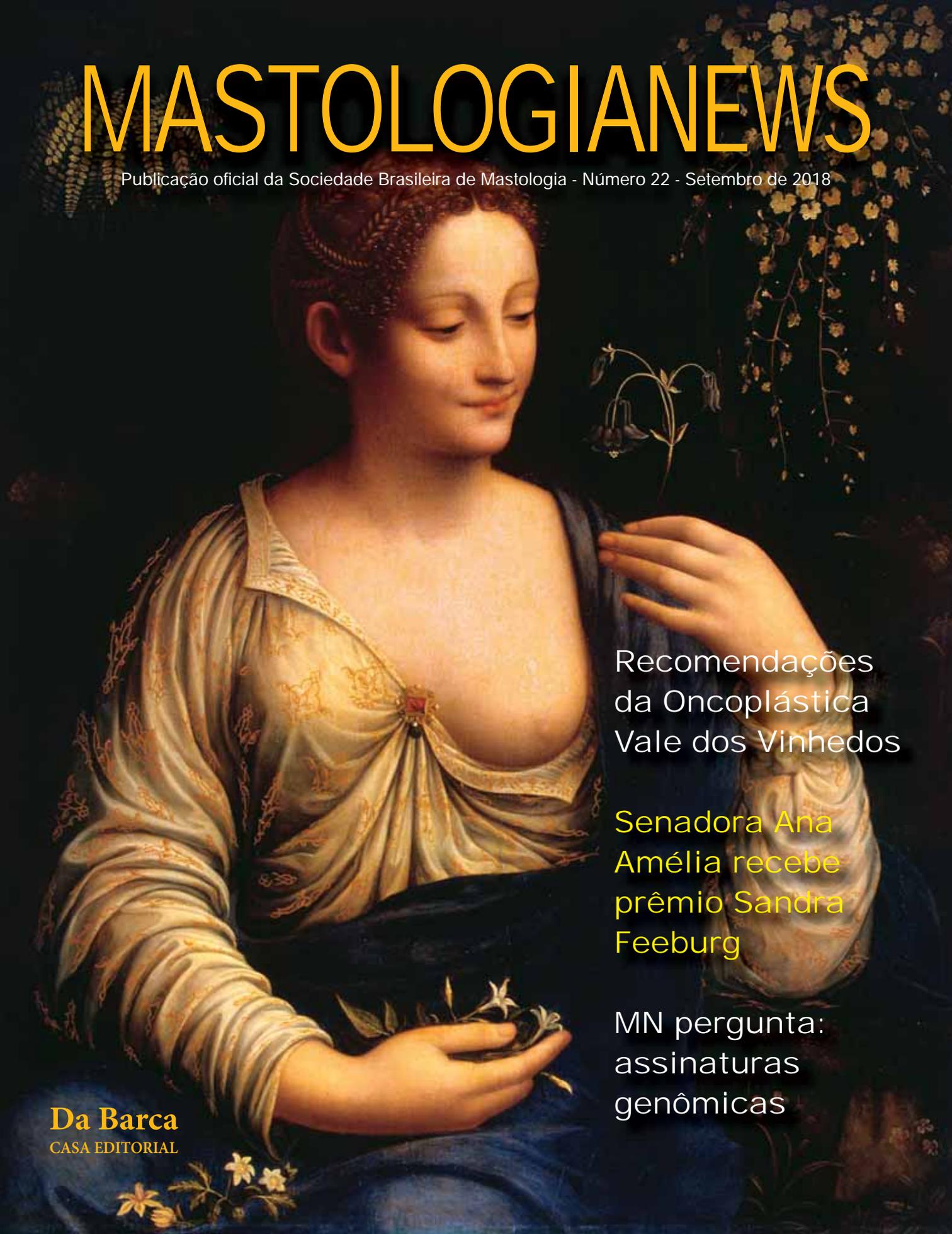


MASTOLOGIANEWS



Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Mastologia - Número 22 - Setembro de 2018

Recomendações
da Oncoplástica
Vale dos Vinhedos

Senadora Ana
Amélia recebe
prêmio Sandra
Feeburg

MN pergunta:
assinaturas
genômicas

Da Barca
CASA EDITORIAL

Presidente
Antonio Luiz Frasson

Vice-Presidente Nacional
Vilmar Marques de Oliveira

Vice-Presidente Região Norte
Cynthia Mara Brito Lins Pereira

Vice-Presidente Região Nordeste
Roberto Kepler da Cunha Amaral

Vice-Presidente Região Centro-Oeste
Rodrigo Pepe Costa

Vice-Presidente Região Sudeste
Felipe Eduardo Martins de Andrade

Vice-Presidente Região Sul
Fabio Postiglione Mansani

Secretario-Geral
Rafael Henrique Szymanski Machado

Secretário-Adjunto
Clécio Ênio Murta de Lucena

Tesoureiro-Geral
José Ricardo Conte de Souza

Tesoureiro-Adjunto
Marco Antonio Nasser Aguiar

Editor Revista Brasileira de Mastologia
Cícero de Andrade Urban

Editor da revista MastologiaNews
José Luiz Pedrini

Diretor Escola Brasileira de Mastologia
Vinicius Milani Budel

Vice-diretor EBM
Fabrício Palermo Brenelli

TEMa
Felipe Pereira Zerwes

Assessores especiais
Antonio Fortes de Pádua Filho, Bárbara Pace Silva de Assis, Carlos Henrique Menke, Augusto Tufi Hassan, Ivo Carelli Filho, Luciana Naira de Brito Lima Limongi, Mônica Vieira M. Travassos Jourdan, Paula Cristina Saab

Produção e edição
Da Barca Casa Editorial

Tiragem
5.000 exemplares

EDITORIAL

SOCIEDADE SÓLIDA

ANTONIO LUIZ FRASSON

Presidente da SBM



No meio de nossa gestão frente à Sociedade Brasileira de Mastologia, gostaria de ressaltar a grande contribuição que um grande número de associados tem dado para o desenvolvimento de nossa especialidade. Fatos marcantes aconteceram neste período, e alguns deles gostaria de ressaltar. O primeiro foi a realização do Congresso Brasileiro no primeiro semestre do ano, em Belém, mudando o calendário de nosso evento maior, e superando todas as expectativas em relação a qualidade e público. Parabéns aos organizadores, que não mediram esforços para que fosse um evento de sucesso.

A EBM, Escola Brasileira de Mastologia, continua com seu papel de levar o conhecimento a todos os lugares deste país, dando sua contribuição na promoção de iniciativas conjuntas com as Regionais, dentro de um grande espírito de sincronia e promoção da Mastologia.

Finalmente realizamos o sonho de transformar nossa revista Mastology em um conteúdo em língua inglesa, mantendo sua regularidade e buscando nosso objetivo maior que é trabalhar para sua indexação.

A prova do TEMa, mais uma vez, teve uma grande procura por

interessados, aprovou 47% dos candidatos, e, apesar de ter sido realizada fora dos grandes centros de fácil acesso, manteve o mesmo grau de interesse dos anos anteriores.

Demos um passo gigante na proposição e elaboração de um projeto conjunto de certificação, com a maior certificadora de profissionais e serviços internacional, e já iniciou-se o processo de certificação de alguns profissionais e centros.

Nossos cursos de Oncoplastia continuam em plena e regular atividade, sendo um orgulho para nossa Sociedade e motivo de grande satisfação para alunos e professores.

Nossa parceria com a Contextual continua firme, nossa exposição na mídia, através de assuntos de interesse comum à Sociedade é cada vez maior, e já iniciamos os preparativos para o outubro rosa 2018.

E para finalizar, já estamos em plenos preparativos para o Congresso Brasileiro de Mastologia 2019, que acontecerá na cidade do Rio de Janeiro, de 10 a 13 de abril, momento em que também comemoraremos os 60 anos de nossa Sociedade.

A todos que colaboram para que tenhamos uma Sociedade sólida e progressista, meu mais profundo agradecimento. ●

AGENDA

PRÓXIMOS EVENTOS

A 14ª Jornada Paulista de Mastologia será realizada de 4 a 6 de outubro no Centro de Convenções Frei Caneca. O evento, promovido pela Sociedade Brasileira de Mastologia Regional São Paulo, é considerado aquele que abre no país o Outubro Rosa, mês consagrado em todo o mundo ao combate ao câncer de mama. Estão confirmadas as presenças do oncologista americano William Audeh, do radiologista italiano Francesco Sardanelli, do mastologista britânico especialista em reconstrução mamária Douglas MacMillan, do radioterapeuta americano Thomas Buchholz e da mastologista americana Shelley Hwang.

Enquanto isso, seguem abertas as inscrições para o XXII Congresso Brasileiro e IX Simpósio Internacional de Mastologia, que será realizado de 10 a 13 de abril de 2019 no Rio de Janeiro. Além da importância que o evento sempre tem, desta vez haverá ainda um detalhe especial, pois a SBM estará comemorando seis décadas de sua criação.

O maior evento da mastologia brasileira tem como objetivo oferecer uma programação científica de grande qualidade, incluindo os temas mais relevantes em cirurgia, biologia molecular, genética, imagiologia, radioterapia e oncologia clínica. Além dos cursos pré-congresso, que terão temas bastante interessantes e didáticos. Durante o congresso, as conferências serão ministradas em sala única e com participação multidisciplinar. ●

Ilustração da capa: óleo sobre tela, circa 1520, do italiano Francesco Melzi (1493-1570), pupilo predileto de Leonardo da Vinci. 76 x 63 cm. Adquirida pelo Museu Hermitage em 1850, da coleção de Willem II, rei da Holanda.

CONVIDADOS INTERNACIONAIS CONFIRMADOS

- William Audeh**
Oncologista (Estados Unidos)
- Francesco Sardanelli**
Radiologista (Itália)
- Douglas MacMillan**
Mastologista/Especialista em Reconstrução Mamária (Reino Unido)
- Thomas Buchholz**
Radioterapeuta (Estados Unidos)
- Shelley Hwang**
Mastologista (Estados Unidos)

Realização: Mastologia

Patrocinadores Diamante: fleury, ONCELINC

Patrocinadores Ouro: Delboni, IdemGene

Patrocinadores Prata: Roche, Libbs, CANCER FUTURA, NOVARTIS

Apoiar: Mastologia, SPR

Planejamento e Produção: AUDI

INSCRIÇÕES ABERTAS

XXII CONGRESSO BRASILEIRO & IX SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE MASTOLOGIA

10 A 13/04/2019 | RIO DE JANEIRO

Venha celebrar conosco os 60 anos da nossa SBM!

WWW.MASTOLOGIA2019.COM.BR



QUALIFICAÇÃO

A IMPORTÂNCIA DO TEMa

A prova do Título de Especialista em Mastologia, ou mais simplesmente TEMa, é um instrumento de avaliação utilizado pela Sociedade Brasileira de Mastologia há muitos anos, com o reconhecimento do Conselho Federal de Medicina.

✓ O TEMa consiste na aplicação de duas provas, uma objetiva e uma discursiva. A prova objetiva

tem 100 questões com cinco alternativas e resposta única. A prova discursiva tem um número variado de questões e utiliza imagens e suas respectivas interpretações como parte da avaliação.

✓ A fim de facilitar a interpretação das imagens, além da projeção em tela (que nem sempre é o ideal devido à dificuldade em escurecer a sala e a dis-



FELIPE ZERWES
Presidente da Comissão do TEMA

tância de alguns candidatos da tela), nos últimos exames a SBM investiu em uma impressão gráfica de alta qualidade a fim de evitar/minimizar equívocos na interpretação.

- ✓ O modelo de entrevistas, utilizado antigamente, foi substituído devido à dificuldade de padronização nas avaliações.
- ✓ Neste ano de 2018 tivemos 111 candidatos que realizaram a prova na cidade de Belém do Pará, junto ao Congresso Brasileiro de Mastologia.
- ✓ Destes 111, 52 foram considerados aprovados após a finalização da análise de todos os recursos, perfazendo um percentual de aprovação de 47% dos candidatos.
- ✓ As provas ocorreram de maneira tranquila e todos os candidatos respeitaram as normas de tempo de execução e de conduta.
- ✓ A Comissão do TEMA parabeniza todos os candidatos e, em especial, os 52 aprovados.
- ✓ A Comissão Executiva do Título de Especialista em Mastologia, também denominada como Comissão do TEMA, tem a responsabilidade de confeccionar e aplicar as provas do Título de Especialista.

- ✓ Esta Comissão é designada pela diretoria da Sociedade Brasileira de Mastologia, e a indicação do coordenador é feita pelo presidente da SBM.
- ✓ A Comissão é composta por oito membros, incluindo o coordenador.
- ✓ A Comissão é trocada a cada três anos (período da gestão da diretoria nacional).
- ✓ Rotineiramente são mantidos quatro membros e renovam-se outros quatro.
- ✓ O período total de participação geralmente é de seis anos (duas gestões). Nos últimos anos a tendência de substituir quatro nomes tem se mantido.

Membros que compõem a Comissão do TEMA Título de Especialista em Mastologia 2017/19

Felipe Pereira Zerwes (RS) – presidente
André Mattar (SP)
Antonio Eduardo Rezende de Carvalho (GO)
Fábio Bagnoli (SP)
Francisco Pimentel Cavalcante (CE)
Gabriel de Almeida Silva Júnior (MG)
Renato Zocchio Torresan (SP)
Ricardo Antonio Boff (RS) ●



FOTOS DE DIVULGAÇÃO GHC

QUALIDADE EM SAÚDE

A CELEBRAÇÃO DOS 20 ANOS DA PESQUISA CLÍNICA DO GHC

A Pesquisa Clínica em Câncer de Mama do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de Porto Alegre, completou 20 anos de atividades. Para celebrar a data foi realizado um evento que contou com a participação de profissionais de saúde, pes-

quisadores, gestores, voluntariado e convidados como a senadora Ana Amélia Lemos, cuja atuação no Congresso sempre esteve associada à luta pela qualidade na saúde pública e, principalmente, ao combate ao câncer de mama.

Ana Amélia foi agraciada com o troféu Sandra Feeburg, distinção concedida a pessoas que se destacam por sua contribuição para melhorar a qualidade de vida e preservar os direitos da mulher com câncer de mama. Sandra Feeburg foi professora, voluntária do Grupo da Mama Conceição e sua luta na justiça levou à mudança do Estatuto do Servidor Público, garantindo às pessoas tratadas por câncer e que tenham sido aprovadas em concursos públicos o direito de assumir o cargo.

José Luiz Pedrini, chefe do Serviço de Mastologia do Hospital Conceição, fundador da Pesquisa Clínica da instituição e organizador do encontro, proferiu a palestra “a pesquisa clínica como ferramenta de qualidade em medicina – estado de arte”. De acordo com Pedrini, nestes 20 anos foi possível observar “grandes modificações que aconteceram no campo da pesquisa, principalmente no câncer de mama, que é um câncer muito incidente, com 60 mil novos casos por ano, e a pesquisa em câncer de mama tem evoluído muito”. Pedrini destacou ainda que a inserção do Hospital Conceição em pesquisas com os principais centros do mundo torna a instituição uma referência mundial. “Observamos as modificações nos tratamentos e hoje não há droga nova no mundo em câncer de mama que não passe pelo nosso centro”, afirmou.

O destaque do encontro foi a roda de discussão sobre “Políticas Públicas e Acessibilidade de Pacientes com Câncer de Mama”, com a participação da senadora Ana Amélia; da coordenadora da Saúde da Mulher da Secretaria Estadual da Saúde do RS, Nadiane Lemos; da diretora-adjunta



do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas e representante da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Juliana Caran; dos diretores do GHC, Adriana Denise Acker, Mauro Sparta e José Ricardo Agliardi Silveira; do professor e pesquisador da Universidade Federal de Goiás Ruffo de Freitas Júnior; do mastologista da Clínica CAM (BA) Augusto Tufi Hassan; do gerente de Ensino e Pesquisa do GHC, Geraldo Jotz, e dos mastologistas do Hospital Conceição José Luiz Pedrini e Mário Schorr. ●

RESIDENTES DE FORTALEZA



Tallita Moniele Gomes Pinheiro

R2 em Mastologia do Hospital Geral de Fortaleza

A residência de mastologia nos permite um conhecimento aprofundado das patologias da mama e uma descoberta do papel do mastologista como modificador da qualidade de vida da mulher ao se deparar com sua luta mais importante, do conhecimento do seu papel, apesar da simbologia da mama.

Na residência, podemos conviver com os mais recentes avanços da especialidade, que nos chegam por meio de profissionais experientes e que muito tem a contribuir com a nossa formação.

Aprendemos a amar ainda mais a especialidade ao vermos, no dia a dia, como a atuação dos mastologistas pode ajudar a melhorar a qualidade de vida das pacientes, tanto fisicamente quanto em relação a sua autoestima, o que é muito estimulante para quem está apenas no começo de uma jornada. ●

Francisco Leidimar Peixoto Farias

R2 em Mastologia do Hospital Geral de Fortaleza

O mais gratificante e motivador na mastologia é fazer parte de um processo que proporciona a cura, o alívio do sofrimento, e possibilita a reconstrução da autoimagem dentro do contexto das patologias mamárias e de seus fatores inerentes. Trata-se de uma experiência desafiadora que te envolve e te transforma no dia a dia da prática clínica.

Na residência temos a oportunidade de estarmos presentes em todas as etapas de atendimento a uma paciente, o que nos possibilita desenvolver uma visão abrangente da especialidade e nos torna aptos a enfrentar os desafios que encontraremos em nosso dia a dia de atuação clínica. Também somos estimulados a buscar sempre mais e mais informação, por meio de livros, cursos complementares e de aperfeiçoamento e simpósios. ●



HOMENAGENS

ALCIDES FERREIRA SANTOS

Alcides Ferreira Santos, laureado pela SBM, fala sobre a importância desse reconhecimento:

“Emérito é um título honorário concedido às pessoas que se destacaram em atividades acadêmicas ou religiosas. É sinônimo de honrarias, merecimento, experiência ou prestígio. Só tenho a agradecer à diretoria da SBM, que me contemplou com este valioso título. É a coroação de 31 anos dedicados à mastologia. Sou consciente de que dei minha modesta contribuição à mastologia brasileira, à qual me dedico em tempo integral desde 1990, quando criei a Clínica de Mama do Recife.

Em 1992, criei o Serviço de Mama do Hospital Barão de Lucena, em Recife. Hoje a equipe é composta por nove mastologistas e existem dezenas de profissionais que não seriam mastologistas se não fosse o HBL. O serviço foi credenciado pela SBM



na gestão de Marconi Luna. Dispõe de um bom serviço de radiologia com residência em rádio, fazendo todos os procedimentos diagnósticos, um grupo de patologistas fazendo biopsia de congelação, uma grande equipe de oncologia clínica. Esta foi a visão que tive naquela época, quando diariamente eu via no mínimo 50 mulheres no ambulatório de Mama do Hospital do Câncer à procura do atendimento.

No início, houve muita desconfiança, hostilidades e críticas dos pessimistas, que me acusavam de querer aparecer, de querer ser professor ou fazer escola. Esta descrença se transformou em credibilidade depois de alguns anos, após fazemos ambulatórios de longa metragem, e cresceu vertiginosamente o volume de cirurgias mamárias. Foram colaboradores os então estagiários Darley de Lima e de Marcos Almeida, hoje pessoas de destaques na especialidade.” ●

MARIO RIETJENS

O mastologista Mario Rietjens recebeu, no evento da Oncoplastia, em São Paulo, o título de sócio honorário da SBM. Rietjens dirige o Serviço de Cirurgia Reconstructiva do Instituto Europeu de Oncologia. Nascido em São Paulo, é radicado desde cedo na Itália, onde trabalhou por muitos anos com o lendário Umberto Veronesi, falecido em 2016. Além de manter uma atuação decisiva na luta contra o câncer de mama, Rietjens contribui de forma expressiva para o engrandecimento da mastologia brasileira no cenário internacional e tem ajudado incontáveis profissionais a aprimorarem seus conhecimentos e alavancarem suas carreiras. ●



POR QUE O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA É CRITICADO?

O custo financeiro dos programas de rastreamento de câncer em todo o mundo vem obrigando os governos e gestores a rever a eficácia dos mesmos, avaliando-se o impacto na redução da mortalidade e uma consequente redução de casos avançados da doença.

Apesar do rastreamento mamográfico ter sido adotado em alguns países e de ter havido uma redução de até 30% na mortalidade, cerca de 10% a 15% dos casos de câncer de mama na população rastreada são ainda diagnosticados em fase avançada, seja pelo rápido crescimento (tumores G3 ou triplo-negativos) ou pelo difícil rastreio (lobulares ou inflamatórios).

Paralelamente ao rastreamento, o tratamento sistêmico adjuvante e a especificidade terapêutica foram capazes de reduzir a mortalidade, em especial nos tumores luminais, ou Her2 positivos, abrindo uma discussão no sentido de priorizar a detecção precoce dos nódulos clínicos em detrimento de se investir no aprimoramento tecnológico para ampliar o rastreamento mamográfico.

Um estudo recentemente publicado por Altier et al (2017), com dados obtidos do programa de rastreamento mamográfico na Holanda nos últimos 25 anos, mostrou uma redução de no máximo 5% da mortalidade por câncer de mama em mulheres com idade acima de 50 anos, enquanto a melhora do tratamento adjuvante acarretou uma redução de 28% da mortalidade. Os dados revelaram que a incidência do câncer de mama clinicamente diagnosticado nos estágios II, III e IV em mulheres com mais de 50 anos foi de 168 por 100.000 habitantes em 1989 e 166 por 100.000 em 2012.

Segundo esses autores, os tumores diagnosticados pelo rastreamento (principalmente após a MMG

digital) teriam um elevado custo para o diagnóstico diferencial (ultra-som, ressonância e biópsia), além de ter acarretado um aumento de 32% no diagnóstico de formas subclínicas do carcinoma (ductal in situ e invasivo no estágio I), de pouco impacto na mortalidade. No estudo holandês, a proporção desses tumores diagnosticados em mulheres com mais de 70 anos foi duas vezes maior que no grupo entre 50 e 69 anos.

Os tumores subclínicos diagnosticados durante o rastreamento mamográfico vêm sendo equivocadamente designados pelos epidemiologistas como “overdiagnosis” pela baixa tendência a progressão e que, segundo eles, não impactariam a morbimortalidade da doença.

Concordo com os autores que mostram a impropriedade do termo “overdiagnosis”, pois inclui um grupo de neoplasias muito heterogêneas, como algumas formas de CDIS que, mesmo tratadas por cirurgia conservadora e radioterapia, recidivam e progridem para formas invasivas, impactando a radicalidade do tratamento e a mortalidade, principalmente nas pacientes com idade inferior a 60 anos.

Embora o aprimoramento tecnológico dos métodos de imagem tenha contribuído para melhorar a acurácia diagnóstica, não temos ainda como diferenciar os tipos de neoplasias e o prognóstico das mesmas sem o estudo histopatológico, nem dispomos de diretrizes para uma conduta expectante em neoplasias, em especial as invasivas.

Por não sofrer influência do tratamento sistêmico, a redução de casos avançados vem sendo um importante parâmetro para se medir a eficácia do rastreamento em alguns tipos de câncer. Embora algumas publicações evidenciem uma diminuição na



LUIZ HENRIQUE GEBRIM

Diretor do Hospital Estadual Pérola Byington

Médico Associado do Departamento de Mastologia do Hospital BP

Professor Associado da UNIFESP

incidência do câncer de colo do útero e colo-retal avançados, o mesmo não estaria ocorrendo nas pacientes com câncer de mama em países que fazem o rastreamento, incluindo os Estados Unidos.

Por outro lado, nas populações de baixa renda não rastreadas, o impacto não tem reduzido a proporção de casos avançados, ou seja, o downstage e a mortalidade. Em 2006, o México adquiriu centenas de mamógrafos digitais que não impactaram na redução da elevada proporção de casos avançados ainda existentes.

Ressalte-se que grande parte dos estudos comparou o custo efetividade do rastreamento mamográfico e a mortalidade, desconsiderando o custo das sequelas físicas e psíquicas dos diferentes tipos de tratamento e a qualidade de sobrevivência nos dois grupos.

Concluindo, há dois aspectos controversos sobre o rastreamento do câncer de mama vivenciados por nós, mastologistas, na prática clínica:

1 - Nas populações rastreadas, a redução no intervalo de exames e o aprimoramento tecnológico dos métodos de imagem (Digital, 3D, RNM) pouco têm contribuído para reduzir a mortalidade (5%), comparando-se com as novas modalidades de tera-

pêutica adjuvante (28%). Este é o aspecto que vivenciamos no atendimento privado. Houve aumento da acurácia diagnóstica, maior número de procedimentos invasivos e consequentemente de lesões precursoras que acarretam trauma psicológico, ansiedade e cancerofobia às pacientes. Estas, por sua vez, demandam cirurgias redutoras de risco (adenomastectomias) não desprovidas de sequelas físicas irreversíveis, com pouco ou nenhum impacto na sobrevivência.

2 - O rastreamento mamográfico não diminuiu a proporção de casos avançados observados nos tumores de intervalo nem nas populações de baixa renda não rastreadas. No Brasil, onde grande parte da população depende do Sistema Público de Saúde, há grandes gargalos de acesso e resolutividade para diagnóstico dos tumores palpáveis (T2, T3 e T4), principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Há consenso de que o rastreamento nessa população tem baixa efetividade e pouco impacto na mortalidade, devendo-se priorizar a prática e a qualidade do exame clínico das mamas na atenção primária, reduzir o longo tempo para elucidação diagnóstica muitas vezes com exames impróprios nas referências secundárias e a espera para iniciar a terapêutica do câncer nos Hospitais de Referência. ●

PRESENTE AO MÉDICO

Quando me formei médico, há mais de 40 anos, os jovens doutores viviam com entusiasmo o aguardo da licença no conselho regional de medicina, que oferecia ao novo médico o documento legal para o exercício da atividade em todo o país, possibilitando consolidar antigos e novos sonhos com legítima autonomia.

Foi grande minha expectativa em esperar alguns meses para receber o CRM definitivo e com ele o tão almejado carimbo médico. Nunca imaginei que daqui para frente minha vida seria totalmente diferente, agora tinha carimbo de médico, era independente, livre para arrojá-la na vida, poderia clinicar em qualquer lugar do país, era só usar o carimbo, realizar meu sonho como médico, receber dinheiro e desfrutar o restante da vida. Talvez minha vivência nesta época refletisse a tranquilidade de minha ignorância.

No início de minha carreira médica, nas horas vagas, quando não tinha nada para fazer, confesso que ficava imaginando como confeccionar meu carimbo médico, planejava qual seria a melhor letra, melhor disposição, qual a cor de tinta a ser usada, preta, azul, verde, tudo para demonstrar segurança, conhecimento, elegância, dignidade, todos estes conceitos reunidos e resumidos em um simples e pequeno carimbo.

Ficava sonhando com o desempenho na profissão, treinava carimbar, carimbava blocos de receita médica, rascunho, papel de embrulhar pão, em qualquer espaço que coubesse um carimbo, eu exercia o direito de carimbar. Com carimbo em mãos rumei para o litoral, o destino reservou-me estudar e formar-me médico no interior do estado de São Paulo e especializar-me e praticar medi-

na no litoral deste estado. Na época estimava que no litoral a prática médica seria igual ao interior. Minha postura era talvez de ansiedade do desconhecido, teria que pôr em prática o que tinha aprendido, carimbar algumas receitas e aproveitar a vida. Isto ficou claro quando trabalhei como médico alguns meses no interior.

Já tinha ouvido muitas histórias sobre os presentes de gratidão que os pacientes ofereciam a seus médicos no interior, alguns pacientes davam a seus médicos novilhos. Eu achava que era o máximo do desempenho médico, um médico receber um boi como presente de seu paciente agradecido. Vinha embutido no presente o conceito geral de médico com conhecimento científico notório, com grandeza de caráter, bem sucedido, existia o conceito popular de que o médico tinha grande patrimônio, era possuidor de muitos bens, inclusive fazenda, tudo conquistado com a prática do exercício médico exemplar, o dinheiro em consequência do bom desempenho médico, sendo seu carimbo usado majestosamente.

Trabalhei pouco tempo no interior e fui pago com meu digno e honroso salário e com a gratidão de alguns pacientes que me ofertavam presentes como doces de leite, mandioca, jabuticabas, pano de prato, etc., cheguei a ganhar no interior várias galinhas vivas. Talvez por minha juventude, os pacientes supunham que o jovem médico estava iniciando a vida profissional, com experiência limitada, talvez começando um pequeno poleiro de galinhas que futuramente se transformaria em uma fazenda de gado.

Quando optei por viver no litoral achava que era igual ao interior, ouvi história de médico bem



VICENTE TARRICONE JUNIOR

sucedido no litoral que recebeu como presente enorme quantidade de camarão grande (em média cinco unidades de camarões perfazendo 1 kg). Após atender uma paciente e usar com grande satisfação meu precioso carimbo médico, confeccionado com a mais precisa e sensível disposição de letras e cores, qual minha surpresa, uma paciente me agraciou com uma feira de caranguejos vivos. “Doutor, trouxe estes caranguejos todos muito bem escolhidos, são bem graúdos”. Quando olhei vi uma enorme feira de crustáceos vivos com carapaça, suas patas peludas e presas pontiagudas em constante movimento, deparei-me com os olhos dos bichos saltitando e se recolhendo constantemente, pensei e agora o que faço? Antes de eu refletir sobre o meu presente a paciente sugeriu uma receita para os animais: “é só colocar em uma panela de água fervendo que eles vão ficar uma delícia e, no tempero, use cebola, alho, tomate, tem que ter uma pitada de cerveja”.

Imagine só a situação, início de carreira, ainda jovem, chegando em casa agradecido por usar muito bem meu carimbo e trazendo o mimo recebido da paciente em gratidão ao dia trabalhado, avisando minha mulher: “Querida, trouxe alguma coisa para o nosso jantarzinho, hoje não vamos tomar vinho eu já trouxe cerveja, que podemos usar também no tempero destes dóceis caranguejos, é fácil de fazer, em uma panela grande deixe a água ferver por um bom tempo, após coloque os caranguejos vivinhos, se algum tentar fugir pelas bordas da panela com uma colher de pau empurre o ani-

mal água quente abaixo”.

Na realidade, minha esposa chegava de um dia de trabalho exaustivo, cansada, provavelmente esperando uma refeição já pronta com enormes camarões, e não uma feira de pobres caranguejos vivos que seriam submetidos a morte por afogamento, queimados vivos em água quente, toda esta tortura sendo realizada nos porões de nossa purificada cozinha.

Mas o litoral oferece soluções mágicas, próximo de minha residência tem um canal de águas fluviais construído pelo engenheiro e sanitarista Saturnino de Brito e inspirado na luta de Osvaldo Cruz, com intenção de erradicar as doenças infectocontagiosas predominantes na região no início do século passado. O porto de Santos era conhecido como “porto maldito”. Estes urbanistas lutaram pela defesa sanitária da cidade, solucionaram o problema drenando o mangue e agora quase no centenário de construção dos canais, no ano de sua comemoração descobri mais uma nova utilidade dada aos canais, a de salvar caranguejos que tinham como destino a água quente da panela, isto foi à porta da liberdade dos dignos animais. Fiquei muito contente com o destino dado ao presente que ganhei, pois no pior cenário poderia ter recebido de presente duas dúzias de ostras, como ganhei em ano seguinte, mas isto é outra história.

Ah, quanta saudade do velho e bom interior, onde não existia nada disso, era tudo muito simples e tranquilo, com as galinhas que ganhava era só cortar o seu pescoço e tudo resolvido. ●

EXERCER A MEDICINA DOS SONHOS

HENRIQUE MORAES SALVADOR SILVA

Presidente da Rede Mater Dei de Saúde e

Coordenador do Serviço de Mastologia da Rede

O Mater Dei é fruto do sonho do Dr. José Salvador Silva, meu pai, ginecologista e obstetra, que desejava, ao lado da minha mãe, Dra. Norma, sua colega de profissão, dar às suas clientes um atendimento humanizado, personalizado e diferenciado. Minhas irmãs, Maria Norma e Márcia, e eu seguimos a trajetória dos nossos pais escolhendo a mesma profissão e especialidade. Vimos o hospital crescer, mais especialidades sendo incorporadas, mais profissionais compartilhando do mesmo ideal. Hoje, a Rede Mater Dei de Saúde, composta pelo Mater Dei Santo Agostinho e o Mater Dei Contorno, possui estrutura, tecnologia, equipes capacitadas e segurança assistencial para atender às demandas dos clientes que nos procuram para atendimento médico-hospitalar em todas as fases da vida.

Em 1980 foi inaugurado o Santo Agostinho; em 2000 houve a primeira expansão da unidade, nascendo o Bloco II; e, em 2014, foi inaugurado o Mater Dei Contorno. A Rede se prepara para mais uma expansão: está sendo construído na região metropolitana de BH, em Betim, o Mater Dei Betim-Contagem, que será inaugurado em 2019. A Unidade Santo Agostinho conta com 35 mil m² de área, a Unidade Contorno com 66 mil m² e a do novo Hospital, Betim-Contagem terá 42 mil m² de área construída.

A Rede Mater Dei é referência em saúde para pacientes de diversas partes do Brasil em várias áreas: ortopedia, cirurgia geral, neurocirurgia, onco-

logia, saúde da mulher, trauma, emergências, entre outras. São 686 leitos, sendo 118 de UTI adulta e 61 de UTI pediátrica e neonatal, e 39 salas cirúrgicas. São mais de 401.000 consultas nos prontos-socorros, 30.900 internações, 51.000 cirurgias, mais de 3.100 partos e 1.250.000 exames realizados (média de 2017). Nosso parque tecnológico possui equipamentos reconhecidos no mercado como os mais modernos disponibilizados atualmente, como ressonância magnética 11,5 3 teslas, mamógrafos com tomossíntese, tomografia computadorizada multi-slice, PET-CT, cala híbrida, cirurgia robótica Da Vinci XI, entre outros.

O Serviço de Mastologia da Rede Mater Dei de Saúde, ativo desde 1986, reúne uma equipe multidisciplinar altamente qualificadas. São mastologistas residentes que atuam numa estrutura adequada para a assistência às pacientes. Os hospitais dispõem de tecnologia de ponta para diagnóstico e tratamento, como ultrassonografia, ressonância magnética 1,5 e 3 Teslas e a mamografia digital DR com opção da tomossíntese (mamografia 3D) além dos serviços de medicina nuclear. Oferece, ainda, o Mais Saúde Mater Dei, com atendimento direcionado para as várias doenças da mama e programas individualizados de reabilitação pós-cirúrgica. O serviço também está presente no Hospital Integrado do Câncer Mater Dei (HIC) com tratamentos específicos, individualizados e multidisciplinares. Inserido no complexo do Mater Dei Contorno, o HIC contém fluxos de atendimentos exclusivos para o tratamento dos pacientes oncológicos. As pacientes contam com o Pronto-socorro Oncológico que está preparado para atender urgências e emergências.



Após a minha formatura, em 1982, e residência, em 1984, busquei complementar minha formação em mastologia em instituições de referência mundiais. Passei pela Inglaterra, onde morei por dois anos e fiz um fellow no Guy's Hospital, um dos maiores hospitais do país. Fiz estágios também em hospitais da Alemanha, França, Itália, EUA e Canadá. Foi um período muito rico na minha vida. Eu tinha vinte e poucos anos, período da vida em que estava abrindo minha cabeça para o mundo. Sempre sonhei em ser médico. Enquanto eu puder e tiver energia e força, pretendo continuar a exercer a medicina.

No meu caso, como gestor hospitalar, a atuação próxima ao paciente me permite exercer a medicina plena, como sempre sonhei, auxiliando aqueles que buscam, no consultório, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de determinada patologia. Além disso, na medida em que utilizo os serviços da instituição hospitalar a qual eu presido, tenho a possibilidade de averiguar, in loco, a qualidade do serviço prestado e se os princípios institucionais que norteiam a atuação do Mater Dei, com foco no cliente, estão sendo respeitados.

Além disso, o contato com o paciente também faz com que busquemos a atualização permanente. Gosto de ler a literatura médica da minha área de

atuação, frequento um ou dois grandes congressos da minha especialidade por ano, ministro palestras na área médica e coordeno o Serviço de Mastologia da Rede. Dessa forma, busco integrar a equipe médica para que todos tenham o mesmo espírito de servir. Seja através de discussão de casos clínicos, reuniões científicas, acompanhamento de médicos residentes, tudo isso é um estímulo para que eu esteja sempre me atualizando e procurando desenvolver a cultura médica. Medicina é uma profissão em que o conhecimento muda muito rapidamente. É preciso que estejamos sempre atualizados.

É fundamental que o médico também tenha uma visão de gestão. Aliar esta visão à prática faz com que o profissional desenvolva todas as suas potencialidades. Além disso, uma visão de gestão possibilita aliar raciocínios clínico e objetivo não só na medicina como na sua vida pessoal. Vale a pena investirmos tempo, energia e recursos neste aprendizado.

Meu maior exemplo, sem dúvida alguma, é meu pai, Dr. José Salvador Silva. É uma pessoa que tem muitas dessas características que eu descrevi e que é um grande desenvolvedor de pessoas e um grande líder. A Rede Mater Dei para a minha vida e a da minha família tem uma importância muito grande. Ele é fruto de um sonho do meu pai e que hoje é acalentado por todos nós. ●



O primeiro biossimilar
de trastuzumabe aprovado
no Brasil com estudo
clínico de equivalência
de fase 3 - Heritage.^{1,2}

ZEDORA

trastuzumabe

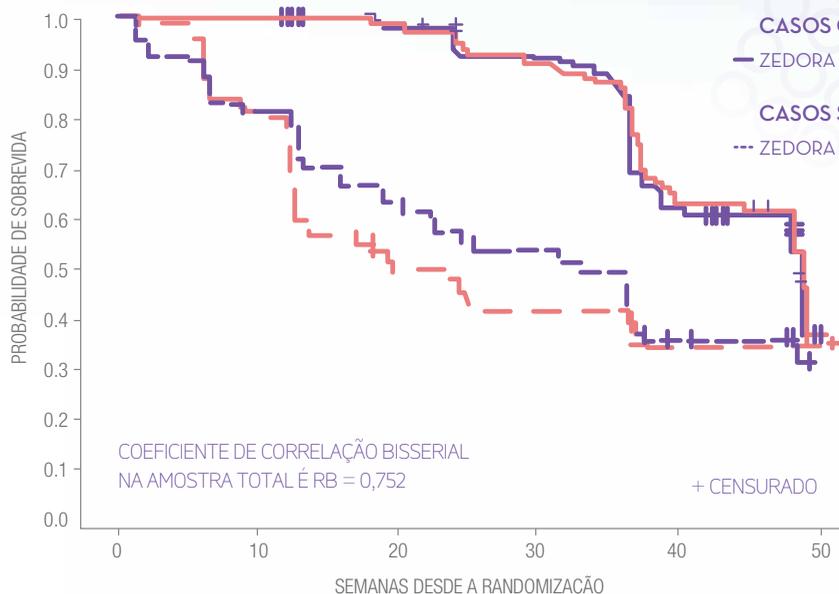
Trazendo acesso a quem precisa.³

Referências bibliográficas: 1. RUGO, H. S. et al. Effect of a Proposed Trastuzumab Biosimilar Compared With Trastuzumab on Overall Response Rate in Patients With ERBB2 (HER2)-Positive Metastatic Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, v. 317, n. 1, p. 37-47, 2017. 2. BRASIL. Gerência-Geral de Medicamentos e Produtos Biológicos. Deferir petições relacionadas à Gerência-Geral de Medicamentos. Resolução-RE nº 3.330, de 15 de dezembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 de dez. 2017. Suplemento, p.7. 3. CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Trastuzumabe chega ao SUS para tratar câncer de mama metastático. Brasília, DF: Conitec, fev. 2018. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/ultimas-noticias-3/trastuzumabe-chega-ao-sus-para-tratar-cancer-de-mama-metastatico>>. Acesso em: jul. 2018. 4. RUGO, H. S. Biosimilar Trastuzumab-dkst Monotherapy Versus Trastuzumab Monotherapy After Combination Therapy: Toxicity, Efficacy, and Immunogenicity From the Phase 3 Heritage Trial at 48 Weeks of Follow-up. Chicago: ASCO® Annual Meeting, 2018. 5. CARDOSO, F. et al. 4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4). *Ann. Oncol.*, p. 1-24, 2018.

ZEDORA - trastuzumabe - Pó liofilizado para solução injetável com 150 mg ou 440 mg. Cada embalagem contém um, dois, três ou quatro frasco(s)-ampola(s) de dose única com 150 mg de pó liofilizado de trastuzumabe para solução injetável ou um frasco-ampola multidose com 440 mg de pó liofilizado de trastuzumabe para solução injetável com 20 mL de solução para reconstituição (água bacteriostática para injeção). **VIA INTRAVENOSA. USO ADULTO. INDICAÇÕES:** câncer de mama com superexpressão HER2: a) metastático (em monoterapia após um ou mais tratamentos quimioterápicos para a doença metastática, ou em combinação com paclitaxel ou docetaxel para pacientes que ainda não tenham recebido quimioterapia para a doença metastática); b) inicial (após cirurgia, quimioterapia e radioterapia (quando aplicável); após quimioterapia adjuvante com doxorubicina e ciclofosfamida, em combinação com paclitaxel ou docetaxel; em combinação com quimioterapia adjuvante de docetaxel e carboplatina ou em combinação com quimioterapia neoadjuvante seguida por terapia adjuvante quando localmente avançada ou tumores >2 cm de diâmetro. Adenocarcinoma gástrico ou da junção esôfago-gástrica HER2-positivos, inoperáveis, localmente avançados, recorrentes ou metastáticos, que não receberam tratamento prévio contra o câncer ou doença metastática, em associação com capecitabina ou 5-fluorouracil intravenoso e um agente de platina. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade conhecida ao trastuzumabe ou a qualquer outro excipiente da fórmula. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** A terapia com *Zedora* deve ser iniciada somente sob a supervisão de um médico experiente no tratamento de pacientes com câncer. **Reações relacionadas à infusão (RII), reações pulmonares e disfunção cardíaca:** o paciente deve ser monitorado em relação aos sintomas relacionados e medidas específicas devem ser instituídas sempre que necessário (vide bula). **GESTÃO E LACTAÇÃO:** Categoria de risco na gravidez: **D. INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS, ALIMENTOS E ÁLCOOL:** doxorubicina, capecitabina. **REAÇÕES ADVERSAS E ALTERAÇÕES DE EXAMES LABORATORIAIS:** nasofaringite, influenza, sinusite, rinite, infecções do trato respiratório superior e do trato urinário, anemia, trombocitopenia, neutropenia febril, leucopenia, neutropenia, hipersensibilidade, redução ou aumento de peso, redução de apetite, insônia, depressão, ansiedade, tontura, cefaleia, parestesia, hipostesia, disgeusia, hipertonia, neuropatia periférica, sonolência, lacrimejamento, conjuntivite, diminuição da fração de ejeção, insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, taquiarritmia supraventricular, palpitação, linfedema, flogachos, hipotensão, hipertensão, vasodilatação, dispnéia, epistaxe, tosse, rinorreia, asma, distúrbio pulmonar, efusão pleural, pneumonia, pneumonite, chiado, diarreia, vômito, náusea, dispepsia, constipação, estomatite, pancreatite, eritema, rash, alopecia, síndrome da eritrodismestesia palmo-plantar, distúrbio ungueal, acne, dermatite, pele seca, hiperidrose, prurido, onicólise, urticária, artralgia, mialgia, artrite, espasmos musculares, dor (abdominal, orofaríngea, no pescoço, nas extremidades, torácica, nas costas, óssea), astenia, calafrios,

Eficácia equivalente observada durante 48 semanas

ORR NA SEMANA 24 COM PROBABILIDADE DE PFS



Na semana 24,

1,3% e 0
apresentaram **resposta completa**
68,3% e 64,0%
apresentaram **resposta parcial**

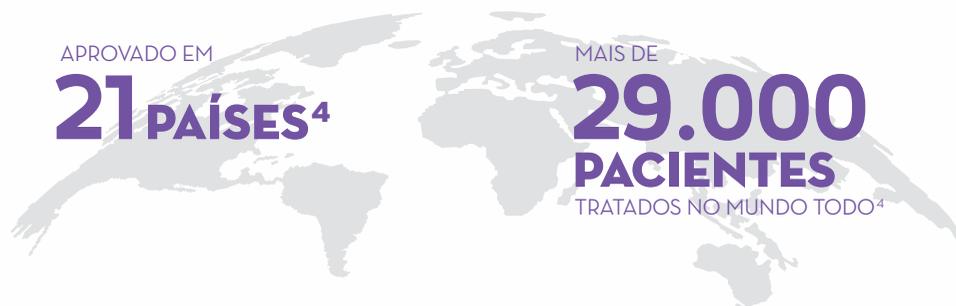
respectivamente para
Zedora e Herceptin®.¹

ORR: taxa de resposta objetiva; PFS: sobrevivida livre de progressão.
Fonte: Adaptado de RUGÓ, 2018

Herceptin é um marca registrada Genentech.

ZEDORA preenche todos os requisitos para trastuzumabe biossimilar.¹
Os biossimilares (ex. trastuzumabe) são fortemente apoiados pela comunidade de câncer de mama avançado da ESMO*.⁵

*ESMO: Sociedade Europeia de Oncologia Médica.



fadiga, sintomas semelhantes à gripe, reação relacionada à infusão, pirexia, inflamação da mucosa, edema, indisposição, dano hepatocelular, icterícia, surdez, hiperglicemia, gastroenterite, reação anafilática, alteração de transaminases, falência hepática, lesão renal. **POSOLÓGIA:** uso combinado com esquemas quimioterápicos ou monoterapia. Dose de ataque: **Zedora** deve ser administrado na dose de 4 mg/kg (esquema semanal) ou 8 mg/kg (esquema a cada 3 semanas), como infusão intravenosa durante 90 minutos. Dose de manutenção: **Zedora** deve ser administrado na dose de 2 mg/kg (esquema semanal) ou 6 mg/kg (esquema a cada 3 semanas), como infusão intravenosa durante 90 minutos (ou 30 minutos, caso a dose anterior tenha sido bem tolerada). Após preparo, este medicamento deve ser utilizado conforme as instruções dos cuidados de conservação da solução reconstituída e da solução para infusão com o produto reconstituído. **Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Informe imediatamente seu médico em caso de suspeita de gravidez. Reg. MS 1.0033.0166/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade GRF-SP nº 25.125 LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/CNPJ 61.230.314/0001-75/Rua Josef Krüss, 250/São Paulo-SP/ ZEDORA MB01-17/SAC: 0800-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. USO RESTRITO A HOSPITAIS. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.**

Cód.: 506951 – Agosto 2018.

Material destinado a profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.



Acesse a bula completa pelo QR Code ou pelo link:

<https://www.libbs.com.br/nossos-produtos/zedora/#profissional-saude>



0800-0135044
libbs@libbs.com.br

Libbs
Porque se trata da vida



DISCUSSÃO CLÍNICA

MN PERGUNTA

ASSINATURAS GENÔMICAS NO CÂNCER DE MAMA INICIAL BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Um dos maiores desafios no planejamento terapêutico do câncer de mama inicial é a decisão acerca da quimioterapia. Observamos aumento gradual na indicação de quimioterapia nos últimos anos, especialmente após o consenso americano, no início do século, postular que a maioria das mulheres com tumores maiores de 1 cm são candidatas ao tratamento. Em algumas situações, a indicação da quimioterapia será feita em doença com pequena carga tumoral, como acontece nos tumores de biologia adversa (HER2 e Triplo-ne-

gativo), porém esta avaliação não será tão fácil na maioria dos casos (luminais), mesmo em tumores maiores. Neste cenário, as assinaturas genômicas têm papel relevante.

As assinaturas avaliam determinados “genes” no câncer para avaliar o comportamento da neoplasia, ou seja, sua biologia. Elas foram testadas, inicialmente, de maneira retrospectiva através de banco de tumores de estudos prospectivos, demonstrando boa correlação de prognóstico, em outra palavras, risco de recorrência do câncer de mama.



FRANCISCO
PIMENTEL



EDUARDO
MILLEN



ANTONIO CARLOS
BUZAID

O MammaPrint e o Oncotype foram as primeiras assinaturas avaliadas através de estudos clínicos randomizados e com resultados já disponíveis.

O MINDACT foi um estudo multicêntrico Europeu que avaliou o papel do MammaPrint em mulheres com baixo e alto risco clínico na decisão da quimioterapia. O resultado do estudo demonstrou que mulheres com alto risco clínico e baixo risco genômico não tinham benefício de quimioterapia após seguimento de cinco anos, com redução de 46% na indicação de quimioterapia. Foram incluídas mulheres com até três linfonodos positivos. Por outro lado, o teste não identificou mulheres com baixo risco clínico em que o acréscimo de quimioterapia fosse vantajoso, mesmo no alto risco genômico. Portanto, o papel principal do MammaPrint será em casos, em geral, com possível indicação de quimioterapia (alto risco clínico).

Recentemente, tivemos acesso aos dados do estudo TAILORx, que avaliou o papel do Oncotype. Diferente do MammaPrint (risco genômico binário: alto e baixo), o Oncotype apresenta também o risco intermediário. Há alguns anos, foi apresentado o resultado de um dos “braços” não randomizados do estudo (baixo riscogenômico) demonstrando excelente sobrevida livre de doença sem quimioterapia. Neste ano, conhecemos o resultado do grupo randomizado (intermediário): pacientes

com este risco, com linfonodos negativos, tiveram excelente prognóstico com hormonioterapia isolada, ou seja, é improvável, de maneira global, o benefício de quimioterapia neste cenário. O estudo também avaliou subgrupos: idade (≤ 50 , 51-65, > 65 anos), status da menopausa e “dividiu” o risco intermediário (11-15, 16-20 e 21-25): em mulheres com mais de 50 anos, não foi evidenciado benefício de quimioterapia; por outro lado, mulheres com menos de 50 anos no intervalo genômico 21-25 poderiam se beneficiar da terapia citotóxica.

Os questionamentos naturais após o resultado destes dois estudos randomizados são: para quais pacientes devo solicitar o teste? Como escolher Oncotype ou MammaPrint? Em que pacientes não solicitar teste algum? Para responder a estas perguntas é preciso mergulhar nos estudos. O Oncotype excluiu tumores HER2 e triplo-negativos. O MammaPrint incluiu estes pacientes com biologia adversa, porém em número reduzido, sendo a maioria naturalmente selecionada para o grupo não randomizado alto risco clínico/alto risco genômico. Portanto, estes testes serão usados preferencialmente em tumores luminiais.

As duas últimas perguntas são mais complexas, especialmente em nosso país, em que a otimização de recursos é crucial no tratamento oncológico. Em princípio, a ideia seria solicitar MammaPrint para

DISCUSSÃO CLÍNICA

mulheres com alto risco clínico, incluindo axila positiva (1-3) e Oncotype para todas as “pacientes luminais” com axila negativa. Porém, há algumas controvérsias: foram apresentados dados sobre o risco clínico: 74% são pacientes com baixo risco clínico. Entretanto, o estudo não apresentou separadamente o que aconteceu com estas mulheres, o que nos remete ao estudo MINDACT que não demonstrou, de maneira randomizada e controlada, sucesso em selecionar pacientes com baixo risco clínico para quimioterapia (justificativa seria o baixo poder estatístico neste grupo). Para dificultar a compreensão, o TAILORx não randomizou casos com alto risco genômico, que poderia provar o valor preditivo do teste em estudo randomizado no baixo risco clínico (esta decisão foi baseada na análise prévia retrospectiva do estudo NSABP B-20 em um número reduzido de pacientes, que evidenciou valor preditivo do teste no alto risco genômico).

Quando não solicitar assinatura genômica?

Pimentel: Em doença de biologia adversa (HER2 e Triplo negativo) e em alguns casos de baixo risco clínico. O Ki67 poderia, se baixo (mas quão baixo?), ajudar na decisão. Baixo grau também pode auxiliar: a maioria dos tumores grau 1 não serão alto risco; por outro lado, no grau III, a grande maioria dos casos serão alto risco após avaliação das assinaturas. Por fim, RP elevado, concordante com RE, também favorece hormonioterapia isolada. O carcinoma lobular clássico foi avaliado em estudo retrospectivo com Oncotype, não demonstrando benefício de quimioterapia mesmo no alto risco genômico.

Millen: As assinaturas gênicas foram estudadas para ajudar a decisão sobre o uso da quimioterapia em tumores luminais. Os dois principais testes, MammaPrint e Oncotype DX, randomizaram tumores luminais até 5 cm, com até 3 LN + nos estudos Mindact, Taylorx e Rxponder. Desta forma, em tumores triplo negativos, Her 2 enriquecidos e com +3 LN comprometidos não se deve pedir nenhum dos testes.

Buzaid: Não se deve solicitar assinatura genômica em tumores luminais nas seguintes situações: CDI menores que 6 mm; carcinoma invasivo grau 1 com RE e RP fortes, com Ki67 < 10% e HER-2 negativo; e pacientes muito idosas que não receberiam QT adjuvante mesmo que tivessem assinatura genética desfavorável.

Quando escolher MammaPrint ou Oncotype?

Pimentel: Na axila positiva, MammaPrint. Quando o status linfonodal for negativo, a chave estaria no risco clínico. A ideia inicial seria solicitar Oncotype para baixo risco clínico e MammaPrint para alto risco. Entretanto, não é tão simples assim. Pacientes com alto risco clínico foram muito bem representadas com MammaPrint no estudo MINDACT, enquanto que o TAILORx, apesar de ser composto em sua maioria por doenças de baixo risco clínico (74%), também continha pacientes neste cenário. Já em mulheres com baixo risco clínico, não há dados prospectivos que demonstrem seleção adequada para quimioterapia: o estudo MINDACT não mostrou benefício significativo e o

TAILORx não randomizou o alto risco genômico. Portanto, solicitar qualquer um dos testes no baixo risco é possível e a decisão acerca da quimioterapia passará necessariamente por uma discussão sobre um benefício possivelmente modesto. Vale salientar que a grande maioria dos casos com baixo risco clínico não terá alto risco na avaliação genômica.

Millen: Os dois testes, embora com função definida para auxiliar na decisão terapêutica sobre o uso ou não de quimioterapia, foram validados em estudos randomizados, prospectivos e com populações diferentes. No estudo MINDACT 2/3 das pacientes apresentavam alto risco clínico pelo Adjuvant Online. Já no Taylor X, 76% das pacientes apresentavam baixo risco. O Estudo MINDACT não demonstrou benefício da quimioterapia em pacientes de baixo risco clínico que apresentaram resultado de alto risco genômico. Desta forma, não se considera a aplicação do teste em pacientes de baixo risco clínico. Já no Oncotype não há recomendação de avaliação do risco clínico, sugerindo que todas as pacientes devam ser candidatas ao teste. Na prática, quando a decisão compreende custo x benefício, considero o uso do MammaPrint em pacientes luminais de alto risco clínico. Nestas, o resultado de baixo risco genômico obtido no teste possibilita evitar o uso da quimioterapia.

Buzaid: Em pacientes com risco clínico baixo pelos critérios do MINDACT, solicitar Oncotype. Se risco clínico alto N0, favoreço MammaPrint, mas OncotypeDx representa uma opção apropriada também. Se risco clínico alto com até dois

linfonodos envolvidos, recomendo MammaPrint.

Estes testes podem ser utilizados para avaliar tratamento sistêmico neoadjuvante?

Pimentel: A decisão de quimioterapia neoadjuvante passa por dois princípios: ter indicação clara de quimioterapia e se o que será feito antes seria semelhante ao que seria utilizado na adjuvância, levando também em consideração benefício para cirurgia na mama e na axila. Um exemplo: uma mulher com tumor luminal e axila clinicamente positiva poderia se beneficiar de quimioterapia neoadjuvante para tentar minimizar impacto na cirurgia axilar posterior e, ao mesmo tempo, ser de baixo risco clínico e não ter benefício em termos de resposta a terapia e/ou doença à distância. Seria uma situação em que o teste poderia ajudar a decisão, porém estas assinaturas ainda não foram testadas neste cenário. No momento, a recomendação será utilizá-los para decisão na adjuvância.

Millen: Estudos prospectivos foram realizados com os dois testes demonstrando que pacientes com baixo risco apresentam pouca probabilidade de obter resposta patológica completa. Pacientes luminais, onde a decisão sobre cirurgia ou quimioterapia neoadjuvante, podem beneficiar-se do resultado destes testes. Desta forma, pacientes com tumores de baixo risco não necessitam quimioterapia, seja adjuvante ou neoadjuvante.

Buzaid: Ainda não estão validados neste contexto clínico. 



RECOMENDAÇÕES

ONCOPLÁSTICA VALE DOS VINHEDOS

Recomendações da Sociedade Brasileira de Mastologia baseadas nas discussões da Oncoplástica Vale dos Vinhedos 2018. Coordenação de José Luiz Pedrini e Jorge Villanova Biazús.

Recomendações do painel de Mastectomia e Reconstrução com Prótese:

1) Existem contra indicações: absolutas e relativas? - Avelina Recamonde (RS)

Não existe contra indicação ao emprego de implantes, desde que as condições locais permitam e seja desejo da paciente.

2) Evidências para respaldar as indicações atuais NSM? - Régis Resende Paulinelli (GO)

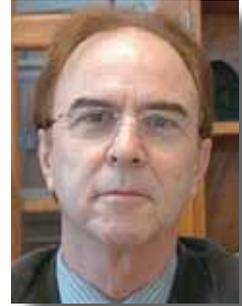
As evidências que respaldam as indicações atuais vêm de estudos de grandes séries de pacientes com câncer de mama demonstrando que a sobrevida global de pacientes submetidas a mastectomia sem reconstrução ou mastectomia poupadora de pele e mamilo com reconstrução com prótese imediata tiveram o mesmo desfecho.

3) O tipo de implante realmente faz diferença no contexto geral (volume, forma e textura)? - Régis Resende Paulinelli (GO)

Se a reconstrução é unilateral é possível selecionar



JOSÉ LUIZ
PEDRINI



JORGE VILLANOVA
BIAZÚS

um modelo de implante adequado para reconstruir a mama com boa simetria do conjunto das mamas. Quando a cirurgia é bilateral a escolha de modelo de implante (redondo ou anatômico) depende de preferências do médico e da paciente: se esta desejar um colo mais cheio, os implantes redondos devem ser selecionados.

4) Existe diferença de técnica entre mastectomia terapêutica e profilática? Sim/não - Qual? - Régis Resende Paulinelli (GO)

A técnica deve ser a mesma, independente de ser terapêutica ou profilática.

5) Influência da radioterapia pós-operatória na opção de reconstrução... - Fábio Bagnoli (SP)

Os resultados podem ser comprometidos pela radioterapia pós-operatória, mas a previsão de radioterapia pós-operatória não é contraindicação à técnica. São relatados 70% de complicações na reconstrução imediata e 50% na tardia; é relatada também a perda de 40% dos implantes e conversão para retalhos.

6) Existem evidências que respaldam o uso de matriz dérmica em todos os casos? Quais as indicações? - Fabrício Brenelli (SP)

As últimas publicações enfatizam que o uso das matrizes dérmicas acelulares é quase indispensável na reconstrução mamária com prótese. Seu custo está longe da realidade brasileira, mas seria recomendável seu

emprego em casos de radioterapia prévia e em situações de resgate com cobertura muscular insuficiente.

7) Existe respaldo para indicar esta abordagem em tumores localmente avançados: situações especiais: tumor ulcerado, carcinoma inflamatório, tumor junto à pele? - Flávio Ribas (RS)

Eventualmente, em tumores localmente avançados com boa resposta a quimioterapia, é possível realizar mastectomia subcutânea e reconstrução com implante. É impossível generalizar, devendo ser analisado caso a caso dentro de suas peculiaridades.

8) Quando não preservar o mamilo - Régis Resende Paulinelli (GO)

Quando houver sinais clínicos de extensão tumoral ao mamilo. Quando o exame transoperatório demonstrar comprometimento da base do mamilo será possível preservar o complexo aréolo mamilar. Quando houver descarga papilar suspeita e quando houver a combinação de obesidade, tabagismo e radioterapia prévia.

9) Qual a espessura ideal do retalho de pele? - Bráulio Fernandes (SC)

O plano ideal é aquele que preserva com segurança os vasos subdérmicos. A espessura do retalho é determinada pela fáscia superficial que, quando identificada, deveria determinar o plano de dissecação. Retalhos com menos de 5mm de espessura têm altas taxas de complicação com necrose.

RECOMENDAÇÕES

10) "Follow up" ideal em reconstrução com implantes: Sim/não - Como: clínico, ultrassonografia, RM? - Elvis Lopes Barbosa (CE)

Ainda não há consenso na literatura. O seguimento deverá ser essencialmente clínico e eventualmente com RNM. A maioria das recidivas locais ocorre no tecido subcutâneo do quadrante do tumor primário.

11) A Mastectomia é superior ao tratamento conservador do câncer de mama? - Bráulio Fernandes (SC)

Excetuando-se as contraindicações formais à cirurgia conservadora, não existe qualquer vantagem da mastectomia sobre a cirurgia conservadora. A cirurgia conservadora, além de apresentar menor agressão cirúrgica, também tem menor impacto na qualidade de vida, preservando a autoimagem.

12) Resgate de implantes. Como manejar: infecção, exposição - Vilmar Marques de Oliveira (SP)

No caso de uma pequena exposição sem sinais de infecção é válida uma tentativa de resutura com taxa indeterminada de sucesso. Quando existe infecção associada a melhor conduta é a remoção do implante, e recomeçar o processo após a resolução completa do quadro infeccioso.

Recomendações do painel de Lipoenxertia:

1) Existe contraindicação formal e absoluta? - José Luiz Pedrini (RS)

Não existe contraindicação formal para a lipoenxertia na cirurgia da mama, podendo ser empregada para a correção de sequelas pós-radioterapia e pós-cirúrgicas ou usadas no transoperatório primário.

2) Existe evidência de que a região abdominal é melhor que outras áreas para coleta da gordura? - Fernando Schuh (SP)

Não existe diferença entre as diversas áreas doadoras na qualidade do material para lipoenxertia. Não há diferença no número de adipócitos viáveis e células-tronco derivadas de adipócitos.

3) Existe evidência de que a aspiração com seringa é melhor que a aspiração com aspirador mecânico? - Andrei Gustavo Reginatto (RS)

O uso de aspiração manual com seringa ou aspirador mecânico não resultou em diferença significativa na qualidade do material para enxerto, embora estudos demonstrem que na aspiração com alta pressão ocorra maior dano ao adipócito.

4) Existe evidência de que o calibre da cânula de coleta e o tamanho do orifício de captação determinam melhor qualidade de gordura para enxertia? - Darley de Lima Ferreira Filho (PE)

Sim, existe evidência de que as cânulas com diâmetro e orifícios de aspiração igual ou maior do que 3mm produzam material com mais adipócitos viáveis e com menos trauma aos adipócitos.

5) Existe evidência de que centrifugar ou lavar a gordura é importante para a vitalidade do enxerto? - Andrei Gustavo Reginatto (RS)

Os estudos atuais não demonstram diferenças significativas entre as várias formas de preparo do enxerto, lavagem com solução fisiológica, decantação, peneira ou centrifugação no sucesso do procedimento, embora a centrifugação produza a compactação da gordura, tendo maior número de adipócitos e pré-adipócitos por centímetro cúbico de gordura processada.

6) Existe evidência de que a gordura deva ser injetada logo após a coleta? - Márcia Melo (RS)

As evidências atuais indicam que a lipoenxertia deve ocorrer o mais breve possível após a lipoaspiração e o preparo do enxerto de gordura, independente da técnica.

7) Existe evidência de que o diâmetro da cânula de injeção tem influência no sucesso da enxertia?

- Jorge Villanova Biazús (RS)

Sim. Com base nas evidências atuais a injeção deve ser retrógrada com cânula de diâmetro de até 2mm para otimizar a área de contato do enxerto com o tecido receptor.

8) Existe evidência de que deva ser realizada uma sobrecorreção no defeito a ser reparado? - Régis Resende Paulinelli (GO)

A sobrecorreção deve estimar a prática de cada cirurgião, sabendo-se que a reabsorção poderá ser de 30-50% nas maiores séries.

9) Existe evidência de que a lipoenxertia é segura para procedimentos reparadores em paciente com câncer de mama? - Fabrício Brenelli (SP)

Sim, atualmente a lipoenxertia em pacientes com câncer de mama é considerado um procedimento seguro. Estudos prospectivos são necessários para determinar definitivamente esta questão.

10) Existe evidência de que a solução tumescente ou uso de anestésico local é prejudicial à sobrevida do enxerto? - Rubens Prudêncio (SP)

Os estudos mostram que o líquido de tumescência não tem interferência na qualidade e na sobrevida do enxerto.

11) Existe evidência de que o lipoenxerto após estabilizado é perene? - Vilmar Marques de Oliveira (SP)

A sobrevivência do enxerto depende de sua nutrição inicial por embebição no leito receptor e na capacidade regenerativa de células progenitoras resistentes a ambiente isquêmico. As evidências indicam que o lipoenxerto realizado com técnica adequada após a estabilização é perene. 🍷





VIAGEM

UMA JORNADA NA MONGÓLIA

MARIO CASALES SCHORR

Mastologista dos Hospital Conceição Conceição e coordenador do Serviço de Mastologia do Hospital Ernesto Dornelles

Os quatro aviões necessários para se chegar a Ulan Batur, as 38 horas entre voos e aeroportos e as onze horas de diferença do fuso horário me serviram como um óculos do superlativo, tudo começava grandiosa e exageradamente. Ao chegar lá, só pude tomar um banho e trocar de roupa para irmos diretamente ao hospital e avaliarmos as pacientes que seriam operadas na semana seguinte. Lá, vi que os cirurgiões de mama, na verdade, eram cirurgiões torácicos. Devido à muito baixa incidência do câncer de mama não há um cirurgião específico desse órgão. O Hospital Nacional do Câncer de Ulan Batur é o único centro de referência para os pacientes oncológicos dos três milhões de habitantes da Mongólia e, que por isso, sim, ali havia também muitos casos de câncer de mama.

Como eu imaginava, os casos eram complexos e faltava a consciência cirúrgica para a solução dos casos ou a magnitude das cirurgias reconstrutoras. Depois de avaliar e conversar com as pacientes e os colegas cirurgiões, eu estava apreensivo e reflexivo pela semana que viria, mas também estava excitado com a ambientação e o aprendizado da cultura local. Decidi passear a pé nos arredores do hotel e logo me deparei com a grande praça central, onde ficam o palácio do governo e a imponente estátua do Gengis Khan como guardião.

No sábado pela manhã, o colega cirurgião torácico Tumurchudur me levou para caminhar pelas ruas da cidade e seu trânsito caótico, com visitas ao templo budista e seus monges, ao monumento gigante em homenagem a Gengis Khan fora da cidade. O cenário é único, montanhas cobertas de grama, de uma amplitude tão monótona quanto linda.

Segunda-feira, aula sobre cirurgia conservadora, oncoplástica e reconstrução da mama para



os colegas cirurgiões torácicos, residentes do hospital e alunos da faculdade de Medicina. A ideia principal era mostrar as fortes evidências da segurança oncológica da cirurgia conservadora de mama e a importância de minimizar a mutilação para a saúde e qualidade de vida das mulheres. A terça-feira foi um dia especial, com a cirurgia conservadora da mama com a avaliação do linfonodo sentinela, a primeira na história do serviço público da Mongólia. Procedimento um pouco confuso, demora para achar o linfonodo sentinela, mas as dificuldades enfrentadas com tranquilidade e resolutibilidade fizeram com que os meus colegas mongóis passassem a confiar plenamente em mim. Que dia incrível, com direito a muita conversa no pub irlandês perto do hotel com Tumurchudur e seu amigo cirurgião geral sobre cirurgia e o conceito de doença sistêmica do câncer de mama. Na quarta-feira, voltamos à tradicional mastectomia radical para tumores avançados, tão comuns num país que não tem ainda rastreio em

mulheres assintomáticas para o câncer de mama.

Nesse clima de confiança, fomos para as reconstruções de quinta-feira. A curiosidade e a excitação estavam nos olhares e nos gestos de todos, principalmente de Azaa, a colega que era meu contato prévio antes da viagem e a mais reticente quanto às novidades que vinham do Brasil. Sexta-feira com cirurgia cancelada, mas, ao invés de frustração, o dia mais incrível. Todas as pacientes quiseram me ver, todas me deram presentes e demonstraram uma gratidão que, como eu disse antes, fazem parte das sensações que precisam ser vividas para poderem fazer sentido quando contadas. Foi o dia mais feliz da minha carreira como médico, que completa 18 anos. Nesse dia, senti na plenitude o que é ser médico. 🍎

Mario Schorr esteve na Mongólia em missão voluntária com a Virtue Foundation e realizou a primeira cirurgia de conservação da mama e da axila da história do país.



VIAGEM

UMA AVENTURA NA CHINA

JORGE VILLANOVA BIAZÚS

Chegamos ao aeroporto de Pequim na madrugada de abril. Ali, pegamos um voo doméstico para Chongqing. Sentamo-nos no fundo do avião. O primeiro contato com os chineses foi divertido, olhavam-nos com curiosidade, falavam muito alto e todos ao mesmo tempo, característica comum entre os chineses. Depois de aproximadamente três horas chegamos a Chongqing, um aeroporto gigantesco com fachada em granito reluzente, impecável. Na saída nos aguardava um chinês magrinho, de sorriso tímido, com um cartaz levantado: “Dr. Biazus”. Christian era seu “nome ocidental”, um estudante de medicina do quinto ano que falava inglês e seria nosso intérprete e guia na maior parte do tempo. Após a apresentação formal, deu-nos garrafas de água, pois a temperatura beirava aos 30 graus.

Partimos em direção a Chongqing costeando morros e rios. A cidade é atravessada pelo rio Yang Tsé, que serpenteia entre montanhas e paredões de pedra. De repente surge a metrópole completamente vertical, com espigões que brotam do chão a perder de vista entre as montanhas. A sensação é de certo sufoco. Chegamos ao suntuoso Hotel Imperial, construído nos anos mais autoritários do regime, e que costumava abrigar altos membros do partido e o corpo diplomático. Com a abertura e liberalização das relações internacionais, tornou-

se luxuoso hotel e spa, tendo associado na mesma área um formidável centro de convenções.

Mal nos instalamos, fomos para o almoço. No restaurante do hotel nos aguardavam Marc, nome ocidental de He, residente do último ano no hospital da Universidade de Chongqing e que coordenava toda a logística de nossa aventura na China, e um outro colega, o francês Frederic Bodan, cirurgião plástico especializado em microcirurgia. Nosso primeiro contato com a culinária chinesa genuína foi inesquecível. Acostumados à comida chinesa ocidentalizada, não estávamos preparados para conhecer a intensidade das especiarias empregadas no preparo da verdadeira cozinha chinesa. Quase tudo tem muita pimenta, de vários tipos, entremeado com sopas e caldos quase sem gosto.

À tarde encontramos Jean Ives Pétit, velho amigo que me disse que estava desenvolvendo, junto com os chineses, um protocolo de Lipoenxertia Imediata em Cirurgia Conservadora, inspirado no trabalho que tínhamos publicado em 2015 no *The Breast Journal*, o que para mim foi motivo de orgulho e surpresa. O jantar, com Gusengh Ren, presidente do 8º Simpósio Internacional de Câncer de Mama, foi formal, uma grande mesa redonda para 14 pessoas com uma plataforma giratória com muitos pratos, carnes, verduras, saladas, caldos e sopas no estilo chinês.

Com a chegada, à noite, de Jean Marc Piat, um mastologista francês, estávamos com o time comple-

to e fomos ao hospital ver as pacientes que seriam operadas no workshop de cirurgia no dia seguinte. O hospital universitário fica perto do hotel, em um prédio de 22 andares, no qual a cirurgia da mama ocupa os dois últimos. Os casos foram apresentados por um residente e, após o plano cirúrgico ser delineado, ocorreu uma discussão com as pacientes e familiares. Foi quando percebi, alertado por Jean Marc, que eles estavam falando sobre os custos da cirurgia. Fiquei impressionado ao saber que não existe atendimento de saúde gratuito na China, todos pagam de acordo com suas possibilidades, mesmo no caso de cirurgias demonstrativas num curso. À tarde saímos para conhecer um pouco da cidade. Guiados por Marc fomos ao Paradise Walk, de acordo com ele o maior shopping do Oriente, realmente gigantesco. Muito diferente do que eu imaginava de um país com um regime político autoritário. A China realmente surpreende. Nos parques, grupos de idosos cantam e dançam enquanto outros praticam alguma forma de ginástica com profundo relaxamento e concentração.

No outro dia fomos ao bloco cirúrgico, bem equipado, bem organizado mas com aquele surpreende estilo chinês de comunicação, todos falando alto, simultaneamente e em tom que parece ríspido mas que, para eles, é o normal. Após nossa participação fomos ao anfiteatro para onde as cirurgias eram transmitidas e um grupo de aproximadamente 300 jovens cirurgiões chineses assistiam. A sessão de perguntas foi intrigante, os chineses não tem nenhuma inibição em questionar, mas o mais intrigante era que todas as perguntas tinham uma elaboração de no mínimo cinco minutos e após a tradução a resposta era de uma frase.

O simpósio se iniciou no outro dia com pompa e circunstância. Falar para uma platéia de quase duas mil pessoas, entre as quais a elite de especialistas em câncer de mama daquele país, foi um desafio e uma experiência inusitada, especialmente porque estavam muito interessados em nossa evolução no campo da “Lipoenxertia imediata da cirurgia conservadora da mama”. Terminado nossos compromissos oficiais,

fizemos um tour pela região de Sichuan. Fomos de trem para Chengdu, visitamos o Templo Wuhou, com belos jardins e um pouco da história milenar do povo chinês. O turismo interno na China é intenso, raros ocidentais são vistos na região. Várias vezes fomos abordados para tirar uma foto junto com famílias chinesas. Demos muitas risadas com o inusitado da situação. Visitamos a estátua do Grande Buda de Leshan, com mais de setenta metros de altura, esculpida na encosta de uma montanha, cuja visão nos remete a um estado de contemplação e reverência. Assistimos a uma peça clássica na Ópera de Chengdu, fomos à cidade antiga e ao parque dos Pandas Gigantes. As montanhas esculpidas de Dazu, cinzeladas durante séculos, são impressionantes, é possível acompanhar a história e a evolução cultural e religiosa do budismo, do taoísmo e do confucionismo.

Voltamos com uma nova visão da China. Seus costumes e cultura exóticos para nós ocidentais são fundamentados numa evolução milenar. Para entender a China e seu modo de ser precisamos compreender sua história e como se amalgamaram a alma e o espírito de seu povo. 🍷





ESPORTE

OS DESAFIOS DO TRIATLO

JOÃO HENRIQUE PENNA REIS

Depois de 1.900 metros de natação oceânica, 90 Km de ciclismo de estrada e 21 Km de corrida, cruzar a linha de chegada de um Ironman 70.3 é uma sensação única. Esporte sempre foi uma grande paixão e a prática do triatlo acabou sendo uma surpreendente descoberta sobre minha capacidade como ser humano. Inicialmente, eu buscava correr e nadar para manter a forma, preservar a saúde e, digamos assim, prolongar minha vida útil. Então, o Minas Tênis Clube tomou a iniciativa de criar uma estrutura para o triatlo com treinos de natação. Comecei a frequentar sem compromisso de competir, apenas para melhorar minha técnica e receber orientação profissional. Aos poucos, a atmosfera de amizade e colaboração entre os atletas foi me contagiando. Conheci pessoas fascinantes, criei amizades e parcerias de treino muito estimulantes.

A equipe conta com nomes importantes do triatlo brasileiro como Diogo Sclabin (representante do país nas olimpíadas do Rio), Thiago Vinhal (triatleta profissional e 13º no mundial de Kona 2017) e Felipe

Dayrell (campeão amador do Ironman Brasil 2016), entre outros. Atletas exemplares e seres humanos espetaculares que sempre têm paciência e boa vontade com iniciantes como eu.

Certa vez, em viagem para o Congresso da American Society of Breast Surgeons, em Las Vegas, trouxe uma bicicleta de triatlo na bagagem. Um mês depois estava disputando minha primeira prova no Rio. Dedicção à longa rotina quase diária de treinos e algumas provas com distâncias variadas me levaram ao primeiro Ironman 70.3, em Maceió, em agosto deste ano.

A prova é longa, dura, extenuante, mas muito emocionante. Planejamento e estratégia, especialmente com respeito à forma correta de alimentação e hidratação foram cruciais para conseguir enfrentar os 113 Km do percurso no calor escaldante de Alagoas. Mas a experiência é também uma viagem de autoconhecimento e muito aprendizado. Sentir o limite das forças, o controle mental sobre o cansaço, dores e desejo de desistir e finalmente ver que você é capaz é fascinante. Foi uma emoção sensorial que pretendo repetir muitas vezes. 🏃

HOUVE UM TEMPO EM QUE SÓ TÍNHAMOS QUE SER MÉDICOS



J.J. CAMARGO

Cirurgião torácico e diretor do Centro de Transplantes da Santa Casa de Porto Alegre

O atual sistema de saúde pública respira com ajuda de aparelhos porque, lá na sua origem, não houve a preocupação de provê-lo de recursos para acompanhar as mudanças impostas por duas variáveis previsíveis e que se revelaram devastadoras para um modelo romântico, surreal e meio demagógico: o incremento exponencial de dependentes em função da falta de planejamento familiar da população mais necessitada e o aumento real do custo da medicina moderna enriquecida de tecnologias em constante evolução. Ninguém ousaria considerar lamentável o aumento da idade média da população, observável em curva ascendente a cada década, mas também nenhum gestor pode ignorar o quanto a festejada maior longevidade acrescenta de despesas com o cuidado de mais doenças degenerativas.

Na medida em que o custeio da saúde pública ficou insustentável, os planos privados de saúde suplementar assumiram um protagonismo cada vez maior e, como não podia ser de outra forma, com visão empresarial, o que transformou os pacientes em clientes externos e seus tratamentos em códigos e números que passaram a ser regidos por projeções e metas. Para a prosperidade do negócio saúde, a figura do médico passou a ser considerada essencial, porque, afinal, ele não podia sair por aí prescrevendo ingenuamente tratamentos que onerassem o plano, corroendo a margem de lucro do empresário que, em nome do crescimento da empresa, impõe limites de gastos. E, assim, o plano disponível, na hora de usar, em nada se parece com o da publicidade.

O crescimento de algumas empresas do segmento saúde foi extraordinário, a ponto do dono de uma delas (que era médico) ter declarado sem nenhum pudor que atribuía o seu sucesso empresarial astronômico ao privilégio de contar com uma mão de obra qualificada e barata, que era a classe médica brasileira. Não se ouviu mais do que resmungos de alguns dos 450 mil tripu-

diados existentes no país e que aparentemente estavam tão ocupados com os cuidados de pessoas doentes que nem perceberam a extensão do ultraje. Quem paga por algum serviço sente-se, justificadamente, no direito de exigir contrapartida e, então, o médico brasileiro se converteu inesperadamente em marisco, espremido entre o mar da exigência dos pacientes e a inflexibilidade do rochedo empresarial.

Como o pobre paciente não tem conhecimento dos meandros do processo, o médico, única ponta visível do sistema, passou a ser visto como um para-choques das mazelas da saúde, pública ou privada, e descobriu-se vulnerável diante de crescentes demandas judiciais.

Neste fogo cruzado de interesses escusos, ele tem tentado sobreviver com a dignidade e o respeito historicamente destinados aos médicos de verdade. E haja esforço para preservar a altivez nestes tempos de honorários baixos, condições de trabalho precárias, ministros desqualificados (o último a debandar - graças a Deus - foi capaz da desfaçatez de dizer que os médicos brasileiros precisam parar de fingir que trabalham) e pressão dos planos de saúde para que o médico seja também um gestor de gastos, com o objetivo de preservar seu empreguinho de salários degradantes. Para quem achava que pior não podia ficar, uma surpresa: podia. Se um doente processar o médico, ele se descobrirá absolutamente sozinho e seus pedidos de apoio dos contratantes serão ignorados.

Com este cenário de fogo amigo, tenho ensinado aos médicos jovens que, em uma demanda judicial, eles só encontrarão quem os defenda se tiverem priorizado integralmente o interesse do paciente, ou seja, o médico também tem que ser, o tempo todo, o advogado do cliente. E com uma fidelidade ideológica inabalável, como se vê em alguns ministros do Supremo. ●

Publicado originalmente no jornal Zero Hora

MISSÃO

- Levar atualização e educação continuada a todos os mastologistas.
- Habilitar médicos com título de especialista em mastologia.
- Estimular o rastreamento do câncer de mama em nível público e privado.
- Participar das políticas públicas de saúde.
- Desenvolver ações que visem a diminuir a morbidade (física e emocional) e a mortalidade dos portadores de câncer mamário.

VISÃO

- Aumentar a cobertura dos programas de rastreamento do câncer de mama.
- Desenvolver programas de atualização e educação continuada em todos os Estados Brasileiros.
- Evitar mulheres mastectomizadas, reparando as já operadas e estimulando a reconstrução imediata.
- Incluir o voluntariado na tomada de decisões dos serviços de referência.
- Indexar a Revista Brasileira de Mastologia ao PUBMED/MEDLINE.

VALORES

- Promoção da educação continuada com abrangência nacional.
- Corpo de associados habilitado para difundir os conhecimentos de ensino e pesquisa em mastologia.
- Credenciamento de Residência Médica e cursos de especialização com qualidade.
- Manutenção de revista científica e confecção de livros para divulgação do conhecimento científico em mastologia.
- Desenvolvimento de ações para a redução da morbidade e mortalidade pelo câncer de mama.