

# RECOMENDAÇÕES DA X REUNIÃO NACIONAL DE CONSENSO SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

## RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA MULHER BRASILEIRA

São Paulo, 28 de novembro de 2008.

**Promoção:** Departamento de Reunião de Consenso – SBM

**Apoio:** Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional de São Paulo

**Coordenação Geral:** Carlos Henrique Menke (RS)

**Coordenação Executiva:** Antônio Fortes de Pádua Filho (PI)

Antônio Eduardo Rezende de Carvalho (GO)

Cezar Cabello dos Santos (SP)

Cláudia Studart (PB)

Sandra Mendes Carneiro (RJ)

**Comissão Científica:** Afonso Celso Pinto Nazário (SP)

Antônio Figueira Filho (PE)

Carlos Ricardo Chagas (RJ)

Diógenes Basegio (RS)

Gilherme Novita (SP)

Ivo Carelli (SP)

José Luiz Pedrini (RS)

José Ricardo Rodrigues Paciência (SP)

Mônica Travassos (RJ)

Marconi Luna (RJ)

Marcos Wajnberg (RJ)

Rubens Murilo A. Prudêncio (SP)

Vilmar Marques de Oliveira (SP)

**Relatores:** Agliberto Barbosa (SP)

Edison Mantovani Barbosa (SP)

Ézio Novais Dias (BA)

Felipe Andrade (SP)

Roberto Vieira (RJ)

Vinicius Budel (PR)

**Expositores:** Alfredo Barros (SP)

Antônio Frasson (RS)

Carlos Alaberto P. Ferreira (SP)

Carlos Alberto Ruiz (SP)

Elyette Canela (RJ)

Hilton Koch (RJ)

José Cláudio Casalli Rocha (RJ)

Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva (RJ)  
Luiz Henrique Gebrim (SP)  
Maira Caleffi (RS)  
Maria Helena Vermont (RJ)  
Rodrigo Cericatto (RS)  
Ruffo de Freitas Júnior (GO)

**Participantes Convidados:**

Adonis Luiz Castelo Branco Rocha (RR)  
Ângelo Mathes (SP)  
Antônio Carlos Jardim (RJ)  
Antônio César Hummel (DF)  
Antonio S. S. Figueira Filho (PE)  
Bráulio Leal Fernandes (SC)  
Carla Ismael (RJ)  
Carlos Gilberto Crippa (SC)  
Cícero Andrade Urban (PR)  
Cláudia Therezinha Salviato Mameri (ES)  
Eduardo Martella (SP)  
Eduardo Camargo Millen (RJ)  
Eliel de Souza (RN)  
Euler Martins Marques (AM)  
Ewaldo Lúzio Fôro de Oliveira (PA)  
Felipe Andrade (SP)  
Felipe Pereira Zerwes (RS)  
Filomena Carvalho (SP)  
Gabriel de Almeida (MG)  
Geraldo Silva Queiroz (GO)  
Gustavo Antonio de Souza (SP)  
Henrique Salvador Silva (MG)  
Hiram Silveira Lucas (RJ)  
Ivo Carelli Filho (SP)  
João Aderbal Raposo de Moraes (AL)  
João Carlos Sampaio Góes (SP)  
Jorge Villanova Biazus (RS)  
José Carlos de Oliveira Gomes (PI)  
José Clemente Linhares (PR)  
José Luiz Bevilacqua (SP)  
José Mauro Secco (AP)  
José Morales Piato (SP)  
José Ricardo Conte de Souza (RJ)  
José Roberto Filassi (SP)  
José Roberto Viodoto (SP)  
José Ulcijara Aquino (MA)  
Juvenal Motola (SP)

Leo Francisco Leone Júnior (PR)  
Lincoln Jo Mori (SP)  
Luiz Cláudio Thuler (RJ)  
Luiz Guimarães Brondi (SP)  
Maillene Rodrigues Lisboa (RO)  
Marcelo Madeira (SP)  
Marcelo Ramos Mendes (MT)  
Marilana Geimba de Lima (MS)  
Mário Mourão Netto (SP)  
Mauro Fróes Assunção (BA)  
Nassif Galeb Jr. (SP)  
Pedro Wilson Leitão Lima (CE)  
Ray Alves (SP)  
Régis Leite L'Abbate (MG)  
Roberto Hegg (SP)  
Silvio Kurbet (SP)  
Teresa Andrade de Oliveira (RN)  
Thiers Deda Gonçalves (SE)  
Valéria de Fátima Coutinho Maia da Silva (PB)  
Vicente Pedro Filho (CE)  
Waldemir Washington Rezende (SP)

### **I - Objetivos:**

- Revisar a situação do rastreamento do câncer de mama - tanto oportunístico quanto programado - voltado à mulher brasileira, para estabelecer recomendações de conduta, tanto em âmbito clínico quanto em ações de saúde pública.
- Colaborar com as autoridades responsáveis no estabelecimento de diretrizes que visem o diagnóstico precoce do câncer de mama na nossa população.
- Definir a posição oficial da Sociedade Brasileira de Mastologia com relação à tão importante tema.

### **II - Tópicos abordados**

1. O Câncer de Mama no Brasil: estatísticas e análise das Diretrizes do INCA de 2005 –
2. Avaliação da rede de atendimento: distribuição de mamógrafos e qualidade dos exames
3. O auto-exame para a mulher brasileira
4. O exame clínico da mama
5. Mamografia: quando começar, periodicidade e quando parar.
6. A ultrassonografia no rastreamento
7. Ressonância Magnética Mamária

8. O rastreamento na mulher jovem
9. Rastreamento genético – é factível?
10. A resolução dos exames alterados: quem, como e onde?

### **III – Metodologia**

Os expositores designados para esses temas fizeram uma revisão da literatura disponível, **com ênfase em dados nacionais**, classificando-a segundo os níveis de evidência:

- A. Grandes ensaios clínicos e meta-análises
- B. Estudos clínicos e observacionais bem desenhados
- C. Relato e série de casos
- D. Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

As apresentações foram divididas em módulos, seguidos de breve discussão. Dois relatores anotaram as principais conclusões. Concluídas as exposições, os relatores leram/projetaram as conclusões que foram discutidas e votadas pelos **participantes convidados, membros da Comissão Executiva, membros da Comissão Científica, relatores e expositores**. As questões que não obtiveram consenso foram registradas como tal. Após a reunião, o Departamento de Consenso coligiu as recomendações e redigiu o documento final que foi encaminhado para publicação pela SBM para conhecimento dos sócios e autoridades de saúde pública.

### **IV – Introdução: o problema**

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama é a sétima causa de morte em mulheres brasileiras e a primeira entre as neoplasias malignas. Sua incidência é mais que o dobro do que a segunda neoplasia (colo do útero). As taxas de incidência bruta e padronizada são substancialmente menores que a de países da Europa, Canadá e EUA, embora a disparidade, nas taxas de incidência bruta, não seja tão nítida nas capitais de alguns estados das regiões sudeste e sul do país, principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul.

As taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil aumentaram em aproximadamente 20% entre 1995 e 2005.

SEGUNDO A OMS, o câncer de mama apresenta condições de ser rastreado.

Entre os países que realizam rastreamento populacional, apenas a Islândia o faz, a partir de 40 anos. Nos EUA a recomendação é de mamografia de rastreio, a partir dos 40 anos, ainda que o sistema não seja organizado. No Brasil a recomendação do INCA – 2004 - é para exame físico entre 40 e 50 anos, e mamografia apenas quando o exame

físico mostrar alterações. E não há recomendação após os 69 anos. A funcionalidade do rastreamento efetivo depende de cobertura da população-alvo, da qualidade dos exames, e do acesso ao tratamento especializado.

O número de mamografias realizadas no Brasil aumentou 118% entre 2000 e 2007.

Os equipamentos instalados têm capacidade de realizar até 17.000.000 mamografias/ano, frente à necessidade de 6.180.000 para cobertura de 70% da população alvo. A cobertura mamográfica no Brasil, então, é insuficiente pela distribuição inadequada dos equipamentos - e não pelo seu número. A disponibilidade atual é de 2.847.000 mamografias/ano, e há uma proposta de aumentar, até 2011, com custo adicional de R\$ 272.000.000, para 4.470.000.

Em relação à qualidade das mamografias, chama a atenção o trabalho do HC III (INCA), no qual **60 % dos exames mamográficos foram considerados inadequados**. A qualidade dos exames é má, o que determina elevação dos custos pela repetição dos mesmos, e conseqüente inadequação dos recursos aplicados - o que determina maiores índices de resultados falsos, tanto positivos como negativos.

O Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), que identificou 3600 mamógrafos no Brasil, acentua a má qualidade dos equipamentos em uso, ressaltando ainda que apenas 556 sejam cadastrados no CBR. A qualidade das mamografias, considerada boa pelo CBR em 75% dos exames de 1995, caiu para apenas 10% em 2008.

Há a proposta da implantação do SISMAMA, por parte do INCA, um sistema informatizado que se iniciará em 2009, e será avaliado semestralmente, com os seguintes objetivos:

- Monitorar os casos de câncer de mama no Brasil, identificando todos os diagnósticos;
- Avaliar a qualidade dos exames e dos prestadores de serviço;
- Analisar a indicação clínica (rastreamento/diagnóstico)
- Acompanhamento das mulheres com exames alterados: gestão de casos.

#### **Recomendações:**

Estimular a qualificação dos equipamentos e dos médicos interpretadores.

Estimular a educação continuada.

Recomendar à SBM, à FEBRASGO e ao CBR para que insiram em seus *sites* a lista dos médicos que possuem o Certificado de Área de Atuação em Mamografia, reconhecido pela AMB.

Acompanhamento da implementação e cobrança do cumprimento dos objetivos do SISMAMA.

#### **V- Os métodos de rastreamento**

A reunião se pautou basicamente na análise criteriosa da literatura e das evidências verificadas, até o momento, e do impacto de um efetivo rastreamento no estadiamento inicial, na sobrevida e intervalo livre de doença.

Os métodos, exaustivamente avaliados, foram:

- 1) Auto-exame das mamas
- 2) Exame físico das mamas
- 3) Mamografia
- 4) Ultrassonografia
- 5) Ressonância Magnética.

Discutimos cada método separadamente, e também o seu impacto como mecanismo auxiliar, sempre considerando o disponível para a nossa população. O rastreamento do câncer de mama caracteriza-se por ser uma prevenção secundária, e assim, a associação com a prevenção primária, consegue boa redução nos casos de câncer:

### **O Auto-Exame**

Não existem evidências consistentes de que a prática do auto-exame tenha impacto na redução da mortalidade do câncer de mama.

Estudos na literatura, com número significativo de pacientes, mostram ausência de redução da mortalidade do câncer de mama com a prática do auto-exame.

O auto-exame é, porém, prática importante em países como o Brasil, no sentido de reduzir o estadiamento no momento do diagnóstico.

Mais abrangente e importante que o auto-exame, é a noção de autocuidado,

que envolve um conceito mais amplo de saúde, a saber: a)

aquisição de conhecimento sobre a doença e a redução de risco; b)

conscientização corporal; c) toque manual. É componente essencial no processo educativo para o diagnóstico precoce do câncer de mama.

Pacientes que fazem auto-exame regularmente são mais aderentes aos programas de rastreamento mamográfico.

Recomendação: O auto-exame é aconselhável para a mulher brasileira como forma de auto-cuidado e de diminuição de casos avançados.

Não pode ser método exclusivo de rastreamento.

### **O Exame Físico das Mamas**

O exame físico das mamas apresenta menor sensibilidade e especificidade do que a mamografia. Não existem estudos clínicos demonstrando que o exame físico das mamas, isoladamente, tenha impacto na redução da mortalidade. Alguns ensaios clínicos mostraram que a associação do exame físico das mamas com a mamografia promoveu redução de mortalidade em relação ao uso isolado da mamografia.

O exame físico pode detectar tumores em zonas cegas para a mamografia e aqueles não visíveis nos métodos de imagem convencionais; além disso, também permite o diagnóstico da Doença de Paget da mama.

O exame físico deve ser recomendado a partir dos 20 anos ou a partir do início de uso dos anticoncepcionais hormonais, com periodicidade anual. Conforme o estudo Breast Health Global Initiative (BHGI) poder-se-á traçar estratégias distintas de rastreamento de acordo com os recursos locais e assim obter maior amplitude de cobertura.

Devemos recomendar que os clínicos gerais aproveitassem as consultas periódicas em seus pacientes para orientar sobre o rastreamento do câncer de mama, além de realizar, ele mesmo, o exame físico.

Recomendação: o exame físico é parte importante na avaliação das mamas, integrando a consulta ginecológica a partir dos 20 anos, ou quando do início da anticoncepção hormonal. Os clínicos gerais e os médicos de família devem ser estimulados a praticá-lo.

### **A Mamografia**

Diversos estudos de âmbito mundial demonstraram que a realização da mamografia periódica em mulheres assintomáticas tem impacto importante na redução da mortalidade.

Os laudos de mamografia deverão ser preferencialmente realizados por médicos habilitados para tal interpretação.

Embora a maioria dos estudos tenha demonstrado, de maneira mais clara, a redução da mortalidade nas pacientes acima de 50 anos, existem algumas publicações que mostram a redução da mortalidade, também, nas pacientes da faixa etária de 40-49 anos. Esta redução de mortalidade varia de 30 a 49% segundo os vários estudos relatados.

De acordo com Tabar, observa-se, na atualidade, uma redução de 50 % na mortalidade pelo câncer de mama em relação ao período pré-rastreamento.

Intervalos longos de rastreamento impedem um diagnóstico mais precoce em pacientes com câncer de mama de crescimento rápido.

### **Recomendações:**

- 1) A mamografia deve ser realizada anualmente em mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos.
- 2) A mamografia pode ser realizada anualmente em mulheres de alto risco após 35 anos.
- 3) A mamografia pode ser realizada anualmente em mulheres com predisposição genética após os 25 anos.
- 4) Os benefícios do rastreamento mamográfico são superiores ao teórico risco da radiação.
- 5) Deveremos oferecer o rastreamento às mulheres idosas enquanto tiverem condição de se locomover aos centros de atenção a

saúde e de receber tratamento.

### **Ultrassonografia**

Não existem evidências na literatura que demonstrem redução da mortalidade pelo câncer de mama com a realização exclusiva da ultrassonografia como método de rastreamento.

### **Recomendação:**

A ultrassonografia deve ser utilizada como método complementar à mamografia em mulheres de alto risco e em mamas densas, de jovens e grávidas.

### **Ressonância Magnética**

Não existem provas a indicar a utilidade da ressonância no rastreamento de mulheres com baixo risco e suas indicações são as de uso clínico corrente (câncer oculto, uso de próteses, planejamento de cirurgia conservadora, etc.).

### **Recomendação:**

A ressonância magnética, no contexto do rastreamento, é somente indicada, em associação ou em alternância com a mamografia, em pacientes de alto risco genético, sempre considerando o seu alto custo dentro da realidade brasileira

## **VI- Situações Especiais**

### **RASTREAMENTO GENÉTICO: É FACTÍVEL?**

- Exame caro, de difícil acesso à população geral.
- A predisposição genética de uma determinada família quanto ao risco de câncer de mama deve ser feita **através do heredograma**.
- A positividade do teste genético é baixa e inconclusiva e ele deve ser solicitado somente por médico geneticista

### **O RASTREAMENTO NA MULHER JOVEM**

A mulher jovem abaixo de 40 anos só deveria ser submetida a rastreamento quando pertencer a grupo de alto risco. A mamografia pode ser começada mais precocemente e complementada por outros exames de imagem.

### **A RESOLUÇÃO DOS EXAMES ALTERADOS: QUEM, COMO E ONDE?**

Problema crucial no rastreamento do câncer de mama é a resolução dos exames alterados ou duvidosos, ou seja, os da Categoria BIRADS 0, 3,4 e 5. Na maioria dos estados brasileiros, as pacientes com exames anormais demoram 2-3 meses para acessar um serviço público

secundário ou terciário para a sua elucidação.

**Recomendações:**

- Os gestores de saúde deverão viabilizar centros com unidades de Mastologia e capacidade de resolução rápida, que agilizem a detecção precoce do câncer de mama
- Em todo resultado de mamografia com lesões mamarias suspeitas, a paciente deverá ter precedência na investigação diagnóstica do câncer.

Priorizar a paciente que resida longe dos grandes centros médicos, e terceirizando serviços que não possam ser executados pelo SUS