

Sobrediagnóstico do câncer de mama: Risco ou benefício para idosas?



*Maria Elisa Gonzalez Manso
Renata Laszlo Torres
Giovanna Gonzalez Rodrigues
Juliana Santa Clara Berlitz*

O uso excessivo de exames e tratamentos médicos é um problema cada vez mais reconhecido nos sistemas de saúde e alvo de inúmeras discussões atuais sobre o tema. Hoje se sabe que determinados exames não são totalmente inócuos e que, em alguns casos, os danos podem ultrapassar, e muito, os benefícios trazidos por sua realização.

Em todos os países do mundo, é cada vez mais caracterizada a magnitude deste uso excessivo nos sistemas de saúde, algo que onera sobremaneira os indivíduos, pois, todos os cidadãos acabam tendo que arcar com estes custos desnecessários. Porém, esta discussão não é uma equação simples. Os médicos podem solicitar exames desnecessários por desconhecimento, por medo de processos, por boas intenções (proporcionar o melhor atendimento ao seu paciente), interesses outros, e as pessoas acreditam que exames e medicamentos são a solução para vários problemas que a vida impõe.

Tesser (2017) destaca que hoje se vive o denominado “paradoxo da saúde”: uma situação em que, embora a saúde tenha melhorado, as pessoas sentem-

se, subjetivamente, mais doentes. Este paradoxo é explicado mediante vários fatores, tais como: (i) a redução da mortalidade por doenças infecciosas gerando um aumento da prevalência de doenças crônicas, as quais, em sua grande maioria, não tem cura; (ii) maior auto escrutínio em relação à saúde, ampliando a atenção dada a sintomas e sentimentos de mal-estar; (iii) comercialização da saúde e sua presença crescente na mídia, criando uma atmosfera de apreensão e insegurança sobre doenças e fatores de risco e (iv) progressiva medicalização da vida diária - que traz expectativas irreais de cura e prevenção, fazendo com que enfermidades intratáveis, riscos e mal-estares pareçam ainda piores.

O mesmo autor (p.4) ressalta ainda que, hoje em dia, a intensa medicalização transforma todas as pessoas em pacientes. Há uma verdadeira máquina que transforma riscos em doenças, dentro de uma indústria cultural na qual ocorre:

[...] uma busca obsessiva pela saúde presente e futura, tornada moda, valor e obrigação moral. Esta indústria pressiona os cidadãos a submeterem-se aos saberes biomédicos, atrelados ao consumo de produtos, serviços e tecnologias, além de responsabilizá-los por mudanças comportamentais comumente difíceis ou mesmo inviáveis.

Vários autores atribuem este contexto ao desenvolvimento da produção de saber médico centrado na noção de risco, desviando o conceito de saúde para o indivíduo, o qual se torna, assim, o único responsável por sua doença. Este é um processo que culpabiliza as pessoas e desvia o foco dos múltiplos determinantes sociais que afetam o processo saúde-doença.

Trata-se de um comportamento com reflexos importantes nas sociedades humanas, onde a mudança de apenas um valor padrão para mais ou menos, que transforma milhares de pessoas em doentes, gerando intervenções diagnósticas e terapêuticas nem sempre necessárias e todas causadoras de danos.

Estes danos podem ser: **(i)** psíquicos - tais como emoções negativas, alterações de humor, sintomas ou distúrbios psiquiátricos. Por exemplo, as pessoas podem experimentar ansiedade em curto prazo ao aguardar os resultados dos testes de biópsia, nem sempre necessária. Também, em longo prazo, os pacientes podem experimentar depressão maior relacionada a uma deficiência consequente à complicação de um procedimento; **(ii)** carga de tratamento - refere-se à carga de trabalho (idas a serviços de saúde nem sempre próximos, perda de dias trabalhados, como exemplos); **(iii)** consequências sociais - tais como rompimento de relacionamentos ou alteração do *status* social, perda de redes sociais, diminuição da participação em atividades; **(iv)** consequências financeiras como custos monetários - não só de deslocamentos, mas pelos próprios cuidados médicos; **(v)** desconfiança para com os serviços de saúde.

O excesso de fatores de risco e sua transformação em pré-doença impõem, como já dito, pontos de corte para exames e parâmetros de “normalidade” cada vez mais rígidos e de difícil alcance, daí a necessidade de medicações

preventivas. Hoje em dia, o comércio de fármacos para pessoas assintomáticas contribui cada vez mais para o desenvolvimento da indústria farmacêutica, a poli farmácia em idosos e a iatrogenia.

Assim, como exemplo, a cada novo ponto de corte para o que se considera o colesterol sérico como normal, há mais pessoas consideradas de risco e que devem tomar medicamentos como as estatinas, as quais, hoje em dia, sabe-se que tem efeitos colaterais importantes e que não parecem reduzir a mortalidade por doenças cardíacas relacionadas ao elevado colesterol. Dentro deste contexto, surge a discussão sobre *overdiagnosis* ou sobrediagnóstico de determinados cânceres.

O câncer pode ser definido como uma proliferação celular rápida, anormal, capaz de invadir e gerar metástases. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer de mama é a neoplasia mais comum em mulheres, tanto no Brasil como no mundo, sendo a maior causa de morte por câncer no sexo feminino. É considerado raro antes dos 35 anos e tem sua incidência aumentada progressivamente após essa idade, especialmente depois dos 50 anos. Sua presença pode ser detectada tanto no autoexame como na consulta com o profissional médico, mas o diagnóstico é realizado por meio da mamografia.

A mamografia, especificamente para o câncer de mama, é considerada uma das técnicas mais confiáveis para o diagnóstico precoce da enfermidade. De acordo com a finalidade, o exame pode ser classificado em mamografia de rastreamento, direcionada às mulheres assintomáticas, e mamografia diagnóstica, voltada àquelas que apresentam sinais e sintomas do câncer de mama.

Como rastreamento, pode ser realizada em mulheres de 50 a 69 anos, sem nenhum sintoma da doença, porém, baseado na premissa de que um em cada três casos de câncer de mama é curado, caso descoberto nos estágios iniciais, muitos profissionais recorrem à mamografia para todas as mulheres, independentemente da faixa etária.

No entanto, segundo o INCA, mulheres abaixo de 50 anos e acima de 69 anos de idade não apresentam indicação para a realização desse exame, caso não apresentem sinais e sintomas. Nesse caso, a mamografia deve ser realizada como exame de rastreio dentro da faixa etária indicada, visto que expõe as pacientes à radiação, aumenta o número de falsos positivos e falsos negativos, além de sobrediagnosticar carcinomas que não ameaçam a vida da mulher.

Sobrediagnóstico é o diagnóstico de uma doença que nunca provocará sintomas ou a morte de uma pessoa, sendo que o próprio tratamento desse tipo de neoplasia pode causar efeitos colaterais graves, estes sim piorando a saúde e qualidade de vida da idosa. O diagnóstico precoce de um câncer visa diminuir a mortalidade, mas o sobrediagnóstico parece não interferir no número de mortes, isto é, não leva à diminuição da mortalidade. Este é um tema atual na atenção à saúde da pessoa idosa, mas muito controverso.

Não há consenso entre os especialistas a respeito da aplicabilidade do rastreamento do câncer de mama em mulheres idosas. Para alguns autores, os benefícios da mamografia estão sendo supervalorizados e, como consequência, muitas mulheres estão recebendo tratamentos médicos e, até mesmo, cirúrgicos, desnecessários. Entretanto, para outros profissionais, esse tipo de pensamento e afirmação poderá desestimular as mulheres a fazerem esses procedimentos de rastreio que podem salvar muitas vidas.

A grande questão parece ser a idade de início e término do rastreio. Estima-se que 8% dos sobrediagnósticos de câncer de mama estejam relacionados com a mamografia de rastreio em mulheres de 40 a 84 anos. Enquanto no Brasil o rastreio é realizado em mulheres entre 50-69 anos, nos Estados Unidos da América ocorre entre os 50-74 anos e na Holanda, entre 50-75 anos de idade. Nota-se que a divergência entre os países ocorre na faixa etária de término do rastreamento.

Estudos demonstram que a extensão da idade de rastreio para 78 anos de idade não aumentou significativamente a taxa de sobrediagnóstico, sendo que este aumento só foi relevante a partir dos 90 anos de idade. Além disso, a extensão da faixa etária de término do rastreio apresentou melhora na efetividade de diagnósticos reduzindo custos.

Porém, outros mostram que o sobrediagnóstico, como dito, pode levar à danos, comprometendo a estrutura ou função do corpo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção. Um exemplo de dano foi abordado no estudo de Seigneurin e colaboradores (2016), que demonstraram que, dos 1.000 casos de câncer de mama detectados por rastreio com mamografia em mulheres idosas assintomáticas, em 2010, houve 429 mulheres submetidas à cirurgia que tinham sido sobrediagnosticadas; ou seja, o diagnóstico nessas mulheres levou a procedimentos e terapêuticas invasivas que não seriam necessários, uma vez que essa doença não apresentaria sintomas nem abreviaria suas vidas.

Outro exemplo foi destacado por Nelson e colaboradores (2016), que mostraram que mulheres com resultados falso-positivos de câncer de mama, ou seja, sobrediagnosticadas relataram ansiedade, angústia e preocupação específica com o câncer. Nesse caso, o dano às idosas caracterizou-se por sofrimento psicológico.

Além da relação entre idade e aumento das taxas de sobrediagnóstico deve-se considerar, também, que os avanços tecnológicos nos exames de imagem são capazes de identificar tumores de mama cada vez menores, mesmo sem existirem evidências de que estes se transformarão em cânceres invasivos. O uso da ultrassonografia e da ressonância magnética parece aumentar, ainda mais, a taxa de diagnósticos excessivos.

Outros autores acreditam ainda que a maioria dos percentuais de sobrediagnóstico é superestimada e que o uso indiscriminado da mamografia como rastreio efetivamente diminui a mortalidade por câncer. Este último ponto

é o mais controverso, como já mencionado, pois a maioria dos estudos demonstra o contrário.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia recomenda o não rastreio para câncer de mama em idosas assintomáticas com expectativa de vida inferior a 10 anos, ou seja, idosas fisicamente vulneráveis. A ideia é que nestas pessoas o benefício do diagnóstico e tratamento pode não existir, uma vez que o câncer trará consequências somente muitos anos após o diagnóstico, e que outras condições de saúde podem trazer consequências fatais sem ser o câncer propriamente dito. Outra ponderação refere-se à que idosas frágeis são mais suscetíveis às complicações decorrentes da investigação e do tratamento do câncer.

Ainda, a sociedade recomenda a não prescrição de rastreio, tratamento ou intervenção invasiva sem antes considerar o estado funcional, a expectativa de vida e o compartilhamento da decisão com a pessoa idosa ou seu representante legal. É preciso considerar a trajetória individual e as vulnerabilidades de cada mulher. A sugestão é que todas as decisões sejam tomadas em conjunto e estejam apoiadas na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, que considera o processo do envelhecimento humano e a vulnerabilidade física, psicológica e social da idosa.

Portanto, a questão do rastreio do câncer de mama em idosas e do sobrediagnóstico permanece uma questão polêmica. O importante é que a pessoa idosa esteja adequadamente informada sobre os benefícios e danos decorrentes da realização da mamografia, ou de qualquer outro exame. É importante ainda avaliar cada caso em particular e compartilhar informações sobre o prognóstico ou o avançar da doença, a fim de que a mulher idosa possa tomar a melhor decisão sobre se deseja ou não realizar o exame de rastreio.

Referências

BÁEZ, M.P. ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 1-7, 2017.

BEAU, A.B. *et.al.* Benefit-to-harm ratio of the Danish breast cancer screening programme. *International Journal of Cancer*, [s.l.], v. 141, n. 3, p.512-518, 2017

BECKMANN, K. *et.al.* Estimates of over-diagnosis of breast cancer due to population-based mammography screening in South Australia after adjustment for lead time effects. *Journal of Medical Screening*, [s.l.], v. 22, n. 3, p.127-135, 20, 2015.

DEBORAH, K. *et.al.* Development of a Conceptual Map of Negative Consequences for Patients of Overuse of Medical Tests and Treatments. *JAMA Internal Medicine Published [online]* 13, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30105371>

HAYSE, B. et al. Breast cancer biology varies by method of detection and may contribute to overdiagnosis. *Surgery*, [s.l.], v. 160, n. 2, p.454-462, 2016.

JACKLYN, G. et al. Meta-analysis of breast cancer mortality benefit and overdiagnosis adjusted for adherence: improving information on the effects of attending screening mammography. *British Journal of Cancer*, [s.l.], v. 114, n. 11, p.1269-1276, 2016.

JØRGENSEN, K.J. et al. Breast Cancer Screening in Denmark. *Annals of Internal Medicine*, [s.l.], v. 166, n. 5, p.313, 2017.

LUND, E.; NAKAMURA, A.; THALABARD, J.C. No overdiagnosis in the Norwegian Breast Cancer Screening Program estimated by combining record linkage and questionnaire information in the Norwegian Women and Cancer study. *European Journal of Cancer*, [s.l.], v. 89, p.102-112, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Câncer de mama: é preciso falar disso*, 2016. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha-cancer-de-mama-vamos-falar-sobre-isso2016.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *A mulher e o câncer de mama no Brasil*, 2014. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//catalogo-exposicao-mulher-e-o-cancer-de-mama-no-brasil.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2019.

NATAL, C. et al. Incidencia de câncer de mama en relación con la participación en un programa de cribado poblacional. *Medicina Clínica*, [s.l.], v. 144, n. 4, p.156-160, 2015.

NELSON, H.D. et al. Harms of Breast Cancer Screening: Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine*, [s.l.], v. 164, n. 4, p.256, 2016.

RAFIA, R. et al. Modeling the Cost-Effectiveness of Alternative Upper Age Limits for Breast Cancer Screening in England and Wales. *Value in Health*, [s.l.], v. 19, n. 4, p.404-412, 2016.

RIPPING, T.M. et al. Extrapolation of pre-screening trends: Impact of assumptions on overdiagnosis estimates by mammographic screening. *Cancer Epidemiology*, [s.l.], v. 42, p.147-153, 2016.

SEIGNEURIN, A. et al. Overdiagnosis and overtreatment associated with breast cancer mammography screening: A simulation study with calibration to population-based data. *The Breast*, [s.l.], v. 28, p.60-66, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. CBGG 2018: SBGG divulga recomendações sobre escolhas sensatas em saúde em parceria

com Choosing Wisely Brasil. Acesso em 02 de abril de 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/cbgg-2018-sbgg-divulga-recomendacoes-sobre-escolhas-sensatas-em-saude-em-parceria-com-choosing-wisely-brasil/>

TESSER, CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Rev Saúde Pública*.51:116, 2017

UTIER, P. et al. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population-based study. *BMJ*, [s.l.], j5224, 2017.

Data de recebimento: 13/02/2020; Data de aceite: 05/03/2020

Maria Elisa Gonzalez Manso - Doutora em Ciências Sociais, Mestrado e Pós-doutorado em Gerontologia Social pela PUC SP. Master em Psicogerontologia Universidade Maimônides Buenos Aires. Médica. Professora titular do Centro Universitário São Camilo SP e professora convidada do COGEAE PUC SP e do Espaço Longeviver. E-mail: mansomeg@hotmail.com

Renata Lazlo Torres - Mestre em Ciências da Saúde USP. Enfermeira, especialista em Saúde Pública pela UNIFESP. Docente do Centro Universitário São Camilo SP.

Giovanna Gonzalez Rodrigues - Discente Centro Universitário São Camilo SP.

Juliana Santa Clara Berlitz - Discente Centro Universitário São Camilo SP.