

NOTA TÉCNICA DA COMISSÃO NACIONAL DE MAMOGRAFIA DO CBR, SBM E FEBRASGO SOBRE FAKE NEWS

Periodicamente *fake news* sobre a mamografia circulam nas redes sociais e grupos de mensagens. **Elas têm o potencial afetar a detecção precoce do câncer de mama e colocar em risco a saúde das mulheres.**

PROBLEMA DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL E NO MUNDO

A incidência do câncer de mama tem aumentado em todo o mundo¹. A cada ano, mais de 2 milhões de mulheres recebem esse diagnóstico. Somente no Brasil, em 2024, estima-se que ocorrerão quase 74 mil novos casos, com maior prevalência nas mulheres jovens (<50 anos), em comparação a países desenvolvidos^{2,3}. Por outro lado, apesar de todos os esforços, ainda é o tumor que mais mata mulheres no Brasil e no mundo. Porém, quando **detectado precocemente, o câncer de mama é uma doença tratável, com altas chances cura** (chegando até a 95%, se o diagnóstico ocorrer antes que o tumor atinja 10 mm).

POR QUE A MAMOGRAFIA É IMPORTANTE?

A mamografia permite a detecção de muitos cânceres em estágio precoce, quando a chance de a doença ter se disseminado é menor e a probabilidade de o tratamento impedir sua progressão, maior. Diversos estudos mostram que mulheres que realizam a mamografia apresentam menor risco de morrer de câncer de mama⁴⁻⁷. Um estudo recente, por exemplo, mostrou redução de 41% no risco de morrer por câncer da mama em 10 anos em mulheres cujo diagnóstico foi feito pela mamografia⁶. Outro estudo estimou em 25% a contribuição da mamografia na redução da mortalidade pelo câncer de mama. Essa contribuição se manteve constante ao longo dos anos, indicando que cânceres diagnosticados fora do rastreamento mamográfico apresentam pior prognóstico mesmo com as terapias modernas⁸

A chance de uma mulher morrer de câncer de mama varia de acordo com o acesso ao rastreamento mamográfico e ao tratamento oportuno e apropriado^{9,10}. A mortalidade pelo câncer de mama em países desenvolvidos está em queda desde os anos 90. Nos EUA, por exemplo, entre 1989 e 2020, houve redução de 43% na mortalidade pela doença, atribuído à sua detecção precoce via rastreamento mamográfico e aos avanços no tratamento¹⁰. No Brasil, onde há desigualdades consideráveis, observa-se estabilização ou tendência a redução nas regiões Sudeste e Sul, no qual há maior número de mamógrafos e acesso mais facilitado aos cuidados de saúde. Em contraste, se observa aumento da mortalidade naqueles com menor nível socioeconômico, no Norte e Nordeste, onde o número de mamógrafos é menor e os recursos de saúde são mais limitados¹¹.

Por essas razões, a detecção precoce pela mamografia é o pilar dos programas de rastreamento populacional do câncer de mama e recomendada universalmente, tanto na forma organizada quanto oportunística, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelas diferentes sociedades médicas ao redor do mundo. Embora, existem divergências quanto a idade de início e término e sua periodicidade, **não há qualquer questionamento quando a sua realização**. No Brasil, as diretrizes conjuntas do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam que todas as mulheres realizem uma mamografia anual a partir dos 40 anos¹².

MAMOGRAFIA PODE SER SUBSTITUÍDA?

A mamografia não é uma técnica perfeita, capaz de detectar todos os cânceres de mama. Por isso, em algumas circunstâncias especiais, é recomendado o uso de técnicas adicionais complementares como a ultrassonografia (US) ou a ressonância magnética (RM). Essas circunstâncias incluem mulheres com mamas densas e/ou com maior risco de desenvolver o câncer de mama e estão discriminadas nas diretrizes conjuntas do CBR, SBM e FEBRASGO¹². Apesar da RM e a US serem técnicas importantes, elas não são capazes de substituir a mamografia. **Dessa forma, no presente momento, a mamografia não pode**

ser substituída por nenhum outro método de imagem da mama para rastreamento da população geral.

EXISTEM RISCOS DE REALIZAR A MAMOGRAFIA?

A mamografia, como qualquer intervenção médica, apresenta riscos. **Esses riscos não devem ser utilizados para impedir sua realização porque são muito inferiores ao benefício na redução de mortalidade.** Um dos riscos é o chamado falso-positivo (falso – alarme) que se refere a uma situação em que a mamografia detecta uma anormalidade que não é câncer, mas que torna necessário exames adicionais, seguimentos e, até mesmo, uma biópsia para determinar sua natureza benigna ou maligna¹³.

Eles decorrem da necessidade de se investigar qualquer anormalidade que possa corresponder a um câncer, já que algumas alterações benignas podem ser similares a um câncer na mamografia. Portanto, são inevitáveis e não correspondem a diagnósticos incorretos. Essas investigações, em geral, significam apenas exames de imagem adicionais; somente uma minoria resulta em biópsias, das quais a vasta maioria é realizada através de procedimentos minimamente invasivos^{14,15}.

Diversas medidas reduzem o risco de falso – positivo e incluem: mamografia de boa qualidade, capacitação do médico responsável pela análise, comparação com exames anteriores e o uso da tomossíntese sempre que possível¹².

RADIAÇÃO CAUSA CÂNCER DE MAMA?

Outra informação muito difundida é a de que os raios-X causam câncer de mama. **As doses de radiação utilizadas pelos equipamentos modernos de mamografia vêm sendo reduzidas ao longo do tempo, como mostram os dados do programa de rastreamento do Reino Unido e estão abaixo do valor de referência estabelecidos pela legislação brasileira¹⁶⁻¹⁸. Portanto, o exame é seguro.** Não há relatos comprovados de câncer de mama induzido pela mamografia. O risco é teórico, baseado em modelos matemáticos e amplamente superado pelo efeito real da mamografia na redução da mortalidade.

Todos nós estamos expostos a doses diárias e involuntárias de radiação ionizante provenientes de fontes naturais (de materiais radioativos existentes na crosta terrestre ou radiações provenientes do espaço cósmico) ou artificiais (produzidas pelo homem). Em relação às fontes naturais, a exposição individual anual varia geograficamente sendo em média 2,4 mSv¹⁹. Estima-se que a dose anual de radiação de fontes naturais equivale entre 4 e 6 mamografias²⁰. Quando comparadas com outros métodos de imagem, a mamografia e a radiografia do tórax são os métodos com menor dose de radiação (extremamente baixas)²¹. **Dessa forma, o fato do exame usar raios-X não deve ser utilizado como uma razão para não se realizar a mamografia de rastreamento do câncer de mama.**

COMPRESSÃO MAMOGRÁFICA CAUSA CÂNCER DE MAMA?

Outra notícia falsa, é de que a compressão mamográfica causaria ou aumentaria o câncer de mama e poderia provocar sua disseminação. Isso é mentira. **A compressão, embora desconfortável para algumas mulheres, é segura e necessária para a qualidade das imagens ao reduzir a sobreposição das densidades, além de reduzir a dose de radiação necessária para adquiri-la.**

SOBREDIAGNÓSTICO

A mamografia é capaz de detectar cânceres pouco agressivos tão precocemente que pode demorar anos para que eles se manifestem ou disseminem e nesse intervalo a mulher pode morrer de outra causa. Isso chama sobrediagnóstico. Não é possível saber, no momento da detecção, qual tumor irá evoluir e em quanto tempo. Assim, atualmente, todos os cânceres de mama são tratados. As estimativas do risco de sobrediagnóstico são bastante controversas, mas as consequências de não realizar o rastreamento mamográfico com consequente retardo no diagnóstico e tratamento são sabidamente muito maiores, relacionados a disseminação do tumor e morte, em alguns casos²².

MENSAGEM FINAL

A participação das mulheres nas decisões sobre seus cuidados de saúde, incluindo o rastreamento mamográfico, é importante e encorajado visando respeitar seus valores e preferências. Para isso, ela deve receber informações de qualidade em linguagem acessível. Em relação ao rastreamento do câncer de mama, isso é especialmente importante, pois mulheres que não realizam a mamografia apresentam maior risco de morrer pela doença, mesmo com os tratamentos modernos.

Dessa forma, a Comissão Nacional de Mamografia reforça a recomendação de rastreamento mamográfico anual para as mulheres a partir dos 40 anos, enquanto repudia todas as formas de Fake News e disseminação de informações falsas, que podem levar algumas mulheres a considerarem não realizar a mamografia, trazendo consequências danosas como o diagnóstico de tumores avançados e disseminados.

BIBLIOGRAFIA

1. Arnold M, Morgan E, Rungay H, et al. *Breast*. 2022; 66:15-23.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer*. – Rio de Janeiro: INCA, 2022
3. Simon SD, Bines J, Werutsky G, et al. *Breast*. 2019;44:113-119
4. Marmot MG, Altman DG, Cameron D et al. *Br J Cancer*. 2013;108(11):2205-2240
5. Broeders M, Moss S, Nyström L, et al.. *J Med Screen*. 2012;19 Suppl 1:14-25
6. Duffy SW, Tabár L, Yen AM, et al. *Cancer*. 2020;126(13):2971-2979.
7. Monticciolo DL, Hendrick RE, Helvie MA. *Radiology*. 2024;310(2):e232658
8. Caswell-Jin JL, Sun LP, Munoz D, et al. *JAMA*. 2024;331(3):233-241
9. Zhao J, Xu L, Sun J, et al.. *BMJ Oncology* 2023;22(1):1896
10. Giaquinto AN, Sung H, Miller KD, et al. *CA Cancer J Clin*. 2022;72(6):524-541.
11. Freitas-Junior R, Gonzaga CM, Freitas NM, Martins E, Dardes Rde C. *Clinics (Sao Paulo)*. 2012;67(7):731-7.
12. Urban LABD, Chala LF, de Paula IB, et al. *Radiol Bras*. 2023;56(4):207-214
13. Autier P. *Eur J Cancer*. 2011;47 Suppl 3:S133-S146
14. KM, Price ER, Joe BN.. *Radiol Clin North Am*. 2017;55(3):429-439
15. Monticciolo DL, Newell MS, Hendrick RE, et al. *J Am Coll Radiol* 2017; 14:1137– 1143
16. Loveland J, Young KC, Oduko JM, Mackenzie A. *Br J Radiol* 2022; 1135: 1 – 9
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). *Instrução Normativa - IN nº 92, de 27 de maio de 2021. Diário Oficial da União nº 101, Brasília, DF: ANVISA, 2021.*
18. Hendrick RE et al. *AJR Am J Roentgenol*. 2010 ; 194(2): 362–369
19. *Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation: BEIR VII Phase 2. National Academy Press 2006*
20. Hendrick RE. *Radiology* 2010; 257:246–253).
21. Mettler FA Jr et al. *Radiology* 2008; 248:254–263
22. Yen, A. M. F. et al. *JAMA Oncol* 2016; 2, 915–921