

Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III – Desafios à implementação

Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. III – Challenges for implementation

Directrices para la detección precoz del cáncer de mama en Brasil. III – Desafíos a la implementación

Arn Migowski ^{1,2}
Maria Beatriz Kneipp Dias ¹
Paulo Nadanovsky ^{3,4}
Gulnar Azevedo e Silva ³
Denise Rangel Sant'Ana ¹
Airtton Tetelbom Stein ⁵

doi: 10.1590/0102-311X00046317

Resumo

*O objetivo do presente artigo é apresentar os principais desafios à implementação das novas recomendações para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil, bem como refletir sobre as barreiras e estratégias para a sua superação. A implementação de diretrizes baseadas em evidências é um desafio em todo o mundo, e estratégias tradicionais baseadas apenas na disseminação de seu texto são comprovadamente insuficientes para gerar mudanças na prática clínica vigente. Um grande desafio à adesão às novas diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil é o atual padrão de uso do rastreamento mamográfico no país, que acaba incluindo muito frequentemente mulheres jovens e intervalo curto entre os exames. Essa prática danosa à saúde da população é reforçada pela lógica da medicina defensiva e pela difusão de informações equivocadas, que superestimam os benefícios do rastreamento e subestimam ou mesmo omitem seus riscos. Além disso, há carência de políticas e ações voltadas para o diagnóstico precoce de casos sintomáticos. Para superar essas barreiras, mudanças relacionadas à regulação da assistência, financiamento e a implantação do processo de decisão compartilhada na atenção primária são essenciais. Auditoria-*feedback*, detalhamento acadêmico e incorporação de ferramentas de suporte à decisão são algumas das estratégias que podem facilitar o processo de implementação das novas recomendações.*

Neoplasias de Mama; Detecção Precoce de Câncer; Programa de Rastreamento; Mamografia; Implementação de Plano de Saúde

Correspondência

A. Migowski
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva,
Rua Marquês de Pombal 125, Rio de Janeiro, RJ 20230-092,
Brasil.
arnmigowski@yahoo.com.br

¹ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil.



Introdução

No Brasil, durante os últimos 15 anos, o debate sobre o controle do câncer de mama, seja do ponto de vista acadêmico, da gestão, dos cuidados assistenciais e da divulgação midiática, tem sido focado no rastreamento mamográfico. Essa centralidade da mamografia foi sendo construída gradualmente tanto pela legitimidade do discurso técnico-científico quanto pela factibilidade da implantação do rastreamento de massa no país ¹.

O desafio que se coloca agora é a implementação das novas recomendações do Ministério da Saúde brasileiro para a detecção precoce do câncer de mama no país ², elaboradas com base em uma nova abordagem metodológica, e que expande a visão da detecção precoce para além do rastreamento, incluindo também estratégias para o diagnóstico precoce de casos com sinais e sintomas suspeitos ¹. A implementação de diretrizes baseadas em evidências é um desafio em todo o mundo, e estratégias que utilizam apenas a disseminação do texto das diretrizes são comprovadamente insuficientes para gerar mudanças na prática clínica vigente ³. À difusão da concepção de saúde relacionada ao acesso à maior quantidade de tecnologias médicas ⁴ somam-se as dificuldades dos profissionais de saúde e da população em geral na assimilação dos novos métodos e práticas propostos e na dependência da existência de condições estruturais e administrativas, dentro do sistema de saúde, para que os cuidados assistenciais aconteçam de fato.

O objetivo deste artigo é apresentar os principais desafios à implementação das novas recomendações para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil na visão dos autores, bem como refletir sobre as barreiras que podem impactar a implementação destas diretrizes e estratégias para a sua superação.

Desafios e barreiras à implementação das novas diretrizes

Em 2014, segundo os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), apenas 46 serviços em todo o país informavam ter realizado todos os procedimentos necessários para a confirmação diagnóstica de mulheres com lesão/alteração suspeita ⁵. A dificuldade de ofertar todos os procedimentos em um único serviço pode ter impacto direto na estratégia de diagnóstico precoce por gerar demanda por consultas intermediárias desnecessárias. No Brasil, entre 2010 e 2011, 40% dos casos de câncer de mama chegaram aos hospitais de referência em oncologia sem o diagnóstico definitivo, o que indica insuficiência na estruturação da atenção secundária ⁵.

Esse quadro de desestruturação da investigação diagnóstica é agravado pelo aumento de demanda associada ao rastreamento mamográfico. Na edição de 2013 da *Pesquisa Nacional de Saúde*, a proporção de mulheres na população-alvo de 50 a 69 anos que relatou ter realizado exame de mamografia nos dois anos anteriores à pesquisa foi de 60%, variando entre as regiões do país ⁶. As maiores coberturas foram nas regiões Sul e Sudeste (respectivamente, 68 e 65%) e a menor foi na Região Norte (39%), com coberturas intermediárias no Centro-oeste (56%) e Nordeste (48%). Esses dados indicam um aumento de 6% no país em relação a outro inquérito nacional realizado cinco anos antes seis. Outro estudo nacional recente, estimou coberturas mais baixas na população-alvo com base em dados do SIA-SUS ⁷. Contudo, pode ter havido subestimação da cobertura nesse estudo em virtude da realização de mamografias de rastreamento em clínicas privadas ⁸. Independentemente dessa discussão sobre a real magnitude, é inegável o importante aumento da cobertura do rastreamento no país durante a última década ⁹.

Todavia, ao mesmo tempo em que houve aumento de cobertura com o incentivo governamental, houve também uma notável não adesão às diretrizes ministeriais relativas à população-alvo e periodicidade do rastreamento mamográfico, preconizadas no documento de consenso nacional de 2004, ou seja, rastreamento bienal na faixa etária de 50 a 69 anos ¹⁰. Segundo dados do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), no SUS, cerca de metade das mamografias de rastreamento são realizadas fora da população-alvo de 50 a 69 anos, das quais a maioria é feita em mulheres com menos de 50 anos ¹¹, a despeito de existirem diretrizes nacionais há mais de dez anos recomendando a mesma à população-alvo ¹⁰. Com base em dados nacionais registrados no SIA-SUS no ano de 2010, a cobertura do rastreamento entre mulheres com idades entre 40 e 49 anos foi semelhante à da população-alvo de 50 a 69 anos ⁷. Um estudo recente que avaliou as informações da *Pesquisa Nacional de Saúde* também

mostrou que o percentual de mulheres com pedido médico de mamografia de rastreamento no Brasil na faixa etária de 40 a 49 anos não difere muito da faixa de 50 a 69 anos, tanto no SUS quanto na saúde suplementar ¹².

Com relação à periodicidade, há no SUS um forte predomínio de intervalo curto entre os exames de rastreamento, com 45% de periodicidade anual ou menor, e 32% com periodicidade entre um e dois anos ¹¹. Em um recente estudo de base hospitalar feito no Sul do Brasil, a periodicidade anual do rastreamento mamográfico foi mais comum em mulheres com 50 anos ou mais do que em mulheres com idades entre 40 e 49 anos ¹³. Esse mesmo estudo mostrou que as usuárias do SUS foram submetidas mais frequentemente a rastreamento anual do que as com planos de saúde (62% contra 48%) ¹³.

Existem diversos e complexos determinantes desse padrão de uso do rastreamento mamográfico no Brasil, que funcionam como barreiras à quebra de paradigma trazido nas novas diretrizes ². Um dos pilares da construção da hegemonia mundial do rastreamento mamográfico, como intervenção sanitária, tanto entre médicos quanto entre gestores, mídia e população em geral, foi a disseminação da ideia-força, simplista e intuitiva, de que “quanto antes detectar o câncer de mama melhor”. A hipótese originada em meados do século XX é que a disseminação metastática do câncer de mama era determinada pelo tamanho do tumor, que por sua vez era um *proxy* da idade do tumor ¹⁴. Nessa hipótese, quanto menor fosse o tumor detectado maiores as possibilidades de se evitar cirurgias radicais, menor a probabilidade de metástase e maior a sobrevida ¹⁵. Essa teoria ainda é hegemônica mundialmente na mídia, na sociedade civil organizada e até mesmo entre profissionais de saúde, ignorando décadas de pesquisas que demonstram a heterogeneidade do câncer de mama e a existência de outros fatores prognósticos – além do tamanho do tumor – capazes de determinar seu comportamento biológico, além de fenômenos como o sobrediagnóstico e o sobretratamento. O lema “Pegue o mais cedo possível, pois já é tarde demais quando você sente” – repetido à exaustão pelos que fazem *advocacy* do rastreamento mamográfico –, além de superestimar a importância do rastreamento pode ainda desestimular mulheres sintomáticas a buscar assistência por descrença em seu prognóstico, quando na realidade a maior evolução nas últimas três décadas foi justamente na melhoria dos resultados do tratamento para o câncer de mama localmente avançado, em virtude dos avanços na terapia adjuvante ¹⁶.

A crença de que apenas a detecção por meio de rastreamento resultaria em prognóstico favorável é refletida ainda na conformação das redes de atenção à saúde, onde estratégias de diagnóstico precoce ficam relegadas a um segundo plano.

A natureza oportunística do rastreamento do câncer de mama no Brasil também é um dos fatores que provavelmente dificulta a adesão às diretrizes nacionais. Nesse tipo de organização do rastreamento, não há convocação ativa da população-alvo como nos programas organizados de rastreamento. Portanto, tanto a periodicidade quanto a idade de início e término do rastreamento são fortemente dependentes de decisões individuais das usuárias e dos profissionais de saúde. No rastreamento oportunístico, a abordagem para o rastreamento é feita pelos profissionais de saúde na oportunidade de uma consulta por outro motivo qualquer, e nestes casos os profissionais possuem ampla liberdade na escolha do método, faixa etária e periodicidade do rastreamento. No Brasil, diferentemente do que ocorre em países com rastreamento populacional, há necessidade de pedido do profissional de saúde para a realização de mamografia de rastreamento. No SUS, esse profissional pode ser um médico ou um enfermeiro. Na prática, como existe a tradição da consulta de rotina das mulheres com médico ginecologista desde a puberdade e especialmente durante a vida reprodutiva, esse especialista possui um papel determinante na definição dos métodos, idade de início e periodicidade do rastreamento, especialmente em mulheres mais jovens.

O mastologista também desempenha um papel importante no rastreamento oportunístico, tendo em vista que pode instituir o rastreamento na oportunidade de uma consulta por outra queixa mamária não relacionada ao câncer de mama e por funcionar como líder de opinião diante da mídia e de outros médicos. A influência dos médicos radiologistas na periodicidade do rastreamento, embora indireta, pode ocorrer por meio de laudos que indicam a continuidade de rastreamento anual na ausência de alterações. Embora os enfermeiros sejam potenciais prescritores de rastreamento mamográfico no SUS, em um estudo realizado em unidades de atenção primária do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, 98% deles referiram não solicitar mamografia de rastreamento, uma vez que pelo protocolo municipal esta seria uma atribuição exclusiva dos médicos, ficando restritos a atividades educativas sobre o rastreamento ¹⁷. Esse mesmo estudo sugere que em suas atividades edu-

cativas a adesão às diretrizes ministeriais também é baixa, pois 45% dos enfermeiros recomendavam rastreamento mamográfico anual, 13% bienal e apenas 5% recomendavam o início do rastreamento somente após os 50 anos de idade ¹⁷.

Um dos fatores que certamente influenciam os profissionais de saúde brasileiros a adotarem o padrão de rastreamento discutido anteriormente é a existência de diretrizes clínicas brasileiras e internacionais, geralmente baseadas em consensos de especialistas, que indicam o início do rastreamento antes dos 50 anos e periodicidade anual. Alguns exemplos muito influentes são as diretrizes da National Comprehensive Cancer Network ¹⁸ e as antigas versões das diretrizes da American Cancer Society ¹⁹ e do American College of Obstetricians and Gynecologists ²⁰, oriundas predominantemente dos Estados Unidos da América. A diretriz de 2004 do Ministério da Saúde recomendava o rastreamento com exame clínico das mamas a partir dos 40 anos ¹⁰ e não deixava claro o porquê da não recomendação de rastreamento mamográfico antes dos 50, não discutindo o balanço entre os riscos e possíveis benefícios ou ausência destes, o que pode ter estimulado indiretamente a introdução do rastreamento mamográfico precoce e dado margem a muitos interpretarem a recomendação de população-alvo como uma mera priorização de faixa etária ²¹. Existem evidências de que as diretrizes que recomendam o rastreamento mamográfico de rotina em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, apresentam problemas de qualidade e falta de rigor nos métodos para o seu desenvolvimento ²². Contudo, os profissionais de saúde em geral e a população leiga não possuem formação para discernir sobre a validade dessas diretrizes, identificando potenciais vieses, e acabam sendo influenciados por aquelas recomendações que apresentam maior difusão ou que são legitimadas por líderes de opinião, por exemplo. Com relação à periodicidade, o texto do consenso brasileiro de 2004 era dúbio, recomendando mamografias pelo menos uma vez a cada dois anos ¹⁰, o que dava margem a interpretar que qualquer periodicidade menor do que a bienal seria recomendada. Esse tipo de interpretação era reforçado ainda pelos textos governamentais anteriores, que estimulavam o rastreamento anual dos 50 aos 69 anos como prática ideal a ser alcançada ²³ e a periodicidade bienal como um intervalo máximo permitido ⁸.

Outro provável determinante do excesso de rastreamento (*overscreening*) no Brasil é a prática da medicina defensiva. Caso o médico não recomende o rastreamento em determinada faixa etária ou periodicidade e a paciente posteriormente tiver o diagnóstico de câncer de mama, o médico pode ser alvo de processo na justiça. Por mais que o caso de câncer tivesse maior probabilidade de ser um sobrediagnóstico ou se mesmo com o rastreamento se manifestasse apenas como câncer de intervalo (isto é, diagnosticado não em um exame de rastreamento, mas no intervalo de tempo entre dois exames de rastreamento), essas possibilidades certamente não seriam consideradas pela mulher. Por outro lado, os danos associados ao rastreamento, com exceção dos resultados falso-negativos, geralmente não geram demandas judiciais contra os médicos. O dano mais comum do rastreamento – o resultado falso-positivo – embora tenha impactos psicológicos e leves a riscos envolvidos no excesso de exames incluindo uma quantidade grande de biópsias desnecessárias (aproximadamente 90%) ²⁴, muitas vezes é interpretado pela paciente como segurança após o resultado negativo da biópsia. Individualmente o sobrediagnóstico também é visto como benefício pelas pacientes, pois sempre resulta na impressão de cura, embora na realidade não fosse evoluir clinicamente mesmo na ausência de rastreamento, diagnóstico e de tratamento. Dessa forma, as mulheres vítimas de sobrediagnóstico e sobretratamento consideram-se sobreviventes de câncer e, muitas vezes, passam a atuar em grupos de promoção e defesa do rastreamento por acreditarem que a “mamografia salvou suas vidas”, gerando o fenômeno denominado “paradoxo da popularidade do rastreamento” ²⁵. A indução de câncer pela radiação ionizante – outro possível dano do rastreamento – também não seria atribuída ao rastreamento pelo longo tempo entre a exposição e o desfecho, e pela impossibilidade de determinar a causalidade em termos individuais. Embora a relação da medicina defensiva com o rastreamento mamográfico no Brasil não tenha sido ainda suficientemente estudada, um estudo nacional de 2004 indicou que cerca de 90% dos médicos entrevistados acreditavam que a mamografia de rastreamento oferecia proteção legal ²⁶. Diante desse resultado, os autores do estudo recomendaram a instituição de campanhas educativas para aumentar a percepção de vulnerabilidade legal dos médicos e assim aumentar a prescrição do rastreamento mamográfico ²⁶.

A dificuldade dos profissionais de saúde em adotar uma prática baseada na melhor evidência científica disponível no rastreamento do câncer de mama já foi identificada em outros países. Uma

boa ilustração foi um encontro de médicos dos Estados Unidos e de vários países europeus na década passada ²⁴. Nesse encontro, essa dificuldade foi expressa de diversas maneiras pelos médicos participantes incluindo as seguintes: “*Após uma mamografia, sou eu, o médico, que se tranquiliza. Eu receio não recomendar uma mamografia para uma mulher que pode mais tarde voltar com câncer de mama e perguntar para mim ‘por que você não fez uma mamografia?’ Então eu recomendo que cada uma das minhas pacientes realize uma mamografia preventiva. Ainda assim, eu acredito que o exame mamográfico preventivo não deveria ser recomendado...*” (p. 93). “*A paciente diz para ela mesma: ‘graças a Deus que eles examinaram tão cuidadosamente, e agora está tudo bem’. Cirurgia invasiva com um resultado benigno alivia a paciente e faz ela se sentir agradecida ao médico*” (p. 94). “*...Falar com um médico sobre falso-positivos normalmente gera ansiedade e uma atitude defensiva por parte deles*” (p. 94). “*Consentimento informado – isso não é nada mais do que um conto politicamente correto. Se eu começasse a explicar aos pacientes os benefícios e danos de um possível tratamento, eles não entenderiam quase nada. E se eu fosse, além disso, falar para eles o que nós não sabemos, eles ficariam muito nervosos*” (p. 17). “*Mas como eu poderia deixar uma paciente decidir por ela mesma? Como uma pessoa pode ser um médico responsável e permitir a paciente tomar a decisão?*” (p. 18). “*O médico (...) tem que fazer alguma coisa; ele não pode não fazer nada; o paciente ficaria desapontado ou mesmo sentiria raiva*” (p. 19).

Infelizmente, como ilustrado antes, existe um conflito real que é difícil de ser superado por cada diáde médico e paciente individualmente; para a saúde da paciente, o melhor é que os riscos do rastreamento sejam considerados, mas para a tranquilidade do profissional, proteção de sua reputação e segurança legal pode ser conveniente desconsiderar estes riscos. Até hoje, não há uma forma comprovadamente efetiva de superar completamente esse impasse. Mas é provável que um profissional bem informado, que entenda claramente e comunique adequadamente os números que representam as probabilidades de benefícios e de danos do rastreamento mamográfico, tenha mais chance de superar este conflito e de sentir-se mais tranquilo em tomar uma decisão compartilhada com a mulher, mesmo quando a decisão for não submetê-la ao rastreamento mamográfico. Como comentado por um participante do encontro citado anteriormente: “*A resistência contra o consentimento informado não vem só da paciente ansiosa que não quer pensar. Muitos médicos, para começar, não entendem os riscos e isso pode influenciar as emoções e ansiedades das mulheres*” ²⁴ (p. 94).

No rastreamento oportunístico as usuárias também têm influência na determinação da faixa etária e periodicidade do rastreamento, já que as mesmas podem buscar ativamente consultas médicas e demandar exames de rastreamento por iniciativa própria. A mídia de massa é usada como a principal fonte de informação para questões de saúde para a população em geral, e existe alguma evidência de que campanhas veiculadas podem influenciar determinados padrões de uso dos serviços de saúde ²⁷. Portanto, mensagens equivocadas sobre rastreamento difundidas na grande mídia têm potencialmente capacidade de afetar os padrões de uso do rastreamento mamográfico oportunístico. São muito frequentes as mensagens equivocadas, que identificam o rastreamento mamográfico como a prevenção do câncer de mama – a chamada mamografia “preventiva” – ou expressam sua eficácia em termos de aumento do tempo de sobrevida, superestimando sua efetividade e omitindo seus riscos ²⁸. As informações divulgadas para a população por governos também tendem a superestimar os benefícios dessa intervenção e subestimar seus riscos ²⁹. Esses conceitos persistem também em publicações acadêmicas e muitos médicos acreditam que o aumento do tempo de sobrevida em estudos de rastreamento confirmam os benefícios dessa prática ^{15,30,31}. Em países em desenvolvimento, é comum que o número e a proporção de casos de câncer de mama em mulheres jovens sejam usados como justificativa para a instituição de rastreamento mamográfico em mulheres com menos de 50 anos ³², quando na verdade estes números são fortemente dependentes do perfil demográfico destes países e não modificam o balanço entre riscos e benefícios, mostrando que erros conceituais têm um papel na disseminação deste tipo de prática. Um inquérito de base populacional, realizado com mulheres de quatro países (Estados Unidos, Reino Unido, Suíça e Itália) na década passada, evidenciou que elas superestimam em muito os benefícios do rastreamento mamográfico ³³. Em um estudo seccional realizado em unidades de saúde da família de Mato Grosso do Sul, Brasil, a não realização de exames de rotina foi equivocadamente apontada pelas usuárias como um dos principais fatores de risco para o câncer de mama ³⁴.

A periodicidade anual do rastreamento, que é reforçada e legitimada pela opinião de especialistas, também é favorecida pela existência de campanhas anuais como o “Outubro Rosa”. Essas campanhas tendem ainda a influenciar a iniciação do rastreamento antes da idade adequada, tendo em vista que geralmente são voltadas para mulheres jovens. A superestimação do risco de desenvolver câncer de

mama e de morrer em função desta doença é outro mal-entendido ³⁵ que pode estimular o sobrerastreamento (*overscreening*), tanto por parte da população quanto pelos profissionais de saúde.

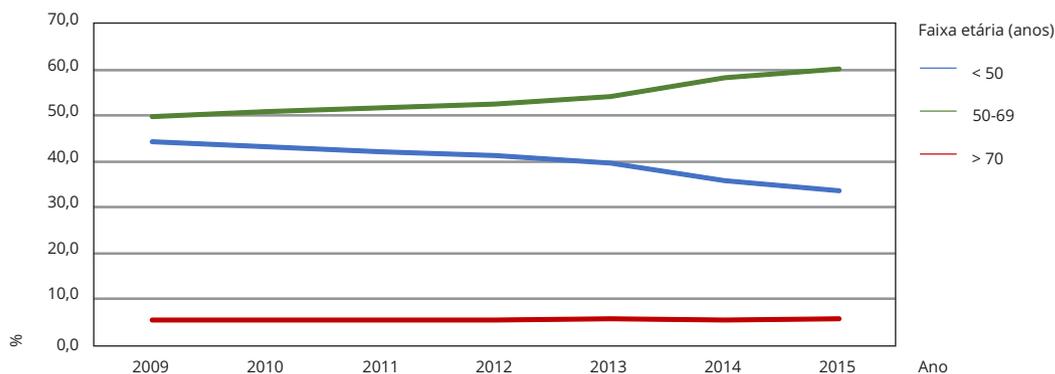
No âmbito da gestão, a forma de pagamento do procedimento a partir de 2009 também pode ser considerada como mais um fator que motivou o excesso de rastreamento mamográfico, independentemente da periodicidade e da faixa etária recomendadas. Até então, as mamografias eram pagas apenas pelo teto financeiro dos procedimentos de média e alta complexidades. Em 2009, uma portaria ministerial incluiu um procedimento exclusivo para o rastreamento mamográfico na Tabela de Procedimentos do SUS, que passou a ser financiado por outro tipo de repasse financeiro, o chamado Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Na ocasião, como a recomendação ministerial de rastreamento mamográfico incluía as mulheres de alto risco (mamografia anual a partir dos 35 anos) ¹⁰, não houve definição de população-alvo nem de periodicidade para fins de financiamento, o que incentivou que mulheres com menos de 50 anos e sem história de alto risco realizassem mamografias anuais de rastreamento a partir de 35 anos, solicitada pelo profissional de saúde. Em 2013, como estratégia para direcionar o incentivo à realização da mamografia de rastreamento na faixa etária preconizada, foi incluída uma regra na Tabela de Procedimentos do SUS, na qual somente as mamografias na faixa etária dos 50 aos 69 anos permaneceriam financiadas pelo FAEC. Houve, então, o fim do incentivo financeiro adicional para mamografias de rastreamento fora da população-alvo. Aparentemente essa mudança de financiamento teve um efeito de aumento de adesão às diretrizes nacionais nos últimos anos, com diminuição entre as mulheres com menos de 49 anos e aumento na faixa etária de 50 a 69 (Figura 1).

Além dessa mudança de financiamento, outro fator que pode influenciar positivamente a adesão às novas diretrizes é que no contexto internacional há um cenário favorável às novas diretrizes brasileiras, com a recomendação de rastreamento mamográfico anual e de mulheres jovens perdendo cada vez mais força, até mesmo em instituições que tradicionalmente defendiam estas práticas. Um caso emblemático é o da American Cancer Society, que recuou com relação às suas diretrizes tradicionais baseadas em opinião de especialistas e passou a condicionar a recomendação de rastreamento anual para mulheres com idades entre 40 e 44 anos mediante a existência de decisão compartilhada com discussão de riscos e benefícios, além de passar a recomendar a periodicidade bienal para mulheres com mais de 50 anos ³⁶.

Os padrões de uso de outros métodos do rastreamento do câncer de mama no Brasil também constituem um desafio à implementação das novas diretrizes, uma vez que a mamografia passou a ser

Figura 1

Percentual de mamografias de rastreamento por faixa etária. Brasil, 2009 a 2015.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>, acessado em 03/Fev/2017).

o único método recomendado ². Dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) de 2008 apontam que no Brasil cerca de 75% das mulheres com 40 anos ou mais já haviam sido submetidas a exame clínico das mamas ao menos uma vez na vida, e 40% submetidas ao exame clínico das mamas no período de um ano ou menos ³⁷. Esses dados demonstram que o rastreamento com o exame clínico das mamas no país alcançou grau expressivo de cobertura, embora menor do que a do rastreamento mamográfico. Nessa pesquisa, os estados do Norte e Nordeste apresentaram as menores coberturas de rastreamento com o exame clínico das mamas, justamente as regiões que também registram o menor acesso ao rastreamento mamográfico. Alguns trabalhos locais mais recentes, como o estudo de Martins et al. ³⁸, sugerem a existência de coberturas maiores do que a da PNAD, evidenciando que 92% das mulheres com 40 anos ou mais que frequentaram unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro foram submetidas ao exame clínico das mamas em sua última consulta ginecológica de rotina.

O ensino do autoexame das mamas, apesar de ter deixado de ser recomendado nacionalmente desde o consenso de 2004, ainda é comumente encontrado em materiais educativos distribuídos no país. O estudo de Moraes et al. ¹⁷ indicam que essa prática ainda é muito difundida entre os enfermeiros, uma vez que 70% dos profissionais entrevistados orientam as usuárias sobre técnicas para o autoexame das mamas. Em um recente trabalho de base hospitalar realizado no Sul do Brasil, cerca de 60% das mulheres com 40 anos que realizavam rastreamento mamográfico anual também faziam rastreamento com autoexame das mamas e/ou exame clínico das mamas ¹³. Esse resultado era esperado, tendo em vista que as diretrizes baseadas em consenso de especialistas que tradicionalmente recomendam rastreamento com autoexame e exame clínico das mamas geralmente são as mesmas que apoiam o rastreamento mamográfico anual a partir dos 40 anos ^{18,19}.

Não temos conhecimento de estudos nacionais sobre o uso de ultrassonografia, ressonância nuclear magnética, termografia e tomossíntese mamária como métodos de rastreamento no Brasil. De todos esses métodos de imagem, o único que não está incorporado à prática clínica é a termografia, sendo a ultrassonografia mamária provavelmente o mais utilizado como método de rastreamento mais utilizado. Entre os anos de 2014 e 2016, o número de ultrassonografias mamárias realizadas em mulheres com idades entre 35 e 69 anos no Brasil – de acordo com dados do SIA-SUS – foi quase três vezes maior do que o número de mamografias diagnósticas no mesmo período e faixa etária. Embora seja um método comumente utilizado na avaliação diagnóstica de lesões mamárias benignas, essa discrepância pode sugerir a difusão de seu uso como método de rastreamento, seja isoladamente ou em conjunto com a mamografia. Em um estudo de base hospitalar em Pernambuco, Brasil, cerca de metade das pacientes submetidas ao rastreamento mamográfico na faixa etária de 40 a 49 anos foi submetida também à ultrassonografia mamária ³⁹. Já a tomossíntese mamária, embora ainda não esteja incorporada à tabela de procedimentos do SUS, tem o potencial de se popularizar rapidamente no Brasil como método de rastreamento, conforme ocorreu nos Estados Unidos ⁴⁰, antes mesmo de ter seus riscos avaliados adequadamente em ambiente de pesquisa.

Estratégias para a implementação das novas diretrizes

Mesmo que os níveis de gestão federal e estadual colaborem na disseminação das novas diretrizes e de materiais educativos relacionados, profissionais de saúde e gestores locais devem sempre avaliar se estes materiais necessitam de adaptação para as características específicas do seu contexto, assim como o tipo de linguagem adequada às circunstâncias regionais. Essa consideração é fundamental no que se refere à implementação da estratégia de conscientização ^{1,2}, uma vez que a mesma é centrada na comunicação com a população em geral.

As principais estratégias de implementação do encaminhamento prioritário de casos sintomáticos suspeitos ^{1,2} seriam a facilitação do acesso à atenção primária sem agendamento prévio – inclusive fora de horário comercial – e a inclusão do protocolo clínico de encaminhamento nos sistemas de regulação de consultas do nível secundário. Idealmente, essas consultas deveriam ser agendadas para as unidades de saúde que fossem capazes de assumir toda a investigação diagnóstica do câncer de mama até a confirmação histopatológica nos moldes das *one-stop clinics*, ou seja, com integração do exame clínico de médicos especialistas com os diversos exames de imagem e patologia. Tudo isso para

que o diagnóstico das pacientes com suspeita clínica de câncer de mama seja feito no menor tempo possível e no mesmo local. No Brasil, com o objetivo de incentivar a oferta de procedimentos para a investigação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer de mama, foi publicada uma portaria ministerial em 2014 para a habilitação de Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama, que previa incentivo financeiro aos estabelecimentos que dispunham de recursos físicos e humanos para ofertar os procedimentos necessários para a investigação e confirmação diagnóstica, de forma oportuna e resolutive para a mulher com lesão suspeita. É preciso que a estruturação desse tipo de unidade esteja inserido de forma estratégica nas redes de atenção à saúde.

Com relação ao rastreamento mamográfico, um ponto central e inovador das novas diretrizes é a recomendação de que a decisão de fazer ou não este rastreamento deve ser tomada em conjunto pelo profissional de saúde e pela usuária². A recomendação do profissional é importante, mas parece não ser suficiente para aumentar a adesão das usuárias às diretrizes, e a qualidade da discussão feita face a face com o profissional de saúde tem um papel importante no processo decisório⁴¹. Portanto, deve haver uma mudança de foco no debate sobre qual é a recomendação para a melhor forma de ajudar a decisão das usuárias frente às incertezas existentes no “estado da arte” e do balanço entre riscos e benefícios para cada situação (minimamente: faixa etária, data do último rastreamento e expectativa de vida). Essa decisão compartilhada pode ser facilitada por materiais educativos, como o elaborado em conjunto com as novas diretrizes e que contou com a participação de usuárias⁴².

Na comunicação dos benefícios e danos do rastreamento mamográfico, é fortemente indicado fornecer, a médicos e pacientes, os números em frequências naturais, comparando a mortalidade por qualquer causa nas mulheres rastreadas e não rastreadas; esta forma de comunicação evita a superestimação do efeito do rastreamento causada por vieses de aferição de alguns ensaios clínicos e por limitações inatas do ser humano em interpretar corretamente porcentagens e probabilidades condicionais^{24,30}. Essa forma de comunicação também é mais objetiva e imparcial do que o enfoque de persuasão dominante atualmente na comunicação em saúde³⁰.

Por exemplo, num estudo com médicos ingleses as frequências naturais propiciaram um entendimento claro em muito mais profissionais: 35% dos que receberam a informação em uma árvore de frequências naturais interpretaram corretamente um resultado positivo em um teste diagnóstico hipotético, em comparação com 12% entre os médicos que receberam a informação na forma usual, relatando sensibilidade e especificidade⁴³. Um estudo com médicos alemães também apresentou resultado semelhante, favorecendo a apresentação com frequências naturais^{44,45}. De uma forma geral tem sido verificado repetidamente que mais médicos entendem claramente o significado dos resultados de testes diagnósticos e de eficácia de intervenções, quando estes são relatados em frequências naturais em vez de probabilidades condicionais e porcentagens^{46,47}.

Uma estratégia eficaz para a implementação do processo de decisão compartilhada sobre rastreamento na prática clínica é o uso de instrumentos de suporte à decisão (*decision aids*)⁴⁸. O uso desses instrumentos aumenta o conhecimento dos pacientes sobre as opções disponíveis e possivelmente a acurácia dos leigos nas estimativas de benefícios e danos de suas opções, e geram maior participação destes no processo decisório⁴⁸. Esses instrumentos não devem significar uma burocratização do atendimento, mas sim parte integrante de uma renovada prática clínica centrada em desfechos relevantes para as usuárias, levando em conta seus valores e preferências e as melhores evidências disponíveis⁴⁹. O número de trabalhos sobre ferramentas para suporte de decisão em rastreamento de câncer vem aumentando nos últimos anos⁵⁰. Contudo, é importante salientar que a implementação da decisão compartilhada apresenta barreiras e dilemas reais, como apresentado anteriormente por meio de estudos com médicos da Europa e dos Estados Unidos. Além disso, em contextos de baixa escolaridade e incipiente letramento em saúde, como é o caso de grande parte do Brasil, as barreiras para a decisão compartilhada provavelmente são ainda maiores e necessitam ser melhor estudadas.

Outra questão relevante é como os gestores seriam capazes de promover a introdução da decisão compartilhada na prática clínica. Esse é um grande desafio, tendo em vista que não é uma prática corrente no Brasil na área de saúde em geral. Os gestores de saúde devem pensar na implementação da decisão compartilhada como um todo na atenção à saúde em procedimentos eletivos, nos quais mais de uma conduta é considerada adequada, as chamadas “decisões sensíveis a preferências”, o que tem sido considerado internacionalmente como um dos pilares da boa prática clínica e do cuidado centrado no paciente⁴⁹. No caso do rastreamento mamográfico esse processo de compartilhamento

é ainda mais importante, por tratar-se de intervenção em mulheres assintomáticas e por ter balanço entre riscos e benefícios limítrofe mesmo na periodicidade e faixa etária recomendadas ².

Para o rastreamento de mulheres com menos de 50 anos ou com 75 anos ou mais, a recomendação foi fortemente contrária ², o que respaldaria até mesmo a suspensão do financiamento público desses procedimentos. Como na prática isso não aconteceu no Brasil, é fundamental que o rastreamento não seja oferecido rotineiramente nesses casos e, em caso de demanda espontânea pelas usuárias, é um imperativo ético que haja um amplo processo de decisão informada e compartilhada. Uma estratégia de implementação seria a introdução da consulta para a decisão compartilhada como um procedimento ambulatorial na Tabela de Procedimentos do SUS, ou mesmo a exigência de um termo de consentimento livre e esclarecido nos mesmos moldes dos utilizados antes de procedimentos cirúrgicos eletivos. O mesmo se aplica a periodicidades menores do que a bienal. Isso garantiria ao menos a introdução de algum tipo de esclarecimento e compartilhamento de decisão em situações em que os riscos do rastreamento são maiores do que os seus possíveis benefícios.

A despeito da existência de diretrizes, os profissionais de saúde possuem ampla autonomia em sua atuação e podem influir decisivamente na implementação de suas diversas recomendações. Com relação àquelas que envolvem diretamente a decisão do profissional de saúde, como o protocolo de encaminhamento de casos suspeitos, a população-alvo e periodicidade do rastreamento, algumas estratégias que podem ser efetivas, além do próprio processo de decisão compartilhada, são: líder de opinião; detalhamento acadêmico; lembretes para profissionais de saúde no ponto de cuidado e auditoria-*feedback* ⁵¹.

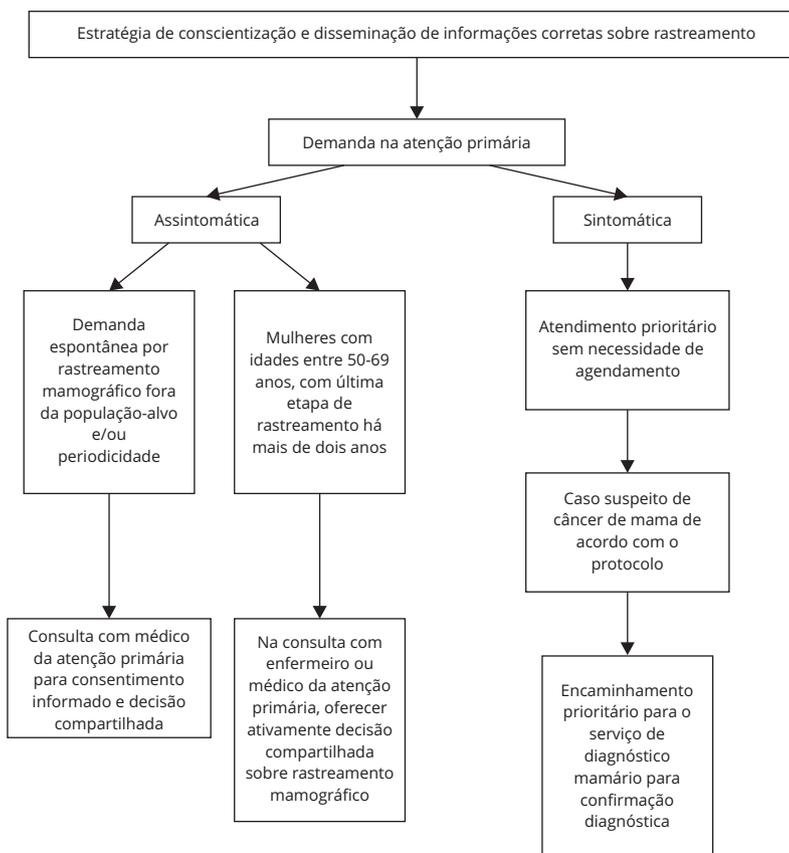
O uso do líder de opinião local em palestras e treinamentos tem a capacidade de influenciar condutas em função da sua legitimidade diante de seus pares, mas requer a identificação de um profissional com o perfil correto e ao mesmo tempo evitar o conflito de interesses potenciais. O detalhamento acadêmico pressupõe a contratação de um profissional especializado que faça diretamente a divulgação face a face das diretrizes junto aos profissionais de saúde em seu local de trabalho ⁵². O uso de lembretes (*reminders*) sobre as novas diretrizes idealmente deve surgir no exato momento em que o profissional fizer a solicitação da mamografia de rastreamento, e pressupõe que a solicitação do exame no sistema informatizado seja feita diretamente pelo médico ou enfermeiro. O processo de auditoria-*feedback* trabalha com a síntese do desempenho de serviços de acordo com indicadores para o monitoramento da implementação das diretrizes, e pode incluir premiação (simbólica ou não) de equipes e serviços que consigam obter maior adesão às diretrizes ⁵³.

A análise dos atores envolvidos diretamente com as diretrizes também é importante para o sucesso do processo de implementação das mesmas. Além de médicos de família e ginecologistas, os enfermeiros também são potenciais prescritores do rastreamento mamográfico no SUS. Tradicionalmente, a atuação dos enfermeiros tem sido a de realizar atividades educativas buscando aumentar a captação para o rastreamento mamográfico, além de ensinar o método do autoexame das mamas e realizar o exame clínico de rastreamento. Portanto, as novas diretrizes têm potencial para mudar radicalmente a atuação dos enfermeiros na detecção precoce do câncer de mama. Em sua nova atuação, o enfermeiro da atenção primária pode ser um ator fundamental na adesão às diretrizes de população-alvo e periodicidade de rastreamento e na promoção do processo de decisão compartilhada, seja em atividades educativas coletivas, seja individualmente com as usuárias. Esse novo papel dos enfermeiros pressupõe capacitações para que se apropriem dos conhecimentos necessários para conduzir esses processos. Um facilitador em relação especificamente à atuação dos enfermeiros é que a prescrição do rastreamento por enfermeiros é amparada legalmente no país apenas quando dentro dos programas governamentais. A Figura 2 apresenta uma proposta de fluxograma para a implementação das novas recomendações na atenção primária.

Por fim, é necessário ter paralelamente um processo de monitoramento e avaliação da implementação das novas diretrizes por parte dos gestores do SUS em seus diversos níveis. Indicadores relativos à adesão às novas recomendações e à qualidade do rastreamento devem ser priorizados. Exemplos de indicadores são o valor preditivo positivo do rastreamento e a proporção realizada na população-alvo e periodicidade recomendadas ¹¹. A separação entre indicadores de rastreamento e diagnóstico precoce também é importante, uma vez que diversos vieses prejudicam a avaliação de alguns desfechos no rastreamento ¹. Para os casos sintomáticos, o tempo até o diagnóstico definitivo e o estadiamento no momento do diagnóstico são opções interessantes para o monitoramento.

Figura 2

Fluxograma para a implementação das novas diretrizes na atenção primária.



Entretanto, é necessário lembrar que as novas diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil representam uma visão contra-hegemônica no país. Todas as considerações feitas aqui sobre barreiras à implementação e estratégias para superá-las só fazem sentido para essas diretrizes ou para outras alinhadas com as recomendações apresentadas pela mesma.

Conclusões

Hoje, prevalecem no país práticas de rastreamento não baseadas nas melhores evidências disponíveis e que trazem provavelmente mais danos do que benefícios para a população, enquanto questões centrais como controle da qualidade do rastreamento, adesão às recomendações de rastreamento, decisão compartilhada e priorização de estratégias para casos sintomáticos ainda permanecem apenas no âmbito da retórica ou de iniciativas pontuais.

Portanto, a implementação das novas diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil do Ministério da Saúde, implica a necessidade de mudanças nas prioridades na prática clínica e de gestão do SUS. Embora essas diretrizes estejam embasadas em evidências de boa qualidade, suas propostas ainda são contra-hegemônicas nos panoramas internacional e nacional, tanto no senso comum como na grande mídia, em meio aos profissionais de saúde, academia e gestores, além de

contarem com rejeição explícita de algumas entidades de classe e movimento social organizado. É necessário identificar e avaliar todas essas barreiras e suas especificidades no contexto local, para enfrentá-las com as melhores estratégias de implementação disponíveis e monitorar esse processo, para possíveis correções de rumos. Dessa forma, será possível diminuir a carga de iatrogenia causada pelo rastreamento e assegurar práticas mais adequadas às necessidades de saúde reais da população brasileira.

Colaboradores

A. Migowski fez a revisão bibliográfica, concebeu, escreveu e revisou o manuscrito. M. B. K. Dias, P. Nadanovsky, G. Azevedo e Silva, D. R. Sant'Ana, A. T. Stein colaboraram na redação e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Referências

1. Migowski A, Stein AT, Ferreira CBT, Ferreira DMTP, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I – Métodos de elaboração. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00116317.
2. Migowski A, Dias MBK, organizadores. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015.
3. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Effective dissemination and implementation of Canadian Task Force Guidelines on Preventive Health Care: literature review and model development. <http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/09/1999-dissemination-review-and-model-en.pdf> (acessado em 13/Fev/2017).
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na saúde suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2009.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo detecção precoce. Ano 6, boletim 3. http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_numero3_2015.versao_2016.pdf (acessado em 10/Mar/2017).
6. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:351-70.
7. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EM, Tomazelli JG, dos-Santos-Silva I. 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. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1537-50.
8. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol* 2003; 49:208.
9. Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3649-64.

10. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
11. Tomazelli JG, Migowski A, Ribeiro CM, Assis M, Abreu DM. Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26:61-70.
12. Azevedo e Silva G, Souza-Júnior PRB, Damascena GN, Szwarcwald CL. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Saúde Pública* 2017; 51 Suppl 1:14s.
13. Romeiro Lopes TC, Franca Gravena AA, Demitto MO, Brischiliari SC, Borghesan DH, Dell Agnolo CM, et al. Mammographic screening of women attending a reference service center in Southern Brazil. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17:1385-91.
14. Baum M. 'Catch it early, save a life and save a breast': this misleading mantra of mammography. *J R Soc Med* 2015; 108:338-9.
15. Migowski A. A detecção precoce do câncer de mama e a interpretação dos resultados de estudos de sobrevida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20:1309.
16. Welch HG, Prorok PC, O'Malley AJ, Kramer BS. Breast-cancer tumor size, overdiagnosis, and mammography screening effectiveness. *N Engl J Med* 2016; 375:1438-47.
17. Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EA, Panobianco MS. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50:14-21.
18. National Comprehensive Cancer Network. Breast cancer screening and diagnosis. v. 2; 2013. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp (acessado em 20/Abr/2014).
19. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2012: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2012; 62:129-42.
20. American College of Obstetricians-Gynecologists. Practice bulletin no. 122: breast cancer screening. *Obstet Gynecol* 2011; 118(2 Pt 1):372-82.
21. Migowski A. A interpretação das novas diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00111516.
22. Burda BU, Norris SL, Holmer HK, Ogden LA, Smith ME. Quality varies across clinical practice guidelines for mammography screening in women aged 40-49 years as assessed by AGREE and AMSTAR instruments. *J Clin Epidemiol* 2011; 64:968-76.
23. Coordenação de Prevenção e Vigilância, Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2002.
24. Gigerenzer G. Reckoning with risk: learning to live with uncertainty. London: Penguin Books; 2002.
25. Welch HG, Frankel BA. Likelihood that a woman with screen-detected breast cancer has had her "life saved" by that screening. *Arch Intern Med* 2011; 171:2043-6.
26. Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. *Radiol Bras* 2004; 37:91-9.
27. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (1):CD000389.
28. Woloshin S, Schwartz LM, Black WC, Kramer BS. Cancer screening campaigns – getting past uninformative persuasion. *N Engl J Med* 2012; 367:1677-9.
29. Götzsche PC, Jørgensen KJ. The breast screening programme and misinforming the public. *J R Soc Med* 2011; 104:361-9.
30. Gigerenzer G. Full disclosure about cancer screening. *BMJ* 2016; 352:h6967.
31. Migowski A. Riscos e benefícios do rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:989.
32. El Saghir NS. Responding to the challenges of breast cancer in Egypt and other Arab countries. *J Egypt Natl Canc Inst* 2008; 20:309-12.
33. Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, Berrino F, Perneger T, Mosconi P, et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *Int J Epidemiol* 2003; 32:816-21.
34. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA, Santos MLM. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2011; 11:163-71.
35. Biller-Andorno N, Jüni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med* 2014; 370:1965-7.
36. Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R, Herzog A, Michaelson JS, Shyh Y-C, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 update from the American Cancer Society. *JAMA* 2015; 314:1599-614.
37. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo detecção precoce. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/80e56c004eb68402882c9af11fae00ee/Informativo+detec%C3%A7%C3%A3o+precoce_2_2011.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=80e56c004eb68402882c9af11fae00ee (acessado em 14/Mar/2017).
38. Martins LF, Almeida LM, Szklo AS, Tupinambá HA, Szklo M, Coeli CM. The association between scheduling a gynecologic clinical visit and clinical breast examination in Rio de Janeiro. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 131:289-92.

39. Silva FX, Katz L, Souza ASR, Amorim MMR. Mamografia em mulheres assintomáticas na faixa etária de 40 a 49 anos. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:931-9.
40. Hardesty LA, Kreidler SM, Glueck DH. Digital breast tomosynthesis utilization in the United States: a survey of physician members of the society of breast imaging. *J Am Coll Radiol* 2014; 11:594-9.
41. Peterson EB, Ostroff JS, DuHamel KN, D'Agostino TA, Hernandez M, Canzona MR, et al. Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: a systematic review. *Prev Med* 2016; 93:96-105.
42. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama: é preciso falar disso. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb/Cartilha_c%C3%A2ncer_de_mama_vamos_falar_sobre_isso2016_web.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e03b508046404270b86dfa2d43a04cdb (acessado em 14/Mar/2017).
43. Ben-Shlomo Y, Collin SM, Quekett J, Sterne JAC, Whiting P. Presentation of diagnostic information to doctors may change their interpretation and clinical management: a web-based randomised controlled trial. *PLoS One* 2015; 10:e0128637.
44. Hoffrage U, Gigerenzer G. Using natural frequencies to improve diagnostic inferences. *Acad Med* 1998; 73:538-40.
45. Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ* 2003; 327:741-4.
46. Akl EA, Oxman AD, Herrin J, Vist GE, Terrinato I, Sperati F, et al. Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (3):CD006776.
47. Whiting PF, Davenport C, Jameson C, Burke M, Sterne JA, Hyde C, et al. How well do health professionals interpret diagnostic information? A systematic review. *BMJ Open* 2015; 5:e008155.
48. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (1):CD001431.
49. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making – pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012; 366:780-1.
50. Herrmann A, Mansfield E, Hall AE, Sanson-Fisher R, Zdenkowski N. Wilfully out of sight? A literature review on the effectiveness of cancer-related decision aids and implementation strategies. *BMC Med Inform Decis Mak* 2016; 16:36.
51. Migowski A, Fernandes MM, organizadores. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
52. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4):CD000409.
53. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (6):CD000259.

Abstract

The objective of the current article is to present the main challenges for the implementation of the new recommendations for early detection of breast cancer in Brazil, and to reflect on the barriers and the strategies to overcome them. The implementation of evidence-based guidelines is a global challenge, and traditional strategies based only on disseminating their recommendations have proven insufficient for changing prevailing clinical practice. A major challenge for adherence to the new guidelines for early detection of breast cancer in Brazil is the current pattern in the use of mammographic screening in the country, which very often includes young women and a short interval between tests. Such practice, harmful to the population's health, is reinforced by the logic of defensive medicine and the dissemination of erroneous information that overestimates the benefits of screening and underestimates or even omits its harms. In addition, there is a lack of policies and measures focused on early diagnosis of symptomatic cases. To overcome these barriers, changes in the regulation of care, financing, and implementation of shared decision-making in primary care are essential. Audit and feedback, academic detailing, and the incorporation of decision aids are some of the strategies that can facilitate implementation of the new recommendations.

Breast Neoplasms; Early Detection of Cancer; Mass Screening; Mammography; Health Plan Implementation

Resumen

El objetivo del presente artículo es presentar los principales desafíos para la implementación de las nuevas recomendaciones en la detección precoz del cáncer de mama en Brasil, así como reflexionar sobre las barreras y estrategias para su superación. La implementación de directrices, basadas en evidencias, es un desafío en todo el mundo, y las estrategias tradicionales basadas sólo en la propagación de las mismas son comprobadamente insuficientes para generar cambios en la práctica clínica vigente. Un gran desafío para la adhesión a las nuevas directrices para la detección precoz del cáncer de mama en Brasil es el actual patrón de uso del rastreo mamográfico en el país, que incluye a menudo a mujeres jóvenes e intervalo corto entre los exámenes. Esta práctica perjudicial para la salud de la población es reforzada por la lógica de la medicina defensiva y por la difusión de información equivocada, que sobrestiman los beneficios del rastreo y subestiman o incluso omiten sus riesgos. Asimismo, existe una carencia de políticas y acciones dirigidas al diagnóstico precoz de casos sintomáticos. Para superar estas barreras, son imprescindibles cambios relacionados con la regulación de la asistencia, financiación y la implantación del proceso de decisión compartida en la atención primaria. Algunas de las estrategias que pueden facilitar el proceso de implementación de las nuevas recomendaciones son: auditoría con retroalimentación, detalle académico e incorporación de herramientas de apoyo a la decisión son algunas de las estrategias que pueden facilitar el proceso de implementación de las nuevas recomendaciones.

Neoplasias de la Mama; Detección Precóz del Cáncer; Tamizaje Masivo; Mamografía; Implementación de Plan de Salud

Recebido em 20/Mar/2017

Versão final reapresentada em 28/Ago/2017

Aprovado em 23/Fev/2018