**DIFÍCIL DE SE PERDER, OU SUBSTITUIR *A LA* JOLIE**

Julianne Milhomem Videira da Silva1

Maria Laisa Nunes da Silva1

Ana Valéria Almeida Lima1

Elielna Lima da Silveira1

Layse Martins Gama2

Cláudio Eduardo Corrêa Teixeira2

1 Alunos do 6o Semestre (2017.2) do Curso de Tecnologia em Radiologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade da Amazônia

2 Professores do Curso de Tecnologia em Radiologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade da Amazônia

Hoje, o câncer é responsável por 1 em cada 6 mortes no mundo. Mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer a cada ano, e este número deverá aumentar para mais de 21 milhões até 2030 (OMS, 2017). Os tipos de câncer de ocorrência mais comuns na população são de estômago, pulmão, intestino, próstata, mama e útero (INCA, 2016-2017).

No Brasil, o câncer de mama continua sendo a principal causa de morte entre as mulheres, em todas as regiões, com exceção da região Norte, onde o câncer de colo de útero ocupa a primeira posição, seguido do câncer de mama, o segundo mais incidente (INCA, 2014). A idade é o principal fator de risco associado ao câncer de mama, principalmente após os 50 anos. Sua ocorrência também está relacionada ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento nas mulheres com elevado nível socioeconômico (INCA, 2016-2017).

Os distúrbios não cancerosos que afetam as mamas incluem a mastalgia (dor nas mamas), os cistos, a doença fibrocística da mama, o fibroadenoma, a secreção através dos mamilos e a infecção da mama (Valério, 2012). Os nódulos mamários benignos são responsáveis por até 80% das massas palpáveis. O fibroadenoma é a neoplasia mamária mais frequente em mulheres menores de 35 anos. Embora um tumor benigno seja uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida, a presença de alterações benignas aumenta significativamente o risco para o desenvolvimento do câncer de mama (Nazario et al., 2007).

Por outro lado, os tumores malignos de mama são de vários tipos: carcinoma ductal invasivo, que é o tipo de câncer de mama mais comum, o carcinoma lobular invasivo, o carcinoma ductal in situ e o carcinoma lobular in situ (Equipe Oncoguia, 2014). Essas lesões se enquadram no conceito de câncer, ou seja, um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas (INCA, 2016-2017). Os tumores se desenvolvem a partir de alterações genéticas, associadas a tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares e sexuais, exposição à radiações e medicamentos.

Com o diagnóstico precoce, a evolução do câncer de mama pode ser interrompida, resultando em uma cura ou sobrevida maior. Para que isso ocorra, existem três fatores principais: o autoexame (80% dos tumores são descobertos pela própria mulher ao apalpar suas mamas), o exame clínico e a mamografia (Costa, 2015). A distribuição do tecido das mamas ocorre geralmente de forma simétrica, e qualquer alteração nesta simetria pode ser indício de lesão oculta no parênquima. A avaliação desta assimetria é, portanto, um dos principais desafios do exame radiológico, pois deve diferenciar áreas de superposição entre estruturas normais e lesões verdadeiras, as quais podem ter natureza benigna (não cancerosa) ou maligna (cancerosa) (Louveira et al., 2004).

O Colégio Americano de Radiologia (American College of Radiology) criou, em 1993, o Breast Imaging Report And Data System (BI-RADS), sistema que classifica as lesões e achados da mamografia. Este sistema tem como objetivo padronizar os laudos dos achados mamográficos, de forma que a interpretação da lesão seja igual para todo o tipo de mama, o que reduz fatores de confusão na descrição e interpretação das imagens. O sistema BI-RADS subdivide os achados mamográficos em sete categorias, de 0 a 6. Os achados mamográficos categorizados como 0 são descritos como avaliação incompleta (necessita de exames adicionais); os categorizados como 1 são descritos como negativos para qualquer achado (rastreamento normal); os categorizados como 2 são descritos como achados benignos (rastreamento normal); os categorizados como 3 são descritos como provavelmente benignos (deve-se realizar a mamografia semestralmente para seguimento); os categorizados como 4 são descritos como suspeitos para malignidade (deve-se realizar biópsia para confirmação diagnóstica); os categorizados como 5 são descritos como provavelmente malignos (há necessidade de esclarecimento definitivo); e, finalmente, os categorizados como 6 são descritos como positivos para câncer (deve-se encaminhar a paciente para o oncologista) (Vieira et al., 2002). Deste modo, a mamografia tem no sistema BI-RADS um importante suporte para seu uso no diagnóstico de processos benignos e malignos de mama.

Embora muitas mulheres não possuam condições de sequer realizar a mamografia, o que reforça a necessidade de se fazer campanhas que possibilitem a gratuidade deste exame, é importante valorizar qualquer esforço gerador de tecnologia que auxilie para a preservação destas glândulas, tão importantes para a maternidade, a feminilidade, e até mesmo a sexualidade das mulheres. Nas mamas, as mulheres têm sua diversidade biopsicossocial representada na sua individualidade (Costa, 2015). E isto é muito difícil de se perder, ou substituir *a la* Jolie.

**REFERÊNCIAS**

COSTA NO. **Mamografia / Posicionamentos Radiológicos.** São Paulo, Editora Corpus, 189 p., 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) **Incidência de câncer no Brasil, estimativa 2014**. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca\_ministerio\_saude\_apresentam\_estimativas\_cancer\_2014> Acesso em: 17 de abril, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) **Incidência de câncer no Brasil, estimativa 2016**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2> Acesso em: 17 de abril, 2017.

NAZARIO ACP, REGO MF, OLIVEIRA VM. (2007). **Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta**.*Rev. Bras. Ginecol. Obstet*,  29(4): 211-219.

ORGANIZAÇÃO MUDIAL DE SAÚDE (OMS). **WHO position paper on mammography screening**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/publications/mammography_screening/en/>> Acesso em: 17 de abril, 2017.

EQUIPE ONCOGUIA. **Tipos de câncer de mama.** 2014. Disponível em: <[http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer-de mama/1382/34/](http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer-de-mama/1382/34/)> Acesso em:18 de abril, 2017.

VALÉRIO EG. (2012). **Doenças na mama**. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Revista HCPA, 32(2): 238-239.

LOUVEIRA MH, KEMP C, RAMOS MM, FREITAS A, CASTRO IM, SZEJNFELD J. (2004). **Densidade mamográfica assimétrica: como investigar?** Radiol Bras, 37(3): 109-205.

VIEIRA AV & TOIGO FT. (2002). **Classificação BI-RADS™: Categorização de 4.968 mamografias\*.** Radiol Bras, 35(4): 205–208.