

ABC Câncer

www.abcancer.org.br

Com medidas eficazes de prevenção, Estados Unidos reduzem em 30% a mortalidade por câncer de mama em 15 anos. No Brasil, mamografia é privilégio de poucas

COMPROVADO

Quando a causa é boa, todo mundo apóia.

GHIROTTI&CIA.

COSTA E TEMER
Importadora e Exportadora Ltda.

marie claire


GRUPO PÃO DE AÇÚCAR
Orgulho de ser brasileiro.

SIGMA
Produtos para
Artes Gráficas

CIA. TRADICIONAL de COMÉRCIO
Desde 1955
Original | Diferente | BRAZ | ANOS

IOV INSTITUTO
DE ONCOLOGIA
DO VALE

**American
Cancer
Society®**

TECNISA
Mais construtora por m²

Diversas empresas e pessoas
estão comprometidas com a
nossa missão. Contribua você
também com a Associação
Brasileira do Câncer.
Contate-nos pelo fone
11 3032-5335 ou pelo email:
abcancer@abcancer.org.br



Associação
Brasileira
do Câncer

4 EDITORIAL

Um especial sobre câncer de mama ocupa quase toda esta edição e, nas páginas finais falamos do câncer de pulmão, o que mais mata no mundo

8 PREVENÇÃO

Alimentação equilibrada e muito critério na hora da reposição hormonal são formas de se proteger de um câncer de mama

11 OPINIÃO

Lei que beneficia grupo de mulheres portadoras de câncer de mama na aquisição de carro novo não atinge população que mais precisa

12 ALTO RISCO

Hereditariedade é fator de risco para apenas 10% dos casos de câncer de mama. Obesidade e sedentarismo são os grandes vilões da saúde da mulher

CONTEÚDO ON-LINE

Confira mais informações no nosso site.

www.abcancer.org.br

18 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Distribuição desigual ainda é entrave para o acesso pleno aos serviços médicos e às mais avançadas tecnologias

22 RECONSTRUÇÃO

Modernas técnicas permitem a reconstrução imediata da mama, favorecendo o resgate da auto-imagem e da auto-estima das pacientes

24 EU PERTENÇO

O mastologista Roberto José da Silva Vieira, da Fiocruz, fala sobre a importância da educação na prevenção do câncer de mama



CÂNCER DE PULMÃO: 80% dos casos no país têm diagnóstico tardio e poucas chances de cura

26 ADAPTAÇÃO

Durante o tratamento do câncer de mama, o acompanhamento psicológico é fundamental para auxiliar na tarefa de reestruturação do corpo e da mente

28 CÂNCER DE PULMÃO

Diagnóstico tardio e poucas chances de cura representam 80% dos casos da doença no Brasil. E o acesso ao tratamento esbarra nos altos custos



O enigma do alto risco

Hereditariedade é fator de risco para apenas 10% dos casos de câncer de mama. Os outros 90% dos casos são de tumores esporádicos, cujos grandes vilões são obesidade e sedentarismo

usando recebeu o diagnóstico de câncer de mama, em abril de 2005, aos 44 anos, a jornalista e empresária Fernanda Alves Guimarães teve um grande susto, e não acreditava que uma mamografia de rotina pudesse ter aquele resultado. Ela era uma paciente de risco, embora na época não soubesse disso. Havia outros casos de neoplasia em sua família, e o pai e a avó tinham morrido em razão de tumores em outros órgãos. "Mas para mim isso era uma coisa que só acontecia com os outros". Assim como Fernanda, outras mulheres não estão conscientes da maior probabilidade de desenvolverem a doença. Estado publicado em 2004 na revista Cancer revelou que, das 6.410 pacientes de alto risco entrevistadas, 50% teriam se dado a conhecer e o diagnóstico para ter acesso ao tratamento – que ostenta até 90% de chance de cura – até mesmo prevenir o aparecimento da doença. Mas como identificar quem são as pacientes de risco? Nos casos de câncer hereditário, em geral a doença se manifesta mais cedo, na terceira ou quarta década de vida. Quanto mais cedo o familiar doente tiver sido acometido pela neoplasia, maior o risco. Em aproximadamente 60% dos casos, está associada a uma mutação nos genes BRCA 1 ou BRCA 2 – e quem herda uma dessas mutações tem até 80% de chance de desenvolver a doença. Porém, a doença pode ser causada também por mutações em outros genes, de acordo com José Claudio Casali da Rocha, diretor médico do Banco Nacional de Tumores (BNT) do Instituto Nacional do Câncer (Inca), e a preocupação que chateia com o BRCA 1 e 2 acaba obstaculando a identificação de outras síndromes relacionadas à doença. Apenas 10% dos casos dos tumores de mama são hereditários (veja quadro). Os outros são esporádicos, que em geral aparecem nas mulheres com mais de 50 anos. Isso porque o DNA precisa ser "apagado" durante décadas para a doença se manifestar. Como prevenir? O Brasil tem levantamentos numerosos das pacientes de alto risco, mas as mulheres nessa situação contam com rotinas específicas para combater doenças que contam com controle rigoroso e medicação tem início em uma idade mais jovem, quando as mamas são mais densas e a mamografia complementada por outros exames

www.abcancer.org.br

Consciência em tempos modernos

Marília Casseb • Superintendente Executiva • Associação Brasileira do Câncer



FOTO: RICARDO THOMAZINI

neste que é o mês mundial de conscientização sobre o câncer de mama trazemos para você uma edição especial que apresenta o que há de mais atualizado em pesquisas e práticas clínicas que apontam para as melhores formas de prevenir, diagnosticar e tratar a doença. Você vai encontrar nas páginas seguintes um guia para melhor compreender esse que é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres.

Para falar sobre prevenção traçamos um paralelo entre recente pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – segundo a qual os casais brasileiros têm menos filhos hoje em dia – e um maior risco para a mulher moderna desenvolver câncer de mama. Com menos filhos as mulheres ficam – ao longo da vida – mais expostas ao estrógeno, hormônio associado ao surgimento da doença. De acordo com os dados do IBGE, nos anos 70 as mulheres tinham em média seis filhos - hoje essa média fica em torno de dois.

Para se proteger dos riscos de ser moderna a mulher precisa adotar uma atitude preventiva. Alimentação

saudável e atividade física protegem a mulher contra o câncer de mama, além da realização de mamografia, único exame capaz de detectar nódulos antes de se tornarem palpáveis. E os médicos alertam: as chances de cura são de 90% para casos em que a doença é detectada no início.

Nesta edição você confere os avanços da ciência para identificar e proteger as chamadas pacientes de alto risco e conhece as técnicas de cirurgia de reconstrução para mulheres submetidas a mastectomia (cirurgia de retirada da mama). Impactos psicológicos, acesso a diagnóstico e tratamento e benefícios previstos em lei também estão em nossa pauta especial.

E no finalzinho, lembrando que novembro é o mês de conscientização sobre o câncer de pulmão (o que mais mata em todo o mundo, causado pelo cigarro) nossa reportagem mostra que nos últimos dez anos o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e radioterápicas em tumores iniciais determina a cura de até 80% dos pacientes que têm a doença diagnosticada mais cedo.

Uma boa leitura!

A Associação Brasileira do Câncer é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSICIP), sem fins lucrativos, com a missão de informar, educar e mobilizar a sociedade para a prevenção, detecção precoce e diminuição do sofrimento das pessoas tocadas pelo câncer. Para tais cumprimentos, a entidade visa ser facilitadora na elaboração de políticas públicas para o câncer, a fim de garantir acesso ao tratamento e à melhor assistência no Brasil, bem como educar a população brasileira a respeito de hábitos saudáveis, contribuindo para que não se desenvolva câncer por causas evitáveis.

ASSOCIADOS FUNDADORES

Vitória Verônica Herzberg, Mário Herzberg, Jayme Serebrenic, Sílvia Herzberg Gorski, Roberto Faldini, Katalin Elvira Borger, Paulo Roberto Ghirotti, Heloisa Bonciani Nader Di Cunto, Marcelo Santoro Di Cunto, Daniel Borger, Fábio Borger, Alberto D. Ihering Azevedo, Helena Bonciani Nader, Ignaz Zsigmond, Charles Rothschild.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente
Vitória Verônica Herzberg
Vice-Presidente
Gisele Brandt
Conselheiros
Mário Herzberg
Dr. Reynaldo André Brandt
Dr. Carlos Frederico Pinto
André Jánszky
Valter Vallone Bonani
Eduardo de Paula Ribeiro

CONSELHO FISCAL

Heloisa Bonciani Nader di Cunto
Marcelo Santoro di Cunto
Daniel Borger

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente Executiva
Vitória Verônica Herzberg
Superintendente Executiva
Marília Casseb

CONSELHO CIENTÍFICO

Dr. Ademar Lopes
Cirurgião Oncológico
Adriana Marques da Silva
Enfermeira oncologista
Dr. Antônio Luiz V.Macedo
Cirurgião Gastroenterologista Oncológico
Dr. Artur Katz
Oncologista Clínico
Dr. Auro del Giglio
Oncologista Clínico

Dra. Beatriz de Camargo
Oncologista Pediátrica
Dr. Benedito Mauro Rossi
Cirurgião oncológico
Carla Gonçalves Dias
Enfermeira Oncologista
Dr. Carlos Frederico Pinto
Oncologista Clínico
Dr. Císio Brandão
Oncologista-Medicina Paliativa
Cláudia Ferrão Baroni
Psicóloga
Dr. Cláudio Lottenberg
Oftalmologista
Dr. Eduardo Weltman
Radioterapeuta
Dra. Eliana Maria Monteiro Caran
Oncologista Clínico
Elide Leyla Martinez Moscatello
Enfermeira oncologista
Dra. Gilda D'Agostino Eugui
Pediatra e Endocrinologista Pediátrica
Dr. João Victor Salvajoli
Radioterapeuta

Dr. Marcelo Aisen
Oncologista clínico
Dr. José Cláudio Casali da Rocha
Oncologista e Geneticista
Dra. Maria Inês Gonçalves
Fonoaudióloga
Dra. Nydia S. Bacal
Hematologista
Dr. Reynaldo André Brandt
Neurocirurgião
Dr. Ricardo Caponero
Oncologista Clínico
Dr. Roberto de Almeida Gil
Oncologista Clínico
Dr. Silvio Bromberg
Mastologista
Dra. Virginia Maria Círchia Pinto
Cirurgiã-Dentista
Prof. Dr. Waldir Muniz Oliva Filho
Mastologista
Wellington Mendes
Oncologista Pediátrico



Lucia ama Lucas que ama Lucia.

Lucia é mãe. Lucas é filho.

Lucia tem linfoma. Lucas tem sonhos.

Lucia motivos, muitos motivos.

Pesquisar e desenvolver novos medicamentos que possam prolongar a vida, renovar o presente e favorecer o futuro. É essa a grande missão da Roche. Se você tem linfoma não-Hodgkin, informe-se com o seu médico. Afinal, sejam quais forem os seus motivos, conte conosco.

Roche inovando em saúde.

Este espaço está aberto para esclarecer suas dúvidas e também para receber sugestões ou críticas. Seja por carta ou email, participe!

RECADO AOS PAIS

Ao conhecer esta revista durante uma sessão de quimioterapia, senti a obrigação de dar minha contribuição aos pais portadores de câncer, assim como eu, e que tenham filhos, ainda crianças e adolescentes. Sou portadora de câncer de fígado (colangiocarcinoma), diagnosticado em março deste ano. Assim que foi confirmado o diagnóstico, contei aos meus dois filhos – Gabriela, de 13 anos, e Raphael, de 9, sobre o diagnóstico, o tratamento e os efeitos da quimioterapia. Respondi a todas as perguntas do Rafael, de maneira que ele ficasse satisfeito e até o levei a Belo Horizonte para conhecer o médico e ver como era feita a quimioterapia. A Gabriela, no seu silêncio, realizava pesquisas pela internet.

Em uma de minhas idas e vindas de Belo Horizonte e de mais uma quimioterapia, encontrei um encarte feito pelo Rafa, esperando, assim como eu, a cura do câncer. E as palavras carinhosas escritas pela Gabi – que tudo vai dar certo. Foram dias difíceis, mas hoje vejo que o melhor é mostrar a verdade. Eles foram tão conscientes que contaram aos professores e colegas e creio que por isso não houve um reflexo negativo na escola, onde ambos já alçaram as médias e passaram de ano. Onde se tem um ambiente positivo e verdadeiro a criança acreditará que é possível fazer suas futuras escolhas, também de forma verdadeira. O mundo é daqueles que têm coragem de sonhar. Obrigada pela oportunidade.

MILCES DE QUEIROZ NOGUEIRA AMARAL,
BARBACENA - MG



ABCâncer

CONSELHO EDITORIAL
Vitória Verônica Herzberg
Ricardo Caponero
José Claudio Casali

COORDENAÇÃO GERAL
Marília Cassebe

SUPERVISÃO EDITORIAL
Celina Rosa Martins

DIREÇÃO DE REDAÇÃO
Paulo Alves - Mtb: 36.917

EDIÇÃO
Andréa Oliveira

DIAGRAMAÇÃO
Multi Propaganda

REPORTAGEM
Annete Morhy
Cristiane Gonçalves
Daniela Tcherniacowski
Julia Garcez
Moura Leite Netto
Stella Galvão
Paulo Paladino

IMPRESSÃO
Plural/Grupo Folha

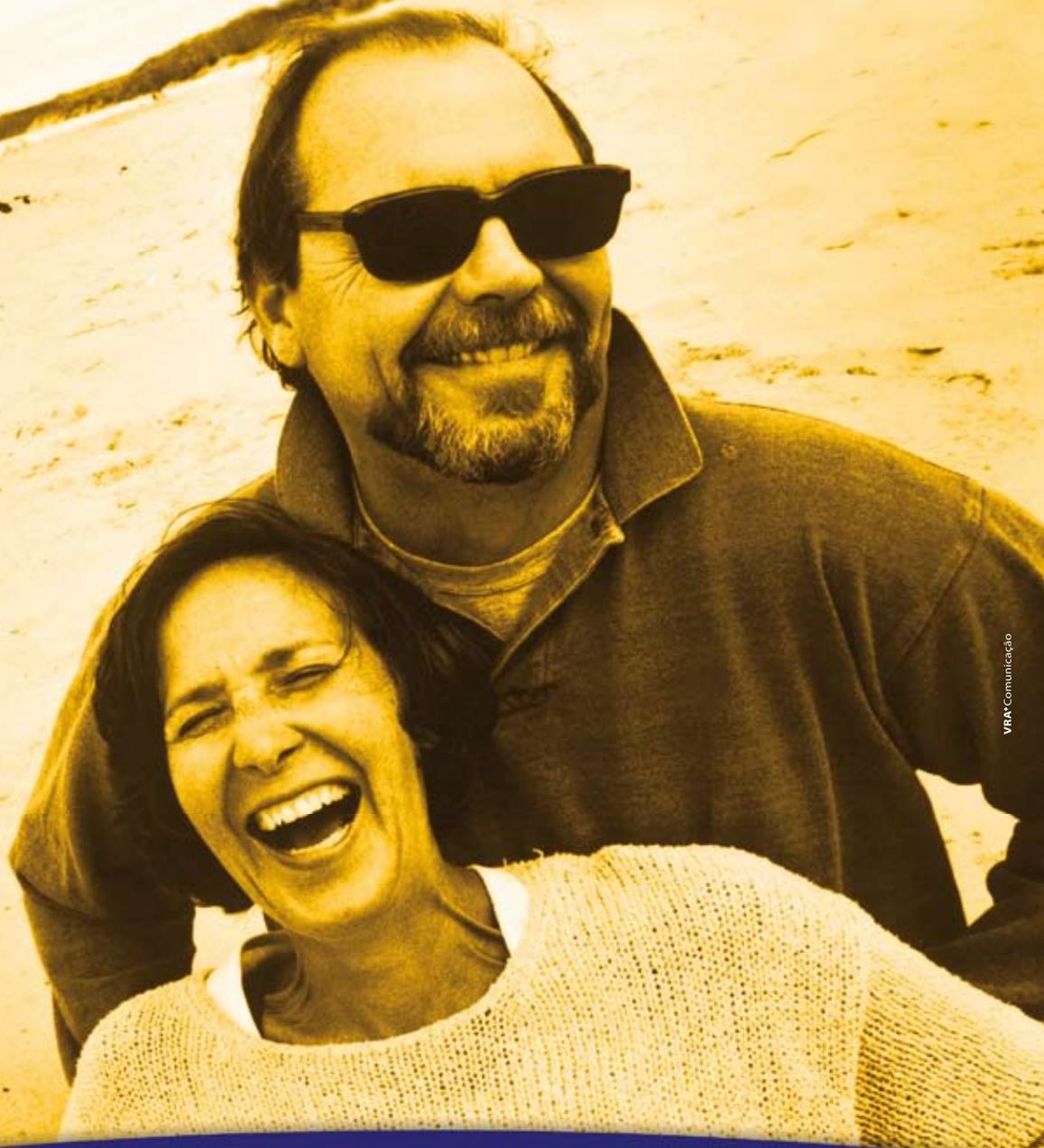
TIRAGEM DESTA EDIÇÃO
21.000 exemplares

Para anunciar entre em contato com Celina Martins
- tel: 3032-5335 ou celina@abcancer.org.br

ABCâncer é uma publicação bimestral da Associação Brasileira do Câncer, dirigida a pacientes oncológicos e seus familiares e amigos, profissionais de saúde e público em geral. ABCâncer é distribuída gratuitamente nos principais hospitais e centros oncológicos do país e, em São Paulo, na rede de supermercados Pão de Açúcar e nas lojas de roupas femininas Marie Claire. Para receber a revista pelo correio, no endereço de sua preferência, por um ano, é cobrado apenas o envio postal.

O conteúdo editorial da revista ABCâncer é de inteira responsabilidade da Associação Brasileira do Câncer. As matérias refletem, exclusivamente, a opinião da Diretoria e do Conselho Editorial e nada têm a ver com os anúncios aqui vendidos. É permitida a reprodução ou cópia de notícias, desde que citada a fonte. Para utilização de fotos e ilustrações, é exigida autorização prévia.

TEM PAIXÃO PELA VIDA A CADA NOVO DIA.
TEM **AstraZeneca** AQUI.



VRA* Comunicação

A AstraZeneca Oncologia trabalha para estar presente em todos os momentos da vida.

Nos momentos de desafio e vitória, nos momentos de trabalho e esperança, de pesquisa e determinação.

Essa é a forma que a AstraZeneca escolheu para alcançar seu objetivo de oferecer novas opções de tratamento e qualidade de vida para pacientes e suas famílias.

AstraZeneca do Brasil Ltda.
Rodovia Raposo Tavares, km 26,9
CEP 06707-000 - Cotia/SP
ACCESS net/SAC 0800 0145578
www.oncologia-az.com.br

AstraZeneca 
ONCOLOGIA

Inovando pela vida.



**Os riscos
de ser**

contemporâ

Ter menos filhos e mais tarde – e por conta disso amamentar menos e menstruar mais ao longo da vida – significa produzir mais estrógeno e ter mais chance de desenvolver câncer de mama

evantamento divulgado no último mês pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que os casais do país estão gerando menos filhos. Em 1970, as famílias tinham, em média, seis filhos. A nova pesquisa mostra que as mulheres de hoje têm menos de dois filhos, em média. Como

conseqüência disso, menstruam mais vezes durante a vida e o ovário produz mais estrógeno, que é fator promotor do câncer de mama.

O coordenador do Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio-Libanês, Alfredo Barros, observa que cem anos atrás as mulheres brasileiras menstruavam, em média, 50 vezes na vida toda e hoje menstruam uma média de 400 vezes. “Deixando de lado fatores sócio-econômicos e levando em conta apenas a prevenção da doença, o ideal é a mulher procriar e amamentar a partir dos 18 anos. Isso porque durante a gravidez a placenta produz gonadotrofina, hormônio que protege as células das mamas contra o câncer”, aponta o mastologista.

idade, por exemplo, cria empecilhos para que a mãe possa amamentar durante 12 meses. “Durante a amamentação não é produzido estrógeno, pois não há menstruação. O indicado é amamentar durante o primeiro ano de vida do bebê, mas as mulheres, cada vez mais urbanas e modernas, não conseguem dispor desse tempo”, destaca Alfredo Barros.

O técnico da Área de Alimentação, Nutrição e Câncer do Inca, Fábio Gomes, ressalta que mulheres com risco hereditário aumentam a proteção quando amamentam por no mínimo seis meses. “A amamentação também possibilita que a criança tenha menor probabilidade de ser obesa na infância, facilitando o controle do peso na idade adulta”, afirma o nutricionista.

Os principais fatores de prevenção para o câncer de mama, segundo os especialistas ouvidos pela ABCâncer, são evitar conservantes químicos, ter uma dieta equilibrada e não fazer reposição hormonal de maneira indiscriminada. Exames de mamografia são indicados para todas as mulheres a partir dos 40 anos, exceto para aquelas que têm predisposição hereditária, quando o exame precisa ser antecipado (mais sobre diagnóstico e tratamento nas páginas 16 a 18).

Alimentação equilibrada

Especialistas em nutrição oncológica destacam que o mais importante para evitar a doença não é ingerir alimentos específicos e sim ter uma dieta equilibrada. De acordo com o relatório “Alimentos, Nutrição, Atividades Físicas e Prevenção de Câncer: uma perspectiva Global”, lançado no Brasil em

PROTEJA-SE

- Excesso de tecido gorduroso significa maior produção de hormônios. E com mais hormônio feminino circulante o corpo fica mais vulnerável ao câncer de mama
- Manter-se fisicamente ativa é uma maneira eficaz de prevenção. A recomendação inicial é fazer caminhadas aceleradas por, no mínimo, 30 minutos diários
- Todas as atividades aeróbicas, dentre elas correr, nadar e dançar, são favoráveis
- É importante que a mulher coma alimentos ricos em vitamina E, como nozes e castanha do Pará, por causa do seu efeito antioxidante



- Também se recomenda a inclusão da soja na dieta. São hábitos que devem se prolongar ao longo da vida, desde a adolescência
- O consumo de uma latinha de cerveja ou de uma taça de vinho por dia não chega a ser nocivo. Mas não é aconselhável concentrar esse consumo num único dia da semana, ou seja, não beber de segunda a sábado para beber sete doses no domingo

FONTES: Relatório do INCA, Alfredo Barros (Hospital Sírio-Libanês), Fábio Gomes (Inca) e Luciene Assaf (Hospital A. C. Camargo)



nea

De acordo com o IBGE, o foco dos casais está centrado hoje principalmente no mercado de trabalho e menos voltado para a família. A necessidade de retornar ao emprego após quatro meses de licença mater-

2007 pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), é primordial evitar alimentos e bebidas que promovam o ganho de peso. Segundo o relatório, o consumo de alimentos com alta densidade energética e de bebidas açucaradas está crescendo no mundo todo e provavelmente está contribuindo para o aumento global da obesidade.

Fábio Gomes, do Inca, ressalta que a obesidade aumenta o tamanho das células cancerosas, interferindo no tamanho do tumor. “Além disso, o excesso de gordura corporal está associado a níveis elevados de fatores inflamatórios que, sendo duradouros, podem gerar lesões no DNA e interferir no ciclo celular”, afirma. “O hábito alimentar que mais ajuda na prevenção do câncer de mama é aquele que nos mantém dentro do peso ideal ao longo da vida, ou seja, uma alimentação rica em frutas e verduras, sem quantidade excessiva de gorduras e proteína animal”, alerta o cirurgião oncológico do Hospital A.C.Camargo, Benedito Mauro Rossi.

Fugir do sedentarismo

Estabelecer como rotina a atividade física é uma maneira eficaz de diminuir os riscos de câncer de mama. Segundo o relatório do INCA, a recomendação inicial é fazer caminhadas aceleradas por, no mínimo, trinta minutos. Depois de adquirir um certo preparo físico, recomenda-se sessões moderadas de 60 minutos ou mais intensas de 30 minutos.

“O importante é manter o corpo em movimento. Não há uma atividade física específica para evitar câncer de mama. O importante é a prática regular e, de preferência, orientada”, aponta Benedito Mauro Rossi.

O mastologista Alfredo Barros ressalta que todas as atividades aeróbicas, dentre elas correr, nadar e dançar, são favoráveis para diminuição de riscos de câncer mamário. “As mulheres precisam encontrar tempo para exercícios físicos”.

MITOS X VERDADES

Desodorante antiperspirante causa câncer de mama?

MITO – Produtos presentes em alguns desodorantes podem provocar o entupimento de folículos nas axilas, causando pequenas inflamações totalmente benignas. Aí algumas pessoas confundem essas lesões com os nódulos do tumor de mama. Mas são duas coisas distintas.

Homem também pode ter tumores de mama?

VERDADE – Embora nem todo mundo saiba, há uma relação de um caso de câncer de mama masculino para 100 femininos. Porém, os homens não precisam passar por exames de rastreamento anuais, como as mulheres. Basta que tenham consciência da existência do problema e que procurem um especialista ao notar qualquer alteração. Quem tem casos da doença em familiares do sexo masculino deve ficar mais atento.

Próteses de silicone favorecem o aparecimento da doença?

Mito – Esses implantes não aumentam o risco de uma mulher desenvolver o mal. O que acontece é que, em até 20% dos casos, essas próteses e as cicatrizes decorrentes de sua colocação cirúrgica podem interferir na análise dos exames de imagem, confundindo o médico no diagnóstico.

Sutiã apertado causa câncer?

MITO – Essa peça pode ser usada sem medo. Com arame, enchimento... Nada disso favorece o aparecimento de tumores de mama. Nem mesmo traumas na glândula são capazes de provocar a doença.

O auto-exame é suficiente para detectar o problema?

MITO – Os exames de imagem flagram alterações que ainda não são palpáveis, antes de se transformarem em nódulos perceptíveis durante o auto-exame. E, quanto mais cedo for feito o diagnóstico, melhores os prognósticos de tratamento e de sobrevida da paciente.

Fonte: Fabiana Makdissi, mastologista do Hospital A.C.Camargo





Deficiência questionada

muita gente nem sabe que existe, mas a Lei Federal 8.989/95 concede isenção do IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) na aquisição de veículos por mulheres portadoras de câncer de mama que sofreram a retirada dos gânglios linfáticos axilares. E os estados, através de convênios, concedem isenção do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços) e IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores). Mas poucos fazem uso deste direito, talvez por não saberem que:

- A citada Lei Federal acima é direcionada aos portadores de deficiência física. Ocorre que a retirada dos gânglios linfáticos das axilas é um tipo de mutilação que afeta a função dos membros superiores e provoca uma alteração caracterizada como monoparesia. O decreto 5.296 (de dezembro de 2004), assinado pelo presidente Lula, define o conceito de deficiência: “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia (...)”.

- As portadoras dessa disfunção foram reconhecidas como deficientes físicas para efeito da isenção de impostos na compra

Além da dificuldade em ter aval dos Detrans para receber isenção de impostos, mulheres que sofreram retirada de gânglios linfáticos não encontram carros adaptados às suas necessidades

de veículos e como tais, aptas a dirigir veículos equipados com direção hidráulica e câmbio automático. Mas a concessão do benefício se tornou inócua e sua utilização é praticamente inacessível, já que os veículos que possuem esses dispositivos são os mais caros do mercado.

Além de a lei ser pouco conhecida, há outros problemas que impedem o acesso pleno ao benefício. Um deles é o fato de que essa não é uma deficiência aparente. E há muitos casos em que os peritos do Detran não aceitam somente o atestado de que a mulher sofreu a cirurgia de retirada dos gânglios linfáticos axilares. Eles exigem que a mulher apresente linfedema instalado (inchaço no braço) – uma ignorância, pois este quadro é o de agravamento da deficiência – e muitas vezes justamente pelo fato de a mulher não ter um carro adaptado.

É de se ressaltar que as manobras com veículo com direção hidráulica equivalem ao deslocamento de um peso de 5 qui-

los, ao passo que manobrar um veículo sem esse equipamento equivale a deslocar um peso de 30 quilos, segundo informações de uma montadora.

Com base nesses argumentos, em novembro de 2006 enviei uma correspondência à Associação dos Fabricantes de Veículos Automotores (Anfavea), assinada por mais de 500 mulheres, solicitando a possibilidade de se desenvolver e comercializar modelos de carros populares, equipados com direção hidráulica e câmbio automático, compatíveis com o poder aquisitivo das classes menos favorecidas.

Houve um retorno da Anfavea, com a indicação de que a solicitação seria enviada às montadoras, juntamente com elogios à idéia. Mas passados quase dois anos, nada foi feito.

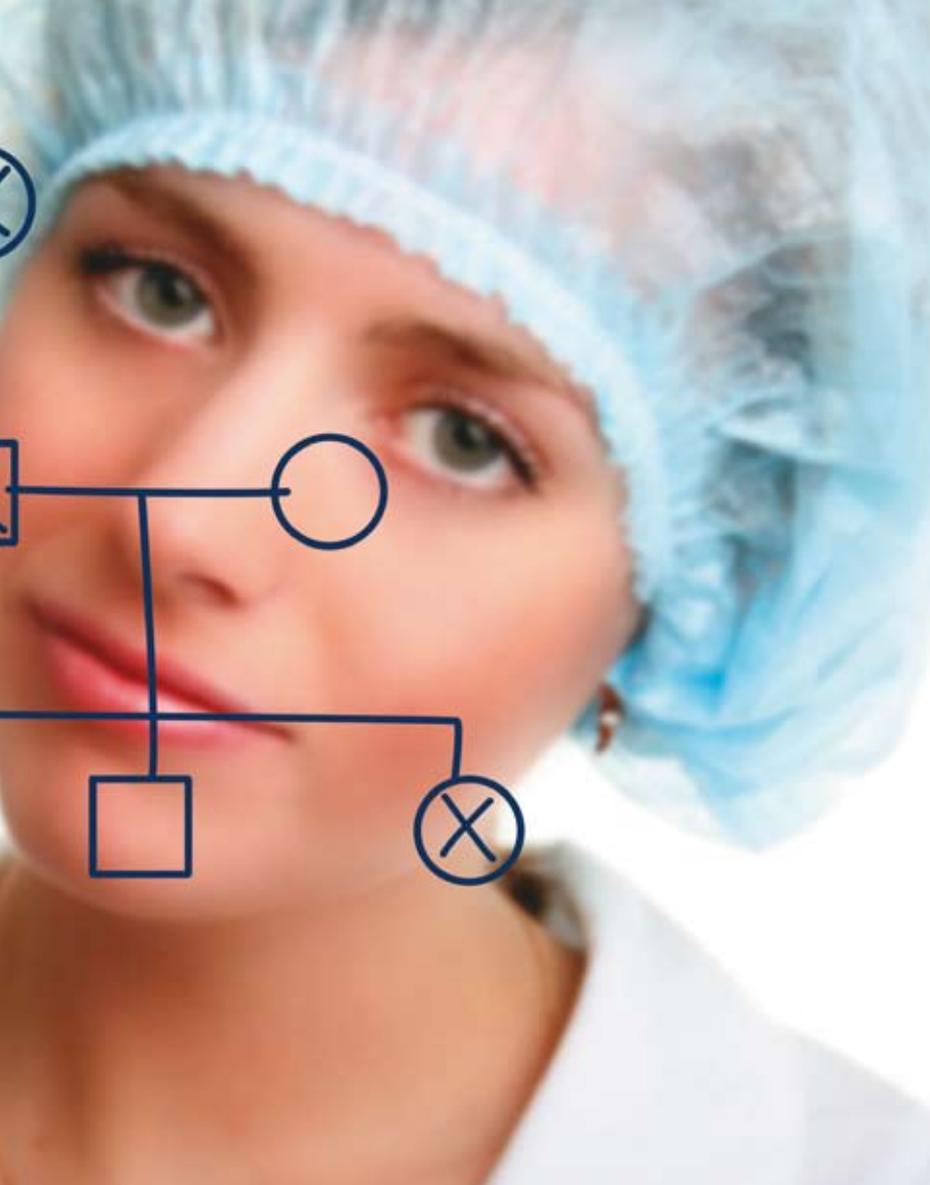
Idéias para proporcionar o acesso efetivo ao benefício não faltam. O que falta é informação e união do maior número possível de mulheres na mesma situação para exigir que seus direitos sejam plenamente atendidos, além de boa vontade das empresas. Este artigo é uma maneira de informar e convidar à participação. Só a participação consciente pode gerar transformações e melhorias na vida da população.

Antonieta Barbosa é advogada, diretora-presidente do Instituto Cristina Tavares de Atenção Integral ao Paciente com Câncer e autora do livro *Câncer – Direito e Cidadania*

Hereditariedade
é fator de risco para
apenas 10% dos casos
de câncer de mama.
Os outros 90%
dos casos são de
tumores esporádicos,
cujos grandes vilões
são obesidade
e sedentarismo



O enigma alto risco do



o aparecimento da doença. Mas como identificar quem são as pacientes de risco?

Nos casos de câncer hereditário, em geral a doença se manifesta mais cedo, na terceira ou quarta década de vida. Quanto mais cedo o familiar doente tiver sido acometido pela neoplasia, maior o risco. Em aproximadamente 60% dos casos, está associada a uma mutação nos genes BRCA 1 ou BRCA – e quem herda uma dessas mutações tem até 80% de chance de desenvolver a doença.

Porém, a doença pode ser causada também por mutações em outros genes, de acordo com José Cláudio Casali da Rocha, diretor médico do Banco Nacional de Tumores (BNT) do Instituto Nacional do Câncer (Inca), e a preocupação quase exclusiva com o BRCA 1 e 2 acaba obscurecendo a identificação de outras síndromes relacionadas à doença.

Apenas 10% dos casos dos tumores de mama são hereditários (veja quadro). Os outros são esporádicos, que em geral aparecem nas mulheres com mais de 50 anos. Isso porque o DNA precisa ser “agredido” durante décadas para a doença se manifestar.

Como prevenir?

O Brasil não tem levantamentos numéricos das pacientes de alto risco, mas as mulheres nessa situação contam com rotinas espe-

quando recebeu o diagnóstico de câncer de mama, em abril de 2002, aos 44 anos, a jornalista e empresária Fernanda Alves Guimarães teve um grande susto, e não acreditava que uma mamografia de rotina pudesse ter aquele resultado. Ela era uma paciente de risco, embora na época não soubesse disso. Havia outros casos da neoplasia em sua família, e o pai e a

avó tinham morrido em razão de tumores em outros órgãos. “Mas para mim isso era uma coisa que só acontecia com os outros”.

Assim como Fernanda, outras mulheres não estão conscientes da maior probabilidade de desenvolverem a doença. Estudo publicado em 2004 na revista *Cancer* revelou que, das 6.410 pacientes de alto risco entrevistadas, um terço acreditava ser de baixo risco. Evitar essa situação é essencial para ter sucesso no tratamento – que ostenta até 90% de chance de cura – ou até mesmo prevenir

ciais para combater doença, que contam com controle rigoroso e medidas profiláticas. Nesse grupo de pacientes, em que o rastreamento tem início em uma idade mais jovem, quando as mamas são mais densas, a mamografia é complementada por outros exames de imagem, como ultra-sonografia e ressonância magnética, que têm sensibilidade mais alta.

“A ressonância magnética tem como grande qualidade a capacidade de diferenciar o tecido doente do tecido saudável facilitando a detecção de lesões benignas, malignas e melhor estabelecendo os seus limites anatômicos”, afirma Rubens Chojniak, diretor do Departamento de Imagem do Hospital A.C.Camargo, em São Paulo.

“No caso das pacientes com histórico familiar importante, o rastreamento deve começar 10 anos antes do momento em que o familiar doente descobriu o tumor”, afirma Conte, do Inca. “Por exemplo, se a mãe teve câncer de mama aos 35 anos, a filha precisa começar a fazer os exames aos 25 anos.”

Existem também algumas medidas profiláticas. Uma delas é a mastectomia redutora de risco, que consiste na retirada das mamas com os mesmos limites da mastectomia tradicional, e que pode reduzir em até 90% a chance de aparecimento da doença. Mais recente, a quimioprevenção consiste na administração prévia de drogas como Tamoxifeno e Raloxifeno, e tem demonstrado bons resultados ao longo dos últimos anos. Mas essas medidas mais radicais são aplicadas somente a casos bem específicos, depois de exames que comprovem o alto risco de ter a doença.

PRESTE ATENÇÃO

- ⊗ O histórico familiar do câncer de mama em parentes de primeiro grau é o fator de risco mais importante e que mais contribui para o aparecimento da doença.
- ⊗ De 20% a 30% das pacientes têm um familiar com a doença, segundo a American Cancer Society. Um familiar em primeiro grau com câncer de mama dobra a chance de uma mulher vir a ter a doença. Dois parentes aumentam a chance em cinco vezes
- ⊗ Apenas 10% dos casos de câncer de mama são derivados de mutações genéticas herdadas dos pais. Os outros 90% são cânceres esporádicos
- ⊗ Quem não tem filhos também está mais exposta ao risco da doença, pois ao não amamentar a mama não completa seu ciclo
- ⊗ Ter um filho mais tarde pode ser ainda mais perigoso, pois a mulher já passou da fase ideal para amamentar e esse estímulo tardio da mama aumenta a predisposição ao câncer.
- ⊗ Alcoolismo e reposição hormonal também são fatores de risco
- ⊗ Obesidade e sedentarismo são grandes vilões – principalmente após a menopausa – pois a estrona (hormônio derivado do estrogênio) é metabolizada na gordura, favorecendo a proliferação do câncer
- ⊗ Mulheres que fizeram biópsia e encontraram hiperplasia lobular ou atípica têm aumentadas em 80% as possibilidades de desenvolverem a doença. O mesmo se aplica à eventual presença do carcinoma lobular in situ, um marcador que indica que a paciente invariavelmente vai ter o câncer
- ⊗ Quem teve linfoma e recebeu radioterapia na infância ou adolescência – especialmente na região peitoral – inspira cuidados redobrados, pois “tem risco maior de ter câncer de mama antes dos 30 anos

FONTES: José Cláudio Casali da Rocha (Inca), American Cancer Society (ACS), José Ricardo Conte (Sociedade Brasileira de Mastologia/RJ)

Testes e aconselhamento genéticos são outras estratégias altamente recomendáveis para as pacientes de alto risco. “Quando há histórico familiar relevante e o tumor aparece cedo, o teste permite avaliar entre alto e baixo risco e permite identificar os indivíduos portadores,

justamente as pessoas que mais vão se beneficiar a longo prazo”, afirma Casali.

“Mas ele só é benéfico quando pode ser interpretado corretamente, até porque são muito frequentes alterações polimórficas que não têm significado clínico”, completa. No entanto, o sucesso

desses procedimentos esbarra no custo, inacessível para a maior parte da população.

Mas como saber?

O sucesso dessa rotina especial depende, em grande medida, da capacidade de identificar quem são as pacientes de alto risco que necessitam de um acompanhamento especial. E encontrar essa pessoa pode ser, como brinca Casali, “tão difícil quanto encontrar Wally” (personagem de uma série de livros infanto-juvenis que viaja pelo mundo e está sempre muito bem escondido para que as crianças o encontrem no meio de um desenho cheio de outros personagens), pois demanda muita pesquisa e rastreamento.

“Eu pensava que o câncer só acontecia com os outros, mas descobri que os outros somos nós”

FERNANDA ALVES GUIMARÃES
JORNALISTA E EMPRESÁRIA

No entanto, os próprios pacientes podem contribuir com esse processo, não descuidando dos exames de rotina e fazendo pesquisas próprias. Fernanda Guimarães, por exemplo, surpreendeu-se ao descobrir – quando já estava em tratamento – que tivera outros familiares com câncer de mama. Tendo genealogia como hobby,

ela acabou obtendo as informações por acaso, mas aconselha que todos adotem a prática e saiam à procura de sua história.

Fernanda Guimarães – que aparece no início desta reportagem – comemorou este ano 5 anos de curada. E se antes ela não se percebia como uma pessoa de risco, hoje a situação mudou e a atenção está voltada para suas quatro filhas, que têm entre 8 e 26 anos de idade. E ela dá um recado importante: “Todas as mulheres têm de se esforçar para fazer os exames necessários e ir atrás de sua própria história. Eu pensava que o câncer só ocorria com os outros, mas descobri que os outros somos nós”.

Perucas Lady

40 anos especializada em **VOCÊ**

- Vendas facilitadas
- Despachamos para todo Brasil



Nossas perucas de cabelos naturais, são feitas artesanalmente com rigoroso controle de qualidade e disponíveis em vários modelos e tonalidades. São anti-alérgicas, confortáveis, leves e ventiladas, adaptáveis também para pacientes sob tratamento de quimioterapia e radioterapia.

PERUCAS LADY LTDA. www.perucaslady.com.br perucaslady@perucaslady.com.br

COPACABANA / RJ

R. Barata Ribeiro, 707 - Ij A
(21) 2547-4079

CENTRO / RJ

R. Gonçalves Dias, 16 - Ij A
(21) 2242-5134

ESCRITÓRIO CENTRAL

(21) 2235-6676
(21) 2255-8835

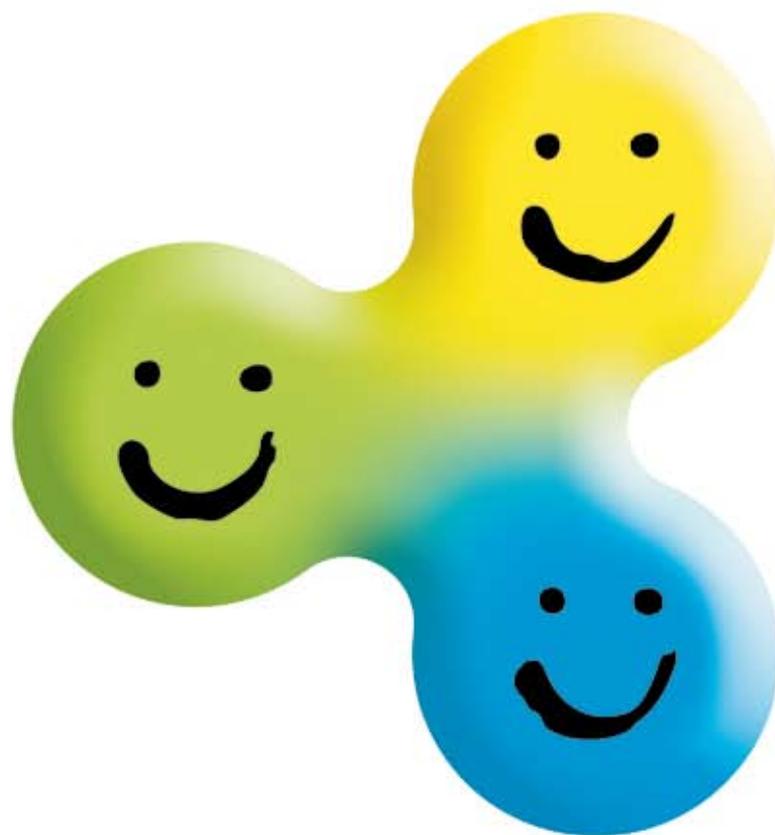
Portal ABCâncer renovado

O portal da ABCâncer, que há dois anos vem incorporando estruturas interativas, acaba de receber novas ferramentas. Para atualização do conteúdo, contamos com a colaboração de médicos de diversas especialidades, psicólogos, nutricionistas, advogados, organizações e profissionais da área, que acrescentaram novas informações e ferramentas que potencializam os serviços já prestados. Confira as novidades:

- **Minha ABCâncer:** os visitantes podem ter um perfil no site, pelo qual acessam áreas exclusivas, deixam comentários em diversas seções e ainda produzem textos em um miniblog pessoal;
- notícias e reportagens (web, podcasts e vídeos) sobre os assuntos da atualidade que se referem ao câncer, com a possibilidade de os usuários assinarem o conteúdo gratuitamente via RSS;
- cadastro de exames periódicos de acordo com suas informações pessoais: o sistema cadastra os indivíduos de modo que estes recebam via e-mail, de tempos em tempos, lembretes sobre quais exames de rotina devem ser realizados;
- avaliação física e nutricional dos pacientes: cálculo de necessidade de calorias/dia; cálculo de perda de calorias de acordo com atividade física; cálculo IMC; quiz sobre nutrição e atividade física;
- cadastro de pesquisas clínicas (entidades e hospitais) – os usuários podem assinalar interesse em participar de determinado ensaio;
- ferramenta para avaliação de dor, com indicações de como minimizar os efeitos colaterais dos tratamentos;
- informações gerais sobre tabagismo, além de ferramenta para avaliar o grau de dependência do usuário ao tabaco e guia de instituições que oferecem tratamento gratuito;
- agenda com diversos eventos relacionados à oncologia;
- publicações gratuitas da ABCâncer para que o usuário baixe o arquivo ou acesse pelo próprio site (conteúdo integral): todas as edições da Revista ABCâncer (comuns e especiais), Agenda do Paciente, Glossários e o livro Tenho Câncer: e agora?, redigido pela presidente da ABCâncer, Vitória Herzberg;
- listagem de organizações e grupos de apoio a pacientes de todos os estados do país;
- informações políticas: definição de advocacy, listagem de direitos dos pacientes com câncer garantidos pela atual Constituição Federal, explicação do trâmite para aprovação de um projeto de lei na área, glossário legislativo e ações políticas realizadas pela Associação Brasileira do Câncer;
- ferramenta de envio direto de mensagens para os políticos de cada região do país, facilitando a comunicação entre a população e os seus representantes;
- artigos de médicos do nosso conselho científico e de profissionais renomados na área;
- debates e murais virtuais;
- biblioteca multimídia: compilação de vídeos, trechos de livros (ou resenhas) e arquivos em áudio sobre os mais diversos tópicos sobre o câncer.

Acesse já e faça parte da ABCâncer!





Com sua ajuda a ABCâncer é solidariedade.

Quem ajuda também precisa de ajuda. Doe e colabore com a nossa missão.

Banco Itaú (341) · Agência: 0445 · c/c: 28376-5

Acesse www.abcancer.org.br ou ligue (11) 3032-5335.



Associação
Brasileira
do Câncer

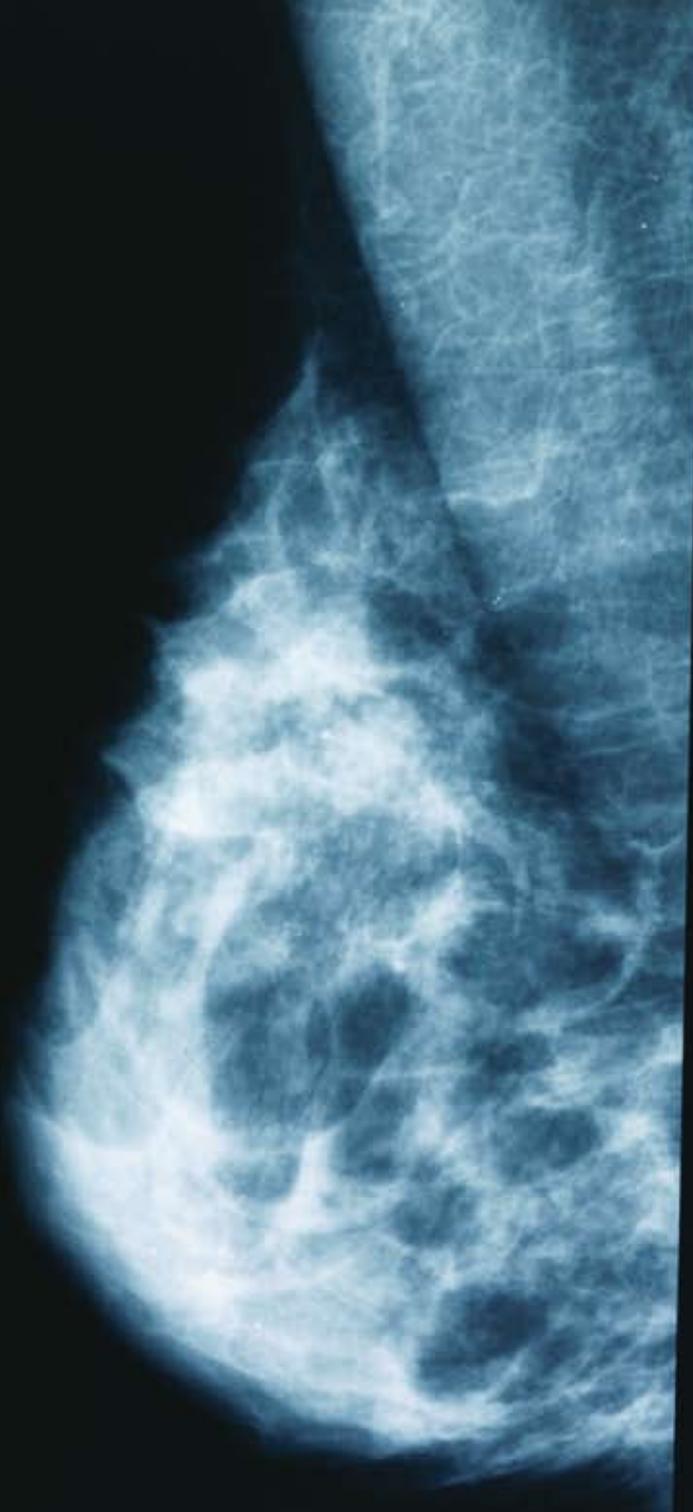


diagnóstico

Annete Morhy

“Só pro ano que vem...”

Quase sempre o diagnóstico precoce e o tratamento imediato significam o controle ou cura do câncer, entre eles o de mama. Mas para a maioria das brasileiras a realidade do tratamento oncológico no país é a falta de acesso rápido a médicos e exames diagnósticos



Prevenir, diagnosticar cedo e tratar imediatamente. A tríade do sucesso para o combate ao câncer foi comprovada pelos números divulgados no final do ano passado pela American Cancer Society, que apontaram uma clara inversão da curva de mortalidade por câncer de mama nos Estados Unidos, resultado do sistema de rastreamento por mamografia implantado entre 1987 e 2001, além dos avanços no tratamento da doença.

Segundo o relatório, entre 1990 e 2004 houve queda de mais de 25% na taxa de mortalidade por câncer de mama no país, na média uma redução de cerca de 2% ao ano. Entre 1975 e 1990 a mortalidade subia em média 0,4% a cada ano. Hoje a mortalidade, que era de 33 a cada 100 mil mulheres em 1975, beira o índice de 24 a cada 100 mil, segundo o National Cancer Institute.

No Brasil, no entanto, a grande maioria das mulheres continua à margem da prevenção (uma preocupação secundária do Inca - Instituto Nacional do Câncer); dos serviços diagnósticos (mal distribuídos e pessimamente mantidos); e do tratamento oncológico (com poucos recursos destinados à quimio e sobretudo à radioterapia, além dos baixos tetos destinados pelo SUS a hospitais e serviços especializados). São dezenas de milhões de mulheres a quem resta rezar, se fé tiverem, e torcer

para que seu tumor não esteja entre os mais agressivos e, assim, almejar melhores chances de controle da doença.

Para ilustrar, tumores de mama com até 1 cm de diâmetro têm chances de cura de 90%. “Porém, se o tamanho passar para 2 cm, o índice cai para 75%. Se passar para 5 cm, o índice cai para 50% ou menos”, afirma o mastologista Luiz Henrique Gebrim, professor livre-docente da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e diretor do Hospital Pérola Byington, da rede estadual de São Paulo.

Em abril deste ano foi aprovada lei no Congresso Nacional que concede a todas as mulheres brasileiras a partir dos 40 o direito à realização de mamografia com o máximo de dois anos entre os exames. A efetivação da lei ainda depende da estruturação de clínicas e hospitais, além de equipamentos de qualidade e médicos capacitados.

Só há um exame capaz de detectar lesões não-palpáveis com menos de meio centímetro e tumores que não invadiram e nem se disseminaram além de seu ponto de origem: a mamografia. O procedimento é coberto pelos planos de saúde e disponível no SUS – e o país

conta com 3.465 mamógrafos em funcionamento, dos quais 1.495 estão disponíveis para atendimento da rede pública, teoricamente o suficiente para atender à demanda do país.

A fila da mamografia

As mulheres que têm um plano de saúde privado geralmente não têm dificuldade em agendar e realizar os exames preventivos. Mas a grande maioria dependente do SUS – frente à má distribuição dos equipamentos e serviços médicos no país – frequentemente enfrentam longas filas e até desistem de realizar o exame.

Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia do Rio de Janeiro, o médico Ricardo Chagas aponta que mesmo com tumores detectados nos exames preventivos (exame clínico, auto-exame ou mamografia) as mulheres têm dificuldades para realizar a biópsia — que confirmariam o diagnóstico. Com o resultado em mãos, as dificuldades passam a ser ligadas a onde e quando tratar a doença.

Em regiões periféricas e distantes de centros urbanos a distribuição desigual dos mamógrafos dificulta o acesso da maioria das mulheres. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Equipamentos de Saúde (CNES), atualizados em agosto deste ano, a região Sudeste conta com 703 mamógrafos para atendimento pelo SUS enquanto a região Norte tem 72 (no estado de São Paulo são 347 e no Acre, somente um).

Chagas aponta também a subutilização dos equipamentos. “Na rede privada, a média de

exames-dia por mamógrafo fica em torno de 40-50. Na rede pública, o número de exames realizados por dia costuma ser bem inferior”, explica. “Um mamógrafo pode trabalhar sem parar das 7h às 19h, ou seja, realizar vários exames por dia. Alguns realizam dez exames/dia quando poderiam fazer muito mais”, afirma o mastologista José Ricardo Conti, do Hospital do Câncer III, do Inca.

Levantamento feito pelo HC III, em 2003, apontou que mais de 70% das mamografias apresentadas lá, realizadas nas redes pública e particular, eram de má qualidade. “Às vezes é necessário pedir que a paciente repita o exame por conta de um laudo duvidoso. É necessário estabelecer um padrão de qualidade”, diz Conti.

FUTURO

Uma promessa em exame de câncer de mama é o Z-Tech Scan, que está em fase de estudos em mulheres de 40 a 50 anos, na Medical College of Georgia, nos Estados Unidos. São colocados diversos eletrodos ao redor do seio para obter a imagem. A novidade se mostra tecnicamente possível, mas ainda está em fase de estudos para avaliar a aplicabilidade clínica.

“A única certeza, na atual fase do estudo, é de que ele é capaz de perceber as variações de transmissão de impulsos elétricos. Ainda não se tem certeza nem da capacidade de identificar o câncer mamário”, analisa o diretor de Imagem do Hospital A.C. Camargo,

Rubens Chojniak. “Se vier a ser consagrado, será vantajoso principalmente para pacientes com menos de 40 anos, pois será possível identificar quem precisa de mais atenção e encaminhar à mamografia; e para pacientes com alteração na mamografia, para identificar lesões suspeitas e indicar ou não a biópsia.”

Outra possibilidade que vem sendo estudada em exames diagnósticos é o uso da tomografia computadorizada para análise da mama. “Esta utilização está em fase de comparação com relação ao resultado apresentado pela mamografia. Em princípio se mostra útil em casos pontuais, pois não tem a praticidade do mamógrafo”.

Encontrar e tratar – sem demora

Diagnosticar cedo não é o suficiente para elevar as chances de cura e reduzir a taxa de mortalidade de câncer de mama. Ser ágil no início da terapia é fundamental. Para os tratamentos loco-regionais (incidentes exclusivamente na região afetada), estão disponíveis a cirurgia e a radioterapia.

A intervenção cirúrgica vai desde a mastectomia clássica (retirada completa da mama) à cirurgia conservadora (retirada de apenas um quadrante da mama); da mastectomia com conservação de pele (e reconstrução) às técnicas de oncoplastia na conservação da mama.

De acordo com o Inca, são feitas em torno de sete milhões de sessões de radioterapia por ano e a fila de espera se arrasta com cerca de 70 mil pessoas.

Inovação já estabelecida é a biópsia do linfonodo sentinela, que pode evitar o esvaziamento axilar em casos específicos e suas conseqüências (principalmente o linfodema e incapacidade funcional do membro superior). “Este foi um dos grandes avanços no tratamento do câncer. Hoje é possível retirar apenas os linfonodos afetados. É indicado para nódulo de até 3 cm se a axila estiver sem suspeita. Desta forma evitamos os edemas de braço, por exemplo”, explica Conti.

Para o tratamento sistêmico (do corpo como um todo), “a hormonioterapia e a quimioterapia aumentam as chances de cura, de sobrevida e do intervalo livre de doença e estão muito adiantadas”, afirma Ricardo Chagas. O SUS cobre tanto os exames quanto os tratamentos tradicio-

nais. Um milhão de sessões de quimioterapia por ano são pagas pelo SUS, no entanto a dificuldade de acesso é permanente.

Outra opção de tratamento, mas ainda sem perspectivas de se tornar rotina, é a radioterapia intra-operatória. Nela a paciente é submetida à radiação antes do fim da cirurgia de remoção do tumor. A vantagem do procedimento é ser aplicado uma única vez, evitando que a paciente tenha de voltar ao hospital para 5 a 6 semanas de sessões de radioterapia. “Ainda faltam estudos de mais longo prazo para validá-lo, mas tem se mostrado tão eficiente quanto a radioterapia convencional”, afirma a oncologista Maria Del Pilar Estevez Diz, do Instituto do Câncer de São Paulo Octavio Frias de Oliveira.



Viver mais,
fazer mais e
sentir-se
melhor!

A GlaxoSmithKline,
uma das empresas
líderes mundiais na
criação de soluções
terapêuticas,
tem como missão
melhorar a qualidade
de vida humana,
permitindo que as
pessoas **vivam mais,**
façam mais e se
sintam melhor.

Seguindo este modelo de inovação,
a GSK trouxe para o Brasil uma nova
terapia contra o câncer de mama.

**Consulte seu médico
sobre essa nova
opção de tratamento.**



Não utilize produtos farmacêuticos sem o conhecimento de seu médico. Pode ser perigoso para a sua saúde. Em caso de dúvida, procure sempre o seu médico. Mais informações à disposição sob solicitação ao Serviço de Informação Médica (DDG 0800 701 22 33 ou <http://www.sim-gsk.com.br>).



GlaxoSmithKline
Oncologia



Auto-estima em dia

Cirurgia para reconstruir a mama imediatamente após a mastectomia devolve a imagem e a auto-estima da paciente. O procedimento, entretanto, só é indicado em casos específicos

enquanto amamentava seu bebê de seis meses, em outubro de 2000, Andrea Cavani Jorge – na época com 35 anos de idade – descobriu que estava com câncer de mama. Os exames demonstraram que seria mais seguro retirar toda a mama, a chamada mastectomia radical. “Fui muito prática e decidi, naquele momento, limpar tudo. A reconstrução veio como um presente que no final me deixou muito satisfeita”, explica a psicopedagoga.

É muito pessoal a reação que cada um tem diante do diagnóstico de câncer, mas certamente em algum momento o fantasma da mutilação pode aparecer – afinal as mamas são o símbolo da feminilidade, da sexualidade e também da fertilidade e amamentação. E é nesse momento que a possibilidade de fazer a reconstrução da mama, ainda no ato da cirurgia, pode servir como um alento em um momento delicado.

Há cerca de 20 anos, pacientes submetidas à mastectomia aguardavam

cinco anos para poder fazer a cirurgia reparadora. Com a evolução dos métodos de diagnóstico – que conseguem apontar tumores em estágios iniciais – a própria cirurgia de retirada da mama evoluiu muito no sentido de conservar o corpo da mulher.

As técnicas de reconstrução avançadas e novos tipos de próteses – mais seguras e que não precisam ser trocadas com tanta frequência – são as mais recentes evoluções nessa área, além da antecipação do procedimento. “A reconstrução imediata é indicada para pacientes jovens (entre 35 e 55 anos), com tumores de perfil pouco agressivo e menores que 5 centímetros”, explica Luiz Henrique Gebrim, professor de mastologia da Unifesp e diretor do Hospital Pérola Byington.

A indicação da reconstrução deve priorizar a segurança de que o tratamento do câncer não seja colocado em risco. Engana-se quem pensa que depois da cirurgia é só voltar para casa e esquecer. É preciso continuar com acompanhamento médico rigoroso e aumentar a observação na prótese, para não correr o risco de ela mascarar uma possível volta da doença. Estão excluídas desta opção de tratamen-

PRINCIPAIS TÉCNICAS

RECONSTRUÇÃO SIMPLES Colocação de prótese de silicone sob a pele para fazer o volume da mama

COM RETALHO DE VIZINHANÇA Retirada uma parte do músculo grande dorsal (das costas) e também é feito o implante mamário

COM IMPLANTE DE TECIDO DO ABDOME Retirada de parte da área abdominal (músculo reto do abdome), região doadora de tecido gorduroso. Nesse tipo de cirurgia normalmente não é necessário colocar prótese

* Em caso de quadrantectomia, o procedimento pode ser feito em colaboração com um cirurgião reparador.



to as pacientes obesas, as tabagistas, as hipertensas e portadoras de problemas cardíacos, em razão da dificuldade de cicatrização.

O novo velho

Uma antiga técnica cirúrgica que utiliza tecido das costas, junto com uma prótese que ajuda a fazer o contorno da mama para a reconstrução está sendo resgatada e pode se mostrar uma alternativa à popular técnica de usar tecido do abdome (leia mais no quadro). A técnica – que estava em desuso – voltou a ser indicada a partir dos resultados da tese de doutorado defendida pelo cirurgião Alexandre Katalinic Dutra, na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

“O procedimento beneficia as pacientes jovens, que desejam engravidar, e as que possuem pouca gordura, menos sobras. E é mais seguro porque o tecido das costas é mais resistente e costuma oferecer menos riscos”, explica Katalinic, que provou em sua tese que 98,3% das mulheres tratadas com esta alternativa ficaram satisfeitas.

O trabalho do cirurgião seguiu parâmetros internacionais para avaliar o índice de satisfação de um grupo de 178 pacientes que realizaram o procedimento entre janeiro de 1999 e dezembro de 2005, no Hospital A.C. Camargo, em São Paulo. Com pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde), convênios e particular, 75% das pesquisadas deram nota acima de 7,5 (numa média de zero a 10) para a técnica e, destas, cerca de 70% deram média entre 9,0 e 9,5.

Apenas 25% deram nota abaixo de 7,5. “Este resultado reflete o objetivo da reconstrução que é corresponder às expectativas da mulher e resgatar sua feminilidade. Além da estética, foram trabalhados aqui também o ego e o lado psicológico da paciente que, neste momento, está altamente fragilizado”, afirma Katalinic.

Pioneirismo brasileiro

Datam do início dos anos 70 as primeiras experiências com cirurgias de preservação da mama, realizadas pelo professor Fernando Gentil, do A.C. Camargo. Numa

época em que o procedimento padrão era a cirurgia de Halsted (mastectomia radical), ele propôs a cirurgia conservadora – indicada para tumores em fase inicial – em que se removia a glândula mamária, as axilas eram esvaziadas, preservando a pele, a auréola e o mamilo. E em seguida era feita a reconstrução, com prótese de silicone.

A técnica foi apresentada em um congresso internacional realizado no Brasil, em 1975. “Ele foi muito criticado por oncologistas de renome internacional, como Umberto Veronesi, do Instituto de Milão; Jerome Urban, do Memorial Cancer, de Nova York; e pelo brasileiro Adair Eiras, do Instituto Nacional do Câncer”, conta o cirurgião Ademar Lopes, que trabalhou ao lado de Gentil durante 14 anos.

A quadrantectomia (em que se retira um quarto da mama) foi apresentada ao mundo cerca de cinco a dez anos depois da visita ao Brasil, pelo italiano Umberto Veronesi, que ficou mundialmente conhecido a partir de então.

Educação continuada para vencer o câncer de mama

Roberto José da Silva Vieira

Responsável pelo Serviço de Mastologia da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Roberto José da Silva Vieira, 57 anos, é coordenador de um projeto-modelo de educação e prevenção do câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. Há dois anos ele recebeu a solicitação, por parte do presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia, Ricardo Chagas, para redigir um programa que atendesse a demanda dos municípios fluminenses.

Com base na identificação dos fatores de risco para o câncer de mama naquela região, o projeto foi montado com objetivo de implementar estratégias educativas voltadas à prevenção associadas à qualificação dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF). E para ser posto em prática recebeu verba do Instituto Avon.

Atualmente em fase de conclusão, o programa já beneficiou 90 municípios do estado por meio do treinamento de aproximadamente 50% das equipes do PSF da região. “O câncer de mama requer a elaboração de uma política preventiva adequada. E, além disso,

temos de nos unir para tentar mudar os índices de mortalidade e transformar a realidade, já que a detecção precoce oferece chance real de cura à mulher”, afirma.

ABCÂNCER: Com base nos dados do projeto posto em prática no Rio de Janeiro, qual é o grau de informação da população brasileira a respeito do câncer de mama?

ROBERTO JOSÉ DA SILVA VIEIRA: A população é bastante desinformada e culturalmente ainda reside certo folclore em torno do câncer. Muitas mulheres receiam fazer exames, mesmo porque quando recebem diagnóstico positivo preferem se isolar.

Quais informações já foram assimiladas pela sociedade?

Apenas 20% da população brasileira tem seguro de saúde. O restante está cadastrado no SUS (Sistema único de Saúde). A partir desses dados, você já pode supor que poucas mulheres são realmente orientadas, pois apesar da fonte educacional alertando para a detecção precoce do câncer, elas esbarram no precário sistema de saúde.

Então existe, de fato, uma grande disparidade de consciência entre as pacientes que procuram o sistema público de saúde e aquelas que têm assistência particular?

Até certo ponto, essa consciência é relativa. Afinal, embora o seguro de saúde facilite muito o acesso à detecção precoce do câncer de mama, o tabu da doença persiste e acaba atrapalhando o seu diagnóstico e tratamento.

Os índices de câncer de mama no país poderiam ser decorrentes, em grande maioria, da falta de informação que, por consequência, acaba desfavorecendo o prognóstico da doença?

A incidência do câncer de mama sempre aumentará, pois esta é uma doença multifatorial que acompanha o crescimento de uma cidade. Porém, a mortalidade poderá ser manipulada baseando-se no fato de que o câncer de mama possui bom prognóstico se detectado no início. Para tanto é importante não só a informação como o acesso aos métodos de diagnóstico.



“Aparato tecnológico sem educação correta para utilizá-lo não vale nada”

ROBERTO JOSÉ DA SILVA VIEIRA
CHEFE DO SERVIÇO DE MASTOLOGIA
DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

E a que especificamente se deve o crescimento contínuo da incidência de câncer de mama na última década?

A mulher está pagando o ônus da liberdade social. No passado, por exemplo, uma mulher menstruava 50 vezes na vida; hoje ela menstrua 500 vezes. Isso se deve a diversos fatores: uso de pílulas anticoncepcionais, filhos na época errada, período de amamentação insuficiente, hábitos como fumo e o consumo de álcool, sedentarismo, além de trabalhar em excesso fora e dentro de casa. Sendo esta doença multifatorial, podemos dizer que a péssima qualidade de vida da mulher está fazendo com que a incidência do câncer de mama aumente consideravelmente no mundo inteiro.

Quais fatores de risco são cientificamente comprovados e internacionalmente aceitos para desenvolvimento do câncer de mama?

Menarca precoce, menopausa tardia, obesidade (sedentarismo), alcoolismo, irradiação e reposição hormonal mal administrada.

Qual é o peso do profissional da saúde no esclarecimento de aspectos gerais da doença?

Importantíssimo, mas, para que isto aconteça, o profissional precisa ter embasamento teórico concreto. Contraditoriamente, percebe-se que, de certo modo, a educação técnica dos médicos e dos profissionais da saúde não valoriza a detecção precoce do câncer, abreviando, por vezes, a devida atenção que deveria ser dada à mama.

Que tipos de limitações são mais comuns aos médicos na hora de identificar esse tipo de tumor?

Nem sempre os métodos de visualização são integralmente confiáveis ou facilmente interpretáveis, mas com o recurso da mamografia USG e da ressonância magnética associada ao exame clínico, o diagnóstico ficou mais fácil e preciso. É importante enfatizar que todos os métodos possuem margem de erro de 15%. Por isso o médico tem de ser perseverante e lutar pelo diagnóstico correto.

Estudos recentes mostram que a incidência de câncer de mama em homens dobrou em 15 anos. Afinal, os homens também devem se preocupar com o câncer de mama?

O homem pertencente à família de risco deve procurar um mastologista para fazer acompanhamento anual; os demais devem ficar atentos a pequenos sinais, procurando palpar as mamas com certa regularidade e obviamente se consultando com o mastologista caso identifique qualquer anormalidade.





impacto psicológico

Daniela Tcherniacowski

Tratar o **corpo** e a **mente**

Receber o diagnóstico de câncer de mama implica em fortes mudanças na autoimagem, sexualidade e no convívio social da mulher. Por isso a psicologia tem papel importante no tratamento, como apoio na delicada tarefa de reelaborar mente e corpo

a

pesar dos avanços da medicina e da maior facilidade de acesso à informação – que atualmente permitem detectar o câncer mais precocemente e com isso aumentar as chances de cura e diminuir os efeitos colaterais do tratamento – o diagnóstico da doença ainda causa enorme impacto emocional. “O câncer

continua sendo uma doença bastante estigmatizada, carregada de preconceitos e mistérios, estimuladora de fantasias, desencadeante de rupturas na forma habitual de vida e, não raras vezes, determinante na configuração de um estado de crise”, diz a psicóloga Cláudia Baroni, integrante do Conselho Científico da Associação Brasileira do Câncer.

Segundo ela, as reações variam de acordo com cada paciente. “Medo, angústia, raiva,



culpa, ressentimento, revolta, em geral, permeadas pela incerteza e insegurança de futuro são comuns e podem gerar quadros de ansiedade e depressão.”

É natural, portanto, que os médicos, ao relatarem o diagnóstico, façam encaminhamento para um psicólogo que irá analisar o estado emocional do paciente e, se for o caso, acompanhá-lo mais de perto durante todo o processo. “Há casos em que as pessoas não acreditam no diagnóstico e negam a doença. É uma forma de defesa que precisa ser trabalhada”, diz Glaucia Guerra Benute, psicóloga da Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Simbolismos da mama

Especialmente no caso do câncer de mama, o impacto da doença pode ganhar uma dimensão maior, por se tratar de uma parte fundamental do corpo feminino, diretamente associado à feminilidade, à sexualidade e à maternidade. Segundo Cláudia, não é raro ver mulheres apresentarem diminuição da auto-estima, sentimentos de vergonha e inferioridade, medo da rejeição do parceiro e até mesmo evitarem relacionamentos.

Segundo dados da tese de mestrado da enfermeira Adriana Manganiello, que estudou a sexualidade e a qualidade de vida de um grupo de 100 mulheres submetidas a mastectomia, mais da metade (58%) não tinha vida sexual ativa e entre as que tinham, grande parte (64,3%) sofria de alguma disfunção sexual. Das 68 mulheres que tinham parceiros, 42 permaneceram com vida sexual após a mastectomia. E aquelas que não tinham vida sexual apesar de ter um parceiro alegaram problemas de saúde não relacionados à mastectomia (10), idade avançada (6) e falta de libido (4). E seis delas relacionaram a realização da mastectomia como a principal causa da inexistência de vida sexual.

O estudo, apresentado à Escola de Enfermagem da USP (2008), conclui

que “a mastectomia interfere sobre a função sexual e a qualidade de vida e as características desta interferência devem ser conhecidas e consideradas na assistência à mulher de modo a favorecer um cuidado integral e personalizado”. Em sua pesquisa Adriana cita os resultados de outro estudo (Rossi, Santos, 2003), segundo o qual mulheres que dispunham de um relacionamento afetivo sólido não sofreram significativas alterações na vida sexual após o câncer de mama e o tratamento, enquanto aquelas que já vivenciavam insatisfação conjugal anterior à doença sofreram alterações drásticas na vida sexual.

Por essa razão, o câncer de mama é uma das doenças mais temidas pelas mulheres. “Cada mulher carrega um valor simbólico em relação à mama. E, ao encarar a doença e tudo o que decorre dela, geralmente é preciso reelaborar a maneira como vê seu corpo, a sua identidade feminina e fazer adaptações em sua vida”, explica Glaucia, do HC. “Nesse sentido, o objetivo do acompanhamento psicológico é permitir a expressão dos sentimentos e ajudar a paciente a encontrar recursos próprios para se reequilibrar psíquica e corporalmente”.

A mama pela vida

Se, por um lado, a perda (mesmo que parcial) da mama seja praticamente uma realidade, por outro ela pode significar uma chance importante para a cura do câncer. “É como se fosse uma troca: a mama pela vida”, afirma Glaucia. Ou seja, as mulheres agarram-se tão fortemente à vida que a idéia da retirada da mama acaba aparentemente pesando menos.

Passada a cirurgia, porém, chega a hora de se olhar no espelho, outra situação difícil que a paciente deverá trabalhar com o psicólogo, seja para resgatar sua identidade como mulher, sua auto-estima, sua vida sexual ou, mais tarde, o retorno ao convívio social.

Para Valéria Shinoda, de 52 anos,

a retirada quase total da mama (restando pele e mamilo) não afetou a relação com seu marido. “A mama foi reconstruída de imediato e não tirou nossa vontade de fazer sexo. Pelo contrário, nos uniu ainda mais”, conta ela, que descobriu o câncer no final de 2001. Há três anos e meio, Valéria atua como voluntária do setor de Mastologia do Hospital Sírio Libanês, onde todas as quintas-feiras orienta pacientes do SUS com câncer de mama a superar a dor e a seguir em frente. “É um dia sagrado para mim, pois mostro que a doença pode ser tratada, ajudo com informações e enfatizo a importância da cirurgia de reconstrução das mamas”, relata (leia mais sobre a cirurgia de reconstrução mamária nas páginas 22 e 23).

Coordenador do Núcleo de Mastologia do Sírio Libanês, o médico Alfredo Barros está integrado com o trabalho dos psicólogos. “É preciso ser atencioso e deixar as pacientes desabafarem”, afirma. Segundo ele, há muito medo sobre o tratamento e suas conseqüências. “Entre as pacientes que precisam se submeter à quimioterapia, por exemplo, a queda de cabelo é o que mais preocupa. Por isso, o uso da peruca é mais adequado para a melhora da auto-estima”.

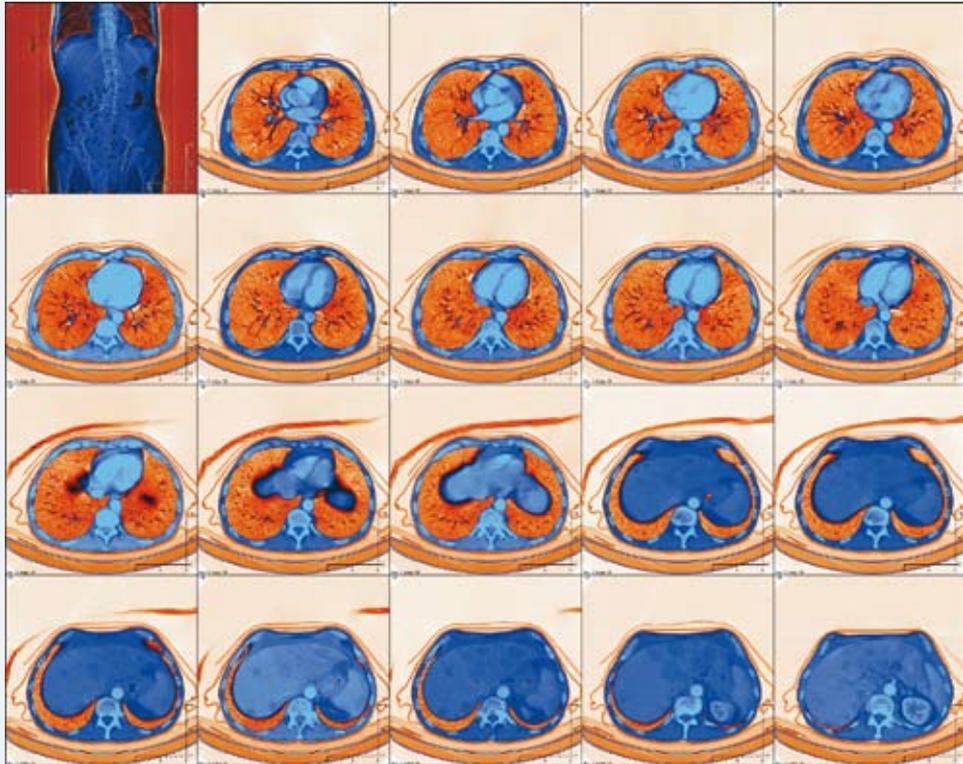
Rede de apoio

A família, os amigos e os colegas de profissão também têm papel fundamental. Segundo a psicóloga Cláudia Baroni, todo o processo pelo qual a mulher passa deve ser respeitado e trabalhado com um profissional, inclusive o final do tratamento, quando a paciente volta às atividades familiares, sociais e profissionais. É um momento que desperta sentimentos ambíguos como a felicidade e o alívio, medo e insegurança. Por isso, contar com a compreensão e o apoio das pessoas é essencial para que esta nova mulher que surge possa se reerguer e dar a volta por cima.



câncer de pulmão

Stella Galvão



Alvo complexo e caro

Diagnóstico tardio e poucas chances de cura representam **80%** dos casos da doença no Brasil. E o acesso mais amplo ao tratamento esbarra nos altos custos

Primeira causa de morte entre todos os cânceres, o tumor de pulmão permanece uma incógnita em termos de abordagem clínica. Não que o desenho da chave para acessar as células tumorais não tenha sido descoberto, mas a fechadura revelou-se muito mais complexa do que se poderia imaginar. Ao longo dos últimos dez anos, a oncologia assistiu ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e radioterápicas que atuam hoje com grande eficácia nos tumores de estágios I e II, determinando a cura de até 80% dos pacientes cuja doença é detectada mais cedo.

Mas para aqueles pacientes que chegam com tumores de pulmão avançados e não raro já em fase de metástase - em torno de 80% segundo estimativas brasileiras - a situação se complica um pouco mais. Até uma década atrás, havia duas possibilidades de tratar estes tumores, segundo o cirurgião torácico Riad Younes, coordenador do Núcleo Avançado de Tórax (NAT) do Hospital Sírio-Libanês. O paciente era operado e começava então a torcida pelas possibilidades de cura ou o prognóstico era de óbito e ponto.

“Esse quadro mudou muito. Temos hoje cirurgias menos agressivas e mais eficazes, com retirada dos linfonodos-sentinela em gânglios regionais. Por outro lado, novas e precisas técnicas radioterápicas já permitem até mesmo

curar alguns tumores.”

No caso da quimioterapia, o quadro evolutivo das drogas cresceu pelo menos seis meses de sobrevida média aos doentes com metástase. Pelo menos metade dos pacientes, segundo Younes, vive até um ano e meio após o diagnóstico de um câncer grave. As respostas ao tratamento, no entanto, são tremendamente individualizadas, além de haver variedade na forma de manifestação e desenvolvimento do câncer nos pulmões. Quando o tumor está “localmente avançado”, as chances de cura são de 20% a 30%. Se está disseminado e já alcança outros órgãos, este índice é de 10%.

Questionamentos

Durante a 44ª edição do Congresso Anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO), realizado no início de junho de 2008, em Chicago (EUA), o debate em torno dos custos de tratamentos clínicos mais modernos gerou questionamentos em torno das reais dificuldades de acesso da maioria dos pacientes. Trata-se do fórum mundial para o qual convergem os resultados dos estudos clínicos que apontam resultados eventualmente promissores no tratamento dos cânceres que mais matam no mundo, como o câncer de pulmão, de mama e gastrointestinal.

Novas drogas que despontam das pesquisas empreendidas em torno de angiogênese, terapia molecular e alvo-dirigida, estão no centro das atenções e das expectativas de associações de pacientes em todo o mundo, além destes e de suas famílias.

VALE O QUANTO DIZEM?

Atualmente, analisa o cirurgião Riad Younes, há oito esquemas quimioterápicos, incluindo uma alternativa de administração oral, uma vez por dia, com o medicamento erlotinibe (Tarceva), com custo mensal de US\$ 4 mil, aproximadamente R\$ 8 mil. É uma das novas drogas direcionadas a pacientes com câncer de pulmão não-pequenas células (CPNPC) localmente avançado ou metastático, após falha de pelo menos um regime quimioterápico.

O grupo de tumores que cabe na sigla CPNPC é vasto e representa a maioria dos casos de câncer que afetam o pulmão. O outro grupo é o dos tumores de pequenas células, com incidência menor mas também com alta mortalidade.

Mais recentemente lançado, o cetuximab (Erbix) é um anticorpo monoclonal cuja ação inibe a invasão de tecidos normais por células tumorais e limita a dispersão de tumores para outros órgãos. É um mecanismo de contenção e de impedimento do avanço do tumor ao custo aproximado de R\$ 30 mil mensais.

Ambos se inserem na terceira linha de tratamento. São precedidos pelas platinas e pelas substâncias docetaxel e pemetrexed. Associações entre as drogas também são comumente testadas nos estudos clínicos exaustivamente conduzidos pelo mundo.

No último congresso da ASCO, os médicos foram apresentados ao relatório com dados de um estudo realizado em grandes centros americanos com uma nova terapia alvo-dirigida que aumenta em pouco mais de um mês a sobrevida de pacientes com câncer de pulmão avançado quando associada à quimioterapia convencional. O medicamento, porém, aumenta em até 40 vezes o custo da quimioterapia convencional, que passa de US\$ 15 mil para US\$ 600 mil.

José Barreto Campello Carvalheira, professor da disciplina de oncologia clínica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), considera que a discussão dos limites de tratamento sem resultado terapêutico substancial deve envolver também a sociedade e extrapolar a relação entre médicos e pacientes e suas famílias. “Há novos recursos que propiciam ganho mínimo em termos de sobrevida a um custo econômico altíssimo”, diz Barreto, que adaptou para a realidade brasileira o conceito norte-americano de ‘quimioterapia fútil’.

A preocupação em torno do assunto ainda não mobiliza de forma efetiva a classe médica brasileira, diz o professor da Unicamp, mas já preocupa em vários níveis. Os gastos do governo brasileiro com o tratamento oncológico saltaram de R\$ 570 milhões, em 2000, para R\$ 1,1 bilhão em 2005. O ponto de corte que define o tratamento fútil, segundo Barreto, é controverso e apesar de várias tentativas de definição não existe um consenso claro entre os médicos.

OS NÚMEROS DO PULMÃO

- Dados do Instituto Nacional de Câncer baseados em levantamento de anos anteriores apontam uma estimativa, em 2008, de 17.810 novos casos de câncer de pulmão entre homens e 9.460 nas mulheres. Isso significa uma proporção de 19 casos novos a cada 100 mil homens e 10 para cada 100 mil mulheres.
- Nas mulheres, a menor incidência não significa maior proteção. “O mesmo maço de cigarros, quando consumido por mulheres, aumenta em 10% a 15% o risco de desenvolvimento do câncer de pulmão”, diz Riad Younes. Uma das explicações é a maior vulnerabilidade delas está relacionada à menor presença das proteínas que metabolizam as substâncias cancerígenas presentes no cigarro. Outra é o potencial deletério da associação tabaco e hormônios femininos.
- Quanto à prevenção, não há remédio diferente. O tabagismo segue como o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão, capaz de aumentar o risco em até 30 vezes em tabagistas de longa data e de 30% a 50% em fumantes passivos. Exposição a substâncias tóxicas como asbesto, arsênio e carvão mineral, ao fumo passivo e ao excesso de poluição atmosférica também tem sua cota de participação.
- Os sintomas se confundem com os de um fumante crônico e podem incluir tosse persistente, rouquidão, sangue no catarro, falta de ar, dor torácica e até mudança na voz. E há meios de detectar precocemente? Sim, claro, com realização de ultrassom torácico anual para fumantes, especialmente após os 40 anos. Mas essa não é uma política de saúde pública em nenhum lugar do mundo. somente uma orientação que dou aos pacientes”, esclarece Younes.



MULHER **HER** consciente

Vamos falar de uma nova era em câncer de mama HER2 positivo.

Independentemente do jeito e do estilo de ser, toda mulher sabe da importância de fazer o exame para detectar o Câncer de Mama. O que muitas não sabem é que 25% dos Cânceres de Mama são do tipo **HER2 positivo**.¹ Se diagnosticados corretamente e no tempo certo, há um tratamento específico com bons resultados.² Por isso é tão importante fazer o teste **HER2**. Esteja consciente dessa nova era. Converse com seu médico.

identifique **HER2: Saúde para mulheres de uma nova era.**



Inovando em saúde

EVIDÊNCIA



**É possível enfrentar
o câncer com
qualidade de vida¹!**

fev 2006

**Quimioterapia oral:
Eficácia com
qualidade de vida¹.**

Consulte o seu médico.

1. Liu G, Franssen E, Fitch M.I., et al. Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology* 1997;15:110-5.