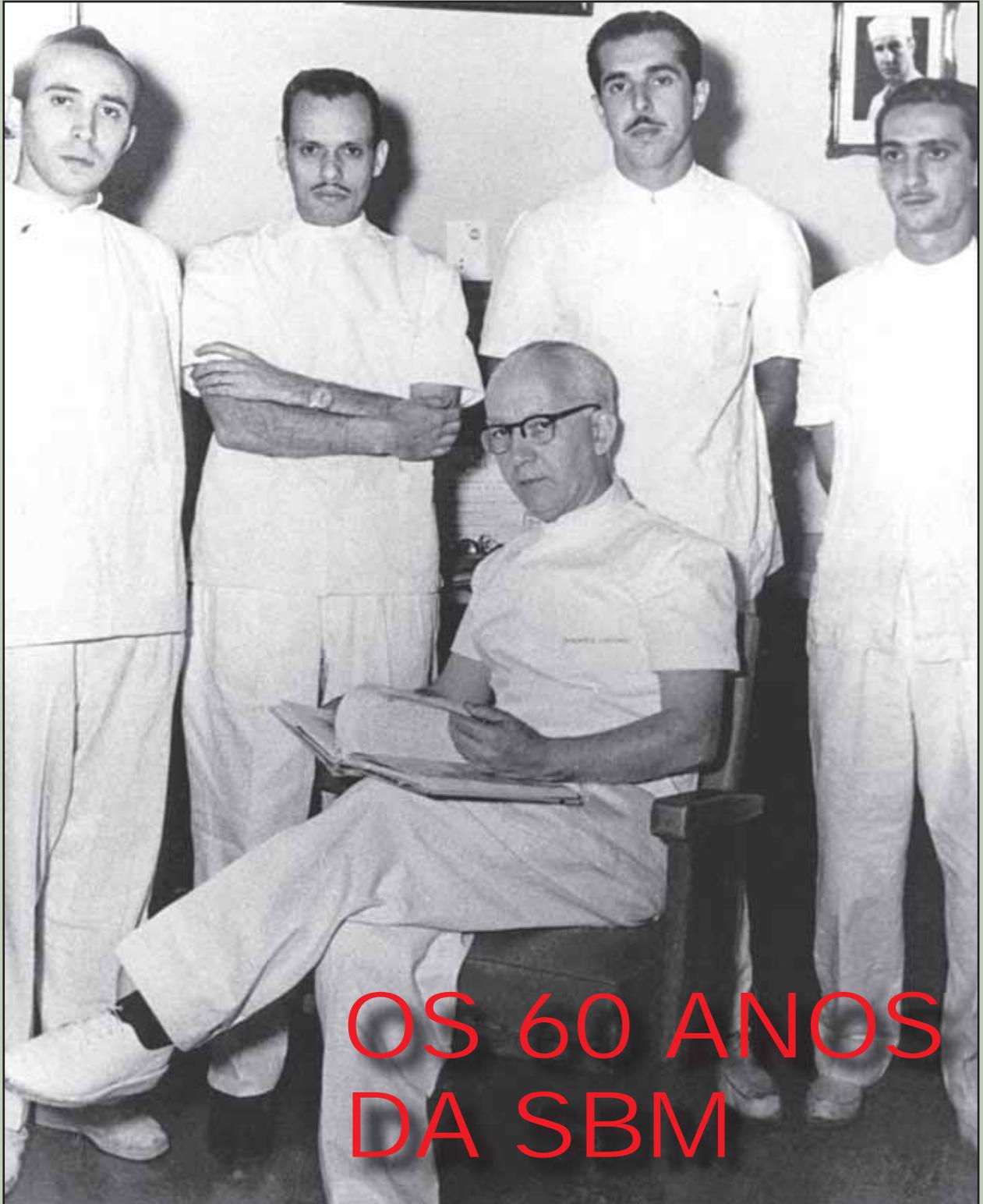


EDIÇÃO
HISTÓRICA

MASTOLOGIANEWS

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Mastologia - Número 24 - Setembro de 2019



OS 60 ANOS
DA SBM

mais



garrida



PRÓXIMOS EVENTOS

15ª JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA

De 3 a 5 de outubro

São Paulo/SP

V JORNADA BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

Dias 8 e 9 de novembro

Recife/PE

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA

De 1º a 4 de abril de 2020

Florianópolis/SC



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 da Revista Brasileira de Mastologia
Cícero de Andrade Urban

Editor da revista MastologiaNews
José Luiz Pedrini

Diretor da Escola Brasileira de Mastologia
Vinicius Milani Budel

Vice-diretor da EBM
Fabricio 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
Elizário Goulart Rocha

Tiragem: 5.000 exemplares

Nesta edição do Mastologia News, caprichosamente produzida pelo nosso colega José Pedrini, será possível recordarmos fatos importantes e que marcaram a história da nossa Sociedade Brasileira de Mastologia ao longo desses 60 anos de existência. Não foram poucos os episódios de destaques, muitos determinantes para o avanço e a consolidação da especialidade no cenário da medicina nacional.

Hoje é inquestionável a maturidade da mastologia alcançada não só no Brasil, mas no âmbito internacional, com profissionais altamente qualificados, capacitados e antenados no que há de mais moderno em termos de soluções para a saúde da mama.

Cientificamente evoluímos de modo substancial e é notório que, ao final dessa gestão (no fim deste ano), estaremos completando um ciclo de, praticamente, uma década, na qual os trabalhos e eventos científicos cresceram em volume e, essencialmente em qualidade. O sucesso dos cursos da Escola Brasileira em toda parte do país, os eventos regionais, reuniões científicas e os congressos dos últimos anos são as maiores chancelas do alto nível que atingimos.

EDITORIAL

A maturidade no auge dos 60



ANTONIO LUIZ FRASSON
Presidente da SBM

Paralelamente a isso, cada vez mais profissionalizamos a gestão da nossa entidade, buscando soluções que aperfeiçoaram os processos administrativos.

Com esse olhar caminhamos na direção de potencializar a marca SBM, fortalecendo a possibilidade de novas parcerias e reforçando a imagem dos mastologistas perante toda a sociedade brasileira como legítimos

especialistas da mama e, principalmente, fonte de referência no assunto mais demandado, que é o câncer.

Mais uma vez celebro com todos vocês os 60 anos da SBM, estando certo de que neste ano tão especial, cada associado, ex-presidente, diretorias da nacional e das regionais que passaram pela entidade foram e são protagonistas de todas as conquistas e da estrutura sólida que construímos.

Por fim, vale ressaltar que outro fator que simboliza o que é a mastologia nacional na atualidade é a ausência de chapas de oposição em todas as regionais, além da própria nacional. Mérito de cada um que compreendeu e trabalhou para que a mastologia seja, realmente, para todos. Estamos de parabéns.

Desejo muito sucesso à nova diretoria, presidida pelo prezado colega e amigo de todos nós, Vilmar, junto com o Vinícius na vice-presidência, e todas as diretorias regionais.

Comprovamos que juntos fomos, somos e seremos sempre *mais fortes!*

Boa leitura a todos!

CONGRESSO

Um evento inesquecível nos 60 anos da SBM

É com muita alegria que a Sociedade Brasileira de Mastologia se orgulha em celebrar seis décadas de atuação. Nesse período, a entidade passou a ser uma especialidade mais conhecida pela população em geral e reconhecida pela comunidade médica. Foram muitos obstáculos, mas também grandes conquistas, avanços científicos e aumento da qualidade de vida das pacientes, especialmente as mulheres que passam pelo tratamento do câncer de mama.

Hoje, a mastologia brasileira ocupa uma posição de destaque no mundo, com mastologistas altamente qualificados e autores de trabalhos relevantes que contribuem para o desenvolvimento científico. Cada fato conquistado e reconhecimento representam os sólidos alicerces construídos gradativamente por todos os ex-presidentes e demais médicos mastologistas que foram determinantes para o avanço da especialidade.

Nesse sentido, destacamos o pioneirismo de médicos como Alberto L. de Moraes Coutinho, Mario Kroeff, João Luiz Campos





Soares e Agostinho do Passo, que colaboraram para a fundação da Sociedade Brasileira de Patologia Mamária, em 1959, no Rio de Janeiro, hoje reconhecida como Sociedade Brasileira de Mastologia. O médico italiano Umberto Veronesi também foi um grande colaborador da entidade e responsável pela mudança do paradigma que permitiu a realização de cirurgias mais conservadoras.

Verdadeiros visionários numa época em que o tratamento do câncer de mama estava estagnado e seguia as normas estabelecidas, desde o final do século XIX, por Halsted, que tinha a mastectomia radical como tratamento padrão. Eles pareciam prever o aumento considerável da incidência da doença, a evolução dos meios diagnósticos e a importância da multidisciplinaridade para conseguir o tratamento mais adequado para cada caso.

É importante saudar a todos que nortearam a Sociedade Brasileira de Mastologia nesses 60 anos de forma a permitir que os mastologistas se preparem cada vez mais para atuar sempre da maneira mais atual, acompanhando os progressos apresentados nos centros internacionais mais adiantados.

Nesta edição especial do **Mastologia News**, uma seleção de imagens do Congresso Brasileiro realizado no Rio, um especial com a história da Mastologia no Brasil, entre outras matérias que celebram as seis décadas de existência de nossa entidade.











SAVE THE DATE

1 A 4 DE ABRIL
2020

CENTRO SUL - FLORIANÓPOLIS



WISAVA

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE
MASTOLOGIA

Deixe Floripa surpreender você!

PALESTRANTES INTERNACIONAIS

Monica
Morrow (EUA)



Lisa
Newman (EUA)



Christopher
Comstock (EUA)



REALIZAÇÃO



Sociedade Brasileira de
Mastologia

WWW.MASTOLOGIA2020.COM.BR

Embora a reconstrução mamária seja viável em cerca de 90% dos casos (10% são impedimentos clínicos), o número de mulheres que têm a mama reconstruída na mesma cirurgia permanece baixo. Diante desse cenário, a Câmara dos Deputados, por meio da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, promoveu uma audiência pública no dia 11 de junho.

O encontro reuniu representantes de diversas entidades, como a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Ministério da Saúde e ONGs a fim de debater o assunto e encontrar novos rumos para o atendimento das mulheres mastectomizadas que não conseguem acesso para realizar o procedimento. Três das cinco deputadas presentes tinham sido mastectomizadas sem terem a reconstrução imediata oferecida a elas.

De acordo com os mastologistas Rodrigo Pepe e José Luiz Pedrini, que representaram a SBM na audiência, é importante o movimento do poder público, ouvindo quem realmente vive esse dia a dia nos hospitais. Eles ressaltaram que a SBM não só vem acompanhando essa realidade como também tem feito a sua parte, capacitando mais mastologistas para a reconstrução da mama. “A SBM tem atuado de forma direcionada na formação dos mastologistas, qualificando-os para a oncoplastia”, afirmou Pedrini. Segundo ele, a quanti-

Audiência na Câmara em defesa da reconstrução imediata da mama

dade de profissionais capacitados aumentou desde o início dos cursos da entidade, principalmente depois de 2013, quando foi publicada a lei que prevê a reconstrução no mesmo procedimento da mastectomia, aprimorando a lei de 1999 que garantiu o direito, mas sem determinar o prazo. “Mas até hoje ainda é sonogada por muitos”, lembra o mastologista, acrescentando que em 2018 foi assegurada a simetrização da outra mama.

Para Rodrigo Pepe, apesar do percentual ainda ser baixo, vale destacar que houve aumento nos últimos anos do número de mulheres que realizaram a cirurgia. Segundo ele, esse crescimento coincide com a oferta de vagas para os cursos de reconstrução da própria SBM. “Muitos mastologistas que inicialmente fizeram sua formação em oncoplastia, quase a totalidade, estão vinculados a algum serviço público

ou serviço de formação de novos mastologistas, ou seja, são preceptores e staff de residência. A tendência é que os mastologistas atuais já saiam com esse conceito de reconstrução mamária e, obviamente, possam oferecer no futuro maior quantidade no serviço público”, disse o mastologista.

Segundo dados da Rede Brasileira de Pesquisa em Mastologia, embora a reconstrução mamária tenha aumentado no período de 2008 a 2015, de 15% para 29,2%, 7,6 mil mulheres tratadas pelo SUS em 2015 não puderam ser beneficiadas pela Lei nº 12.802, que estabelece a reconstrução mamária como procedimento obrigatório no mesmo ato no qual foram retiradas as mamas. Em 2017 foram somente 32% de mamas reconstruídas. “Não dá para continuar com este descaso, deixando mulheres mutiladas à procura de reconstrução tardia das mamas. Serão de três a cinco



novas cirurgias para reconstrução e o custo social e financeiro neste processo é enorme, além do dano moral”, alertou Pedrini.

O pedido da audiência foi uma iniciativa da deputada Flávia Moraes (PDT-GO), que ressaltou o constrangimento pelo qual mulheres acometidas pelo câncer de mama normalmente passam ao ter negada a realização da cirurgia de reconstrução com a implantação de prótese de silicone. “Ocorre que, tanto as pacientes atendidas pelo SUS (Sistema Único de

Saúde) quanto as consumidoras de plano de saúde têm tal direito assegurado em lei”, afirmou ela.

Finalizando, Pedrini ressaltou que em termos de sustentabilidade a reconstrução imediata representa um ganho na economia (um único ato operatório), ganho social (paciente retorna as suas atividades num período breve e com a autoestima preservada, significando menos depressão e desvalia) e comprovando que a mulher pode ser curada sem se sentir mais doente.

Audiência pública realizada na Câmara dos Deputados em 11 de junho debateu formas de se fazer cumprir a lei que obriga à reconstrução imediata da mama logo após a retirada, tanto para pacientes do SUS quanto para que as têm convênios. Na foto, Joana Jeker dos Anjos, presidente e fundadora da ONG Recomeçar; Jaqueline Silva Misael, do Ministério da Saúde; deputada Flávia Moraes, autora do requerimento; e os mastologistas Rodrigo Pepe Costa e José Luiz Pedrini, representando a SBM.

Foto: Cleia Viana/Câmara dos Deputados

MN PERGUNTA: Implantes mamários

Desde 1999 a lei permite que os implantes façam parte do rol do SUS e das operadoras de planos de saúde para correção de distorções mamárias, em especial nas mastectomias. Até então as próteses eram consideradas somente estéticas. Em 2013, a lei foi adiante exigindo reconstituição imediata já na hora da mastectomia. Há 180 dias uma nova complementação incluindo na reconstrução das mamas a mama contralateral. Desta forma o olhar é sobre a mulher por inteiro e não somente uma mama ou uma doença. MN Pergunta:

Em sua opinião, deve-se reconstruir com prótese definitiva num mesmo tempo operatório ou usar o expansor, deixando para uma próxima abordagem a cirurgia definitiva?

João Ricardo Auler Paloshi:

Sempre que as condições para reconstrução em tempo único estiverem presentes, essa deve ser a abordagem preferencial. A reconstrução em dois tempos deve ser deixada para quando essas condições não estiverem presentes.

Mário Casales Shorr: De uma forma geral, as pacientes com mamas pequenas e médias, sem ou com pouca ptose, são as melhores candidatas à reconstrução imediata com prótese definitiva. Já no caso das mulheres com

mamas grandes, ptóticas, principalmente quando o complexo aréolo-mamilar for preservado, a reconstrução imediata com expansor e depois a prótese definitiva pode ser uma abordagem mais segura e permite eventuais correções no segundo tempo operatório. A má qualidade do retalho de pele e subcutâneo favorece a reconstrução em dois tempos. Por outro lado, o retalho da mastectomia mais espesso e viável favorece a reconstrução imediata definitiva. Há casos em que ambas as abordagens são factíveis e a experiência do cirurgião e a preferência da paciente definirão a escolha.

Régis Resende Paulinelli: Tenho por hábito colocar o implante definitivo sempre que possível. Depende principalmente da

quantidade e da qualidade de pele e músculo disponíveis para a cobertura da prótese. Entretanto, vários trabalhos e uma metanálise com mais de 5.000 mulheres têm mostrado que o uso do expansor em 2 tempos tem menos complicações (menos necrose do retalho e perda do implante) e uma maior facilidade para atingir o resultado esperado (Basta et al., 2015). Portanto, em caso de pacientes muito exigentes ou de risco para complicações tenho preferido os expansores (Ex.: obesas, tabagistas, diabéticas, mamas muito grandes, ptóticas, retalho fino, fora do plano adequado etc). Também tenho preferido o expansor em pacientes com mamas muito pequenas, que desejem reconstruir as mamas em tamanhos consideravelmente maiores.



JOÃO RICARDO AULER PALOSHI



MÁRIO CASALES SHORR



RÉGIS RESENDE PAULINELLI

Nas pacientes em que a radioterapia estará indicada, você acredita que o expansor deve ser utilizado ao invés da prótese definitiva?

Paloshi: Não. Em minha opinião a preferência é para irradiar a prótese e não o expansor, a não ser em situações em que o expansor for a indicação, independente da radioterapia.

Shorr: Se o cirurgião optar por finalizar o procedimento da forma mais segura, mesmo considerando os efeitos deletérios da radioterapia sobre o resultado da reconstrução, mas adotando uma postura de espera e acompanhamento da evolução pós-radioterapia, a reconstrução com implante definitivo é a escolha. Caso o cirurgião adote a postura

de corrigir eventuais complicações causadas pela radioterapia, mesmo considerando o aumento do risco associado a procedimentos em tecidos irradiados, a opção será irradiar o expansor e após efetivar a troca pela prótese definitiva. Tenho optado pelo expansor de tecidos, se houver significativa contratura, deformidades, reação tecidual, ou mesmo extrusão, opto pelo retalho autólogo no segundo procedimento. Se o expansor se comportar bem, com alterações menores, faço a troca pelo implante definitivo.

Paulinelli: Não tenho mudado a minha escolha por prótese ou expansor devido à eventual necessidade de radioterapia. Trata-se de uma “escolha de Sofia”: a irradiação da prótese definitiva parece trazer mais risco de contratura

capsular, enquanto a do expansor parece aumentar o risco de perda da prótese e conversão para retalhos miocutâneos (Cordeiro et al., 2015). Nos casos em que seja possível substituir o expansor irradiado pelo implante definitivo, tenho associado a lipoenxertia, pois um pequeno estudo randomizado italiano apontou redução expressiva das complicações, em especial da contratura capsular, nesta circunstância (Ribuffo et al., 2013). Em caso de recidiva tardia após tratamento conservador ou nas reconstruções tardias de plastrões irradiados, tenho preferido os retalhos miocutâneos. Eventualmente, em casos muito favoráveis, ou na contra-indicação para os retalhos, tenho utilizado a associação com a lipoenxertia prévia ou com as matrizes dérmicas acelulares.

Na escolha das próteses, você tem preferência por redondas ou anatômicas? Lisas ou texturizadas? Poliuretano?

Paloshi: Quanto ao formato, não tenho preferência. A escolha deva ser feita caso a caso, personalizando cada paciente. Em relação à textura, prefiro as texturizadas e, em algumas situações, as de poliuretano, especialmente quando realizo reconstrução com prótese pré-peitoral em adenomastectomias. O resultado é muito bom.

Shorr: Poliuretano não uso, pela dificuldade de manipulação, tanto na colocação, quanto na troca ou retirada do implante. Quanto às próteses anatômicas, as considero fundamentais nas reconstruções unilaterais, quando não há simetrização ou esta for com técnicas de mastoplastia redutora ou mastopexia. Nos casos de uso bilateral de implantes, como nas simetriações com prótese de aumento, ou através de mastectomia e reconstrução, as próteses redondas proporcionam simetria e ótimos resultados. Em relação à textura, prefiro as próteses texturizadas pelo menor índice de contraturas capsulares e menor mobilidade do implante em relação às lisas. Caso ocorram mudanças nas diretrizes dos órgãos reguladores devido ao linfoma de grandes células anaplásicas

associado aos implantes texturizados, adotarei sem problemas a prótese lisa, tendo o cuidado na confecção justa e precisa da loja protética para evitar mobilização inadvertida do implante.

Paulinelli: Nas reconstruções unilaterais, tenho preferido as próteses anatômicas, texturizadas. Nas bilaterais tenho utilizado com maior frequência as redondas. Um estudo randomizado do Instituto Karoliska, na Suécia, mostrou que, nas reconstruções bilaterais os médicos deram notas melhores para as mamas reconstruídas com próteses anatômicas, porém, as pacientes ficaram mais satisfeitas com as redondas (Gaham 2009). Tenho pouco costume com as próteses de poliuretano. Quase nunca utilizei as lisas porque se movimentam com maior facilidade e estão associadas à maior incidência de contratura capsular. Além disso, só existem próteses lisas que sejam redondas. As próteses lisas e as microtexturizadas estão na moda atualmente devido ao risco do linfoma anaplásico de grandes células (ALCL). Na minha opinião, este risco muito baixo de linfoma, mais associado às próteses texturizadas, não deveria modificar a nossa conduta na escolha do implante, a menos por desejo da paciente, após ser devidamente esclarecida das vantagens e desvantagens.

Você encontra alguma contraindicação do uso de silicone para reconstrução imediata das mamas com silicone?

Paloshi: Não encontro contraindicação por si só. Entendo que essa modalidade de reconstrução já está consolidada e as contraindicações se devem às condições da paciente e da área receptora, se não existirem.

Schorr: Sim, o desejo da paciente.

Paulinelli: Devido à maior simplicidade e à rapidez da cirurgia, o uso dos implantes superou com larga vantagem a utilização dos retalhos miocutâneos em todo o mundo. Porém, a reconstrução heteróloga (com implantes), tem maior risco de complicações (contratura, infecção e perda da reconstrução) (Tsoi et al. 2014). Também está associada a uma menor satisfação com os resultados e a maior necessidade de reoperações a longo prazo. Estes riscos são agravados pela radioterapia. Apesar de serem procedimentos mais complexos, os retalhos miocutâneos, são sempre uma boa opção a ser considerada pela paciente. O médico responsável pela reconstrução não pode omitir informações importantes para as pacientes e deve envolvê-las ao máximo no processo de decisão da cirurgia.

NOTA OFICIAL SOBRE PRÓTESES MAMÁRIAS

Comunicado para médicos

A empresa americana Allergan decidiu recolher três tipos de próteses de mama em todos os mercados onde atua inclusive o Brasil, após a Food and Drug Administration (FDA), autoridade sanitária dos EUA, determinar a interrupção do uso dos produtos em solo americano. O motivo é que esses produtos estariam associados a 573 casos no mundo de linfoma anaplásico de grandes células, ligados ao uso de implantes mamários. Desta forma, a Sociedade Brasileira de Mastologia se posiciona em concordância com a decisão da FDA, passando a seguinte orientação:

- Informar o paciente sobre o risco de desenvolver a doença e sobre os riscos e benefícios dos diferentes tipos de implantes;
- Os principais sintomas relatados pelas pacientes portadoras desta neoplasia foram edema e acúmulo de líquido ao redor do implante.
- Considerar a possibilidade de BIA-ALCL ao tratar um paciente com alterações peri-implantares de início tardio. Alguns sinais descritos são: seroma, massa ou endurecimento adjacente ao implante mamário.
- Tais pacientes devem ser avaliadas e se estes sinais ocorrerem deve-se encaminhar o fluido de seroma fresco e partes representativas da cápsula da prótese para testes de patologia para descartar BIA-ALCL. A avaliação diagnóstica deve incluir avaliação citológica do fluido ou massa do seroma com esfregaços corados com Wright Giemsa e imunohistoquímica / citometria de fluxo em bloco celular para marcadores de diferenciação (CD30) e Linfoma Quinase Anaplásica (ALK).
- O recall dos implantes da marca Biocell é direcionado aos profissionais e instituições hospitalares para que estes dispositivos não sejam implantados e sejam devolvidos para a Allergan.
- Os dispositivos que se enquadram ao recall são produtos da marca Biocell listados abaixo: Natrelle saline-filled breast implants, Natrelle silicone-filled breast implants, Natrelle Inspira silicone-filled breast implants 410 highly cohesive anatomically shaped silicone-filled breast implants. O recall também inclui os expansores utilizados antes da mamoplastia ou reconstrução que são esses: Natrelle 133 Plus tissue expander e Natrelle 133 tissue expander with suture tabs.
- Em caso de suspeita ou confirmação da neoplasia é importante que o profissional desenvolva um plano de tratamento individualizado, considerando as diretrizes atuais de prática clínica, como as da Plastic Surgery Foundation of the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) E relate todos os casos de BIA-ALCL ao MedWatch, the FDA Safety Information and Adverse Event Reporting program

Por fim, a Sociedade Brasileira de Mastologia reitera o seu compromisso de vigilância e monitoramento constante de quaisquer informações que venham a afetar direta ou indiretamente a saúde e a segurança das pacientes.

Antônio Luiz Frasson
Presidente

MN PERGUNTA: Inibidores de ciclina

As quinases dependentes de ciclina (CDKs) são uma família de proteínas que tem papel na regulação do ciclo celular. Elas também estão envolvidas na regulação da transcrição, processamento de DNA, e na diferenciação das células nervosas. Muitos mecanismos, como ativar ou inibir as CDKs podem promover ou deter a progressão através do ciclo celular mitótico. Os inibidores de ciclina são moléculas recentemente descobertas que são capazes de inibir a mitose e diminuir a proliferação celular. Atualmente três medicamentos estão aprovados para uso no Brasil: palbociclibe (IbranceR), ribociclibe (KisqaliR) e abemaciclibe (VerzenioR) que utilizados em associação com hormonioterapia melhoraram a resposta no tratamento do câncer de mama avançado. MN Pergunta:

Em sua opinião, estes medicamentos são semelhantes quanto a eficácia e efeitos colaterais?

André Mattar: A eficácia destes medicamentos é muito parecida quando comparamos os principais estudos clínicos, apesar de eles não terem sido comparados entre si. Com relação aos efeitos colaterais, o abemaciclibe apresenta mais diarreia, enquanto o ribociclibe e o palbociclibe apresentam mais neutropenia.

Daniel Argolo: Nos últimos anos, três inibidores de ciclina 4/6 vêm sendo exaustivamente avaliados em diversos cenários do câncer de mama. Vários estudos comprovaram de forma consistente a eficácia dessa classe terapêutica e a colocaram como importante pilar no tratamento do câncer de mama metastático

receptor de hormônio positivo, HER2 negativo. A atividade dos inibidores de ciclina 4/6 em primeira linha já foi claramente demonstrada, tendo como principais estudos fase III o Paloma-2 (com palbociclibe), Monaleesa-2 e 7 (com ribociclibe) e o Monarch-3 (com abemaciclibe). Nesses estudos, os três inibidores apresentaram boa performance, com acréscimo de aproximadamente dez meses em sobrevida livre de progressão e ganho de até 15% (em números absolutos) em taxa de resposta, quando comparados à combinação da hormonioterapia com placebo. Essas drogas também foram estudadas em pacientes que já haviam progredido a terapia endócrina prévia, mas ainda não expostas a outro inibidor de CDK 4/6. Os principais trabalhos foram o Paloma-3 (com palbociclibe), o Monaleesa-3

(com ribociclibe, população mista – 1a e 2a linhas) e o Monarch-2 (com abemaciclibe). Mais uma vez, os três inibidores, associados a hormonioterapia (fulvestranto), mostraram-se significativamente superiores em termos de sobrevida livre de progressão quando comparados ao fulvestranto associado a placebo. Já no cenário de doença em fase mais avançada (pacientes politratadas), a droga mais bem estudada foi o abemaciclibe, no estudo Monarch-1, sendo evidenciada taxa de resposta de aproximadamente 20%, com sobrevida livre de progressão de seis meses para as pacientes que receberam abemaciclibe em monoterapia. Apesar do consistente e bem demonstrado benefício em sobrevida livre de progressão, até meados de 2019 ainda não conhecíamos o real impacto dessas moléculas na sobrevida global



ANDRÉ MATTAR



DANIEL ARGOLO



RUFFO DE FREITAS JÚNIOR

das pacientes. Em atualização apresentada no congresso anual da ASCO (American Society of Clinical Oncology) o trial Monaleesa-7 foi o primeiro a demonstrar tal benefício: as pacientes que receberam ribociclibe associado a supressão ovariana e tamoxifeno ou inibidor de aromatase (como estratégia de primeira linha) tiveram redução aproximada de 30% do risco de morte. O estudo incluiu apenas pacientes pré-menopáusicas, sendo que quase 60% nunca haviam recebido terapia endócrina previamente. Recentemente, outros dois estudos divulgaram à imprensa resultados positivos para sobrevida global, mas ainda sem dados publicados em jornais médicos ou apresentados em congressos: o Monaleesa-3 (com ribociclibe e fulvestranto, pacientes tratadas em 1a e 2a linhas) e o Monarch-2 (com

abemaciclibe e fulvestranto, em segunda linha). Com relação ao perfil de efeitos adversos, as três drogas apresentam toxicidades sem maiores complexidades para manejo ambulatorial. Enquanto palbociclibe e ribociclibe estão mais associados a alterações hematológicas raramente relacionadas a infecções (com incidência de neutropenia febril <2%), abemaciclibe correlaciona-se com maior incidência de diarreia grau 3, apresentando, entretanto, bom controle com antidiarreicos já utilizados pelo oncologista para manejo de diarreia causada por outros agentes.

Ruffo de Freitas Júnior: Até o momento ainda não foram feitos estudos clínicos comparando diretamente a eficácia entre os três inibidores de CDK 4/6 disponíveis no mercado brasileiro. Po-

rém, considerando-se o benefício clínico por vários estudos randomizados envolvendo um dos três agentes acima mencionados em comparação com endocrinoterapia isolada, o benefício de eficácia em relação ao tempo para progressão da doença foi muito semelhante. Assim, acredita-se que o benefício clínico em torno de eficácia deve ser semelhante entre eles. Já em relação aos efeitos colaterais de uma forma geral, todos os três cursam com grande segurança, apresentando baixo risco de eventos adversos sérios, o que permite uma qualidade de vida bastante adequada para as pacientes que fazem uso de uma das três medicações. Tem sido observado que o Palbociclib apresenta um pouco mais de neutropenia, ao passo que o Ribociclib tem como principal preocupação o aumento do intervalo QTc. Já,

o Abemaciclib, por sua vez, apresenta uma possibilidade maior de diarreia, que deve ser controlada logo no seu início com medicação específica para tal fim.

No tratamento do câncer de mama avançado, esses medicamentos podem substituir a quimioterapia?

Mattar: Para pacientes com crise visceral franca a quimioterapia ainda deve se a primeira escolha, agora como sabemos que com estes medicamentos a possibilidade de controle da doença é bem maior e o tempo de tratamento médio chega a 24 meses, o que nos dá uma segurança muito grande para utilizá-los na primeira linha de pacientes com receptores hormonais positivos.

Argolo: A estratégia de sequenciamento de terapias endócrinas (postergando o uso de quimioterapias para momentos mais tardios) já era padrão ouro para tratamento da maioria das pacientes com câncer de mama metastático RH positivo, HER2 negativo antes mesmo da incorporação dos inibidores de ciclina 4/6. As decisões eram baseadas, principalmente, no tipo de tratamento utilizado previamente, duração da resposta, volume de doença e a sua interferência nas funções orgânicas. Com a chegada dos inibidores de ciclina 4/6 esses conceitos foram ratificados. A combinação de palbociclibe, ribociclibe ou abemaci-

clibe à hormonioterapia aumentou significativamente as taxas de resposta, sobrevida livre de progressão e sobrevida global (esta última demonstrada, até o momento, apenas com ribociclibe e abemaciclibe) e deve substituir a quimioterapia nas linhas iniciais para a maioria das pacientes. Exceções devem ser as com doença em crise visceral (linfangite carcinomatosa pulmonar, carcinomatose leptomeníngea, infiltração medular, metástases hepáticas com alterações importantes da função fígado), que ainda devem receber quimioterapia como estratégia inicial.

Ruffo: Essa classe de medicação não substituirá a quimioterapia. Mas, para mulheres que apresentam tumores luminais, responsivos à endocrinoterapia, é uma possibilidade real de melhorar a qualidade de vida quando usado antes da quimioterapia. Ao se utilizar os inibidores de CDK4/6, na primeira linha de resgate, em paciente com metástases, tem sido observado que essas pacientes podem ter, além de um intervalo de tempo maior para progressão do tumor, com média aproximadamente 20 a 24 meses, uma ótima qualidade de vida, durante esse período. Postergando a necessidade do uso de quimioterapia.

Qual sua expectativa a longo prazo com estes medicamentos?

Mattar: Sem dúvidas, por terem

efeitos colaterais aceitáveis, serão ampliados para outros cenários como neoadjuvância e adjuvância, permitindo-se um tratamento mais personalizado para as pacientes com câncer de mama do tipo “luminal”.

Argolo: Um número não desprezível de pacientes tratadas para câncer de mama inicial receptor de hormônio positivo /HER2 negativo apresenta recorrência da doença neoplásica em algum momento do seu seguimento, incluindo pacientes consideradas de baixo risco clínico. Há estudos em andamento avaliando o papel dos inibidores de ciclina 4 e 6 (com doses e durações diferentes) na doença precoce. Diante do ótimo desempenho dessas drogas na doença metastática, há grande expectativa de que também demonstrem desfechos favoráveis em sobrevida na doença inicial.

Ruffo: Já existem estudos em andamento, sendo realizados na neoadjuvância, bem como na adjuvância, para tumores iniciais. Esses estudos possivelmente mostrarão que essas medicações entrarão juntamente com a endocrinoterapia na adjuvância, possivelmente aumentando a sobrevida livre de doença e podendo, possivelmente, também aumentar a sobrevida global nas pacientes com tumores iniciais. Entretanto, para isso será necessário que os estudos em andamento sejam concluídos.

“No século XIX, surge com Halsted o primeiro tratamento para o câncer de mama no mundo. Sua técnica perdurou por muitos anos até Veronesi compreender e explicar que o tratamento para o câncer de mama deveria ser o mínimo e mais eficaz. A partir de então a mastologia se tornou uma das vanguardas entre as especialidades médicas. Uma evolução contínua de tratamentos adjuvantes, neoadjuvantes e cirúrgicos revolucionários, inspiração para o tratamento de diversas moléstias

Viu-se então a necessidade de abordagem do paciente oncológico de mama de maneira mais

RESIDENTES

ADRIANO MEIRA OLIVEIRA

**Cirurgião Geral
R2 de Mastologia e
Reconstrução Mamária**



integral com tamanha evolução. O papel do mastologista como cirurgião da mama não poderia mais se resumir a duas cirurgias

(mastectomias ou setorectomias). A compreensão de que a reconstrução da mama deveria passar pelas suas mãos tornou-se uma realidade mundial.

Nesse entendimento, vejo muito grande a importância na formação acadêmica do residente de mastologia o domínio das principais técnicas de reconstrução mamária (mamoplastias oncológicas redutoras, retalhos miocutâneos, reconstruções imediatas com próteses/expansores e lipoenxertias). A ideia do “cirurgião que trata o câncer, trata o defeito” aproxima e iguala cada vez mais este especialista ao estado da arte do tratamento dessa neoplasia.”

“A escolha por esta especialidade surgiu ao longo da minha formação em ginecologia e obstetrícia. Fascinou-me, principalmente, a evolução do tratamento cirúrgico e sistêmico do câncer de mama. Diante de uma doença tão incidente e com tantos estigmas conseguimos alcançar hoje uma sobrevida de 95% quando diagnosticado em estágio inicial.

As pacientes viverão cada vez mais e são diagnosticadas em idade mais jovem; não é justo que o tratamento seja apenas voltado para a cura. Obviamente este é o objetivo primário, mas temos que fazer o possível para que elas sigam suas vidas satis-

MARIA FERNANDA S. DE LUCA

**Ginecologista e obstetra do
Hospital São Lucas - PUC-RS,
R2 em Mastologia no Hospital
Nossa Senhora da Conceição**



feitas com seu corpo e consigam manter a auto-estima e o equilíbrio psicológico.

O grande volume cirúrgico

do serviço e o comprometimento dos preceptores em respeitar o desejo das pacientes de permanecerem com as mamas possibilita que se aprenda muitas técnicas de oncoplástica, reconstrução mamária com próteses e expansores, lipoenxertia e cirurgias mais complexas como as reconstruções com retalhos.

O domínio destas técnicas é fundamental para formação do residente de mastologia pois possibilita reconstruções tardias, ou em casos com acometimento extenso de pele, resgate de pacientes que apresentam recidiva em plastrão e também na solução complicações relacionadas a prótese ou radioterapia.”



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

ZEDORA

trastuzumabe

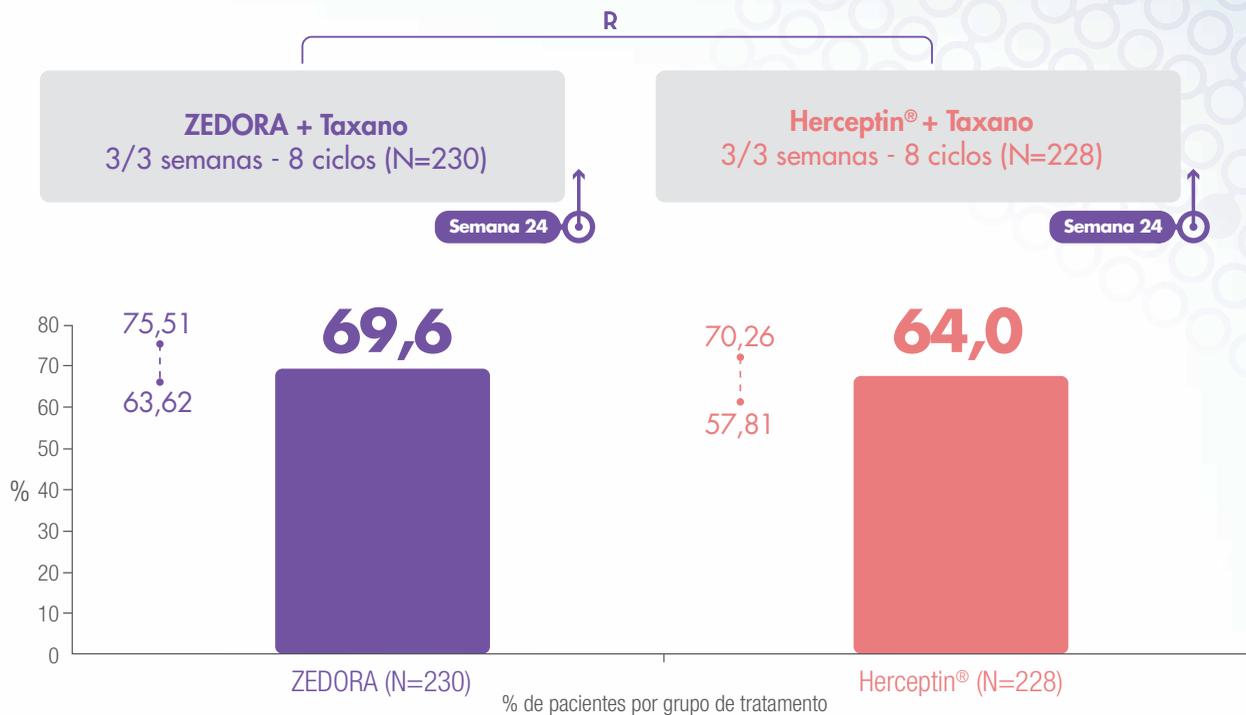
Trazendo acesso a quem precisa.¹⁻³

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. Defere 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. 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: abr. 2018. 4. ZEDORA. São Paulo: Libbs Farmacêutica Ltda. Bula do medicamento.

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 avançado 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 (RRI), 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). **GESTAÇÃO 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, hipoestesia, disgeusia, hipertonia, neuropatia periférica, sonolência, lacrimejamento, conjuntivite, diminuição da fração de

EFICÁCIA EQUIVALENTE EM ASSOCIAÇÃO COM QUIMIOTERAPIA

Taxa de resposta global na 24ª semana - (IC 95%)



Herceptin® é uma marca registrada Genentech. IC: intervalo de confiança.

Fonte: Adaptado de Rugo et al. (2017).

DISPONÍVEL NAS APRESENTAÇÕES

150 mg

440 mg

VIA INTRAVENOSA - USO ADULTO⁴
PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

INDICAÇÕES⁴

- ∞ CÂNCER DE MAMA HER2+ METASTÁTICO E INICIAL
- ∞ CÂNCER GÁSTRICO HER 2+ AVANÇADO

ejeção, insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, taquiarritmia supraventricular, palpitação, linfedema, fogaços, 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 eritrodiseite 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, 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. **POSOLOGIA:** 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 CRF-SP nº 25.125 LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/CNPJ 61.230.314/0001-75/Rua Josef Kryss, 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.**



Accesse a bula completa pelo QR Code ou pelo link:
<https://www.libbs.com.br/nossos-produtos/zedora/#profissional-saude>



Libbs
Porque se trata da vida

ESPECIAL

UMA HISTÓRIA DA MASTOLOGIA NO BRASIL



O Brasil vivia momentos de justificada euforia naquele final dos anos 50, embalado pelo otimismo desenvolvimentista do presidente Juscelino Kubitschek e seu Plano de Metas, que se propunha a fazer o País crescer “50 anos em 5”. Começava a nascer uma indústria de base e de bens duráveis, o capital estrangeiro passava a ser bem-vindo, os primeiros automóveis nacionais saíam das linhas de montagem, abriam-se estradas para o interior e uma nova capital estava sendo erguida em meio à vastidão inóspita do Planalto Central.

Brasília, um sonho antigo e profético da nação, que ganhava vida sob a entusiástica liderança de JK, o “presidente bossa nova”, nasceria de uma bravata política. De passagem pela cidade de Jataí, no interior de Goiás, na reta final da campanha presidencial, em 1955, depois de reafirmar o compromisso de seguir à risca a Constituição, Juscelino foi interpelado pelo coletor de impostos Antônio Carvalho Soares, o Toniquinho: se ele prometia cumprir integralmente a Carta Magna, então poria em prática o dispositivo que determinava a transferência da capital para o planalto goiano?

Embora não tivesse pensado nisso antes, JK respondeu de pronto: sim, em seus cinco anos de governo construiria uma nova

capital em pleno cerrado. O episódio merece o registro por ser emblemático da euforia nacional nos anos 50.

O apelido de Juscelino – que cumpriria a promessa e inauguraria Brasília em 21 de abril de 1960 – aludia a um novo ritmo que haveria de transformar a música brasileira para sempre e conquistar o gosto internacional. A bossa nova surgira em 1958 pela voz frágil e os acordes precisos de João Gilberto no clássico Chega de Saudade. Um genuíno produto brasileiro da melhor qualidade, tipo exportação, como o futebol, que naquele mesmo ano conquistara a primeira Copa do Mundo, na Suécia, tendo em campo o malabarista Garrincha e o garoto Pelé, que começava a encantar o mundo antes de completar 18 anos. Em todas as áreas, o Brasil mostrava atitude.

Neste clima de entusiasmo, o Instituto do Câncer (ainda sem o “Nacional”, que seria incorporado em 1961) inaugurou, em agosto de 1957, com a presença do presidente Juscelino, sua nova sede na Praça da Cruz Vermelha nº 23, no centro do Rio, onde anteriormente ficava o Morro do Senado – posto abaixo na virada do século para servir de aterro na ampliação do cais – e junto a um importante conjunto arquitetônico que incluía o Hospital da Cruz Vermelha, um belo prédio de 1923 projetado pelo célebre

pintor e arquiteto italiano Pedro Campofiorito.

Instituído pelo governo de Getúlio Vargas em 4 de julho de 1944, mediante o Decreto nº 15.971, na condição de órgão executivo do Serviço Nacional do Câncer – que por sua vez derivara do Centro de Cancerologia do Rio de Janeiro, criado em 13 de julho de 1937, já na Era Vargas –, o INCA se instalou na nova sede contando com todas as especialidades, à exceção da cirurgia de tecido ósseo.

O Serviço de Patologia Mamária havia sido criado quatro meses antes, em 1º de abril, tendo como primeiro chefe Alberto Lima de Moraes Coutinho, o qual permaneceria por uma década à frente do setor. A equipe de pioneiros incluía os médicos João Luiz Campos Soares e Clóvis Fraga de Andrade, além dos acadêmicos Agostinho do Passo e Néelson Augusto Rodrigues. Ao longo dos dois anos seguintes, Coutinho promoveu cursos e palestras em vários Estados a fim de divulgar a especialidade e atrair novos membros.

Na foto que ilustra a página ao lado e a capa desta edição, o mestre Alberto Coutinho à frente da primeira equipe de Patologia Mamária do Instituto do Câncer: Néelson Augusto Rodrigues, Clóvis Andrade, João Luiz Campos Soares e Agostinho do Passo.

Em 1959, enquanto Fidel Castro chegava ao poder em Cuba, nos Estados Unidos era lançada a boneca Barbie, que se tornaria sucesso de vendas por gerações. O Brasil ganhava seu primeiro Fusca e o Rio se preparava para entregar a Brasília o posto de capital.

O descontentamento dos servidores, que teriam de trocar as belezas naturais e a efervescência cultural da Cidade Maravilhosa pela solidão empoeirada do Planalto, representava um raro contraponto num Rio cuja rotina era permeada de alegria e animação. A atuação de Coutinho – que junto com Jorge Marsillac e Mário Kroeff fundara a Sociedade Brasileira de Cancerologia, em 1946 – refletia o entusiasmo empreendedor de seu tempo.

Nascido em Recife, em 30 de agosto de 1902, filho de um general do Exército e de uma dona de casa, Coutinho era o caçula entre oito irmãos. Órfão de pai aos nove anos, aos 21 graduou-se em medicina pela Universidade do Brasil, no Rio, para onde a família se mudara quando ele era pequeno. Iniciou a carreira de cirurgião como assistente do notório Brandão Filho e, ao longo da vida, ajudaria a criar cursos e instituições que contribuiriam de modo decisivo para a formação de uma prática brasileira efetiva de prevenção e tratamento do câncer.

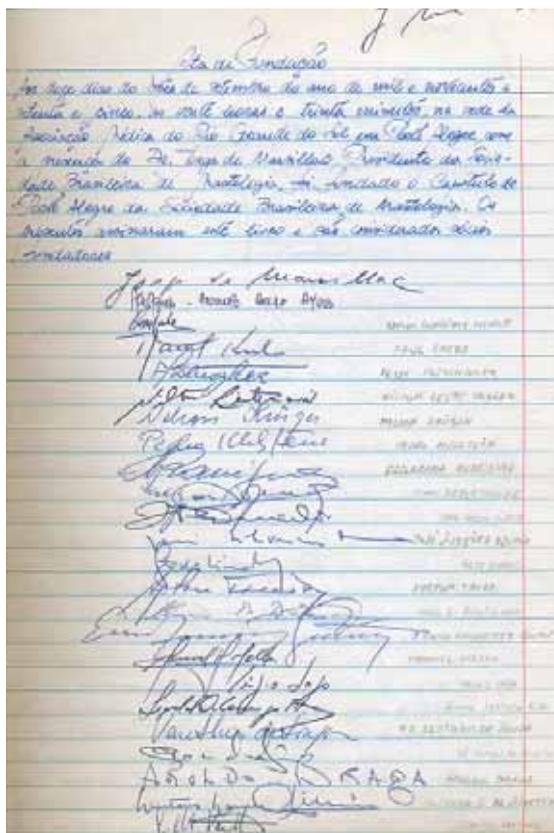
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA MAMARIA

Em nome do Sr. Presidente, Dr. Alberto Coutinho, temos o prazer de convidar o prezado colega para a 1.^a Sessão Ordinária desta Sociedade, a realizar-se dia 7 de Dezembro de 1959, às 21 horas, no Auditório do Instituto Nacional de Câncer, sito à Praça Cruz Vermelha, 23 — 6.^o andar — com a seguinte ordem de trabalhos:

- Dr. Alberto Coutinho — «Câncer da mama e Gestação».
- Dr. Tristão Araripe de Aguiar (Caso clínico) — «Doença pulmonar post-irradiação».
- Dr. João Luiz Campos Soares (Caso clínico) — «Carcinoma «in situ» da mama».

Entrega de diplomas aos Sócios fundadores.

Atenciosamente,
Prof. Francisco Fialho



Convocação para a primeira reunião da Associação de Patologia Mamária, em 1959, no Rio, assinada por Francisco Fialho, um pioneiro da cancerologia no Brasil, e ata da fundação da regional RS da Sociedade Brasileira de Mastologia, em 12 de setembro de 1975.



No alto, Adayr Eiras de Araújo, João Luiz Campos Soares, João Sampaio Góes Jr., Carlos Alberto Zanotta, Eduardo Santos Machado, Jerome Urban, Fernando Moreira e George Arie no I Congresso Brasileiro de Patologia Mamária, realizado na cidade do Rio de Janeiro – capital do então Estado da Guanabara – de 1º a 4 setembro de 1971; acima, Góes e Zanotta, os primeiros da esquerda para a direita, durante o evento que incluiu a II Conferência Nacional de Prevenção do Câncer Ginecológico e o Congresso Panamericano de Citologia do Câncer.

O câncer de mama, até 1959, era tratado no Brasil por ginecologistas e cirurgiões gerais. Consta que um dos primeiros a abordar formalmente o tema foi Érico Marinho da Gama Coelho, em 1870, ao defender na Faculdade de Medicina do Rio a tese Diagnóstico Diferencial dos Tumores do Seio.

Foi também de Gama Coelho o discurso inaugural da disciplina de Clínica Obstétrica e Ginecológica, em 1884, o que o torna oficialmente o primeiro professor de ginecologia do País. Aliando a carreira de médico à de político – foi deputado estadual, deputado federal em cinco legislaturas e senador em duas –, celebrizou-se na tribuna como um fervoroso defensor do divórcio, tema então considerado tabu, e sobre o qual se manifestou em diversas ocasiões, chegando a publicar uma compilação desses discursos.

Nos primeiros tempos, ele lecionava no Hospital de Misericórdia, em uma enfermaria fétida e apinhada, na qual, segundo relatos anônimos, “amontoavam-se gestantes, puérperas, casos ginecológicos, de infecções, de câncer e até algumas pacientes com febre amarela, para serem tratadas com clorofórmio e morrer.” Usou sua experiência de trabalhar em condições precaríssimas como estímulo para fazer sua parte na tentativa de melhor as condições de saúde dos pacientes.

Enfim, em 6 de julho de 1959, no encerramento do 1º Curso de Patologia Mamária, no Rio – com duração de três meses –, foi fundada a Sociedade Brasileira de Patologia Mamária, sendo Alberto Coutinho eleito para a presidência, cargo que voltaria a ocupar em outras duas ocasiões. Foi também de Coutinho a escolha da denominação Patologia Mamária – adotada em vários países sul-americanos –, bem como da posterior troca para Mastologia.

A entidade, que tinha como meta primordial “contribuir para o progresso no estudo das doenças mamárias e promover o aperfeiçoamento dos conhecimentos especializados”, instalou-se inicialmente na Av. Mem de Sá nº 197. Foi ali, em pleno bairro da Lapa, famoso por sua boêmia e por seus Arcos –, originalmente um aqueduto do Brasil Colônia – que os sócios-fundadores elaboraram o primeiro estatuto da entidade.

Na ausência de registros históricos precisos, fica impossível determinar quantos e quem eram esses primeiros integrantes da sociedade, mas pode-se afirmar com certeza que entre eles se encontravam, além de Coutinho, nomes como João Luiz Campos Soares, Agostinho do Passo, Nelson do Passo, Jorge Sampaio de Marsilac Mota, Clóvis Fraga de Andrade e Adair Eiras de Araújo.

Integram ainda a galeria dos pioneiros da mastologia no Brasil nomes como os de João Sampaio Góes Jr., Antônio Franco Montoro, George Arié, José Baptista da Silva Neto, Luiz de Oliveira Neves, Jaime Queiroz Lima e Haroldo Juaçaba.

A partir da iniciativa do INCA começaram a surgir serviços especializados em outros hospitais. O segundo a implantá-lo foi o Instituto Central-Hospital A. C. Camargo, hoje controlado pela Fundação Antônio Prudente, em São Paulo, e dirigido por George Arié até 1972. Depois foi a vez do Hospital do Câncer de Pernambuco, em Recife, chefiado por Jaime de Queiroz Lima. O quarto serviço de patologia mamária foi inaugurado no Hospital Artistides Maltez, de Salvador, por Luiz de Oliveira Neves. Embora, conforme ocorria nos países desenvolvidos, boa parte dos médicos que se dedicavam aos estudos das doenças da mama naquela época pertencesse a especialidades diversas, e não necessariamente à ginecologia ou à obstetrícia, a especialidade avançou de forma expressiva já nos primeiros anos.

Tanto que em 1960, a 1ª Jornada Brasileira de Cancerologia, na Bahia, organizada e presidida por Oliveira Neves, promoveu uma mesa-redonda coordenada e composta integralmente por especialistas em doenças da

mama, o que viria a ser considerado um marco naquele momento de arrancada da mastologia. Logo os capítulos regionais começariam a surgir em todo o País. O de São Paulo, maior cidade brasileira, a “Locomotiva da Nação”, foi fundado em 1967, tendo João Sampaio Góes Júnior como primeiro presidente.

Embora crescesse em termos de estrutura, no campo científico a mastologia brasileira – a exemplo da mundial – seguia tendo como principais ferramentas de combate ao câncer a biópsia seguida da mastectomia radical de Haslsted, técnica descrita ainda no século XIX. A reconstrução da mama não estava na pauta da especialidade e a mamografia, embora tivesse surgido já nos anos 50, caíra em desuso devido às altas doses de radiação e à péssima qualidade das imagens. O exame só voltaria à voga no fim da década de 80, a partir do lançamento de aparelhos com imagens em alta resolução e emissão mínima de radiação.

O aprimoramento dos profissionais, no entanto, intensificava-se não apenas por meio de cursos e eventos realizados no País, mas também graças a um crescente intercâmbio. Data desta época o início de uma profícua relação Brasil-Itália, mais especificamente com o Instituto Nacional de Tumores de Milão, para onde seguiram os primeiros bolsistas.





Na página anterior, William Stewart Halsted, que realizou a primeira mastectomia radical, observa um exame de raios-X no Hospital Johns Hopkins, em 1905. Acima, encontro histórico durante evento científico realizado em São Paulo, em 1976.: José Aristodemo Pinotti (no centro da foto) e Umberto Veronesi.

Integravam a primeira leva de bolsistas brasileiros em Milão jovens profissionais que já eram ou se tornariam proeminentes na medicina nacional, como José Aristodemo Pinotti, Henrique Brenelli, Sérgio Lago, Luiz Biondi e Simão Grossmann, entre outros. Tal relacionamento renderia muitos frutos nas décadas seguintes e se mantém até os dias de hoje.

Por aqui, as iniciativas destinadas a consolidar a especia-

lidade prosseguiram. O I Congresso Brasileiro de Patologia Mamária foi realizado de 1º a 4 de setembro de 1971 na cidade do Rio de Janeiro, Estado da Guanabara (a fusão dos Estados do Rio e da Guanabara ocorreria somente em 1975).

Entre os participantes, Adair Eiras de Araújo – então presidente da Sociedade –, João Luiz Campos Soares, João Sampaio Góes Jr., Carlos Alberto Zanotta, Eduardo Santos Machado,

Fernando Moreira, George Arie, além do convidado internacional, o cirurgião americano Jerome Urban.

Alberto Coutinho, que retornaria à presidência em meados da década, lançou um livro em 1973, mas não um tratado sobre câncer, e sim um romance. *Segredo Não Revelado*, com 191 páginas, publicado pela Editora Borsoi com prefácio de seu colega Jorge de Marsillac, conta a história do Dr. Gonzalez.

G é descrito como um médico experiente, íntegro e comprometido com a profissão, que deixa a cidade grande para seguir carreira no interior. Certamente um misto da auto-imagem de Coutinho – segundo todos os depoimentos, verdadeira – e de um desejo reprimido de se libertar da vida agitada na metrópole.

O que marcou os anos 70 na mastologia brasileira, no entanto, foi a luta pelo reconhecimento da

especialidade por parte da Associação Médica Brasileira (AMB), uma medida, além de necessária, lógica, uma vez que médicos de várias áreas se dedicavam às doenças da mama. O principal obstáculo era a resistência dos ginecologistas, para os quais o que estava sendo pleiteado significaria o desmembramento dos serviços, com perda de prestígio, poder político e, claro, recursos financeiros. Uma de suas manobras mais ousadas foi a tentativa

de criar na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil a “Sociedade” Brasileira de Mastologia, uma entidade paralela, aproveitando-se do fato de que a representante legítima desses especialistas adotava juridicamente a terminologia “Associação”. Alberto Coutinho, que exercia em 1976-1977 seu terceiro mandato na presidência, providenciou a troca de Associação para Sociedade, que assim garantiu seu nome definitivo e a sigla SBM.



Hiram Silveira Lucas assume a presidência da SBM, no Rio de Janeiro, em 4 de junho de 1982. O novo comandante da entidade faz seu pronunciamento de posse tendo à esquerda Sampaio Góes Jr.

Em janeiro de 1978 o conselho científico da AMB, depois de examinar a exposição de motivos da Sociedade Brasileira de Mastologia, elaborada por um grupo no qual se destacavam João Sampaio Góes Jr., presidente da SBM, e Hiram Silveira Lucas, deferiu o pedido de reconhecimento da entidade. A guerra, contudo, ainda não acabara. Quatro meses depois, em 8 de maio, inconformada com a decisão, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) encaminhou um protesto à AMB, sob o argumento de que a mastologia não poderia ser considerada uma especialidade autônoma por tratar de matéria claramente do âmbito da ginecologia. No ano seguinte, graças a um minucioso estudo conduzido por Adayr Eiras de Araújo, o conselho da AMB, por ampla maioria, confirmou a decisão anterior.

Afastada a última ameaça a sua existência como especialidade, os mastologistas deram passos importantes para o aprimoramento profissional. Em 4 de outubro de 1983, na gestão de Hiram Silveira Lucas, marcada por inovações técnicas e pela modernização gerencial, foi realizada em Salvador a primeira prova para a obtenção do Título de Especialista em Mastologia (TEMA). Dos 176 participantes, 150 foram aprovados.



No alto, momento de descontração durante o VI Congresso Brasileiro de Mastologia, realizado no Centro de Convenções de Salvador de 29 de março a 3 de abril de 1982, e que incluiu o que incluiu o II Seminário de Prevenção e Detecção do Câncer de Mama. Acima, John Hayward e a esposa Jill em frente ao avião, pilotado por Euclides Caleffi, que os levou de Porto Alegre à cidade de Canela, na serra gaúcha, sede do VII Congresso Brasileiro, em 1986



No alto, Henrique Brenelli, José Aristodemo Pinotti (ao centro) e José Antônio Ribeiro Filho fazem um brinde durante o jantar de confraternização do Simpósio do Instituto Europeu do Câncer, realizado em São Paulo de 25 a 27 de novembro de 2004. Acima, Felipe Zerwes, Antonio Frasson e Carlos Barrios na celebração dos 10 anos do Câncer de Mama Gramado, em 2015.

Dois anos depois, foi realizado no Rio o 1º Curso da Escola Europeia de Oncologia, em uma das tantas oportunidades nas quais a Escola de Milão, comandada por Umberto Veronesi, maior autoridade mundial em câncer de mama, viria ao encontro dos colegas brasileiros, reforçando um intercâmbio que tem possibilitado uma oportunidade ímpar de formação, treinamento e qualificação da mastologia brasileira. Veronesi, além dos imensos conhecimentos na área e da capacidade de inovar permanentemente, possui um carisma que ajuda a impulsionar a luta por um tratamento mais humanizado do câncer de mama.

Nos anos 80 começou também um intercâmbio entre os mastologistas brasileiros e seus colegas da América Latina, com a promoção de encontros do Mercosul – evento que tempos depois chegou a ser suspenso em função do esvaziamento do bloco econômico naquele momento. A interação ampliou-se em 1986, em Canela, na serra gaúcha, quando pela primeira vez foram integradas as programações do Congresso Brasileiro – em sua sétima edição, presidido por Carlos Henrique Menke – e do Congresso Latino-Americano, num evento que contou com Umberto Veronesi e o americano John Hayward.

O VII Congresso Brasileiro, por sinal, registrou dois episódios representativos da situação política mundial à época. Para contar com a participação de Luiz Moreno de Miguel, de Cuba, nação com a qual o Brasil não mantinha relações diplomáticas, tornou-se necessário articular uma operação via embaixada do México a fim de possibilitar sua entrada no País.

Em outra providência estratégica, as atividades científicas foram programadas de modo a evitar a proximidade dos convidados ingleses e argentinos, entre os quais ainda havia clara animosidade em razão da Guerra das Falklands/Malvinas, ocorrida havia apenas quatro anos.

Depois da prova do TEMA, outro avanço expressivo veio em 1987, quando a faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco criou, por obra de Antônio Figueira Filho e de forma pioneira no Brasil e no mundo, a disciplina de Mastologia, que passou a fazer parte de um currículo mínimo do curso de medicina, na graduação e na pós-graduação, mediante um programa multidisciplinar que incluía conhecimentos de cirurgia geral, oncológica, estética e reparadora, epidemiologia, endocrinologia, oncologia, hormonioterapia e quimioterapia.

O combate ao câncer de mama ganhou invulgar visibi-

lidade em 1989, graças a uma campanha de televisão nascida de um convênio entre a SBM e o Ministério da Saúde, na qual a atriz Cássia Kiss, que aparecia nua em meio corpo, conscientizava as mulheres a respeito da importância do auto-exame. A repercussão foi tanta que até hoje Cássia é identificada com o tema.

Naquele ano foi lançado o Boletim da SBM nacional. Até então, existiam apenas alguns em âmbito regional – no Rio Grande do Sul, a primeira edição data de 1981. A Revista Brasileira de Mastologia surgiria em 1991, em uma iniciativa de Antônio Figueira Filho – outra publicação importante, o Mastologia News, nasceria em 1999 por obra de Alfredo Barros. Ainda em 1991, mais de uma década depois de ser aceita como especialidade pela Associação Médica Brasileira, a mastologia recebeu o reconhecimento do Conselho Federal de Medicina.

A Associação Médica Brasileira chancelou, em 1992, convênio firmado entre a Sociedade Brasileira de Mastologia, o Colégio Brasileiro de Radiologia e a Febrasgo, passando a aceitar a qualificação dos mastologistas em mamografias. O exame, considerado decisivo na detecção precoce do câncer de mama, voltara com força e eficiência multiplicadas depois de um período de ostracismo.

Uma idéia surgida em 1993, durante o Congresso Brasileiro de Ginecologia, em Salvador, virou realidade em 1995, com a criação da Escola Brasileira de Mastologia, cujo primeiro presidente foi Ézio Novais Dias, sucedido por Diógenes Baségio, Antônio Frasson e Antônio Figueira Filho, atual ocupante do cargo. A nova entidade seguiu o modelo da Escola Européia de Oncologia, então comandada por Umberto Veronesi, que realizara vários simpósios no Brasil nos anos 80 e 90. A primeira atividade científica da EBM ocorreu em Porto Alegre, em 1996. Desde então, a Escola tem promovido cursos em vários Estados brasileiros.

A SBM, atualmente instalada em sede própria na Praça Floriano nº 55, 8º andar, no Rio, foi declarada órgão de utilidade pública em 27 de fevereiro de 1998 – na presidência de Henrique Salvador – e reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Ministério da Educação mediante a Resolução nº 1.634, de 11 de abril de 2002.

Os anos 90, além de trazerem à mastologia brasileira reconhecimento e prestígio sem precedentes registraram ainda a consagração da cirurgia conservadora, a introdução da biópsia do linfonodo sentinela, a melhoria das técnicas reconstrutivas e o aperfeiçoamento das mamografias e dos medicamentos.

O novo milênio viu o florescimento da biologia molecular, a explosão da cirurgia oncológica e a ampliação dos intercâmbios: além da parceria com Milão, destaca-se a relação com o Memorial Hospital, de Nova York, cuja referência é o italiano Virgílio Sachini.

Vários mastologistas brasileiros têm se destacado na área da pesquisa clínica ao participar na linha de frente de pesquisas globais de novos e revolucionários medicamentos, desta forma contribuindo para considerável melhoria na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama.

Com a participação efetiva da SBM em ações de prevenção e na formulação de políticas públicas de saúde, e a cada vez maior qualificação dos mastologistas brasileiros, a especialidade tornou-se exemplo ao longo desta magnífica história que somente começou a ser contada.



Durante o XV Congresso Brasileiro — e por ocasião do cinquentenário da SBM —, realizado em Gramado, em 2009, Umberto Veronesi recebe o livro *Uma História da Mama* (no qual se baseiam os textos desta edição) das mãos de José Luiz Pedrini, presidente do evento e coautor da obra — escrita em parceria com o jornalista Eliziário Goulart Rocha.

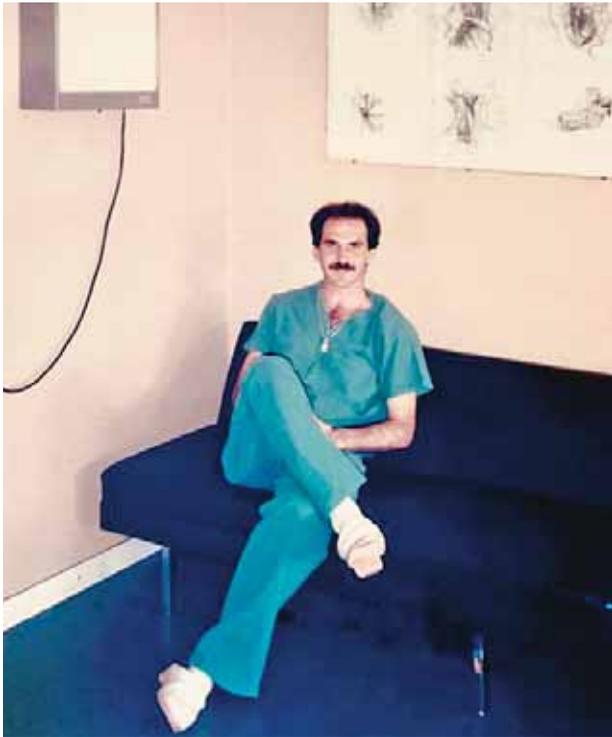
GENTE

Os 60 anos do presidente dos 60 anos da SBM

Quis o destino que Antonio Luiz Frasson, que tem dedicado sua vida à mastologia, não apenas no atendimento às pacientes, mas também nas lutas levadas adiante pela especialidade, completasse 60 anos junto com a Sociedade Brasileira de Mastologia e na condição de presidente da entidade.

Filho de Melvile Veronese e Bellino Catharino Frasson, ele nasceu em 1959, ano de fundação da SBM, em Nova Araçá, município da serra gaúcha localizado a cerca de 200 quilômetros de Porto Alegre, e que ainda hoje contabiliza pouco mais de 4 mil habitantes.





Ele teve uma infância tranquila na pequena Nova Araçá, ao lado dos irmãos Geraldo, Gilmar, Renato, Paulo e Milena. Orgulha-se de suas origens; é filho de descendentes de italianos da região do Vêneto, cujo dialeto a família pratica até hoje.

Antonio começou seus estudos no Colégio Mater Amabilis, da Rede Sagrado Coração de Jesus, em sua cidade natal. Quando tinha apenas quatro anos de idade, a professora, Irmã Fulgência, comentou: “Desta turma sairá um futuro advogado, um médico, um empresário...” e, antes mesmo que ela terminasse a frase, Frasson emendou: “Eu vou ser o médico”.

Os pais do futuro mastologista e presidente da SBM tinham uma granja na qual a família trabalhava com aves, bovinos e também plantava milho. Os pais, percebendo que a vocação do jovem Antonio não estava relacionada às lidas do campo, incentivaram-no a migrar para a capital.

Em Porto Alegre, foi morar com os avós, que eram proprietários de um hotel, e estudou no Colégio Nossa Senhora do Rosário, um dos mais tradicionais da capital gaúcha. Muito estudioso, e decidido desde pequeno a se tornar médico, mostrou sempre muito foco na busca de seus objetivos.

Sua esposa, Mônica, o define como “o melhor exemplo de determinação, esforço e amor pelo que faz”. Para ela, “é difícil dizer em uma frase tudo o que este grande homem faz pela humanidade e por nós, é nosso orgulho”.

Tais palavras são repetidas por tantos quantos têm a oportunidade de compartilhar seu dia a dia profissional com Antonio Luiz Frasson. Cumprir seu último ano de mandato à frente da SBM justamente por ocasião dos 60 anos dele e da entidade é uma recompensa adequada ao menino que desde cedo, na tranquilidade do interior, sempre soube que seria médico.

GENTE

Um breve retrato da trajetória de Vilmar Marques

Quando e como surgiu a vontade de ser médico, quando sentiu que tinha esta vocação e decidiu seguir este caminho?

Nasci em Uberlândia, Minas Gerais, e ainda muito cedo, aos 8 anos de idade, mudei para esta grande metrópole que é São Paulo. Aqui, além de me dedicar aos estudos, praticava meu esporte favorito que é o futebol. Aos 16 anos de idade tive que tomar uma decisão crucial, ou me dedicava ao esporte e buscava a profissionalização no futebol, ou seguiria o caminho dos estudos e buscava a carreira médica. Como sabem, segui a segunda opção e o futebol se tornou um grande hobby.



Onde fez a formação profissional?

Iniciei o curso de medicina em 1984 na Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, sendo seis anos maravilhosos e de grande aprendizado.

Por que se decidiu pela mastologia?

Durante o quinto ano da faculdade tive meu primeiro contato com a mastologia, frequentando o ambulatório de enfermidades mamárias coordenado pelo Prof. Ivo Carelli, meu primeiro grande mestre e que plantou a semente da mastologia em minha alma. Segui minha formação na Santa Casa de São Paulo, onde fiz minha residência médica em Obstetria e Ginecologia nos anos de 1990 e 1991, ingressando em seguida no estágio de mastologia chefiado pelo Professor Nelson Cymbalista, tendo como assistentes os professores Heriberto Santana Leite e José Francisco Rinaldi, este último meu grande amigo com quem tenho a honra de dividir a coordenação da

mastologia até os dias atuais. Obtive meu título de especialista em Mastologia (TEMA) em 1994. Fiz meu mestrado em 2000 e meu doutorado em 2005 pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Galguei a carreira acadêmica na Santa Casa passando pelos concursos de professor instrutor, assistente e adjunto. Hoje sou Chefe de Clínica Adjunto do Hospital da Santa Casa e Professor Adjunto da faculdade onde tenho atividades junto ao graduação e pós-graduação.

O que gosta de fazer quando não está trabalhando, hobbies, passatempos prediletos?

Em meus períodos vagos procuro me dedicar ao esporte, que inclui o ciclismo, futebol e musculação. Sendo até um pouco obsessivo, buscando sempre manter uma prática diária. Outra paixão é o ski na neve. Todos os anos procuro passar uns dez dias esquiando, preferencialmente em Whistler, no Canadá, minha estação favorita. Obviamente que estes momentos são

muito mais prazerosos quando divididos com minha família, para a qual busco reservar meus fins de semana.

Em seu entender, quais os próximos passos da mastologia brasileira, tanto em nível técnico, quanto na luta por políticas de saúde que contemplem cada vez mais a qualidade de vida das pacientes?

Vejo nossa especialidade em seu melhor momento, com uma visibilidade cada vez maior e um campo de trabalho que vem se expandindo dia a dia. Com gestões impactantes de nossos últimos presidentes, temos visto nossa especialidade ampliar seus horizontes, chamando para si o tratamento integral da paciente com câncer de mama, atuando desde o diagnóstico, passando pelo tratamento cirúrgico e reconstrutivo, adjuvante e estando também ao seu lado nos cuidados paliativos. Esta é uma tendência que vejo sem volta e que deve nortear a mastologia no Brasil e em muitos outros países.

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que uma em cada seis mulheres no mundo terá algum tipo de tumor ao longo da vida. Apesar disso, muitos foram os avanços ao longo dos anos, tanto em termos de diagnóstico, quanto em tratamento, e, por isso, o câncer deixou de ser uma “sentença de morte”.

Foram justamente esses avanços, bem como aspectos relacionados à prevenção, que o II Simpósio Internacional de Tumores Femininos, realizado pelo Grupo CAM, debateu ao longo de três dias, no Hotel Deville Prime, em Salvador.

Durante o evento, que aconteceu entre os dias 12 e 14 de setembro, especialistas do Brasil e de diversas partes do mundo discutiram assuntos como genética, prevenção, rastreamento e terapêutica da mastologia, oncoginecologia e radiooncologia.

O mastologista Augusto Tufi, do Grupo CAM, agradeceu a oportunidade de realizar a segunda edição do evento. “Agradeço a participação de todos os colegas, que vieram de vários estados do Brasil, um total de 618 inscritos. Aproveito para convidar a todos para a terceira edição do Simpósio Internacional de Tumores Femininos e o 14o Curso de Oncologia Professor Carlos Aristides Maltez, que será realizado entre os dias 17 e 19 de setembro de 2020.

O presidente da Comissão

EVENTO

Simpósio discute os avanços no combate a tumores femininos

Científica do Simpósio, o mastologista Daniel Argolo, destacou que o evento trouxe expoentes internacionais para tratar sobre oncogenética, como os médicos Mark Robson, dos Estados Unidos, e Janice Kwon, do Canadá.

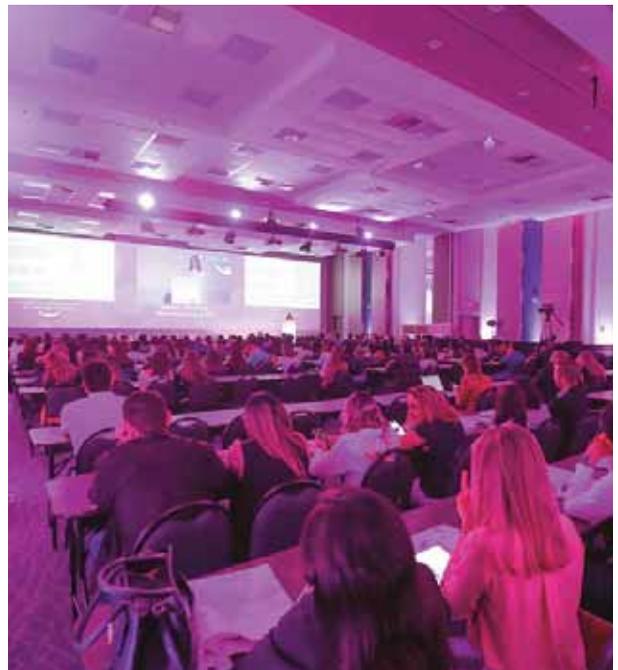
Ele explicou ainda que, este ano, o evento foi dividido em dois módulos. “Na quinta-feira (12), pela manhã, ocorreu uma plenária incluindo temas da oncoplástica, dentro do Curso da Escola Brasileira de Mastologia e, à tarde, ocorreu a abertura oficial do Simpósio, marcada pelas presenças de Mark Robson e Janice Kwon. Já na sexta-feira (13), o evento se dividiu em outro formato, com três salas simultâneas em funcionamento, cujos especialistas debateram sobre câncer de mama e tumores ginecológicos”, detalhou Argolo.

Além disso, paralelo ao Simpósio, ocorreu a II Jornada de Oncologia Multidisciplinar, que

contou com a participação de profissionais da enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, odontologia e farmácia muito envolvidos na linha de cuidado com o paciente oncológico.

O presidente da SBM também destacou a relevância do Simpósio. “Este evento engrandece a entidade pela sua qualidade e pelo objetivo de agregar valores nacionais e internacionais, tornado-se uma referência da região Nordeste do Brasil”, afirmou Antonio Luiz Frasson.

O Simpósio Internacional de Tumores Femininos, em sua segunda edição, trouxe nomes de grande relevância na oncologia mundial, com números significativos de palestrantes internacionais, como Dra. Chau Dang (oncologista clínica) e Dra. Andrea Barrio (mastologista), ambas médicas do Memorial Sloan Kettering em Nova York /EUA, entre outros.





VIAGEM

Um passeio de bike pela Dordogne

JOSÉ LUIZ PEDRINI

São comuns em muitos países os passeios de bicicleta destinados a conhecer uma região sem pressa e apreciar tudo que ela tem de bom para oferecer. Para os amantes da natureza, de bons vinhos e de comida de qualidade, re-

comendamos um *bike tour* na região da Dordogne, também nome do rio que banha um verdadeiro santuário de grandes vinhos e de uma culinária famosa.

A Dordogne (ou Dordonha) é um departamento francês que integra a região da Aquitânia. Foi desmembrado da antiga província de Périgord em 4 de março de

1790, durante a Revolução Francesa, e ocupa uma área 9 mil Km², a qual abriga em torno de 400 mil habitantes. São muitas as possibilidades turísticas e gastronômicas.

Em Sait Emilion, por exemplo, encontram-se os quatro excelentes vinhos que levam o selo de *Grand Cru Classe*: Cheval Blanc, Chateaux Pavie, Angelus e Chateaux Ausac. A vinícola Cheval Blanc é lindeira com a Midiático Petrus. No início do Pomerol, outra região de grandes vinhos.

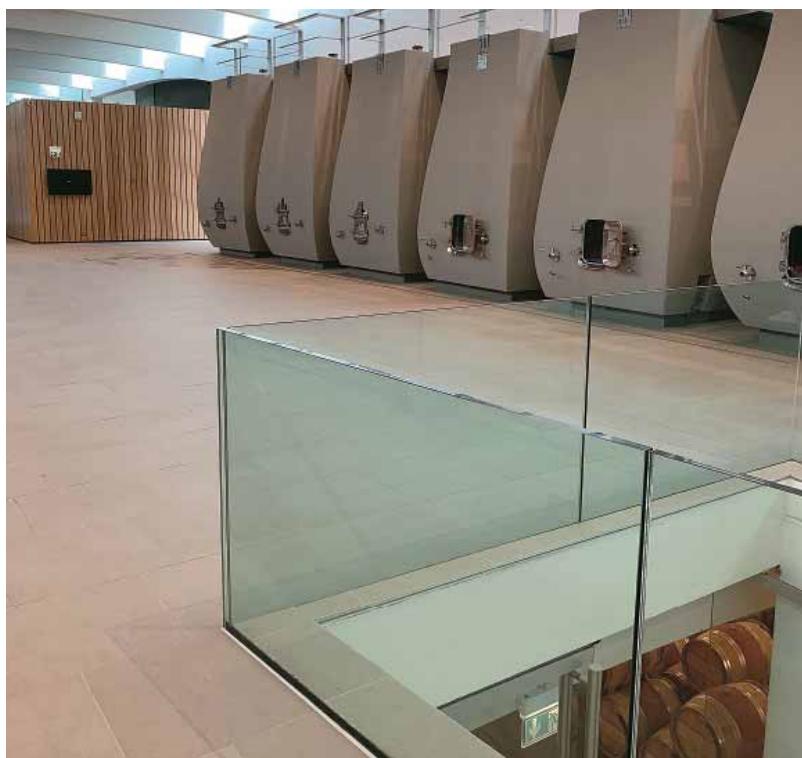
Na região do Perigord saboreia-se o delicioso *foie gras de canard*. Mas a atração não é só o patê do fígado de pato. O *confit* de pato é igualmente muito especial nesta região da terra.

É no meio deste cenário paradisíaco e recheado de sabores que se desenrola o passeio de bicicleta. Detalhes como a duração e o percurso podem ser negociados, bem como o tempo reservado para as pedaladas diárias.

A degustação de vinhos é um atrativo irresistível, mas é possível levar seu seu vinho para acompanhar as iguarias do jantar. Trata-se de um programa ideal para casais, com cenários românticos, hospedagem em construções históricas, grande variedade de vinhos fantásticos e comida da melhor qualidade, tudo entre pedaladas ao ritmo de cada um.

Quanto às bicicletas é possível escolher entre a elétrica — você pedala e, ao seu comando, ela pode ajudar sempre que for necessário — ou uma bicicleta comum com marchas. Pelo fato de ter algumas subidas no caminho, é aconselhável o uso da elétrica, que também funciona como bicicleta normal. Detalhes de um passeio decididamente inesquecível.

Na página ao lado,
um grupo de amigos
se apronta para
conhecer de bicicleta
a natureza exuberante
da Dordogne.
Nesta página,
o Château Cheval Blanc,
em Saint Emilion,
e a maturação de
uma bebida irresistível.



Inciар uma narrativa afirmando que aquele determinado político é um diabético na sociedade, possivelmente não iria ter o mesmo impacto do que dizer que fulano de tal é um câncer na sociedade. Quando referimos que determinado político é um câncer na sociedade, tentamos infligir aspectos nocivos de gravidade, maleficência.

Contrapondo o conceito social do câncer, o diabetes é conceituado popularmente como uma doença favorável, não perigosa, sem malignidade, enquanto, na realidade, é muito grave se não tratada adequadamente, pode evoluir com amputação de membros, insuficiência renal, cardíaca, neuropatia, cegueira, etc.. Uma patologia que não tem cura, mas permanece socialmente com o conceito de patologia benigna.

A palavra câncer, injustamente apresenta estigma negativo muito grande. O conflito causado quando comunicamos o diagnóstico de câncer de mama igualmente é devastador e intuitivamente induz a aspectos maléficos de sofrimento humano, incurabilidade, perda da autonomia, dor, morte; não existe doença boa ou ruim, todas podem levar a sofrimento e morte.

O enfoque negativo denso, pesado, que acontece com a mulher diagnosticada com câncer de mama, pode obscurecer, superar



VICENTE TARRICONE JÚNIOR

CRÔNICA

Bom humor e câncer de mama

funções mentais naturais como situação relacionada ao bom humor. Em certos indivíduos, o bom humor poderá dar leveza maior a problemas enfrentados em circunstâncias desfavoráveis.

Existem indivíduos acometidos por doença que têm o atributo de manter o equilíbrio de sua normalidade, capacidade de ajustamento à doença; outras pessoas se protegem usando mecanismos de defesa inconsciente resguardando seu eu, recorrendo a negação, barganha,

agressividade, depressão, aceitação, todas reações comuns ao momento de sua vida.

Ouso inferir, pela minha militância de muitos anos na especialidade, que existe pessoa de personalidade alegre, divertida, que em determinada ocasião reage com bom humor em circunstância de crise, propiciando diversão a ela, situação que nunca representa fuga da realidade, e sim sensibilidade ao bom humor.

Nestes anos de experiência dentro da mastologia, observei alguns momentos hilários, divertidos vividos por pacientes, os quais relatarei sem ter a presunção da verdade, tendo a coragem e a sensibilidade de não minimizar o sofrimento dos doentes que a vivenciaram, nem a seriedade da doença, contando com um poço de tolerância dos leitores.

Como é sabido, existem pacientes religiosas que, frente à doença, realizam e cumprem promessas em agradecimento pela graça concedida, talvez agindo aqui o inconsciente mecanismo de barganha.

Presenciei uma situação em que uma senhora que usava algumas medalhinhas de várias santas dentro do sutiã, em cumprimento a promessas que seus familiares com entusiasmo haviam realizado, pedindo a intercessão da padroeira por sua proteção frente ao tratamento do câncer de mama.

Não era justo ter de cumprir promessa que não tinha sido feito por ela e sim por outra pessoa, esta era sua reclamação. Na realidade seus familiares fizeram a promessa de levar por um bom período pequenas medalhas de santas em sua roupa íntima em contato direto com a área do corpo afetado.

Esta paciente bradava aos quatro cantos que, ela sim, se comportava como um anjo da guarda, pois estava protegendo as santas que carregava, Nossa Senhora das Graças e Nossa Senhora de Fátima, e não o inverso, vendo que “estariam em muito pior cenário se tivessem operado hemorroida, e não a mama”, brincava.

Outra paciente confidenciou-me durante o tratamento oncológico que, após ser orientada sobre queda de cabelo com uso de medicação quimioterápica, dirigiu-se ao seu fiel amigo cabelereiro de muitos anos e não o informou acerca de sua acentuada queda de cabelos naquele momento.

O pobre homem notou que estava ocorrendo muita queda ao fazer a escova, chegou a bloquear o escoamento de água do lavatório, tudo sob a vigilância silenciosa, serena e elegante da paciente, que se mantinha atenta, apenas observando. Ocasionalmente, perguntava quais os produtos que ele estava utilizando,

induzindo a uma associação da queda do cabelo aos produtos aplicados por ele.

O cabelereiro estava assombrado e solicitou ajuda de outros profissionais do salão. Formou-se um comitê de especialistas ao seu redor, todos atônitos e sem conseguir identificar o motivo do ocorrido. Gerou-se um clima de tensão e preocupação. A paciente suportou o silêncio o quanto possível, mas, o inevitável ocorreu: não se conteve mais e começou a rir de toda e situação, esclarecendo que estava dando folga temporária a seus cabelos, e que o motivo da queda era o tratamento quimioterápico para câncer de mama. Foi um momento de sorriso da paciente, imediatamente acolhida com muita solidariedade, carinho e bastante emoção de todos envolvidos, muito choro e riso. Talvez aqui o mecanismo inconsciente de plácida agressividade esteve presente.

Há também o caso de uma senhora mastectomizada que fazia uso rotineiramente de prótese externa de silicone no sutiã e costumava se debruçar no parapeito da sacada de sua residência. Um dia a prótese saltou do sutiã e caiu no quintal do vizinho, aonde um pequeno cachorro, assustado com o artefato em sua frente começou a morder e tracionar o silicone em forma de mama por toda a casa.

Esta senhora gritava de sua

varanda que o cachorro estava mordendo seu peito, e pedindo para segurar o animalzinho, tudo isto a plenos pulmões. O vizinho, assustado com a gritaria, não estava compreendendo nada da situação, pois o cachorro estava no pátio e, a mulher, no andar de cima.

O escândalo foi tanto que imediatamente o vizinho levou a prótese ritualisticamente protegida envolta em uma toalha soberanamente acomodada em uma caixa. A paciente não se conteve de tanto rir e, com suas gargalhadas, recebeu de volta a prótese toda mordida. Com despreendimento sublime, o mecanismo de aceitação se fez presente.

O número de mulheres sobreviventes ao câncer de mama vem aumentando consideravelmente, grande parte com evolução favorável, caminhando para um desenvolvimento de doença crônica e se equiparando a outras doenças longevas, como hipertensão, diabetes e etc.

Se diminuirmos o preconceito negativo da palavra câncer com atitudes positivistas e esperançosas, ofereceremos a estas mulheres maior oportunidade de aflorar momentos de bom humor, de expressão de sentimentos genuínos, diminuiremos ansiedade, aliviaremos a dor, a tensão emocional adequando efeitos positivos no enfrentamento da doença e do tratamento.

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.