

4.4.2 Rastreamento

91

O rastreamento com o exame de mamografia é a estratégia de saúde pública que tem sido adotada em contextos onde a incidência e a mortalidade por câncer de mama são elevadas. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esta neoplasia vem apresentando tendência de redução. Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada às mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23% (USPSTF, 2009b).

A relação risco-benefício do rastreamento populacional, em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, é pouco favorável (USPSTF, 2009).

Na última revisão sistemática da *US Preventive Services Task Force* (USPSTF), publicada em novembro de 2009, os resultados mostram que são necessárias 1.904 mamografias para evitar uma morte na população entre 39 e 49 anos, enquanto nas mulheres mais velhas este balanço é mais favorável: 1.339 exames para evitar uma morte entre 50 e 59 anos e 377 na faixa etária de 60 e 69 anos (USPSTF, 2009).

A revisão da USPSTF mostra também que as evidências atuais ainda são insuficientes para avaliar os benefícios e malefícios do exame clínico das mamas (ECM) associado à mamografia como estratégia de rastreamento. Até o momento, não existe estudo que tenha comparado a efetividade do rastreamento com mamografia com a do rastreamento com ECM e mamografia (USPSTF, 2009). Porém no contexto do diagnóstico precoce de mulheres com sinais e sintomas suspeitos, o ECM parece ter benefícios em relação à sobrevida.

O papel do exame clínico das mamas como método de rastreamento, em locais sem rastreamento mamográfico, também tem sido alvo de pesquisas e há alguma evidência de que seja responsável pela detecção de considerável proporção de casos nesse contexto (USPSTF, 2009).

A mamografia é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama, sendo por isso o exame de imagem recomendado para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. Não há evidências suficientes sobre possíveis benefícios da substituição da mamografia convencional pela mamografia digital ou pela Ressonância Nuclear Magnética no rastreamento do câncer de mama (USPSTF, 2009). Apesar da insuficiência de evidências, a ressonância magnética tem sido utilizada em conjunto com a mamografia como modalidade de rastreamento em pacientes de alto risco, tais como: mulheres portadoras da mutação nos genes BRCA 1 ou BRCA 2, mulheres com história de câncer de mama, mulheres com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau na pré-menopausa, mulheres com história de neoplasia lobular *in situ*, hiperplasia ductal

atípica, hiperplasia ductal atípica e mulheres que fizeram radioterapia torácica antes de 30 anos. De um modo geral, as integrantes do grupo de risco, notadamente as com história familiar ou com mutação dos gens BRCA, são jovens, com mamas densas e parênquima mamário muito sensível à radiação ionizante, situação em que a capacidade de detecção da mamografia é reduzida. A ultrassonografia pode também detectar lesões não palpáveis, porém, até o presente momento, não existem ensaios clínicos comprovando a eficácia da ultrassonografia como modalidade de rastreamento populacional do câncer de mama. No grupo de alto risco, a ultrassonografia pode ser utilizada em conjunto com a mamografia, com a finalidade de melhorar o desempenho do rastreamento. Berg et al. (2008), descrevem acurácia de 91% da mamografia associada com ultrassonografia para as mulheres de alto risco, em comparação com a mamografia isolada, cuja acurácia foi de 87%.

Em geral, a sensibilidade do rastreamento mamográfico varia de 77% a 95% (USPSTF, 2009) e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. Em mamas mais densas – como ocorre em mulheres com menos de 50 anos – a sensibilidade da mamografia de rastreamento diminui para valores em torno de 30 a 48% (BERG et al., 2008). A acurácia da mamografia convencional como método de rastreamento é semelhante a da mamografia digital, na população-alvo (PISANO et al., 2005). A especificidade do rastreamento mamográfico varia entre 94% a 97% (USPSTF, 2009) e é igualmente dependente da qualidade do exame.

Os benefícios do rastreamento na redução da mortalidade e em tratamentos menos agressivos devem ser sempre ponderados em relação aos malefícios e riscos também presentes na adoção dessa estratégia. Ao ofertar exames de mamografia à população assintomática, os efeitos negativos incluem a indução do câncer de mama por radiação; a taxa de resultados falso-positivos que implicam nos exames complementares e maior ansiedade nas mulheres; e o sobrediagnóstico (*overdiagnosis*) e sobretratamento (*overtreatment*) de lesões malignas de comportamento indolente que serão identificadas e tratadas sem a certeza de sua evolução. Alguns ensaios clínicos demonstraram que o sobrediagnóstico e o sobretratamento podem chegar a 30% (KÖSTERS; GOTZSCHE, 2008).

Estima-se que a cada 2 mil mulheres convidadas para o rastreamento populacional organizado durante dez anos, uma teria sua vida prolongada e dez mulheres saudáveis seriam tratadas desnecessariamente (KÖSTERS; GOTZSCHE, 2008). É importante ainda considerar, que os grandes ensaios clínicos de rastreamento mamográfico foram realizados em países como Suécia, Canadá e Estados Unidos, onde a incidência de câncer de mama é bastante superior à encontrada no Brasil. A menor prevalência da doença diminui o valor preditivo positivo da mamografia de rastreamento.

A estratégia brasileira para controle do câncer de mama está definida no Documento de Consenso (INCA, 2004). Conforme o Consenso, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher (Tabela 2):

Tabela 2 – População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama

População-alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e, se alterado, mamografia
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia a cada dois anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia anual

Fonte: (INCA, 2004).

A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. A mamografia nesta faixa etária a cada dois anos é a rotina adotada em quase todos os países que implantaram rastreamento organizado do câncer de mama. Revisões sistemáticas recentes confirmam o melhor equilíbrio entre riscos e benefícios do rastreamento do câncer de mama neste grupo etário (KÖSTERS; GOTZSCHE, 2008; USPSTF, 2009). Estima-se que o rastreamento bienal causa aproximadamente metade do dano observado quando a periodicidade é anual (USPSTF, 2009).

Embora a USPSTF tenha expandido a recomendação de rastreamento para as mulheres na faixa etária de 70 a 74 anos, há menos evidências sobre os benefícios nessa faixa etária. Além disso, em função da reduzida expectativa de vida, a probabilidade de sobrediagnóstico aumenta muito em mulheres com mais de 70 anos (USPSTF, 2009). Não existem evidências suficientes sobre possíveis benefícios e danos do rastreamento mamográfico em mulheres com 75 anos ou mais (USPSTF, 2009).

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação brasileira é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado. Segundo a OMS, a inclusão desse grupo no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade (WHO, 2008). A USPSTF considera que há moderada evidência de que a relação risco-benefício do rastreamento desse grupo etário é pouco favorável, e recomenda contra o rastreamento populacional nessa faixa etária (USPSTF, 2009). As causas da pior relação risco-benefício do rastreamento em mulheres na faixa-etária de 40 a 49 incluem a maior densidade mamária que resulta em menor sensibilidade da mamografia, menor prevalência e incidência do câncer de mama e uma maior proporção de cânceres de intervalo, ou seja, cânceres que surgem entre rodadas de rastreamento (IARC, 2002).

Além desses grupos, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais (INCA, 2004). A definição sobre a forma de rastreamento da mulher de alto risco não tem ainda suporte nas evidências científicas atuais e é variada a abordagem deste grupo nos programas nacionais de rastreamento. Recomenda-se que as mulheres com risco elevado de câncer de mama tenham acompanhamento clínico individualizado e sejam informadas sobre as incertezas e possíveis riscos e benefícios associados ao rastreamento, considerando os valores e preferências.