

## Éxito del Octubre Rosa en Brasil: ¿una buena noticia para el control del cáncer de mama en el país?

Arn Migowski <sup>1,2</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00247121

En el artículo publicado en esta edición, Baquero et al. <sup>1</sup> evaluaron la tendencia temporal y la estacionalidad en las búsquedas de los términos “cáncer de mama” y “mamografía” en Google Trends, entre 2004 y 2019, así como su correlación con los exámenes mamográficos en el Sistema Único de Salud brasileño (SUS). Los datos presentados demuestran un claro patrón estacional con picos de ambos términos de búsqueda en octubre que, por su temporalidad, indica fuertemente una relación causal con la campaña Octubre Rosa. Los resultados muestran incluso una distribución espacial semejante entre los dos términos, con una fuerte correlación, así como un aumento de la estacionalidad en los años más recientes. Otros estudios usando Google trends para evaluar el interés en el tamizaje de cáncer en otros países han sido realizados en los últimos años y también han demostrado el mismo patrón de estacionalidad encontrado en el estudio brasileño <sup>2,3</sup>. Son evidencias de un indudable éxito del Octubre Rosa. No obstante, lo que podría ser una buena noticia, al tratarse de una campaña de salud pública, en realidad presenta un escenario complejo y preocupante.

Debido a que en Brasil el tamizaje es oportunístico, sin una invitación individualizada para la población-objetivo, las campañas mediáticas desempeñan un importante papel al respecto, puesto que movilizan a las mujeres <sup>4</sup>. En este sentido, el mayor beneficio de la campaña Octubre Rosa, en lo que se refiere a los exámenes de rutina, sería contribuir al aumento de la cobertura del tamizaje bienal en la franja de edad de 50 a 69 años <sup>5</sup>. Los datos de la nueva *Encuesta Nacional de Salud*, divulgados en septiembre de 2021, indican una evolución de la cobertura en 2019, especialmente en las regiones con los peores resultados en 2013 e indican una reducción de la proporción de mujeres en la población-objetivo, que nunca realizaron el examen, respecto a 2013 (24,2% vs. 31,5%) <sup>6</sup>. Como en la recomendación de periodicidad actual, dos años es el intervalo mínimo, la cobertura sería mayor que con la pregunta de la encuesta <sup>4</sup>. Por otro lado, al ser una información autoinformada, puede encontrarse sobreestimada en virtud del sesgo del respondiente. De cualquier forma, son datos más representativos que los de la encuesta telefónica *Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas No Transmisibles por Entrevista Telefónica* (Vigitel) o los del Sistema de Información del Cáncer <sup>7</sup>. A pesar de que la campaña haya tenido alguna

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Coordenação de Ensino e Pesquisa, Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, Brasil.



influencia positiva en los resultados de cobertura, son muchos los motivos de preocupación respecto al contenido que se transmite predominantemente en Brasil a lo largo de los años.

Inferencias equivocadas a partir del uso de los resultados, como el riesgo relativo y de supervivencia, sobredimensionan los beneficios del tamizaje y han sido utilizados exhaustivamente en las campañas <sup>8</sup>. Existe incluso una centralidad en la idea de que el tamaño del tumor es el único factor pronóstico, hipótesis basada en el paradigma Halstediano, desarrollado en el siglo XIX. Esa teoría se basa en el concepto de que un caso de cáncer proviene de un único lugar, crece en ese lugar, y con el tiempo migra hacia linfonodos y después se disemina hacia órganos distantes. Esta fue de gran importancia para la comprensión de la historia natural del cáncer y es una de las bases de la clasificación del estadio de cáncer. No obstante, no es capaz de explicar toda la heterogeneidad del comportamiento biológico del cáncer de mama o fenómenos como micrometástasis o sobrediagnóstico y sus hipótesis no se verificaron, ni en el seguimiento de los ensayos clínicos aleatorios de tamizaje mamográfico, ni en estudios observacionales en los países con amplia extensión de ese tamizaje <sup>9</sup>.

El tamizaje mamográfico fuera de la franja de edad de 50 y 69 años, y con una periodicidad menor que la bienal, está asociado con un expresivo aumento de riesgos, sin comprobación conclusiva de beneficio adicional <sup>5</sup>. Sin embargo, el contenido de los mensajes de la campaña no ha contribuido a la adhesión a esas directrices. Generalmente dirigida hacia mujeres jóvenes, Octubre Rosa claramente es un vector por su inducción a la realización del tamizaje fuera de la población objetivo. La característica anual de la campaña refuerza todavía más la práctica de periodicidades menores que la recomendada <sup>4</sup>. En un estudio que evaluó el contenido de material periodístico publicado en Brasil en octubre, el tamizaje mamográfico apareció en cerca de un 80% del mismo, pero predominó la recomendación de iniciarlo a los 40 años <sup>10</sup>. Ese estudio mostró incluso que la recomendación oficial de un tamizaje bienal de 50 a 69 años fue citada en solamente un 17,5% de la documentación, solamente un 3,3% citaron los riesgos del tamizaje, 1,5% la importancia de la decisión compartida y solamente un 11,8% listaron los principales signos y síntomas sospechosos de cáncer de mama <sup>10</sup>. En el exterior, hace más de una década, ya hubo un fuerte movimiento para el cambio de ese tipo de comunicación sesgada, pero en Brasil todavía es incipiente y contra-hegemónico <sup>4,10</sup>.

Las inadecuaciones de la práctica de tamizaje en el SUS son todavía mayores que las mostradas por Baquero et al. <sup>1</sup>. Incluso el tamizaje considerado como “en conformidad” por los autores, no considera la cuestión de la periodicidad, por la limitación de los indicadores utilizados. Además, la antigua recomendación de anticipación del tamizaje mamográfico para la población de alto riesgo no está vigente más desde 2015 <sup>5</sup>. El resultado es un patrón de tamizaje con baja eficiencia y eficacia, que presenta diversos riesgos innecesarios para las mujeres. Variados factores, además de la propia campaña, explican esas inadecuaciones del tamizaje en Brasil, tales como la medicina defensiva <sup>4</sup> y existencia de directrices con menor rigor metodológico, basadas en el consenso de especialistas <sup>8</sup>. Esos dos factores se refuerzan por el hecho de los principales riesgos de que el tamizaje sea percibido paradójicamente por mujeres y médicos asistentes como beneficioso <sup>4</sup>. La tendencia temporal del número de mamografías en el SUS por franja de edad presentada por los autores <sup>1</sup> posee otros determinantes vinculados a las nuevas directrices de detección precoz, forma de financiación, entre otros y que están en constante tensión <sup>4</sup>. A pesar de que los datos presentados son muy representativos <sup>1</sup>, también el uso de motores de búsqueda como Yahoo y Bing pueden haber interferido en la serie temporal, o cambios en el patrón de búsqueda a

partir de la última década con crecientes búsquedas de vídeos o hasta incluso uso de redes sociales como Facebook, Instagram o Twitter con la finalidad de búsqueda. Independientemente de ello, los resultados presentados por Baquero et al. <sup>1</sup>, apuntan hacia un reduccionismo todavía mayor en la campaña brasileña que en los Estados Unidos, con un enfoque mayor en torno al examen de mamografía. No obstante, ¿qué podría sustituir la mamografía como principal lema de la campaña?

A pesar de que Baquero et al. <sup>1</sup> citaron métodos de tamizaje que podrían ser más prometedores, todavía no existen evidencias de que otro examen pueda sustituir la mamografía. El examen clínico de las mamas fue históricamente incentivado en Brasil, como alternativa al tamizaje mamográfico -en especial en mujeres jóvenes-, en función de los diversos problemas de tamizaje mamográfico en ese grupo. Sin embargo, incluso esto está en entredicho. Se había puesto en duda en las directrices actuales tras la expectativa de publicación de resultados de ensayos clínicos aleatorizados <sup>4,5</sup>. En 2021, se publicaron los resultados procedentes desde hace 20 años de seguimiento del ensayo clínico aleatorizado de tamizaje bienal con examen clínico de las mamas en Mumbai, India, pero no fue posible observar una reducción estadísticamente significativa de la mortalidad <sup>11</sup>. En base a un análisis de subgrupo *post hoc*, los autores alegan que solamente en mujeres con más de 50 años parece eficaz, sin embargo, aunque consideráramos esos resultados, se refieren al examen clínico de las mamas como método de tamizaje aislado y no en paralelo a la mamografía <sup>11</sup>.

En vez de intentar sustituir el método de tamizaje, lo ideal para el contexto brasileño sería el fortalecimiento de las estrategias de diagnóstico precoz, dirigidas a agilizar la investigación diagnóstica en mujeres con signos y síntomas iniciales de la enfermedad <sup>12</sup>. En las directrices para la detección temprana del cáncer de mama en Brasil, se recomendaron tres estrategias de diagnóstico precoz: estrategia de concienciación, protocolo de encamiamiento prioritario de casos con signos y síntomas sospechosos, así como la confirmación diagnóstica en un único servicio <sup>5</sup>. Esas estrategias dependen fuertemente de la organización del sistema de salud, regulación asistencial, planificación de red y logística para la optimización de procesos <sup>4</sup>. Por eso, países como Dinamarca consiguieron una reducción del tamaño medio de los tumores de mama en 10 años (9mm) mayor que en los ensayos de tamizaje mamográfico <sup>13</sup>. Esto se refuerza por la reducción de la letalidad de los cánceres palpables en las últimas décadas, debido a mejoras en el tratamiento del cáncer de mama, disminuyendo la efectividad relativa al tamizaje <sup>14</sup>. Sin embargo, esas estrategias tienen menor repercusión mediática y, ciertamente, es un enorme desafío conseguir pautarlas en función de los medios de comunicación de masas, gestores, legisladores, advocacy y población en general. Eso se refleja no solamente en las campañas, sino que hasta incluso en las investigaciones con poca atención prestada al diagnóstico precoz crean un ciclo vicioso de baja generación de evidencias <sup>4,5</sup>.

La pandemia de COVID-19 no solamente redujo el tamizaje del cáncer en todo el mundo por múltiples determinantes, sino que también disminuyó en hasta un 76% el volumen de búsquedas en Google por el tema, con una reducción más acentuada que en las búsquedas por enfermedades crónicas en general <sup>15</sup>. Con el progresivo regreso a este tema de interés con el Octubre Rosa, existe la oportunidad de intentar resignificar la campaña, dirigiéndola hacia estrategias más efectivas para reducir el inevitable impacto del contexto pandémico en el retraso del diagnóstico de cáncer.

En las circunstancias actuales, probablemente el éxito del Octubre Rosa en Brasil presenta más daños que beneficios para la salud de las mujeres. A pesar de ello, el gran interés

despertado por la campaña, bien demostrado por Baquero et al. <sup>1</sup>, y el creciente acceso de la población con edades más avanzadas a internet son ventanas de oportunidad para que sea pautada información de calidad y relevante, que puedan superar el paradigma reduccionista y equivocado de la actualidad, difundiendo información correcta que permita el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones compartidas sobre el tamizaje, pero también el tan necesario cambio de centro de atención hacia acciones de diagnóstico precoz. Recordando siempre que empiezan por una estrategia de concienciación de las mujeres, pero necesitan tener una correspondencia con el fortalecimiento del SUS.

#### Información adicional

ORCID: Arn Migowski (0000-0002-4861-2319).

1. Baquero OS, Rebolledo EAS, Ribeiro AG, Bermudi PMM, Pellini ACG, Failla MA, et al. Pink October and mammograms: when health communication misses the target. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00149620.
2. Schootman M, Toor A, Cavazos-Rehg P, Jeffe DB, McQueen A, Eberth J, et al. The utility of Google Trends data to examine interest in cancer screening. *BMJ Open* 2015; 5:e006678.
3. Mohamad M, Kok HS. Using Google Trends data to study public interest in breast cancer screening in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev* 2019; 20:1427-32.
4. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, Azevedo e Silva G, Sant'Ana DR, Stein AT. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. III – Challenges for implementation. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00046317.
5. Migowski A, Azevedo e Silva G, Dias MBK, Diz MDPE, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II – New national recommendations, main evidence, and controversies. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00074817.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Dados e números sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2021.

7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo: detecção precoce. Boletim 2020; 11(1). [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo\\_numero1\\_2020.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo_numero1_2020.pdf) (accedido el 15/Oct/2021).
8. Migowski A, Stein AT, Ferreira CBT, Ferreira DMTP, Nadanovsky P. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. I – Development methods. Cad Saúde Pública 2018; 34:e00116317.
9. Welch HG, Gorski DH, Albertsen PC. Trends in metastatic breast and prostate cancer: lessons in cancer dynamics. N Engl J Med 2015; 373:1685-7.
10. Assis M, Santos ROM, Migowski A. Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Rosa. Physis (Rio J.) 2020; 30:e300119.
11. Mitra I, Mishra GA, Dikshit RP, Gupta S, Kulkarni VY, Shaikh HKA, et al. Effect of screening by clinical breast examination on breast cancer incidence and mortality after 20 years: prospective, cluster randomised controlled trial in Mumbai. BMJ 2021; 372:n256.
12. dos-Santos-Silva I. Políticas para el control del cáncer de mama en Brasil: ¿hacia dónde nos dirigimos ahora? Cad Saúde Pública 2018; 34:e00097018.
13. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC, Kalager M, Zahl PH. Breast cancer screening in Denmark: a cohort study of tumor size and overdiagnosis. Ann Intern Med 2017; 166:313-23.
14. 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.
15. Snyder A, Jang S, Nazari IS, Som A, Flores EJ, Succi MD, et al. Google search volume trends for cancer screening terms during the COVID-19 pandemic. J Med Screen 2021; 28:210-2.

---

Recibido el 18/Oct/2021  
Aprobado el 18/Oct/2021