

“Outubro rosa” – o que há por trás desta iniciativa?

“Pink October” - what is behind this initiative?

Cassio Cardoso-Filho¹, Cesar Cabello dos Santos¹, Julia Yoriko Shinzato¹

Na esteira da eficiência do rastreamento organizado visando a prevenção secundária da neoplasia invasiva do câncer do colo uterino a partir da segunda metade do século XX, notadamente através da disseminação da colpocitologia oncótica cervical, que reduziu a morbimortalidade decorrente por esta neoplasia¹, as ações de saúde dos programas de atenção integral à saúde da mulher, na sequência, se voltaram para aquela que se tornaria a neoplasia feminina mais relevante: o câncer de mama (CM). Dados do Instituto Nacional do Câncer estimaram mais de 57.120 novos casos de CM para o ano de 2014, correspondendo a 20,8% de todas as neoplasias nas mulheres brasileiras², excetuando-se o câncer de pele não-melanoma.

Convém observar que, diferentemente do que ocorreu com o câncer de colo uterino, as estratégias de prevenção primária são limitadas, uma vez que ainda hoje as estratégias preconizadas se referem ao controle populacional da obesidade, do consumo imoderado de álcool, e do uso de hormônios exógenos³.

A obesidade pode ser responsável por até 17% dos casos novos de câncer de mama na pós-menopausa, apesar de um efeito protetivo aventado na pré-menopausa em função de ciclos anovulatórios. É importante ressaltar que mesmo as pacientes já tratadas por câncer de mama se beneficiam do controle da obesidade, pois tendem a apresentar maior intervalo livre de doença e maior sobrevida global⁴. O consumo de álcool aumenta o risco relativo em 28%, possivelmente pelo aumento de precursores de carcinógenos por vias ainda não completamente determinadas⁵.

Quanto ao uso de hormônios exógenos, está estabelecido o aumento de risco com o uso de terapia hormonal (TH) por mais de cinco anos consecutivos, mormente com os esquemas que utilizam estrogênios conjugados associados a progestogênios sintéticos de uso contínuo⁶, mesmo após longos períodos após a suspensão da TH⁷, sendo recomendado o seu uso na menor dose e no tempo mais curto possíveis para controle de sintomas climatéricos graves.

Das estratégias de prevenção secundária, o auto-exame mensal das mamas, outrora amplamente sugerido e estimulado na população para a prevenção do CM, desde o início deste século permanece indicado apenas para conscientização corporal da saúde feminina⁸, posto o bloqueio imposto por questões sociais, sua baixa acurácia, além de questões deletérias como aumento de ansiedade e cancerofobia.

O exame clínico das mamas realizado anualmente pelo tocoginecologista ou mastologista, e a mamografia realizada bianualmente entre 50 e 69 anos, são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil, apoiado por recomendações da Organização Mundial da Saúde^{9,10,11}. Porém, as sociedades de classe de tocoginecologistas (FEBRASGO), mastologistas (SBM) e radiologistas (CBR) preconizam a mamografia anualmente a partir dos 40 anos.

Esta controvérsia, por si só, já denota que não se tem, passados mais de 30 anos das primeiras recomendações para o rastreamento mamográfico, o mesmo impacto como se teve para o “papanicolaou” em relação ao câncer de colo uterino. As evidências científicas do rastreamento mamográfico permanecem sendo questionadas, como no alardeado e controverso estudo canadense¹² publicado em fevereiro de 2014, mas os crescentes avanços na tecnologia implementada nos mamógrafos atuais tendem a apresentar nuances que só terão sua validade atestada em mais algumas décadas¹³.

O movimento mundial “Outubro Rosa” atesta a inquietação com esta questão do CM, sua prevenção, e à necessidade de pacientes, grupos de apoio, instituições de pesquisa e de assistência. Assim, a mobilização da sociedade, de empresas e entidades converge para esta causa, ainda que um olhar crítico deva ser dirigido no que tange especialmente a interesses comerciais e de marketing social que, se por um lado podem enlevar adequadamente a atenção, por outro podem ser motivo para desvios éticos e de orientação inadequada em saúde pública¹⁴. Cabe a cada um dos agentes de saúde ser multiplicador de corretas e adequadas informações em uma sociedade em que a diversidade de fontes pode suplantar a qualidade do conteúdo.

1. Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil – DTG/FCM/UNICAMP.

REFERÊNCIAS

1. van Ballegooijen M, Habbema JD, van Oortmarsen GJ, Koopmanschap MA, Lubbe JT, van Agt HM. Preventive Papsmears: balancing costs, risks and benefits. *Br J Cancer*. 1992; 65(6):930-3.
2. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Estimativa /2014. Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [citado 2015 Out 08]. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf
3. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer: mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [citado 2015 Out 08]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>
4. Byers T, Sedjo RL. Body fatness as a cause of cancer: epidemiologic clues to biologic mechanisms. *Endocr Relat Cancer*. 2015;22(3): R125-34.
5. Jayasekara H, MacInnis RJ, Room R, English DR. Long-Term Alcohol Consumption and Breast, Upper Aero-Digestive Tract and Colorectal Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Alcohol Alcohol*. 2015 Sep 22. [Epub ahead of print]
6. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(3):321-33. Comment in: *JAMA*. 2002;288(3):366-8. *JAMA*. 2005;293(11):1322; author reply 1322-3. *ACP J Club*. 2002;137(2):41. *Evid Based Nurs*. 2003;6(1):20. *JAMA*. 2002;288(22):2819; author reply 2823-4. *Evid Based Med*. 2008; 13(5):142. *South Med J*. 2014;107(11):696-7.
7. Chlebowski RT, Rohan TE, Manson JE, Aragaki AK, Kaunitz A, Stefanick ML, Simon MS, Johnson KC, Wactawski-Wende J, O'Sullivan MJ, Adams-Campbell LL, Nassir R, Lessin LS, Prentice RL. Breast cancer after use of estrogen plus progestin and estrogen alone: analyses of data from 2 Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA Oncol*. 2015;1(3):296-305. Comment in: *JAMA Oncol*. 2015 ;1(3):283-5.
8. Nelson AL. Controversies regarding mammography, breast self-examination, and clinical breast examination. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013;40(3):413-27.
9. World Health Organization. WHO Classification of tumours of the Breast. 4th ed. Lyon; WHO; 2008. (IARC WHO Classification of Tumours, n. 4)
10. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009 Nov 17;151(10):716-26, W-236. Erratum in: *Ann Intern Med*. 2010;152(10):688. *Ann Intern Med*. 2010;152(3):199-200.
11. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;18(4): CD001877. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (4):CD001877.
12. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014;348:g366.
13. Heywang-Köbrunner SH, Schreer I, Hacker A, Nofzt MR, Katalinic A. Conclusions for mammography screening after 25-year follow-up of the Canadian National Breast Cancer Screening Study (CNBSS). *Eur Radiol*. 2015 May 28. [Epub ahead of print]
14. Basen R. Pink-shaded marketing [Internet]. [cited 2015 Oct 08]. Available from: <http://www.sportsonearth.com/article/62332742>