

Mamografia e cancro da mama. Informação imprescindível

Juan Gérvas, médico, Equipo CESCA, Madrid, España

jjgervas@gmail.com www.equipocesca.org @JuanGrvas

Tradução: Paulo Costa, médico de família, Unidade de Saúde Familiar Serra da Lousã, Coimbra (Portugal).

NOTA IMPORTANTE. As perguntas e respostas referem-se de um modo geral aos rastreios. Ou seja, à utilização da mamografia em mulheres sem sintomas, para facilitar o diagnóstico precoce de cancro da mama (aquilo que os médicos chamam de "prevenção secundária").

1

O que é a mamografia?

A mamografia é uma radiografia das mamas.

2

O que se pretende com a mamografia?

O objectivo principal da mamografia é diminuir a mortalidade das mulheres. Ou seja, o objectivo principal é prolongar a vida das mulheres [se lhes encurtasse vida, seria obviamente um fracasso].

3

A mamografia diminui a mortalidade geral?

Não, a mamografia não diminui a mortalidade geral, nem prolonga a vida das mulheres.

Não há diferença de mortalidade em 1.000 mulheres, com ou sem mamografia (mamografia de 2 em 2 anos, ao longo de 10 anos, a mulheres entre os 50 e os 69 anos).

4

A mamografia diminui a mortalidade por cancro em geral?

Não, a mamografia não diminui a mortalidade por cancro em geral.

Não há diferença de mortalidade por cancro de qualquer tipo em 1.000 mulheres, com ou sem mamografia. Em ambos os grupos morrem cerca de 21 mulheres por cancro.

5

A mamografia diminui a mortalidade por cancro da mama?

Sim, a mamografia diminui a mortalidade por cancro da mama. Em 1.000 mulheres sujeitas a mamografia, haverá 1 mulher que não morre de cancro da mama (passa de 5 a 4).

No entanto, a maioria (62%) das mulheres acredita que a mamografia diminui em metade a mortalidade por cancro da mama.

6

Então a mamografia vale a pena?

O *Swiss Medical Board* recomendou em 2013 o abandono da mamografia, pois: (1) não tem impacto na mortalidade geral, (2) não diminui a mortalidade por cancro em geral, (3) a diminuição da mortalidade por cancro da mama é muito pequena, de 0,1% (passa de 0,5% a 0,4%) e (4) produzem-se graves danos (por cada morte evitada por cancro da mama, há 10 mulheres tratadas sem necessidade por cancro da mama).

Em Espanha, a associação de médicos independentes da indústria (*NoGracias*) pediu em 2014 uma moratória para a mamografia, devido aos seus danos.

Não seria o primeiro abandono de um método de rastreio. Por exemplo, abandonou-se o diagnóstico precoce através do rastreio do neuroblastoma (um cancro muito agressivo em bebés e crianças) na Alemanha, Áustria, Canadá e Japão porque os seus benefícios não compensavam os seus danos.

Há apenas um país no mundo, o Uruguai, em que a mamografia é obrigatória para se poder trabalhar (nos setores público e privado) e/ou receber subsídios-ajudas públicas. A explicação, possivelmente, tem a ver com os interesses de quem, sendo oncologista privado (com uma clínica dedicada à oncologia e à mamografia em *Montevideo*) foi presidente da nação.

Em 1995, foi publicada uma revisão na revista médica *The Lancet* sobre a mamografia de rastreio que concluía referindo: "*Uma vez que os benefícios são marginais, os danos sustanciais e o custo enorme, não há justificação para o financiamento público das mamografias para qualquer grupo etário*".

7

É verdade que a mamografia diminui em 20% a mortalidade por cancro da mama?

Sim, é verdade, mas é uma forma enganosa de apresentar os resultados.

Pode dizer-se que a mamografia diminui em 20% a mortalidade por cancro da mama, aquilo que se chama de risco relativo. Mas esses 20% são apenas uma redução de 0,5% para 0,4%. [Considere,

por exemplo, um artigo que vale 0,5€, mas que nos saldos baixa de preço para 0,4€, e o anúncio de venda não indica que o desconto é de 0,1€ (valor absoluto), mas antes de 20% (valor relativo)!]

A redução de 20% da mortalidade por cancro da mama verifica-se também em países antes da introdução do rastreio com mamografia, como se demonstrou na Bélgica, Holanda, Noruega, Reino Unido (Irlanda do Norte), República da Irlanda e Suécia. Tal redução fica a dever-se às melhorias do tratamento e seguimento do cancro da mama, não ao rastreio com mamografia.

8

Conhecemos a "história natural" do cancro da mama?

Não. Não sabemos como evoluem os cancros da mama.

Alguns são muito agressivos, disseminam-se rapidamente pelo sangue e crescem violentamente em dias, semanas ou meses. Outros cancros da mama são de crescimento muito lento e tardam a disseminar-se pelo sangue (após vários anos), ou não o fazem nunca.

Geralmente, o cancro da mama tem um "tempo de latência" de 4 a 7 anos (leva entre 4 e 7 anos desde o início e até que provoque sintomas).

9

Por que há uma "falsa epidemia de cancros da mama"?

Dizemos que há uma "falsa epidemia de cancros da mama" porque em cada ano diagnosticam-se milhares e milhares de novos casos de cancro da mama, mas isso não se repercute proporcionalmente numa menor mortalidade. É uma "febre diagnóstica" de cancros da mama, através da mamografia de rastreio.

Cada vez há mais mulheres tratadas por cancro da mama diagnosticado no processo da mamografia de rastreio, mas em muitas mulheres esse cancro nunca teria dado problemas.

Há uma "falsa epidemia de cancros da mama", que é uma epidemia macabra, pois milhares de mulheres passam erradamente a ser "sobreviventes ao cancro da mama" (um verdadeiro exército em números, até mais de um milhão e trezentas mil mulheres nos Estados Unidos ao longo de 30 anos).

Quanto mais mamografias se fazem, mais cancros se diagnosticam. Assim acontece, por exemplo, no lugar do mundo com mais cancros da mama, *Montevideo* (Uruguai) [mais de 100 em 100.000 mulheres, a par de alguns lugares nos Estados Unidos, como *Connecticut*, *Massachusetts* e o Distrito de *Columbia*].

Além disso, a "falsa epidemia de cancros da mama" retroalimenta-se, pois aumenta erradamente o "risco familiar de cancro da mama". Quanto mais familiares tenha uma mulher com cancro da

mama, maior é o seu "risco" teórico de ter cancro da mama. A "febre diagnóstica" de cancro da mama com a mamografia não se repercute apenas na própria mulher, vítima do excesso diagnóstico, mas também no "estigma estatístico" dos seus familiares atuais e futuros.

10

A mamografia melhora a sobrevivência aos 5 anos de cancro da mama?

Sim. Os cancros diagnosticados por mamografia de rastreio acompanham-se de maior sobrevivência aos 5 anos.

Mas empregar a sobrevivência aos 5 anos em cancros diagnosticados através do rastreio é sinal de analfabetismo estatístico.

A sobrevivência aos 5 anos do cancro da mama, diagnosticado através da mamografia de rastreio, não se repercute na mortalidade pois é um "artifício estatístico" que se fica a dever ao facto de muitos cancros serem extraídos sem necessidade (são cancros de crescimento lento que nunca matariam a mulher). Há mais sobrevivência aos 5 anos, mas quase a mesma mortalidade afinal de contas.

11

Em que se fundamenta a mamografia?

A mamografia ajuda ao diagnóstico precoce do cancro da mama.

12

A quem se faz mamografia?

Geralmente, às mulheres entre os 50 e os 69 anos, de dois em dois anos. Faz-se às mulheres sem sintomas de cancro da mama, em mulheres com mamas aparentemente normais.

Em todos os países do mundo é voluntária a participação nos programas de rastreio com mamografia, com exceção, tal como já se assinalou, do Uruguai, onde é obrigatória a partir dos 40 anos.

13

A mamografia evita o cancro da mama?

Não.

A própria mamografia não evita o cancro, simplesmente ajuda ao seu diagnóstico precoce.

A mamografia por si mesma não previne o cancro da mama.

A mamografia é uma radiografia das mamas, nada mais [mas a maioria (68%) das mulheres acredita que a mamografia evita o cancro da mama, isto é, que é "preventiva" em si mesma].

14

A mamografia de rastreio é um método de diagnóstico?

Não, a mamografia de rastreio não é um método de diagnóstico propriamente dito.

A mamografia apenas é um "crivo" (um filtro) e por isso se fala em "programa de rastreio". A mamografia de rastreio não possibilita qualquer garantia no diagnóstico de cancro da mama.

A mamografia apenas permite distinguir entre mamas aparentemente normais e mamas aparentemente anormais (com alguma anomalia suspeita de cancro da mama).

15

O que se faz quando as mamas parecem normais na mamografia?

Não se faz mais nada.

Simplemente comunica-se à mulher que a sua mamografia é normal (que o resultado é negativo para cancro da mama).

16

Pode haver erros nas mamografias que parecem normais?

Sim, pode haver erros.

Pode acontecer que não se tenham "visto", na mamografia, anomalias sugestivas de cancro da mama. Isto ocorre em aproximadamente 2 mulheres em cada 1.000 rastreadas.

17

O que são cancros de intervalo?

São os cancros da mama que surgem no intervalo de tempo que decorre entre duas mamografias de rastreio.

Em geral, os cancros de intervalo são cancros mais agressivos do que os cancros diagnosticados através do programa de rastreio.

Dentre os cancros de rastreio, de um quarto (25%) a metade (50%) poderiam ter-se "visto" com uma melhor interpretação da mamografia prévia.

Ou seja, alguns cancros de intervalo são falsos negativos (entre 25 e 50%). Dão-se em mulheres cujas mamas pareciam normais, mas em que existiam anomalias que não se interpretaram

correctamente na mamografia prévia como sugestivas de cancro da mama.

Na prática, por exemplo, em *Castilla-León* (Espanha), a mamografia antecipa o diagnóstico de 1 cancro (indolente, não agressivo) em cada 7, e devido aos erros e falsos negativos, provoca o atraso diagnóstico de 1 cancro (maligno, agressivo) em cada 9.

18

O que se faz quando uma mamografia tem alguma anomalia suspeita de cancro da mama?

Se existir alguma anomalia suspeita na mamografia, entra-se em contacto com a mulher para que compareça a um estudo diagnóstico mais aprofundado.

Este estudo diagnóstico aprofundado pode ir até à realização de uma biópsia, numa quinta parte (20%) do total de mulheres com alguma anomalia suspeita na mama.

19

O estudo diagnóstico permite saber se a anomalia suspeita é cancro da mama?

Sim. Com os distintos testes, ficar-se-á a saber se há cancro da mama nas mulheres com mamografias anormais.

20

O que são os casos falsos positivos?

São as mulheres cujas mamografias tinham anomalias suspeitas de cancro da mama, mas em que o estudo diagnóstico aprofundado demonstra que não há cancro.

21

São frequentes, os falsos positivos?

Sim. Calcula-se que metade (50%) das mulheres dos 50 aos 69 anos sofrem falsos positivos quando se lhes fazem mamografias a cada 2 anos, ao longo de um total de 10 anos.

22

O que são os casos verdadeiros positivos?

São as mulheres em cujas mamografias existiam anomalias suspeitas e nas quais se demonstram que efetivamente têm cancro da mama.

23

O que se faz com os casos verdadeiros positivos?

Às mulheres com cancro da mama propõem-se-lhes as alternativas terapêuticas mais convenientes, em função do tipo de cancro e da sua história pessoal e familiar. Existem combinações de tratamentos que incluem cirurgia, quimio e radioterapia.

24

O que é ideal na mamografia?

Na mamografia o ideal é chegar (1) ao diagnóstico precoce, (2) antes que se dissemine pelo sangue, (3) antes que origine sintomas, (4) de um cancro que sem tratamento iria causar a morte e (4) que responda bem ao tratamento. Ou seja, mais do que um "diagnóstico precoce" o ideal é chegar a um "diagnóstico exato e oportuno" que permita um tratamento adequado.

25

O que é a "antecipação diagnóstica" (lead-time bias, viés por antecipação do diagnóstico)?

Fala-se de "antecipação diagnóstica" quando a mamografia conduz ao diagnóstico precoce do cancro da mama, antes de dar sintomas mas quando já se difundiu pelo sangue (já ocorreram metástases). Antecipa-se o diagnóstico, mas é pouco útil, apenas serve para o conhecer um pouco antes.

26

Por que se diagnosticam cancros de crescimento mais lento com a mamografia (length-time bias, viés por duração da doença)?

Porque os cancros muito agressivos e malignos, os que matam sem tratamento, podem disseminar-se rapidamente pelo sangue e ser de crescimento rápido (em dias, semanas ou meses). É muita coincidência "apanhá-los" logo ao fazer-se a mamografia de rastreio.

Os cancros indolentes, não agressivos e de crescimento lento, têm maior probabilidade de ser "vistos" nas sucessivas mamografias do programa de rastreio. Dado que "duram" muito, é fácil "apanhá-los" ao fazer a mamografia de rastreio.

27

Há cancros da mama cujo diagnóstico precoce não é benéfico, nem oportuno?

Sim, efetivamente, há cancros da mama cujo diagnóstico não é benéfico nem oportuno porque

crecem tão lentamente que nunca se disseminariam pelo sangue, nem matariam a doente.

O seu diagnóstico é desnecessário, por mais exato que seja.

28

Os cancros de crescimento lento são realmente cancros?

Sim, são verdadeiros cancros.

Os cancros de crescimento lento são realmente cancros.

São verdadeiros positivos, de forma que o seu diagnóstico com a mamografia não é um erro de diagnóstico, mas antes um erro de prognóstico. Ou seja, o equívoco é crer que são cancros que matam sem tratamento.

29

Há cancros da mama que não matam?

Sim, há cancros da mama que não matam a mulher.

Muitos cancros da mama crescem tão lentamente que duram a vida inteira da mulher. Por vezes, inclusivamente desaparecem.

30

Vale a pena tratar estas mulheres com cancro da mama que não mata?

Não, não vale a pena tratar o cancro que não mata.

Não ajuda nada eliminá-lo. Pelo contrário, tratar a mulher com cancro da mama que não mata prejudica-a, pois não se compensam os danos da cirurgia, quimio e radioterapia, nem a angústia de viver na crença de que se extraiu um cancro da mama que poderia reproduzir-se.

Por exemplo, a radioterapia no caso do cancro da mama esquerda incrementa a possibilidade de morte por enfarte do miocárdio, devido à irradiação das artérias coronárias do coração. Este dano justifica-se se o cancro fosse matar a mulher, mas é um dano sem benefício quando a mulher tinha um cancro da mama que não a iria matar.

31

Quando se faz a biópsia, podem distinguir-se os cancros agressivos e malignos dos cancros de crescimento lento e não agressivos que nunca darão metástases?

Não. Todos os cancros parecem iguais ao microscópio, não podemos prever a sua malignidade na atualidade.

Todos são câncros, mas alguns não se desenvolverão nunca. Espera-se no futuro poder distinguir os tipos de cancro por diversos métodos (clones genéticos, resistência mecânica e outros).

32

O que são os câncros por "sobrediagnóstico"?

São os câncros extraídos de crescimento lento e não agressivos que nunca se disseminariam pelo sangue (não darão metástases), nem provocariam a morte da doente.

Crescem tão lentamente que o seu período de latência (tempo desde que se iniciam até que provoquem sintomas) é igual à expectativa de vida da doente.

33

Os câncros por "sobrediagnóstico" são frequentes?

Sim, o cancro por "sobrediagnóstico" é frequente no cancro da mama.

O sobrediagnóstico é muito frequente, cerca da quarta parte (25%) do total de câncros diagnosticados e tratados.

Em alguns grupos etários, é maior o sobrediagnóstico. Por exemplo, o sobrediagnóstico, na Catalunha (Espanha), chegou a ser até quase metade dos casos (47%) nas mulheres de 54 anos.

34

É possível ter cancro e não morrer dele?

Sim. Todos nós, humanos, teremos ao longo da vida múltiplos câncros que nunca nos matarão.

São câncros "ocultos" que não dão sintomas e são por isso "subclínicos".

Há frequentemente cancro subclínico na tiróide, mama, próstata e pele, bem como em muitos outros órgãos.

O corpo "convive" e controla estes câncros que são de crescimento indolente e que às vezes inclusivamente desaparecem sozinhos. São "mutações genéticas celulares controláveis". O seu diagnóstico é inoportuno e desnecessário e não produz benefícios que compensem as intervenções médicas consequentes.

Cancro não é equivalente a morte.

35

A mamografia pode provocar cancro da mama?

A mamografia é uma radiografia e toda a radiografia irradia e lesa o material genético das células e

por isso é factor cancerígeno (e o efeito de cada radiografia "soma-se" para toda a vida ao de radiografias prévias, incluindo especialmente as "tomografias-TAC").

A mamografia irradia a mama como 15 radiografias simples do tórax.

100.000 mamografias produzem cerca de 90 cancros da mama e 10 mortes por esta causa.

Os danos radiológicos da mamografia são mais intensos em mulheres jovens e nas que têm problemas genéticos como "instabilidade cromossómica", mutações dos genes BRCA e outros.

Um exemplo do dano da radiologia na infância e adolescência: a escoliose e o seu seguimento com radiologia nessas idades associa-se ao triplo de frequência de cancro da mama quando se chega a idade mais avançada.

36

Por que não se faz mamografia às mulheres mais jovens, com menos de 50 anos?

Em mulheres com menos de 30 anos, a mamografia aumenta muito o número de cancros da mama (e a sua mortalidade), pela sensibilidade do tecido mamário às radiações ionizantes da radiologia.

Em mulheres de 40 a 49 anos a mamografia e as intervenções consequentes aumentam a mortalidade por cancro de mama (1 morte por cada 10.000 mulheres).

Este "paradoxo da mortalidade" tem impacto ao menos durante 11 anos no grupo de mulheres de 40 a 49 anos, em que se demonstra que a mamografia e as intervenções subsequentes se associam a maior mortalidade por cancro da mama. Desconhece-se a causa, mas quiçá tenha a ver com alterações biológicas na mama, após a excisão do cancro, que possam "despertar" agressivamente micro-metástases previamente "adormecidas".

37

As mulheres com mamas mais densas têm maior probabilidade de cancro da mama?

Sim, as mamas densas associam-se a cancros mais frequentes e mais avançados no momento do diagnóstico, mas a sobrevivência e a mortalidade são iguais às mulheres com mamas de densidade normal.

38

O auto-exame da mama serve para algo?

Não, o auto-exame da mama não diminui a mortalidade por cancro da mama. O auto-exame da mama leva a um aumento inútil de biópsias da mama.

39

Por que não se faz mamografia às mulheres com mais de 69 anos?

Porque a mamografia não ajuda a diminuir a mortalidade nas mulheres com mais de 69 anos.

40

Por que se insiste tanto para que as mulheres façam mamografia?

Na prevenção do cancro há muito boas intenções e também grandes interesses.

O cancro da mama é terreno de negócio, com muito dinheiro em jogo (mamógrafos, medicamentos, clínicas e cirurgiões, radiologistas, pessoal de saúde pública, etc).

De forma directa, "vivem das mamas": as indústrias farmacêuticas e tecnológicas, muitas associações contra o cancro, associações de sobreviventes ao cancro, sociedades e ligas de ginecologistas e de oncologistas, jornalistas e meios de comunicação e muitas outras.

Os políticos prometem os impossíveis na prevenção e em troca recebem votos imerecidos.

Os especialistas de saúde pública e os epidemiologistas têm trabalho graças aos rastreios, como o do cancro da mama, e os seus interesses cruzam-se com os dos políticos e suas corrupções.

O "lacio rosa", o "mês rosa", a "maratona rosa" e tudo o demais "rosa" é uma forma de paternalismo que pretende infantilizar a mulher e promover o negócio e o próprio interesse dos promotores (à custa da mulher).

41

Por que não se dá informação à mulher para poder decidir livremente sobre a sua participação nos programas de rastreio com mamografia?

Em todos os países do mundo se demonstra a falta de rigor dos folhetos e da informação que se entrega às mulheres para fomentar a sua participação na mamografia.

Os rastreios já têm meio século de história e, no entanto, as instituições que os promovem "não tiveram tempo" para resumir os principais dados, e disponibilizá-los a tempo da convocação, de forma que a mulher possa decidir com conhecimento. Simplesmente, convocam à participação como se a mulher fosse mentalmente menor, sem informação sobre os inconvenientes, como se tudo fosse "rosa" e como se a não participação aumentasse a possibilidade de sofrer cancro da mama.

Em alguns casos, é lícito pensar, a informação não é explícita e clara, porque quem tem de a fazer não a entenderá. Noutros casos, directamente, a informação é enganosa, tendenciosa e falsa.

42

Os dados que se empregam dos benefícios das mamografias, donde provêm?

Os dados provêm de ensaios clínicos, de quase-experiências, de estudos feitos em condições "ideais", com os melhores meios, nas melhores instituições e com pessoal extraordinariamente bem formado.

Lamentavelmente, na prática diária, os factos são muito diferentes e os resultados são outros.

43

Se a mamografia não serve, poder-se-ia empregar outro método para o rastreio do cancro da mama?

Não, nenhum método demonstrou melhores resultados do que a mamografia de rastreio.

Não serve nem o exame periódico pelo médico (de família ou ginecologista), nem a ecografia, nem a termografia, nem a mamografia digital, nem a tomosíntese (visão a três dimensões da mamografia), nem a ressonância magnética nuclear. O problema principal destes métodos é o alto número de falsos positivos (imagens suspeitas de cancro que nas biópsias não o são).

Estes métodos, tal como a própria mamografia, deveriam reservar-se para mulheres com alto risco de cancro da mama.

44

O cancro da mama é o mais frequente na mulher?

Sim, o cancro da mama é o mais frequente na mulher, (1) devido à "falsa epidemia de cancros de mama", (2) devido aos excessos da radiologia do tórax (especialmente de tomografias-TAC) em meninas, adolescentes e mulheres jovens, (3) por efeito adverso da terapia hormonal de "substituição" na menopausa, (4) devido às alterações na maternidade e na lactação natural e (5) por diversos tóxicos ambientais.

Os números diagnósticos do cancro da mama estão a subir de forma disparatada e artificial, por causa do "excesso de zelo" (a "febre diagnóstica") dos programas de rastreio com mamografia. São diagnósticos inoportunos e desnecessários.

45

O cancro de mama é uma causa frequente de morte na mulher?

Não, o cancro da mama não é causa frequente de mortalidade na mulher.

Dá-se a impressão de que o cancro de mama é "ameaçador para a vida da mulher, com tanto cancro da mama diagnosticado e tratado", mas a mortalidade por cancro de mama é pouco frequente. Por

exemplo, em Espanha apenas causa 3% da mortalidade geral feminina.

O cancro da mama é a causa mais frequente de morte por cancro na mulher, mas 97% das mulheres não morrem de cancro da mama.

Quanto menor a idade da mulher, menos frequente é a morte por cancro da mama. A mortalidade por cancro da mama é uma questão que atinge sobretudo as mulheres de mais de 65 anos. Por exemplo, as mulheres com menos de 50 anos têm duas vezes mais probabilidade de morrer de acidente doméstico, do que de cancro da mama.

A mortalidade por cancro da mama desce lentamente, sobretudo graças às melhorias do tratamento e ao seguimento das mulheres com cancro da mama que se diagnostica quando dá sintomas (e pelo menor uso dos "adesivos" da terapia hormonal de "substituição").

A mortalidade por cancro da mama varia muito consoante os países e continentes: nos Estados Unidos, é de 22 por 100.000 mulheres; em Espanha, de 17 mortes por 100.000 (a média da União Europeia é de 22); no caso de Portugal, é 18; no Brasil, de 21, e, no Uruguai, de 41.

A causa mais frequente (30%) de morte da mulher é cardiovascular (acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca...).

46

É verdade que 1 mulher em cada 10 morrerá de cancro da mama?

Sim, mas apenas entre as que cheguem aos 85 anos de idade.

47

O que se pode fazer no que diz respeito ao cancro da mama?

O mais saudável será disfrutar das mamas com alegria e simplicidade.

Não faça mamografias, nem auto-exame da mama, não viva obcecada com o cancro da mama.

Não deixe que lhe "arranquem uma mama" para que outros vivam melhor.

Se comentar o assunto com uma amiga e esta lhe disser o típico *"Sim, sim, tudo o que dizes parece-me bem, mas eu faria uma mamografia todos os dias se pudesse"*, pense que a "satisfação" em saúde paga-se com mais custos, mais internamentos hospitalares e mais mortes. Brincamos com o fogo e queimamo-nos.

As mamas são importantes para a autoestima da mulher, para a sua vida sexual e reprodutiva. Não há que "ter medo" das mamas, há que manter a mesma "vigilância" que ao resto do corpo.

O cancro da mama é menos frequente em mulheres que foram mães mais cedo e múltiplas vezes, que deram de mamar por períodos longos, que não utilizaram terapia hormonal na menopausa, que

não foram irradiadas no peito, que mantêm o seu peso estável, que não estão "contaminadas" com dioxinas e outros tóxicos industriais, etc.

Publicação original em:

<http://www.actasanitaria.com/mamografias-y-cancer-de-mama-informacion-imprescindible>

PARA SABER MAIS (BIBLIOGRAFIA)

Autier P et al. Breast cancer screening: the questions answered. *Nat. Rev. Clin. Oncol.* Advance online publication 14 August 2012;doi:10.1038/nrclinonc.2012.126

Autier P et al. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening and similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2011;343:d4411 doi: 10.1136/bmj.d4411.

Baines Cj. Rational and irrational Issues in breast cancer screening. *Cancers* 2011, 3, 252-266; doi:10.3390/cancers3010252

Baum M. Harms from breast cancer screening outweigh benefits if death caused by treatment is included. *BMJ* 2013;346:f385 doi: 10.1136/bmj.f385

Berry DA. Failure of researchers , reviewers , editors , and the media to understand flaws in cancer screening studies. *Cancer.* 2014;(Article first published online: 12 JUN 2014):1–8. doi: 10.1002/cncr.28795. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.28795/abstract>.

Biller-Andorno N, Jüni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med.* 2014;370:1965-7. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1401875>

Bleyer MD, Welch G. Effect of three decades of screening mammography on breast cancer incidence. *N Engl J Med.* 2012;367:998-2005.

Bray F et al. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast*

Cancer Res. 2004;6:229-39.

Domenighetti G et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *Internat J Epidemiol.* 2003;32:816-21.

Fenton JJ et al. The cost of satisfaction. A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures and mortality. *Arch Intern Med.* 2012;172:405-11.
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108766&resultClick=3>

Ferlay J. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 49 (2013) 1374–1403.
http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/Ferlay%20J_EJC_2013.pdf

Gérvas J, Ripoll MA. cancro de mama y rastreo mamográfico. *Med Clín (Barc).* 2007;129:199.

Gérvas J, Pérez Fernández M. **rastreos: una propuesta de racionalización.** *Gac Sanit.* 2013; 27: 372-3.

Gérvas J, Pérez Fernández M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Los libros del lince; 2013.

Gérvas J. Sobrediagnóstico del cancro de mama en el rastreo con mamografías. *Salud pública, clínica y ética.* NoGracias. 17 octubre 2014. <http://www.nogracias.eu/2014/10/17/sobrediagnostico-del-cancer-de-mama-en-el-rastreo-con-mamografia-salud-publica-clinica-y-etica-por-juan-gervas/>

Gérvas J. Sobrediagnóstico para principiantes. Sobrediagnóstico de cancro y rastreo (screening): cuando el diagnóstico no ayuda ni en la calidad ni en la expectativa de vida. Madrid. Equipo CESCA. Enero 2014.
<http://equipocesca.org/sobrediagnostico-para-principiantes-sobrediagnostico-de-cancer-y-rastreo-screening-cuando-el-diagnostico-no-ayuda-ni-en-la-calidad-ni-en-la-expectativa-de-vida/>

Gigerenzer G, Wegwarth O. Five year survival rates can mislead. *BMJ* 2013;346:f548 doi: 10.1136/bmj.f548.

Gigerenzer G. Breast cancer screening pamphlets mislead women. *BMJ* 2014;348:g2636 doi: 10.1136/bmj.g2636.

Gøtzsche P, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*. 2000;355:80-1.

Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(1):CD001877.

Gøtzsche P. Is too much cancer screening hazardous to your health? The example of breast cancer. *Public discussion-debate • 2012 Prescrire Prize, 1-2*.

Graeves M. Does everyone develop covert cancer? *Nature Rev Cancer* 14, 209–210 (2014) doi:10.1038/nrc3703.

<http://www.nature.com/nrc/journal/v14/n4/abs/nrc3703.html>

Haffner MC et al. Tracking the clonal origin of lethal prostate cancer. *J Clin Invest*. 2013;123:4918-22. <http://www.jci.org/articles/view/70354>

Ho H, et al. Dense breast: a review of reporting legislation and available supplemental screening options. *AJR*. 2014;2013:449-56.

Hoffman JR, Cooper RJ. Overdiagnosis of disease. A modern epidemic. *Arch Intern Med*. 2012;172:1123-4. doi:10.1001/archinternmed.2012.3319.

Jemal A et al. Cancer statistics 2010. *CA Cancer J Clin*. 2010;60:277-300.

Linnet MS et al. Cancer risk associated with external radiation from diagnostic procedures. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:75-100.

Lozano-Ascencio R et al. Tendencias del cancro de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Púb México*. 2009;51 (supl 2): 147-56.

Marmot MG. Sorting through the arguments on breast screening. JAMA, Published online May 30, 2013.

Martínez-Alonso M, Vilaprinyo E, Marcos-Gragera R, Rue M. Breast cancer incidence and overdiagnosis in Catalonia (Spain). Breast Cancer Res. 2010;12:R58.

Miller AB et al. Twenty five years follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ 2014;348:g366 doi: 10.1136/bmj.g366.

Novoa A. Ciudadanía y exigencia de información. Razones para proponer una moratoria a los programas de rastreo poblacional del cancro de mama. NoGracias, 14 octubre 2014. <http://www.nogracias.eu/2014/10/14/razones-para-proponer-una-moratoria/>

Prummel MV et al. Digital compared to screen-film mammography: breast cancer prognostic features in an organized screening program. Breast Cancer Res Therap. 2014;147:289-399.

Rosembaum L. Invisible risks, emotional choices — Mammography and medical decision making. New Engl J Med. 2014;371:1549-52.

Rosengurtt A. El aura radioactiva. Crónica de una emancipación. Montevideo, Uruguay. 2014. <http://www.nogracias.eu/2014/06/25/la-lucha-de-una-mulher-contra-la-irracionalidad-de-las-mamografias-el-aura-radioactiva-cronica-de-una-emancipacion/>

Rubio Misas, JP. Análisis del programa de detección precoz de *cancro de mama en Jaén y del carcinoma de intervalo en Andalucía*. Tesis Doctoral. Jaén: Universidad de Málaga, Facultad de Medicina; 2003. http://www-rayos.medicina.uma.es/Rmf/Tesis/Tesis_Doctoral_Jose_P_Rubio.pdf

Thornton H. Bringing an end to mandatory breast cancer screening in Uruguay. BMJ 2014;348:g390 doi: 10.1136/bmj.g390.

Vázquez-Caruncho M. El rastreo de cancro de mama en mulheres menores de 50 anos. *El Progreso*. Miércoles 25 de junio de 2014.

Welch HG et al. Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer? JAMA. 2000;283:2975-8.

Welch HG, Passow HJ. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2013.13635

Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. Lancet. 1995;346:29-32.

Yaffe MJ, Mainprize JG. Risk of radiation-induced breast cancer from mammographic screening. Radiology. 2011;258:98-105.

Zahl PH et al. The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography. Arch Intern Med. 2008;168:2311-6.