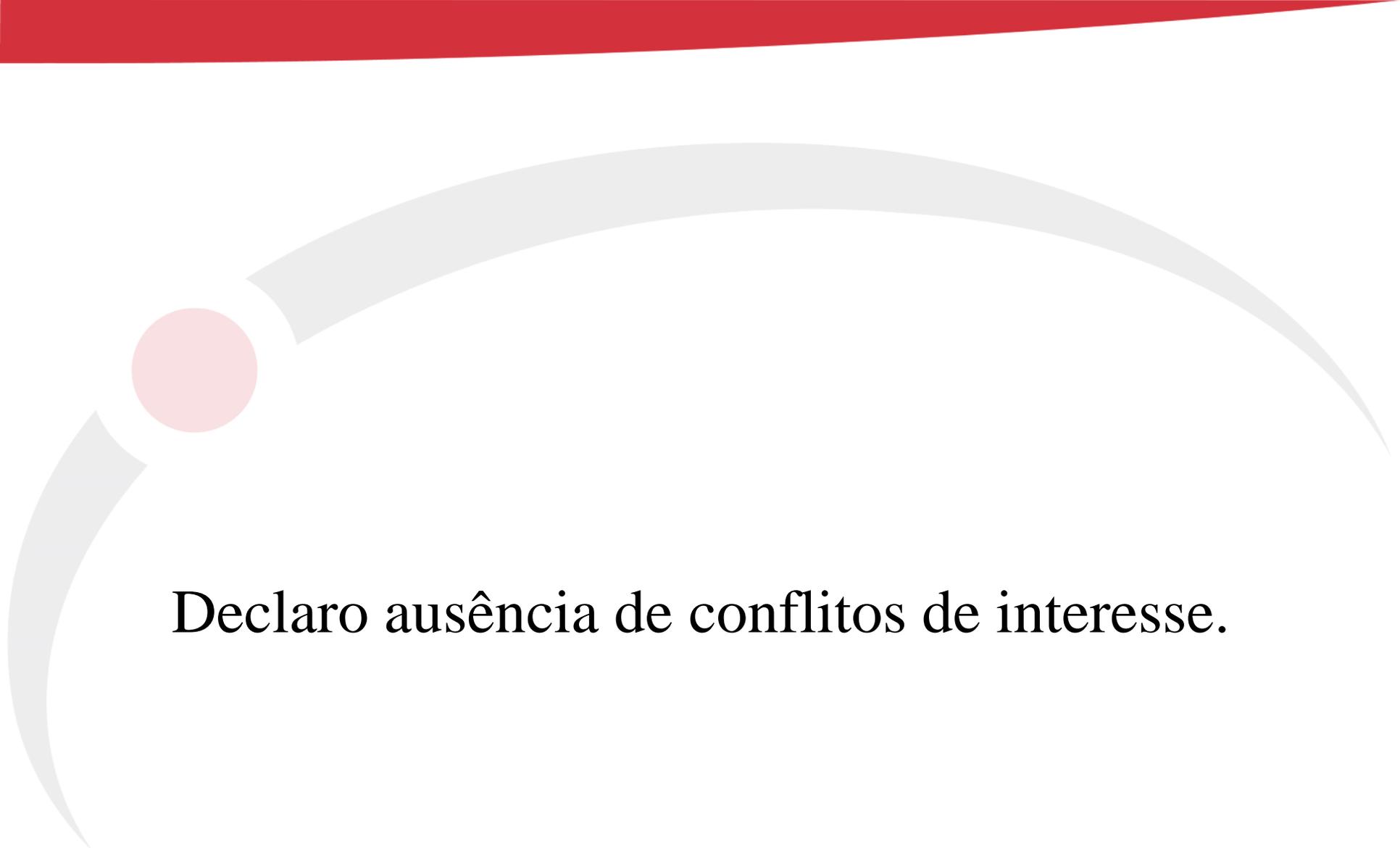
Médico epidemiologista

Chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à

Organização de Rede (DIDEPRE/Conprev)

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Câmara dos Deputados, 09 de junho de 2022



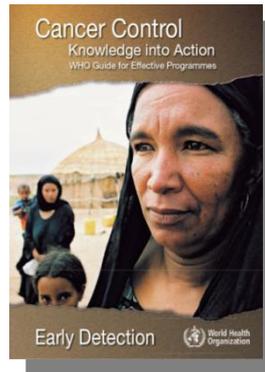
Declaro ausência de conflitos de interesse.

Detecção Precoce de Câncer de Mama

Diagnóstico Precoce

Pessoas com sinais e sintomas iniciais de câncer de mama

desconhecimento



OMS

Rastreamento

Exames de rotina em mulheres assintomáticas.

prática equivocadas

Diretrizes: recomendações baseadas no balanço entre benefícios e danos

Possíveis Benefícios

Mortes por
câncer de mama
evitadas pelo
rastreamento



Riscos / Malefícios

Câncer
radioinduzido;
Falso-positivo;
Sobrediagnóstico;
Sobretreamento

“Primum non nocere”



Rastreamento com mamografia

- < 50 anos: recomendação **contrária forte**.
Decisão compartilhada em caso de demanda espontânea, comunicando riscos e provável ausência de benefícios.
- 50 – 69 anos: **favorável fraca**
- 70 – 74 anos: **contrária fraca**
- Ausência de evidência de eficácia nos trials e menor expectativa de vida no Brasil (sobrediagnóstico e sobretratamento)**
- 75 anos: **contrária forte**



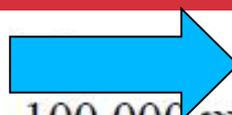
Periodicidade

Rastreamento com mamografia

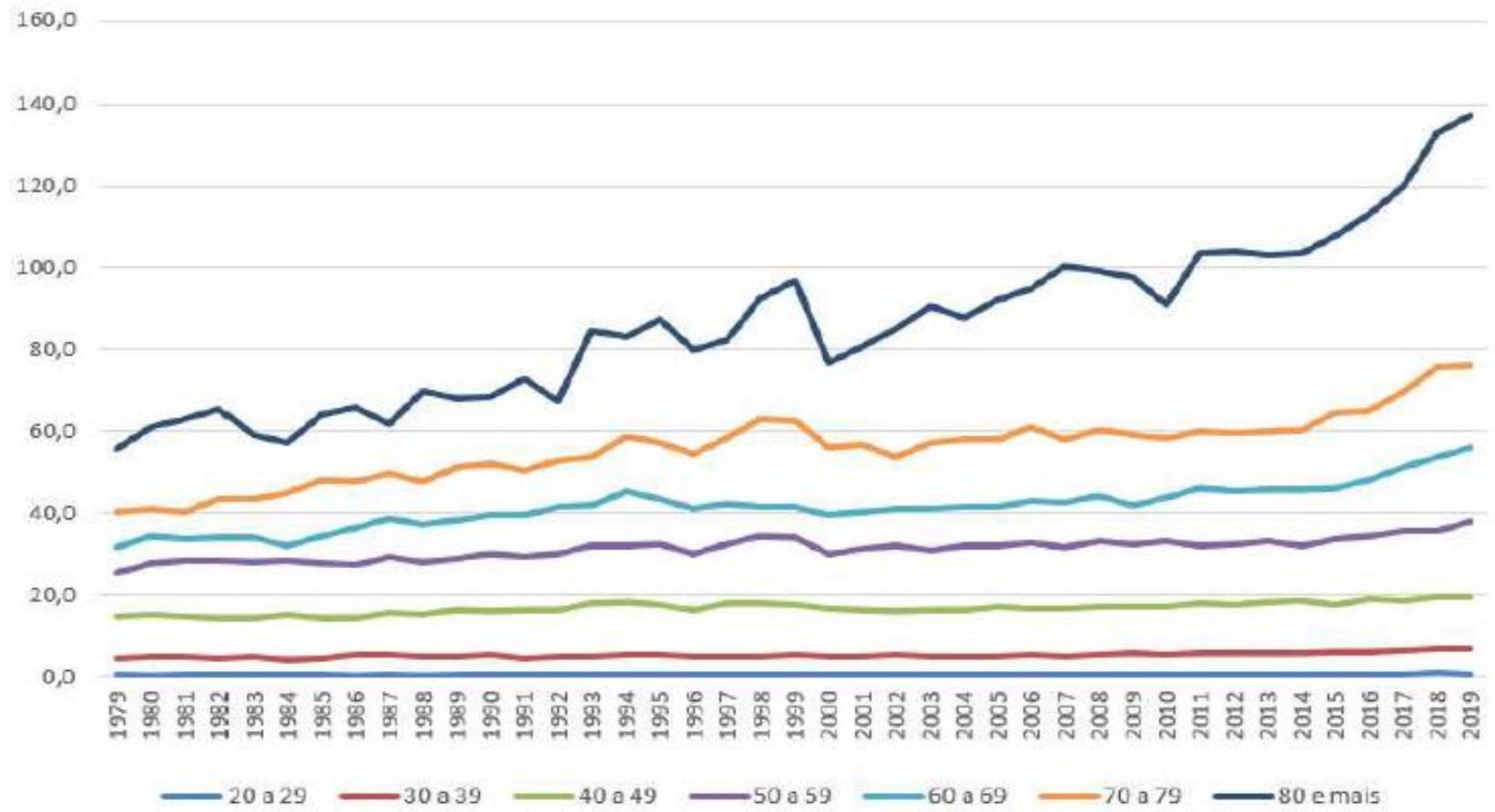
Rastreamento com mamografia com periodicidade **menor** do que a bienal, na faixa etária de 50 – 69 anos

Recomendação **contrária forte**, os possíveis **danos claramente superam** os possíveis benefícios.

Ref.: Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cad. Saúde Pública 2018 ; 34(6): e00074817.



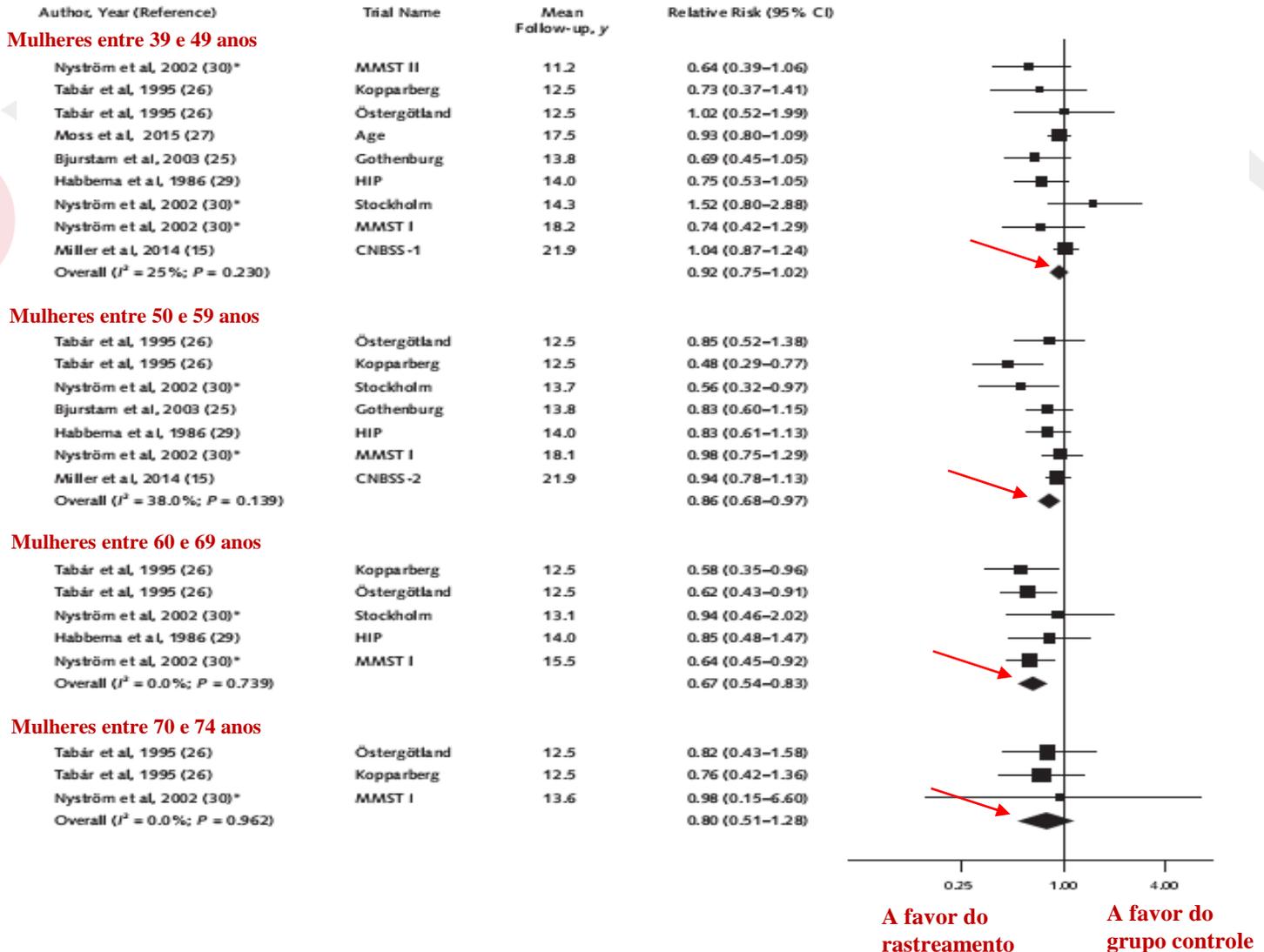
Taxas de mortalidade por câncer de mama, específicas por faixas etárias, por 100.000 mulheres. Brasil, 1979 a 2019



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e IBGE.

Meta-análise de ensaios clínicos randomizados

EFEITO DO RASTREAMENTO SOBRE A MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA

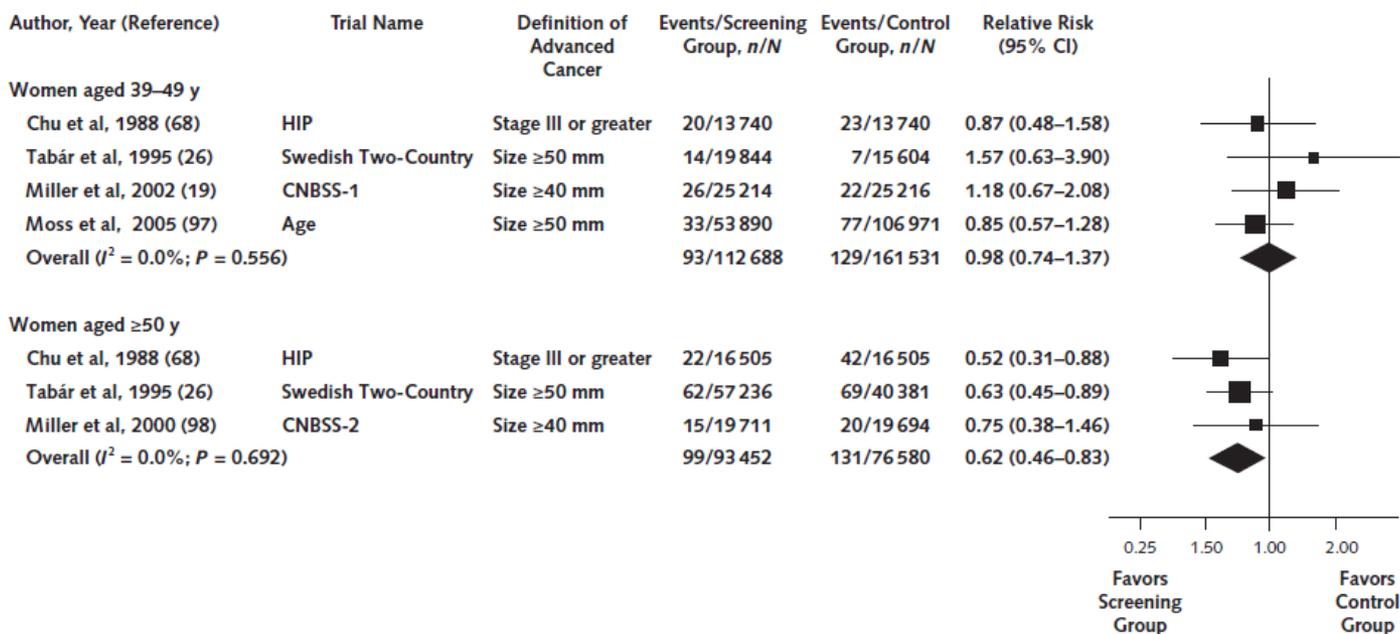


Meta-analysis of trials using the longest follow-up times available. CNBSS = Canadian National Breast Screening Study; HIP = Health Insurance Plan of New York; MMST = Malmö Mammographic Screening Trial.

* Used short case accrual.

Efeito do rastreamento na redução de estádios avançados

Figure 2. Effects of screening on advanced cancer outcomes.

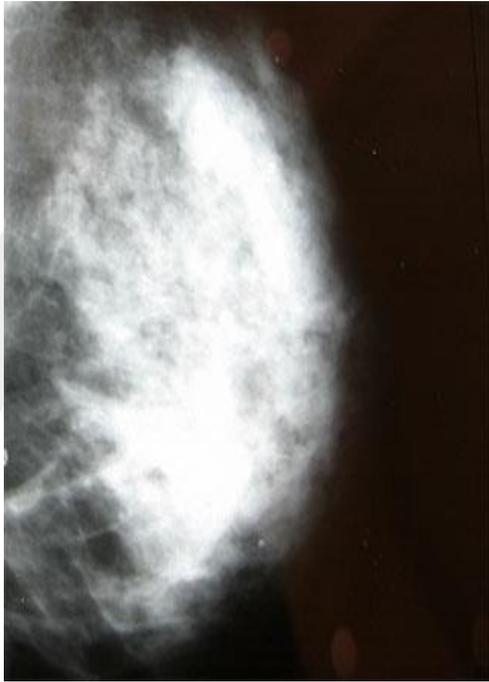


Meta-analysis of trials reporting the most severe disease categories available. CNBSS = Canadian National Breast Screening Study; HIP = Health Insurance Plan of New York.

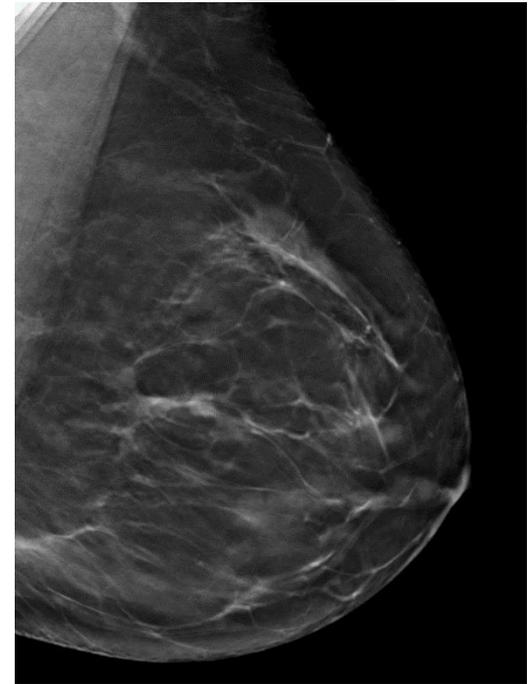
Fonte: USPSTF Systematic Review, 2016

Baixa sensibilidade; Densidade mamária; Menor prevalência; Baixo VPP

Densidade mamária



Pré-Menopausa



**Pós-
Menopausa**

Fatores que explicam esses resultados desfavoráveis em mulheres com menos de 50 anos:

- menor prevalência de câncer de mama nesta faixa etária (prob. pré-teste).
- maior densidade mamária (menos sensibilidade, mais falso-negativo)
- velocidade de desenvolvimento do câncer (câncer de intervalo).
- Mesmo que desconsiderássemos todas essas evidências e assumíssemos que existe alguma eficácia no rastreamento mamográfico de 40 a 49 anos, ainda assim o benefício absoluto **seria sete vezes menor** do que na faixa etária de 60 a 69 anos, e estes teriam de ser contrabalançados com os riscos relacionados ao rastreamento, que são maiores justamente para mulheres mais jovens.

Câncer de mama radioinduzido

- Quando o Rastreamento bienal a partir dos 50 anos é substituído pelo anual a partir dos 40, o número de cânceres radioinduzidos aumenta em quase **5 vezes**, correspondendo a mais de **100 casos** adicionais de câncer radioinduzido em 100 mil mulheres rastreadas.
- Esse número pode quase **dobrar**, quando são consideradas mulheres com mamas muito **volumosas**, que necessitam de maior dose de radiação por exame.

Sobrediagnóstico e Sobretratamento

- ECR Canadense: **100%** dos cânceres detectados apenas no rastreamento com MMG de mulheres 40-49 anos foram de mulheres sobrediagnosticados (Baines et al., 2016). Esse número cai para **44%** nas mulheres com idades entre 50-59 anos.

Nos ensaios clínicos de boa qualidade, houve, com o rastreamento mamográfico, um aumento de:

- 31% cirurgias mamárias
 - 20% mastectomias
 - 24% radioterapia
- (Gøtzsche, 2014)

Causam a impressão
de benefício para
médicos e pacientes

Idade para fins de pagamento das mamografias no SUS

02.04.03.003-0 – MAMOGRAFIA

Idade Mínima:	10 anos
Idade Máxima:	130 anos

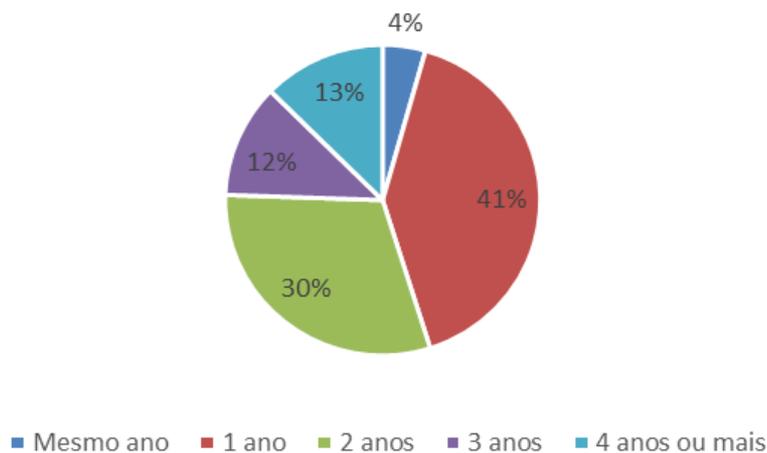
02.04.03.018-8 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

Idade Mínima:	35 anos
Idade Máxima:	130 anos

Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> . Acessado em 09/06/2022

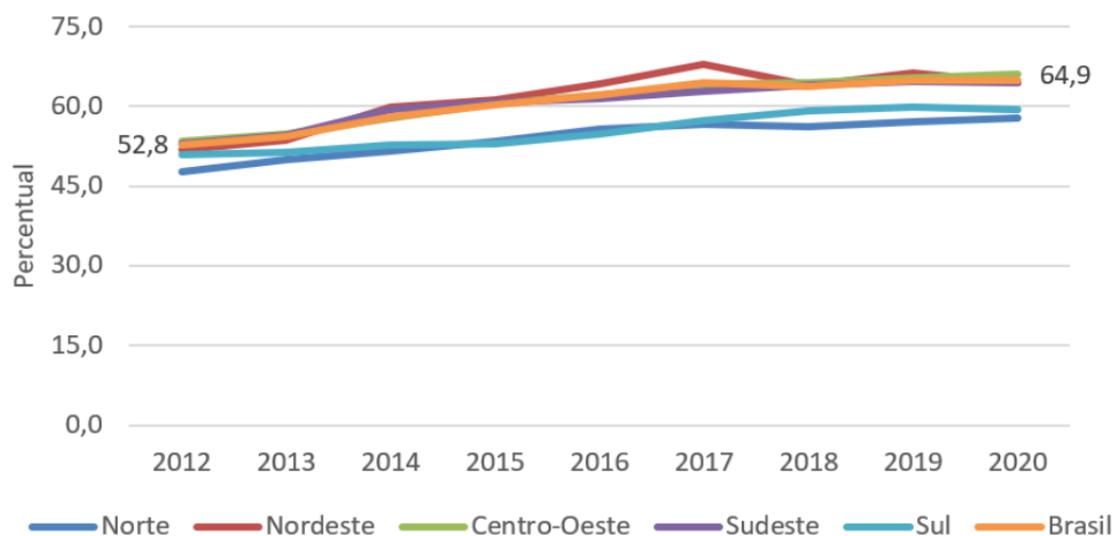
Adesão: rastreamento mamográfico na periodicidade correta, pré-pandemia no SUS

Mamografias de rastreamento segundo periodicidade.
Brasil, 2019



Fonte: Siscan

Proporção de mamografias de rastreamento de 50 a 69 anos em relação a todas as mamografias de rastreamento, SUS, por regiões (Brasil), de 2012 a 2020



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Nota: Quantidade apresentada (mamografia bilateral para rastreamento, código: 0204030188). Acesso em: 8 junho 2021.



Diagnóstico Precoce

1. Estratégia de Conscientização (*breast awareness*)

Conhecimento do próprio corpo (incluindo observação e palpação eventuais e sem técnica padrão) e dos sinais de alerta de câncer (qualificar a demanda e aumentar busca oportuna).

2. Identificação de sinais e sintomas de alerta na atenção primária, para encaminhamento urgente. Com priorização na regulação em relação ao rastreamento e a casos de baixa suspeita. 10% desses casos se confirmam como câncer.

3. Confirmação diagnóstica dos casos suspeitos em um único serviço, no menor tempo possível (*one-stop clinics*)

Recomendações para Diagnóstico Precoce

- Rastreamento com autoexame vs estratégia de conscientização
- Rastreamento com ECM vs detecção e encaminhamento de casos sintomáticos na atenção primária

Importância do Diagnóstico Precoce

- Mesmo em países com rastreamento mamográfico organizado a maioria dos casos de câncer de mama são detectados clinicamente (Sarkeala T et al 2014).
- Dinamarca: redução do tamanho médio dos tumores em 10 anos (9 mm) foi maior do que nos ensaios de rastreamento (Gøtzsche PC, 2015).
- Diagnóstico precoce é mais eficiente: TDC de **0,3%** (Camargo Júnior HS et al, 2009) no rastreamento vs **10%** dos casos clinicamente suspeitos na atenção primária.
- Nos ECR a média foi de 1,6 cm grupo rastreamento e 2,1 cm no grupo controle.

Evolução da terapia adjuvante

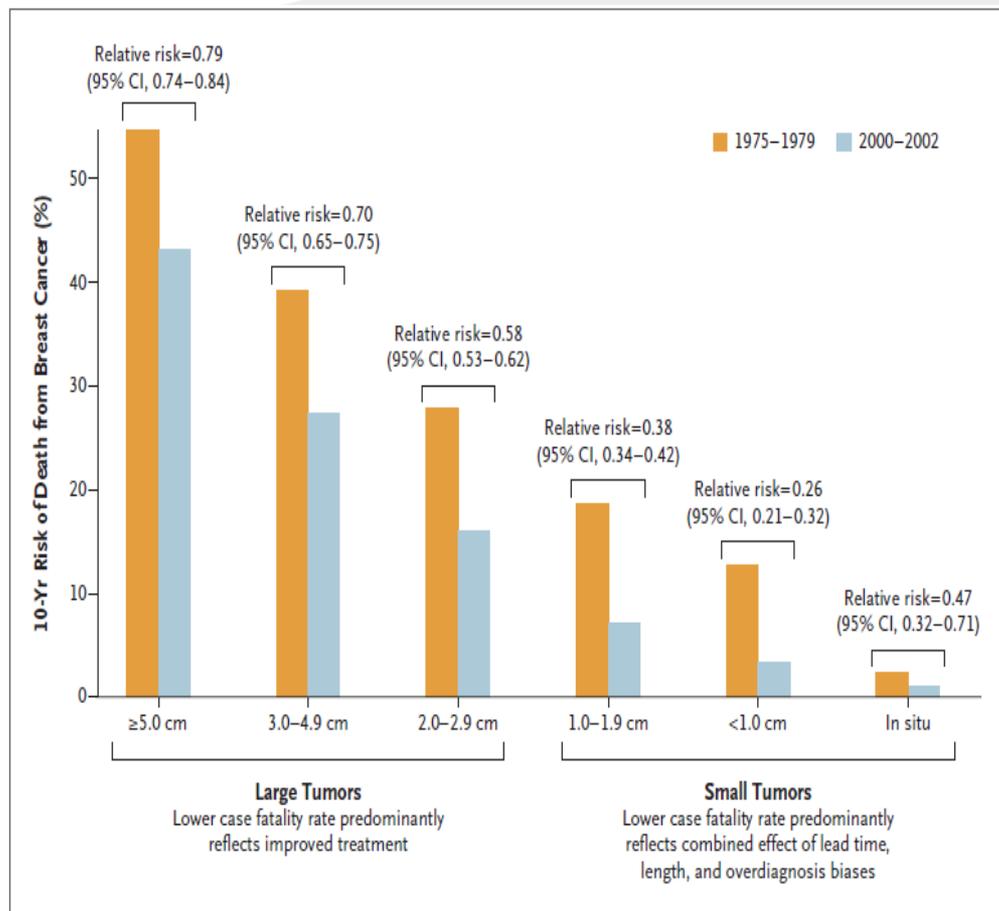


Figure 3. Change in Size-Specific Case Fatality Rate.

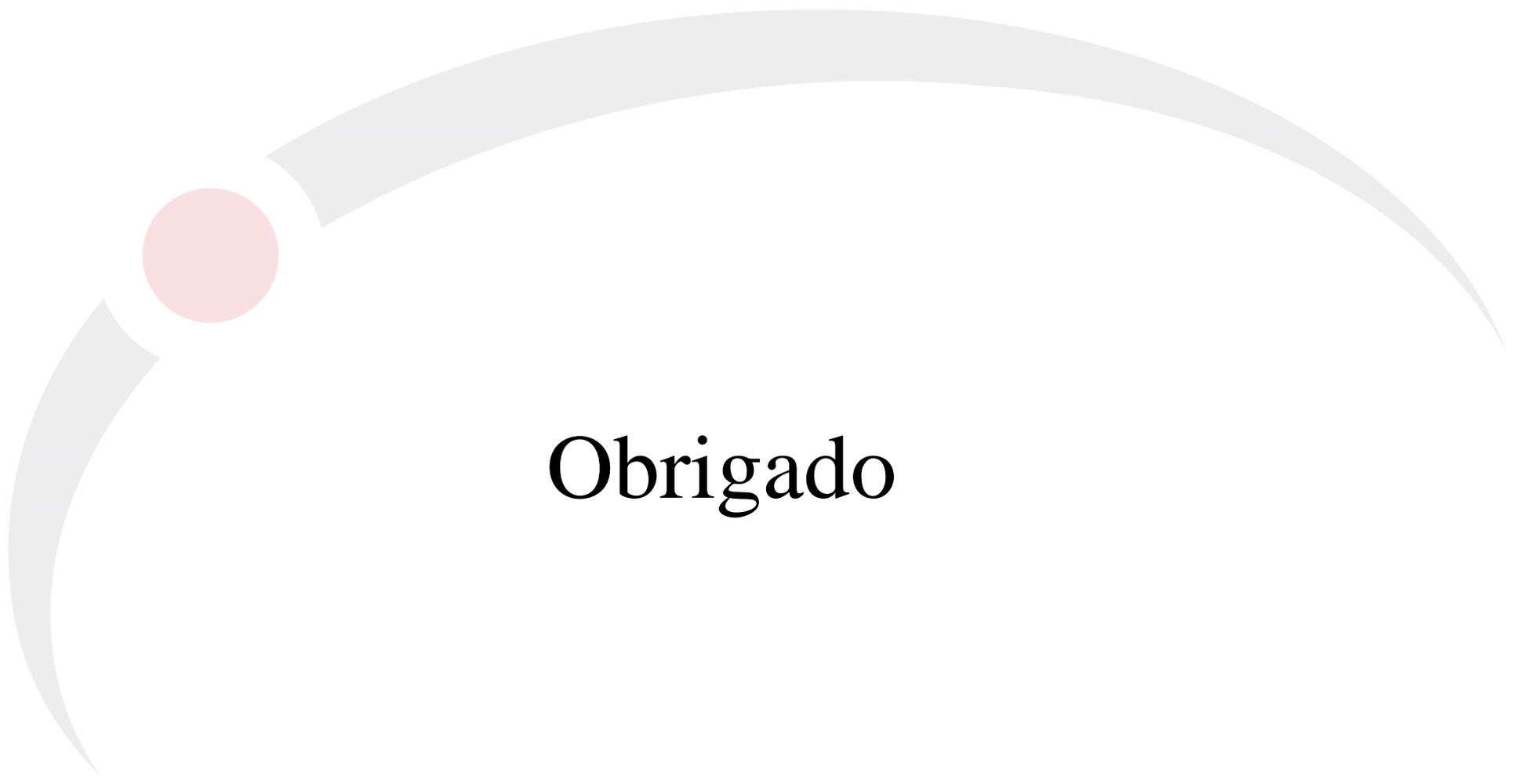
Data are shown for the size-specific 10-year risk of death from breast cancer (case fatality rate) among women 40 years of age or older with breast cancer that was treated before the introduction of screening mammography (diagnosis during the period from 1975 through 1979) and during the most recent years for which 10 years of follow-up were available (diagnosis during the period from 2000 through 2002). The relative risk is for the risk in 2000 through 2002

Fonte: Welch et al, 2016

- Cerca de 1% da população feminina com alto risco de desenvolvimento de câncer de mama.
- Apenas história familiar de câncer não denota alto risco.
- Muitas vezes não são detectadas mutações mesmo associadas a uma forte história familiar. Isto não significa que o indivíduo testado não possua uma mutação, mas indica uma limitação dos métodos envolvidos na tentativa de detectá-la.
- As mutações genéticas mais comumente associadas ao alto risco são as dos genes BRCA 1 e 2 (síndrome de câncer de mama e ovário hereditários), que representam de 70 a 80% dos casos*. Em um estudo de casos de câncer de mama selecionados aleatoriamente em unidades de saúde no Rio de Janeiro, **2,3%** dos casos apresentaram mutação nos genes BRCA 1 ou 2*.
- Condutas clínicas envolvem aconselhamento genético/reprodutivo e decisão compartilhada. Equipes multidisciplinares. Rede de genética clínica.

Conclusão. Políticas públicas para combater o câncer de mama: o que podemos fazer?

- Sempre considerar balanço entre benefício absoluto na mortalidade e os danos à saúde. Por isso importância de adesão às diretrizes.
- Necessidade de decisão informada e compartilhada em caso de demanda espontânea fora da recomendação.
- Fortalecer estratégias para diagnóstico precoce.
- PL para incorporação de um teste é inadequado. O fundamental é fomentar formação de recursos humanos e organização da rede de genética clínica.



Obrigado