

O câncer de mama por faixa etária: seria o atual modelo de rastreamento a melhor opção para o Brasil?

Larissa Sousa Araujo¹, Nathália Vilela Del-Fiaco¹, Bethânia Cristhine de Araújo²

¹Acadêmicas do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas;

²Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas.

E-mail para contato: larissasa@unipam.edu.br

RESUMO

Introdução: A neoplasia maligna da mama apresenta bom prognóstico quando tratada em estágios iniciais, sendo esse o motivo que justifica estratégias de rastreamento e de detecção precoce. Tendo-se em vista a tendência mundial ao acometimento de morbidades crônicas, estudos epidemiológicos concernentes à eficácia das ações de saúde fazem-se cada vez mais relevantes. **Objetivos:** Analisar a incidência etária do câncer (CA) mamário, no Brasil, correlacionando os dados obtidos com o rastreamento preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). **Materiais e métodos:** Estudo epidemiológico descritivo realizado por consulta ao Sistema de Informação do Câncer – SISCAN, disponível no DATA-SUS. **Resultados:** O CA de mama possui incidência crescente até a marca dos 50-55 anos, quando tende a decrescer. Ademais, essa neoplasia apresenta-se em percentis altos, antes mesmo da idade de rastreamento segundo o MS (40-69 anos). **Discussão:** Mulheres abaixo dos 40 anos têm sido menosprezadas ao longo das várias formulações de ações em saúde destinadas ao CA mamário. Por isso, sugere-se como alternativa ao modelo vigente, uma nova política que inclua um intervalo de idades mais abrangente. A essa proposta, sugere-se a informação sobre o tema e a implementação do exame clínico anual a mulheres acima de 35 anos, dada o grande acometimento desse público. Entretanto, somente os casos com achados clínicos, nessa população, seriam encaminhados à mamografia, evitando-se sobrediagnóstico. **Conclusões:** Evidenciou-se entre a população jovem uma incidência significativa de CA mamário, fazem-se necessários mais estudos sobre essa temática, a fim de esclarecer a efetividade das ações de saúde acerca da neoplasia.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama. Epidemiologia. Políticas públicas.

INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna da mama é o segundo Câncer (CA) mais incidente em mulheres no Brasil. (INCA, 2019). Embora a idade seja um importante fator de risco – maior incidência após os 50 anos –, o acometimento de grupos etários mais jovens não é incomum, dados os inúmeros prováveis desencadeadores de tal neoplasia (exemplo: menarca precoce, mutações gênicas, radiação ionizante, etc). (PEREGRINO *et al.*, 2010)

Dito isso, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou que, em 2018, seriam esperados 59.700 casos novos de CA de mama, no país. Apesar da alta incidência, tal malignidade apresenta bom

prognóstico quando tratada em estádios iniciais, sendo esse o motivo pelo qual estratégias de rastreio e de detecção precoce se justificam. (INCA, 2019)

Diante disso, segundo pesquisas, países em desenvolvimento apresentam uma taxa de 20% mais mortalidade em decorrência do CA mamário, se comparados aos desenvolvidos. Esse fato é explicado pela vasta ocorrência de diagnósticos tardios em Estados como o Brasil, ocasionando diminuição na taxa de sobrevivência que, por sua vez, se reduz quanto maior for o tumor, bem como na presença de acometimento linfonodal. (FAYER *et al.*, 2016)

Além disso, tendo-se em vista a tendência mundial ao acometimento de morbidades crônicas, estudos epidemiológicos concernentes à eficácia das ações de saúde fazem-se cada vez mais relevantes. Então, por meio dessa assertiva justifica-se a motivação desse trabalho, bem como sua importância para a Saúde Pública.

OBJETIVO

Analisar a incidência – por faixa etária – da neoplasia mamária maligna, no Brasil, e correlacionar os dados obtidos com o rastreio de CA mamário preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico descritivo realizado por meio de consulta ao Sistema de Informação do Câncer – SISCAN, disponibilizados pela plataforma DATA-SUS, utilizando-se dados quanto aos exames citológicos realizados entre 2013 e 2018. Ademais, a fim de se estabelecer uma correlação com o rastreio do CA de mama no Brasil, utilizou-se o site do INCA e o Google Acadêmico, sendo que, seis artigos foram selecionados tendo-se em conta os descritores “câncer de mama”, “rastreo” e “políticas públicas”; empregando-se como critério de elegibilidade: data de publicação nos últimos 10 anos e relevância ao tema.

RESULTADOS

Quanto a epidemiologia da neoplasia mamária maligna no Brasil, tem-se uma maior proporção de achados alocados entre Sul e Sudeste do país, ocorrência atribuída às maiores adesão e eficácia das medidas de rastreio e de diagnóstico precoce, nessas regiões. (INCA, 2019). Constata-se, também,

uma redução da taxa de mortalidade em decorrência da doença, nessas localidades. (FAYER *et al.*, 2016)

A região Norte, por sua vez, apresentou os menores dados tanto de incidência quanto de mortalidade pelo CA de mama. (INCA, 2019). Entretanto, essa informação deve ser analisada com cautela e sob uma ótica de que, é por ser o acesso à saúde mais restrito nessa Unidade Federativa que se dá tal fenômeno. Ou seja, se diagnostica menos, pois menos mulheres são submetidas ao rastreamento. (AZEVEDO *et al.*, 2014) Ainda, observou-se que tal neoplasia possui incidência crescente até a faixa etária dos 50 - 54 anos, quando tende a decrescer. Isto posto, o rastreamento dessa malignidade é feito, no Brasil, em mulheres dos 40 aos 69 anos. (MIGOWSKI *et al.*, 2018)

Os achados da pesquisa foram distribuídos por cada uma das regiões brasileiras e organizados nas tabelas a seguir.

A região Centro-oeste do país (Tabela 1) totalizou 45 diagnósticos de CA mamário, dentre eles, 35 se enquadravam na faixa etária de rastreamento segundo o MS (40 a 69 anos), sendo os outros 10 divididos igualmente entre a população com idades abaixo e acima daquelas mencionadas.

Tabela 1: Exame Positivo de Malignidade por Faixa Etária de 2013 a 2018: Região Centro-oeste

FAIXA ETÁRIA EM ANOS	GO	MT	MS
Total	21	3	21
10 a 14	0	0	0
15 a 19	0	0	0
20 a 24	1	0	0
25 a 29	0	0	1
30 a 34	1	0	0
35 a 39	0	1	1
40 a 44	4	0	0
45 a 49	4	0	3
50 a 54	4	2	6
55 a 59	3	0	1
60 a 64	2	0	3
65 a 69	0	0	3
70 a 74	1	0	1
75 a 79	0	0	0
Acima de 79	1	0	2

No Nordeste (Tabela 2), constatou-se pouca adesão ao rastreamento do CA de mama, visto não haverem dados acerca do tema nos estados: Maranhão, Paraíba e Piauí. Concernente à incidência no Nordeste, verificou-se 43 casos da neoplasia, divididos em: nove acometimentos abaixo dos 40 anos, quatro acima dos 69 anos e o restante divididos entre esse intervalo (40-69).

Tabela 2: Exame Positivo de Malignidade por Faixa Etária de 2013 a 2018: Região Nordeste

FAIXA ETÁRIA EM ANOS	AL	BA	CEMA	PB	PE	PIRN	SE
Total	3	17	8	5	6	4	
10 a 14	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19	0	0	0	0	0	0	0
20 a 24	0	0	0	0	0	0	0
25 a 29	0	0	0	0	0	0	0
30 a 34	0	0	0	0	2	0	
35 a 39	0	2	3	1	0	1	
40 a 44	0	1	2	0	0	2	
45 a 49	1	5	0	0	1	1	
50 a 54	1	2	0	2	0	0	
55 a 59	0	3	0	0	2	0	
60 a 64	1	2	1	0	0	0	
65 a 69	0	1	1	0	1	0	
70 a 74	0	0	0	1	0	0	
75 a 79	0	1	1	1	0	0	
Acima de 79	0	0	0	0	0	0	

A Tabela 3 apresenta a região Norte como a mais deficiente quanto aos dados acerca do CA mamário, vez que apenas os estados do Acre e do Pará possuem subsídios epidemiológicos. Nessas Unidades Federativas somaram-se quatro diagnósticos da neoplasia, sendo todos em uma população abaixo dos 40 anos.

Tabela 3: Exame Positivo de Malignidade por Faixa Etária de 2013 a 2018: Região Norte

FAIXA ETÁRIA EM ANOS	AC	AM	AP	PA	RO	RR	TO
Total	1			3			
10 a 14	0			0			
15 a 19	0			0			
20 a 24	0			0			
25 a 29	0			0			
30 a 34	0			1			
35 a 39	1			2			
40 a 44	0			0			
45 a 49	0			0			
50 a 54	0			0			
55 a 59	0			0			
60 a 64	0			0			
65 a 69	0			0			
Acima de 79	0			0			

No Sudeste (Tabela 4), o Rio de Janeiro destacou-se como o estado em que não se diagnosticou o CA mamário devido a não adesão ao exame de rastreio. Ademais, na região houve 140 casos da neoplasia, sendo 93 deles alocados na faixa etária de rastreio, 21 distribuídos entre a população com menos de 40 anos e os outros 26 entre maiores de 69 anos.

Tabela 4: Exame Positivo de Malignidade por Faixa Etária de 2013 a 2018: Região Sudeste

FAIXA ETÁRIA EM ANOS	ES	MG	RJ	SP
Total	5	88		47
Até 9	0	0		0
10 a 14	0	0		0
15 a 19	0	0		0
20 a 24	0	0		0
25 a 29	0	0		1
30 a 34	0	4		1
35 a 39	0	10		5
40 a 44	1	10		7
45 a 49	1	8		5
50 a 54	1	13		5
55 a 59	1	11		2
60 a 64	0	7		4
65 a 69	1	11		5
70 a 74	0	6		8
75 a 79	0	2		4
Acima de 79	0	6		0

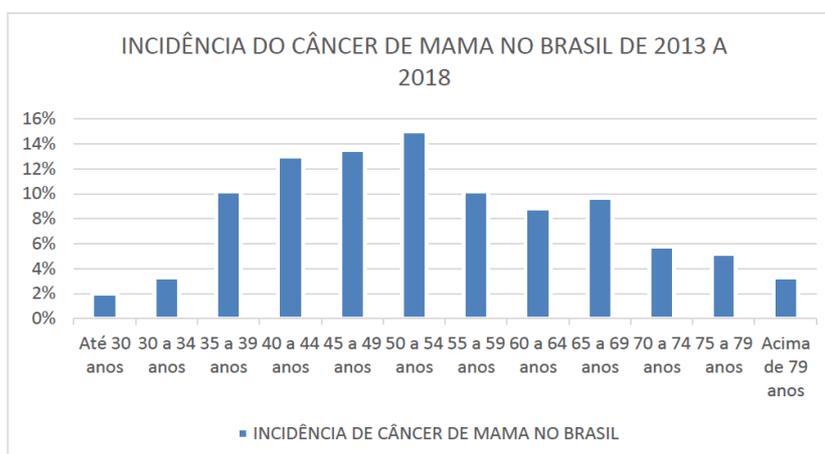
A Tabela 5 representa a incidência do CA mamário na região Sul do Brasil. Nela evidencia-se a boa adesão da população representada por um alto índice diagnóstico em todos os estados, totalizando 131 acometimentos da doença, divididos em: 18 casos entre 25-40 anos, 93 entre 40-69 anos e os outros 17 entre a população com mais de 69 anos.

Tabela 5: Exame Positivo de Malignidade por Faixa Etária de 2013 a 2018: Região Sul

FAIXA ETÁRIA EM ANOS	PR	SC	RS
Total	92	33	6
Até 9	0	0	0
10 a 14	0	0	0
15 a 19	0	0	0
20 a 24	0	0	0
25 a 29	2	2	0
30 a 34	3	0	0
35 a 39	9	0	2
40 a 44	14	6	0
45 a 49	12	7	1
50 a 54	13	5	0
55 a 59	7	5	2
60 a 64	9	2	1
65 a 69	9	3	0
70 a 74	2	2	0
75 a 79	9	1	0
Acima de 79	3	0	0

Diante disso, ressalta-se que, a incidência de CA de mama apresenta percentis altos antes mesmo da idade preconizada pelo rastreamento estabelecido pelo MS; possuindo, até mesmo, uma taxa de acometimento mais significativa em certas faixas etárias que não a abrangida pelas políticas de saúde destinadas a essa doença. Esses dados são representados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Incidência do Câncer de Mama no Brasil Segundo Exames Citológicos de 2013 a 2018



DISCUSSÃO

O CA de mama pode se apresentar tanto de forma agressiva quanto de maneira indolente clinicamente. Propõe-se, então, a diferenciação de dois termos importantes para a discussão que se segue: rastreamento e diagnóstico precoce. O primeiro faz menção à descoberta da doença antes que ela apresente manifestações clínicas; já o segundo diz respeito à identificação precoce da malignidade que já apresenta sinais e/ou sintomas. (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Concernente ao assunto, a primeira política pública elaborada pelo Sistema Único de Saúde a colocar em pauta o CA de mama no Brasil, se deu na década de 80 com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que possuía informações sobre diversos tipos de neoplasias recorrentes nesse gênero. Em seguida, ocorreu em 1996 a criação do Programa Viva Mulher, pioneiro na inclusão de recomendações sobre o rastreamento dessa malignidade, esse que deveria ser feito mensalmente pelo autoexame e anualmente pelo exame clínico. (NICOLAU; PADOIN, 2013).

Embora já houvesse uma preocupação do poder público em diminuir a incidência desse CA, foi somente em 2004 que as diretrizes técnicas para o controle dessa neoplasia foram estabelecidas, por meio de um Consenso. Dentre as recomendações impostas por esse estavam: a realização anual do exame clínico das mamas a mulheres a partir dos 40 anos e o exame mamográfico a cada dois anos àquelas com faixa etária entre 50 e 69 anos, além do que se desencorajou o autoexame das mamas. Tal normatização foi reiterada com a publicação do Pacto Pela Vida em 2006, o qual possuía uma meta de ampliação à mamografia em seu escopo. (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Em anos seguintes mais medidas foram tomadas a fim de tornar mais eficiente o rastreio e a detecção precoce desse CA, como a criação do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) em 2012. Entretanto, ainda que ações sejam tomadas por parte do MS, pouco se sabe sobre a real eficácia dessas, visto que muitos dos estudos sobre esse tema estão repletos de vieses, como destacou MIGOWSKI *et al.* Ademais, com os dados mostrados nessa pesquisa, ainda mais se questiona acerca da escolha do poder público em monitorar uma parcela populacional tão restrita. (NICOLAU; PADOIN, 2013).

Embora sejam conhecidos os benefícios do diagnóstico precoce do câncer de mama, sabe-se também que, o rastreio mamográfico é responsável por gerar grande número de sobrediagnósticos. Isto é, mesmo que uma neoplasia possa nunca se tornar clinicamente relevante, ela será detectada pela mamografia, gerando prejuízos psicológicos e físicos à paciente, no último caso, destaca-se o sobretratamento como principal. (AZEVEDO *et al.*, 2014).

Ainda, observa-se uma alta incidência do CA de mama em mulheres jovens. Dito isso, essa parcela social tem sido menosprezada ao longo das várias formulações de ações em saúde destinadas à essa malignidade, conforme mostrou-se nos diversos artigos analisados. Assim, em virtude das informações estatísticas anteriormente abordadas, bem como a discussão previamente estabelecida, acredita-se que o diagnóstico precoce do segundo câncer mais incidente em mulheres é imprescindível. Contudo, qualquer ação em saúde deve ser pautada no custo-benefício a ser oferecido. Por isso, propõe-se como alternativa ao modelo vigente, uma nova política que inclua um intervalo de idades mais abrangente. (MORAZ *et al.*, 2015).

A despeito dessa, propõe-se que dentre os três pilares inclusos no Consenso supracitado, a saber: (1) informação sobre os sinais e sintomas do CA de mama, assim como o encaminhamento dos casos com acometimento clínico às unidades de saúde, (2) avaliação clínica e diagnóstico em tempo hábil, e, (3) acesso à terapêutica adequada; o primeiro seja majoritariamente empregado à população em geral, não se excetuando a parcela jovem. Isso porque, uma vez que a maioria das políticas públicas se restringe às mulheres acima de 40 anos, cria-se uma falsa ilusão de que a neoplasia maligna da mama é uma exclusividade desse grupo. (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

A essa proposta, sugere-se também a implantação do exame clínico anual a mulheres acima de 35 anos, dada a grande incidência nessa parcela populacional como o apresentado nos resultados. Por fim, somente os casos com achados clínicos, nessa população, seriam encaminhados à mamografia,

a fim de se realizar uma detecção precoce; evitando-se, ainda, o aumento de sobrediagnósticos. (NICOLAU & PADOIN, 2013).

CONCLUSÃO

Conclui-se que o diagnóstico precoce do CA de mama é indispensável para um bom prognóstico. Embora faixas etárias inferiores aos 40 anos não sejam abrangidas pelas políticas públicas do Ministério da Saúde, a incidência de tal neoplasia é alta em parte dessa população. Sendo assim, é necessário haver maior estudo sobre a temática, a fim de esclarecer a efetividade das ações de saúde nesse contexto.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO E SILVA, Gulnar *et al.* Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1537-1550, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. 2019. Acesso: 20 de setembro de 2019.
- FAYER, Vívian Assis *et al.* Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 766-778, 2016.
- INCA. Câncer de mama. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-ancer/cancer-de-mama>. Acesso: 25 de setembro de 2019.
- MIGOWSKI, Arn *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I-Métodos de elaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00116317, 2018.
- MORAZ, Gabriele *et al.* Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3211-3229, 2015.
- NICOLAOU, Panait Kosmos; PADOIN, Licério Vicente. O retrato das políticas públicas no tratamento do câncer de mama no Brasil. **Rev Bras Mastologia**, v. 23, n. 3, p. 92-4, 2013.
- PEREGRINO, Antonio Augusto de Freitas *et al.* Análise de custo-efetividade da idade de início do rastreamento mamográfico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56(2). p. 187-193, 2010.