



## Ciência, mídia e políticas públicas

*Science, press and public politics*

Vivemos preocupados com a alta incidência do câncer de mama no Brasil, com o elevado número de casos avançados, com a dificuldade do diagnóstico em fases iniciais e com a possibilidade de acesso ao tratamento. Alvos constantes da mídia nos solicitam opiniões, por exemplo, em relação ao número de mamógrafos disponíveis na rede pública e à idade ideal do início do rastreamento mamográfico.

Ao mesmo tempo, como médicos e cientistas que somos, precisamos estar atentos às nuances da prática de nossa especialidade. Graças à realização do exame mamográfico em alta escala – o Brasil, de encantos mil, tem vários mundos e existe uma população que é atendida como se no primeiríssimo morasse – e ao grande número de biópsias pré-cirúrgicas, observamos aumentar o número de casos com lesões precursoras – como as células colunares atípicas e as proliferações lobulares. Questionamos a indicação da melhor conduta e verificamos que, conforme Provenzano E e Pinder SE (*Pathology*. Janeiro.2009), **“ainda temos muito a aprender a respeito do potencial maligno e da melhor conduta para essas lesões”**. Preocupa-nos a possibilidade de “*up-grading*”: os resultados de biópsias pré-cirúrgicas compatíveis com hiperplasias ductais atípicas que resultam em carcinomas ductais *in situ* e os carcinomas *in situ* que terminam em invasivos.

Mais recentemente, buscam-nos para opinar sobre publicação do *British Medical Journal*, na qual se questiona o rastreamento mamográfico devido ao fato de um terço dos carcinomas descobertos não causar sintomas e não levar as pacientes à morte, mesmo quando não tratadas. Por outro lado, em maio deste ano, propôs o Professor Umberto Veronesi que os carcinomas *in situ* – não invadem nem metastizam – não mais como carcinomas sejam chamados (em seu lugar: os vários graus de neoplasia lobular e ductal, propostos pela Dra. Travassoli). Os invasivos teriam a denominação de carcinomas (simplesmente). Assim, seria possível diminuir a ansiedade das pacientes, criada com a denominação carcinoma (nos casos *in situ*), e com as palavras “invasivo” e “infiltrante”, naqueles que, doravante, passariam a ser unicamente carcinomas.

Mas a ciência precisa e deve continuar a ser exercida, pois como dito acima: “ainda temos que aprender...”: não achamos que seja a hora de suspender o rastreamento. A mamografia precisa continuar sua missão de diminuir a mortalidade do câncer de mama e quanto a nós, especialistas, a aprender a cuidar sempre melhor.

Infelizmente, a redução da mortalidade ainda parece uma utopia em nosso país. E, por tanto nos preocuparmos, como dissemos no início, os mastologistas têm respostas semelhantes para os questionamentos da mídia, mesmo que separados pela distância de um país continental. Uma das principais: cada estado brasileiro deve procurar resolver seus problemas de acordo com suas características próprias.

Urge que, principalmente naqueles estados com incidência de câncer de mama semelhante à dos grandes centros ocidentais, o Ministério da Saúde e o Inca estimulem, orientem e viabilizem, por intermédio das Secretarias Estaduais de Saúde, a criação de serviços especializados em número adequado e com capacidade de atendimento. Atendimento que vá da consulta ambulatorial (especializado em mama) ao diagnóstico e ao tratamento. No diagnóstico, que os serviços tenham capacidade para realizar exames de imagens e biópsias pré-operatórias. Essas últimas, infelizmente, nos dias atuais, sem permissão do sistema para serem realizadas em grande parte dos ambulatórios e hospitais que tratam de câncer de mama.

Carlos Ricardo Chagas

*Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia*