



# CRIOABLAÇÃO EM CÂNCER DE MAMA, ESTAMOS PRONTOS?

Palestrante: Dr. Silvio Bromberg.

Autora: Dra. Luiza Boechat - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023-2025.

O descalonamento do tratamento oncológico é uma tendência mundial, como enfatizado pelo Dr. Silvio Bromberg.

As terapias ablativas surgem como alternativas aos tratamentos minimamente invasivos, como a VAE, crioablação, radiofrequência, laser, HIFU, microwave. A mulher moderna tem várias incumbências na sociedade, e quanto antes ela voltar para a sua rotina após o tratamento é muito melhor.

No decorrer do tempo, o descalonamento tem ocorrido de maneira intensa em relação ao manejo do câncer de mama, e a crioablação talvez seja a última instância para o cirurgião da mama.

Ela trabalha com temperaturas extremas. O aparelho funciona com ciclos de alternância entre frio e calor, e o método já vem sendo proposto há muitos anos, com uso mais consolidado nos tratamentos pulmonares, renais, ósseos e hepáticos.

Uma das primeiras publicações em relação a crioablação de mama apareceu no trabalho americano de 2004 - Cryoablation treatment of benign breast lesions with 12-month follow-up, um ensaio prospectivo, não randomizado com oito pacientes com fibroadenoma, com média de 2 cm de lesão e um follow-up médio de 2 anos. A taxa de sucesso em 1 ano foi de 87,3%.

A crioablação começou a ser cada vez mais estudada. Ela age por um mecanismo direto, em que há uma lesão intracelular, injúria osmótica ou trombose, levando à apoptose das células, eliminando a célula tumoral.

Ela tem efeito semelhante à radioterapia abscopal e imunomoduladores. Já há estudos que usam a crioablação para iniciar a terapia imunológica.

O estudo Z1072 foi publicado em 2014 e a partir dele houve a tendência de se otimizar a crioablação. Ele selecionou pacientes que eram submetidas a este procedimento, e após, operavam. Demonstrou que em doenças de até 1 cm a taxa de sucesso da técnica era de 100%.



O Kameda Medical Center no Japão tem ampla experiência com a técnica, mas sem publicações relacionadas a ela, e elaborou um estudo não randomizado, selecionando 304 pacientes no período de 2006 a 2019, com follow-up médio de 8 anos. Eles submetem as pacientes à crioablação, radioterapia e realizam o seguimento, com uma taxa de recorrência de 0,98%.

Atualmente há dois trials em andamento em relação à crioablação: ICE3 Trial, já publicado, e o Frost Trial, que aguarda publicação.

O ICE3 teve a última publicação em 2024 com follow-up de 5 anos. É um estudo prospectivo multicêntrico, não randomizado, que selecionou mulheres com 60 anos ou mais, com carcinoma ductal invasivo unifocal, com tumores de até 1,5 cm, luminais grau 1 ou 2, com axila clinicamente e radiologicamente negativas, com follow-up médio de 55 meses e idade média de 75 anos. Para lesões de até 1cm a taxa de sucesso na ablação foi de 100%, tumores de até 1,5 cm com 76% de sucesso, sendo uma satisfação cosmética de 100%. A taxa de recorrência local em 5 anos foi de 4,3%, e para quem usou terapia endócrina a recorrência em 5 anos foi de 3,7%.

Por analogia, no estudo ELIOT que avaliou radioterapia intraoperatória, a taxa de recorrência nos primeiros 5 anos também era de 4,2%, mas com o decorrer do tempo a taxa de recorrência foi aumentando, chegando a 12,6% em 15 anos, ou seja, o tempo será determinante para essa avaliação.

No Einstein, Dr Silvio tem 150 casos publicados, com taxa de recorrência de 5,2% em 5 anos, tendo parado de fazer o procedimento.

O estudo brasileiro FIRST – Freezing Breast Cancer in Brazil: a before – after study, com pacientes do Hospital Albert Einstein, UNIFESP e HCOR, que aguarda publicação, reuniu 48 pacientes com média de idade de 62 anos, tamanho tumoral médio de 1,25 cm, sendo que 87,5% era carcinoma ductal invasivo, 95,8% subtipo luminal, e todos os casos foram encaminhados para radioterapia e endocrinoterapia posteriormente. O tempo médio do procedimento de crioablação foi de 30 minutos, tendo o ice ball médio de 3,6 cm. Dessas pacientes, 97,9% não apresentavam câncer de mama residual e 87,5% sem carcinoma ductal in situ residual após o procedimento. O valor preditivo negativo para a ressonância para resposta patológica completa de 93%. A taxa de complicações associadas é baixa, sendo 16,7% seroma, e cerca de 2% fibrose, infecção e danos cutâneos.

A crioablação é custo efetiva em relação ao procedimento cirúrgico. Em relação à Anvisa, o aparelho e a agulha de procedimento são liberados, mas o procedimento em si não é liberado para o tratamento de lesões de mama. A indicação para o câncer de mama é considerada off-label, toda a indicação deve ser discutida em âmbito individual, com consentimento e ciência sobre o seu caráter experimental. Até o momento não há dire-



RESUMO DE 06 AULAS QUE ACONTECERAM NO  
CÂNCER DE MAMA GRAMADO • 19ª EDIÇÃO - RS

trizes do Ministério da Saúde, ANS ou do Conselho Federal de Medicina recomendando ou normatizando a crioablação como terapia padrão para o câncer de mama.

Henri Poincaré no final do século XIX definiu a teoria do caos, em que eventos simples podem produzir comportamentos complexos e confusos. E o que ela tem a ver com a crioablação? Houve uma ampla divulgação na mídia da técnica como sendo um tratamento real para o câncer de mama, causando confusão de informações e demanda de pacientes querendo ser tratadas pela técnica.

O ICE3 Trial considera que a crioablação pode ser considerada uma alternativa à lumpectomia na população selecionada no estudo, desde que seguida pelo tratamento adjuvante apropriado, além de incentivar um estudo futuro dentro de um ensaio clínico ou registro para confirmar a crioablação como uma alternativa à excisão cirúrgica.

Dr Silvio considera que é importante avaliá-la de forma crítica. Hoje é uma técnica que pode ser indicada com segurança para um grupo seletivo de pacientes: com mais de 70 anos, com uma ou mais comorbidades, com tumores ductais invasivos de até 1,5 cm, tumores luminiais A, unifocais e axila clínica ou imaginologicamente negativas.



# BIÓPSIA À VÁCUO EXTENDIDA

Palestrante: Dr. Henrique Lima Couto.

Autor: Dr. Guilherme Gamba – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dr. Henrique inicia sua aula apresentando o conceito de excisão assistida a vácuo: um procedimento percutâneo com capacidade de retirar áreas da mama semelhantes a uma setorectomia, podendo ter finalidade diagnóstica ou terapêutica. Atualmente aplicado em diversos cenários, o procedimento vem sendo estudado inclusive na cirurgia upfront, graças aos avanços tecnológicos e científicos.

O diagnóstico precoce e as novas evidências têm levado a um descalonamento da cirurgia axilar. Somado a isso, o número crescente de tumores com menos de 2 cm no diagnóstico possibilita abordagens mais conservadoras.

Em casos de seu próprio centro, o palestrante observou que a exérese de lesões malignas apresenta altas taxas de sucesso em tumores com menos de 1 cm e baixo grau nuclear, por meio da excisão assistida a vácuo. Ressalta ainda que a pesquisa vem avançando mundialmente, com estudos randomizados em andamento, como o europeu MINIVAB e o SMALL trial.

O Brasil, porém, enfrenta um problema crônico no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Dr. Henrique alerta que, em nosso país, 56% das mulheres diagnosticadas levam mais de 60 dias para iniciar o tratamento. Nesse contexto, um procedimento como este poderia auxiliar de forma significativa. Aproveitando, ele apresenta resultados de um estudo pessoal de braço único, o VAE-Breast 01, no qual lesões BI-RADS 4B ou 4C, com menos de 15 mm, são incluídas e submetidas à biópsia a vácuo associada ao shaving.

Após os resultados: lesões B3 são acompanhadas; cânceres de mama são encaminhados para cirurgia; e, nesses casos positivos, é realizada comparação do shaving com a avaliação de margens pelo anatomopatológico.

Como exemplo, relatou um caso real em que uma paciente, com tumor de 4 mm, foi submetida à excisão assistida a vácuo associada ao shaving. O resultado do shaving foi negativo, e a posterior ampliação de margens também apresentou margens livres.

Até o momento, o estudo inclui 46 carcinomas, sendo a maioria luminal A e B, com poucos casos de doença in situ (alto e baixo grau) e nenhum caso de HER2 positivo ou triplo ne-



RESUMO DE 06 AULAS QUE ACONTECERAM NO  
CÂNCER DE MAMA GRAMADO • 19ª EDIÇÃO - RS

gativo. A taxa de ressecção completa está em 63% na excisão a vácuo, e 24% dos casos apresentaram apenas 1 mm de tumor no anatomopatológico, considerado doença residual mínima. O shaving foi negativo em 58% dos casos e positivo em 40%, mostrando-se um bom fator para avaliação da necessidade de tratamento adicional.

Na avaliação global dos 195 pacientes recrutados até o momento, 20% das lesões foram completamente excisadas, além de 33% de lesões B3. Em relação às intercorrências, estas foram classificadas conforme a escala de hematomas: casos graves ocorreram em menos de 10%, e nenhum necessitou drenagem cirúrgica.



# OMISSÃO CIRÚRGICA EM CDIS E CARCINOMA INFILTRANTE

Palestrante: Dr. Cesar Cabello.

Autor: Dr. Fernando Koenig – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

O foco da aula do Dr Cabello é avaliar as principais evidências disponíveis para uma omissão cirúrgica em casos de carcinoma ductal in situ (CDIS) de baixo grau e/ou de carcinoma invasor. A omissão de cirurgia por associação de outras técnicas, como a crioablação ou excisão assistida à vácuo, foram temas de outras aulas e não serão abordadas pelo palestrante.

Em se tratando de CDIS, os estudos existentes abrangem aqueles casos de baixo grau e com receptor hormonal positivo. Até o presente momento, não há possibilidade de “não fazermos nada” em casos de CDIS de baixo grau. Há, porém, estudos que contemplam a vigilância ativa como forma de tratamento quando omitimos a cirurgia. Esta vigilância ativa contempla a realização de exames de imagem e biópsias seriados após o diagnóstico. Três estudos ainda não tiveram seus dados publicados e não foram abordados (LORIS, LORD e LORETTA trials).

O melhor estudo disponível atualmente, que avalia a omissão cirúrgica em CDIS, é o COMET TRIAL<sup>1</sup>. Este é um estudo fase III, que avaliou 995 mulheres com carcinoma in situ de baixo grau, receptor hormonal positivo. As pacientes foram divididas em dois grupos, com análise de intenção de tratamento. O primeiro grupo, que chamaremos de grupo estudo, foi randomizado para não operar e realizar apenas vigilância ativa (semestralmente com exame físico, exames de imagem e biópsias quando necessário); já o segundo grupo, realizou o tratamento convencional (cirurgia com ou sem radioterapia e ou hormonioterapia). Os dados refletem um seguimento de 2 anos, onde observou-se: o grupo de tratamento padrão teve aproximadamente 6% de recidiva para carcinoma invasor, enquanto o grupo estudo teve 4,2% de recidiva (dados não significativos estatisticamente). Porém, por ser um estudo de intenção de tratamento, observa-se que 17% das pacientes do grupo estudo acabaram realizando cirurgia, enquanto 44% do grupo de tratamento tradicional não operou. Associado, somente 7% do grupo de estudo realizou radioterapia versus 26% do grupo padrão. Estas diferenças entre os grupos podem gerar vieses e influenciar nos resultados futuros, na opinião do palestrante.





RESUMO DE 06 AULAS QUE ACONTECERAM NO  
CÂNCER DE MAMA GRAMADO • 19ª EDIÇÃO - RS

Quando abordamos os casos de carcinoma invasor, não há dados disponíveis que sustentem a possibilidade de não realizar nenhum tipo de tratamento. Há, porém, uma lacuna, onde estão sendo realizados estudos, para aqueles casos de tumores que obtiveram uma resposta patológica completa (confirmada por exames de imagem e biópsia de leito tumoral) após a quimioterapia neoadjuvante. Nestes estudos, avalia-se a possibilidade de omitir a cirurgia em casos de RPC, mantendo-se os tratamentos adjuvantes.

Dr Cabello apresenta dois estudos que ele chama de “estudos teste diagnóstico”, são eles: NRG-BR005<sup>2</sup> e o MICRA-TRIAL<sup>3</sup>. A proposta destes estudos é a avaliar se é seguro omitir a cirurgia naqueles casos em que se obteve uma RPC, ou seja: a paciente realiza quimioterapia neoadjuvante, tem uma excelente resposta, confirmada por exames de imagem e biópsia, e é submetida a uma cirurgia para avaliar se há ou não lesão residual na peça. Estes estudos “teste diagnóstico” concluem que há uma baixa sensibilidade, ou seja, altos níveis de falso negativos, com exames de imagem e biópsias normais após a quimioterapia neoadjuvante, portanto não podendo se tornar uma prática de rotina.

Outro estudo abordado foi realizado por Kuerer no MD Anderson<sup>4</sup>. Neste caso, após uma RPC confirmada por exames de imagem e biópsia assistida a vácuo, as pacientes realizavam radioterapia da mama e omite-se a cirurgia. Foram 50 mulheres avaliadas e, em um seguimento de 53 meses, não houve recidivas nestas pacientes. Trata-se de estudo promissor, que gerou muita discussão e prerrogativas em relação aos tratamentos futuros, mas que abrange um número muito pequeno de mulheres.

Em resumo, o palestrante conclui: os dados disponíveis ainda são muito imaturos, não devendo ser usados na prática; é necessário um maior follow-up para o COMET TRIAL e o estudo de Kuerer. Não devemos esquecer das potenciais dificuldades que poderemos ter nos grupos não operados: mamografias e ressonâncias de repetição, acúmulo de gadolínio, custos altos associados, impraticáveis para a realidade da maior parte do Brasil. Estas características de crescimento, desmoplasia e vascularização impactam na avaliação por imagem. Nos tumores luminais, o nódulo se apresenta espiculado, nos HER 2 geralmente múltiplos nódulos microlobulados, e nos triplo negativos os nódulos são circunscritos.

## REFERÊNCIAS:

COMET TRIAL - Active Monitoring With or Without Endocrine Therapy for Low-Risk Ductal Carcinoma In Situ - The COMET Randomized Clinical Trial. DOI: 10.1001/jama.2024.26698

Breast Tumor-Bed Biopsy for Pathological Complete Response Prediction: The NRG-BR005 Nonrandomized Clinical Trial. DOI: 10.1001/jamasurg.2025.1072



RESUMO DE 06 AULAS QUE ACONTECERAM NO  
CÂNCER DE MAMA GRAMADO • 19ª EDIÇÃO - RS

Minimally Invasive Complete Response Assessment of the Breast After Neoadjuvant Systemic Therapy for Early Breast Cancer (MICRA trial): Interim Analysis of a Multicenter Observational Cohort Study. doi: 10.1245/s10434-020-09273-0

Eliminating breast surgery for invasive breast cancer in exceptional responders to neoadjuvant systemic therapy: a multicentre, single-arm, phase 2 trial. DOI: 10.1016/S1470-2045(22)00613-1





# ONCOLOGIA PARA ALÉM DA CIÊNCIA

Palestrante: Dra. Ana Coradazzi.

Autora: Dra. Daniela Avila Nesello – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

A palestrante inicia a aula comentando sobre uma consulta com uma paciente que falou que o médico não escutou a dor dela. A paciente falou que estava com medo, e que nós como médicos não fomos treinados para lidar com esse tipo de situação; e o que fazemos? Nos distanciamos e nos afastamos dos pacientes, fazendo a “distância de segurança” para que a gente se proteja dessa dor. A questão é que “se a dor do outro não o afeta, quem precisa de ajuda é você”. Quando paramos de sentir dor, também paramos de sentir as alegrias e paramos de sentir o outro e vamos diminuindo a capacidade de empatia. A palestrante cita: “a morte da empatia humana é um dos primeiros e mais reveladores sinais de uma cultura a beira da barbárie” e complementa que podemos fazer atrocidades na falta de empatia.

A doutora complementa: “quais são as ferramentas para lidar com isso?”. Como manter a capacidade de empatia sem se machucar com a dor do outro? Uma das ferramentas que pode ser utilizada é através da arte. A arte é vista como entretenimento e passatempo. Porém, ela é, além disso, uma necessidade humana de expressão e conexão. Na idade da pré-história, as civilizações já se expressavam através de desenhos. A palestrante complementa: “a arte nos ajuda a viver. Ela nos dá mais condições de compreender a imperfeição humana”. Mas a arte tem um problema: ela é muito difícil de explicar e controversa de se sentir. A arte é tudo, menos homogênea, unânime, mensurável, previsível, padronizável. Conclui: tudo que não temos familiaridade. Pessoas que são muito racionais, tem mais dificuldades na arte. A palestrante questiona: “seria possível trazer mais arte para nossas vidas sem perder a racionalidade científica que nos caracteriza? Temos provas de que podemos utilizar a arte para escrever, escrever um livro, por exemplo, temos médicos escritores. Podemos utilizar a literatura como forma de se expressar. Ainda, podemos usar a arte para música e dança. Devemos deixar a arte tocar na nossa vida”.

“Arte serve para confortar. É um ombro”, frase dita pela Fernanda Montenegro. E a palestrante pergunta: como ela funciona? Quando se lê um livro que arrebatava e mastiga a sua alma e devolve para o seu corpo, totalmente transformada e vê como esta personagem passou por tudo isso e como esse ser humano passou por uma situação dessa, isso te devolve o encantamento de ser humano, e isso conforta e faz se sentir pertencente novamen-



RESUMO DE 06 AULAS QUE ACONTECERAM NO  
CÂNCER DE MAMA GRAMADO • 19ª EDIÇÃO - RS

te, que muitas vezes a medicina nos tira isso. “Tem dias que a gente se sente como quem partiu ou morreu”, dito pelo Chico Buarque. Quando a paciente olhar para você e disser que não está aguentando mais, você irá olhar e dizer “eu sei, eu também já me senti assim”! A Arte é capaz de nos conectar a outros humanos de uma forma que nenhuma outra atividade humana consegue fazer.

Outra ferramenta que deve ser usada é a filosofia. Sócrates dizia: “filosofar é aprender a morrer”. Quando estamos lidando com um paciente que não quer morrer de jeito nenhum, talvez devêssemos rever a filosofia e entender essa situação. A doutora comenta sobre o Estoicismo e suas virtudes que são: temperança, justiça, coragem e resiliência. Para atingir a essas virtudes, devemos fazer uma busca constante da sabedoria verdadeira. “a sabedoria está mais relacionada à capacidade de discernimento para reconhecermos, entre tanta informação, aquilo que realmente interessa e pode ser útil para nós e para as pessoas que atendemos”, frase do livro *Slow Medicine*, de autoria da Dra Ana. Devemos ter essa postura para atingir a sabedoria: questionamento constante, abertura ao diálogo e reconhecimento da própria ignorância. Além disso, precisamos praticar a humildade. “A humildade nos mantém atentos. Ela nos lembra os motivos de fazer o que fazemos. Não permite que nos desviemos do nosso propósito mais nobre, que será sempre o de ajudar a quem nos procura.” A palestrante cita um exemplo que os grandes líderes, Jesus Cristo, Madre Tereza de Calcutá e Gandhi usavam rasteiras nos pés para que os dedos ficassem próximos do chão, sempre envoltos de poeira para lembrar que do pó nós viemos e ao pó voltaremos. “a humildade nos coloca aos pés dos pacientes e não acima deles.” Isso é um exercício de humildade que devemos fazer diariamente.

A terceira ferramenta é a nossa experiência de vida. A palestra questiona: “o que faz nos sentirmos vivos? Muitas vezes nos questionamos qual o sentido da vida? Para que eu nasci? E talvez o sentido da vida seja viver mesmo”. Cada um enxerga o sentido onde acha que deve, para a doutora, ela gosta de subir montanhas, atravessar desertos, entre outras aventuras. Tem pessoas que encontram essa força nas experiências espirituais, como exemplo os Caminhos da Cura. Na verdade, o que faz você se sentir vivo é uma pergunta que só você pode responder. E palestrante comenta: “O que te nutre?” “Você tem fome de que?”.

“Não quero ser feliz. Quero uma vida interessante” citado por Contardo. A palestrante continua e diz que a felicidade não está atrelada a uma vida sem sofrimento e nem dor, isso é impossível. E comenta: “ainda mais para nós médicos que vemos mais sofrimento que muita gente não vê a vida inteira.” Uma vida feliz é aquela que você consegue se manter encantado mesmo com o que você faz, com as pessoas que você convive apesar do sofrimento e da dor, conclui a palestrante.

A doutora conclui com uma frase do Renato Russo: “quem um dia irá dizer...” Que um médico que será mais humano, mais humilde e mais feliz, não será um médico melhor para suas pacientes?



# O QUE OS PACIENTES ESPERAM DE NÓS?

Palestrante: Dr. José Camargo.

Autora: Dra. Alessandra Carolina Chiarello – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

O palestrante inicia a aula falando em relação que o princípio básico da medicina é questão de parceria. Parceria é a oferta básica. Os pacientes precisam se sentir especiais num momento de fragilidade emocional. Tudo o que o paciente precisa é saber que ele encontrou um médico que se oferece como parceiro. Se atentarmos para o fato de que a maioria das pessoas tem uma vida muito pobre de emoções, para esse paciente adoecer é um pico de emoção na sua vida e isso tem que ser levado em consideração porque a ele é absurdamente intolerante a desconsideração ao seu sofrimento.

Os pacientes esperam que o médico seja sutil na administração da verdade e que tenha a sensibilidade de perceber o quanto, de fato, o paciente quer saber. O médico precisa entender que quando o paciente diz que quer saber a verdade, ele está na expectativa de que ele possa carregar essa verdade. Isso estabelece uma disfunção entre a verdade total e a verdade útil. É muito importante entender que a verdade plena não pode significar a antecipação do sofrimento. O doutor questiona: “como se comportaria se soubéssemos no primeiro dia tudo que iria acontecer? Provavelmente os pacientes morreriam antes, porque essa angústia de descobrir a extensão do sofrimento, ela tem que ser exercitada na medida em que as coisas vão acontecendo, precisamos todos de um tempo para recrutar as nossas reservas emocionais e enfrentar a adversidade com uma força que frequentemente nós ignorávamos ter”. O limite da verdade é a preservação da esperança, depois dessa linha tênue começa a crueldade. Uma boa parte da verdade total é desnecessária.

O cuidado com o sofrimento é uma questão básica, porque estamos convivendo com uma pessoa assustada, com fantasia da morte, essa pessoa está com todos seus sensores ligados. Os médicos nesse instante com uma palavra estão a um passo de se tornar inescusável, para o bem ou para o mal. Essa é a escolha que o médico tem que fazer na hora que conta uma notícia ruim que ninguém gostaria de ouvir. Os médicos precisam ter a delicadeza com a notícia ruim.



RESUMO DE 06 AULAS QUE ACONTECERAM NO  
CÂNCER DE MAMA GRAMADO • 19ª EDIÇÃO - RS

A terapia básica da terminalidade é morfina, oxigênio e perdão. O perdão precisa ser considerado porque nunca estamos completamente prontos para morrer e quando o médico se oferece como intermediário, para estabelecer conexões com pessoas que ele gostaria de perdoar ou por quem ele gostaria de ser perdoado, o médico sobe na escala.

Na terminalidade, o médico tem que virar a chave do discurso esperançoso e se oferecer para buscar dignidade no tempo de vida que lhe resta. Os médicos em geral fogem desse paciente por não saberem o que dizer. Precisamos saber falar sobre dar notícias ruins.

Precisamos acreditar que a pressa é a explícita de desconsideração. Quando o paciente está vivendo essa experiência dolorosa de vida e percebe que o médico está com pressa porque não soube administrar o seu tempo, isso é uma prova inequívoca de desconsideração, na opinião do paciente.

A medicina sem compaixão não existe, isso que a torna qualificada no ponto de vista emocional e também inalcançável pelo robô, por exemplo. A compaixão exige equidade, precisamos ter compaixão em todas as situações, seja ela qual for.

A presença física do médico jamais será substituída por nenhum recurso virtual. Por exemplo, na China tem hospitais com muitos robôs atendendo milhares de pessoas. O palestrante questiona: “imagina o paciente com a doença e sendo tratada de forma artificial e tão impessoal.”

Os médicos precisam entender que qualquer tempo sentindo dor é uma eternidade, um sofrimento intolerável. O palestrante comenta sobre um exemplo de um paciente na UTI gemendo de dor e ainda faltam cinco minutos para a próxima dose da medicação e comenta que essa pessoa nunca sentiu dor. Porque dor para quem sente é um exercício de penúria injustificável.

Os médicos precisam entender que saber ouvir significa estar disposto a ajudar. O palestrante comenta: “nós desaprendemos a ouvir!” E isso é uma queixa muito frequente em todos os níveis de pacientes.

Ainda os médicos precisam entender que a solidão é a doença mais prevalente. O palestrante dá um exemplo que criaram um ambulatório que as pessoas iam gratuitamente e 70% desses pacientes não tinham doença orgânica. Então são pessoas solitárias que imaginam que vão encontrar no médico, uma pessoa treinada para ouvir. O doutor questiona: “imagina o que significará para eles, encontrar um médico apressado!”.

Os médicos precisam entender que consolar é um exercício de sensibilidade. O doutor dá um exemplo, imagina as palavras que são ditas em um velório. Não existe consolo na racionalização do sofrimento. O doutor comenta: “se você não sabe o que falar, fique quieto e abrace”. Um abraço silencioso e demorado provavelmente vai ser lembrado com muito carinho e provavelmente por muito tempo. Não inicie um discurso que não irá terminar bem”.



RESUMO DE 06 AULAS QUE ACONTECERAM NO  
CÂNCER DE MAMA GRAMADO • 19ª EDIÇÃO - RS

Os pacientes esperam de nós que nunca relembremos que eles têm uma parcela de culpa na sua doença. O palestrante dá um exemplo na área dele que o paciente tem câncer de pulmão grande, inoperável, e o médico não conseguindo acomodar a sua própria incompetência comenta: “mas o senhor fumou muito!”. O paciente já sabe disso, que ele construiu isso, e ele não precisa de ninguém para lembrar e agudizar a sua culpa. O médico como juiz implacável não tem a menor chance de saber o quanto essas escolhas infelizes serviram para tornar suportável uma vida que se ele pudesse escolher ele teria evitado. O doutor comenta: “nós não temos como saber, somos bons é de julgamentos!”.

Os médicos precisam entender que o toque humano é essencial e que a nudez desprotegida é uma grosseria. O doutor dá um exemplo de uma senhora que pediu para dar a mão para o doutor. O toque humano é insubstituível. Frequentemente, cometemos a nudez desprotegida, é uma das maiores agressões para os pacientes, comum nas UTIs e nos centros cirúrgicos, e isso é uma sensação muito desagradável.

Na hora de dar uma notícia ruim, a recomendação do doutor é como você falaria para seu pai e para a sua mãe. Que sempre sejamos humildes para admitir que sempre é possível melhorar.

Em tempos de Inteligência Artificial, precisamos entender de sentimentos humanos, que só isso faz com que o médico fique inalcançável pelo robô. Daqui por diante, seremos três elementos no consultório moderno: um sofredor, um banco de dados imbatível e um especialista em sentimentos humanos, que se imagina que seja o médico.

O palestrante conclui que antes de sermos bons médicos, temos que ser pessoas boas. Gostar de gente é essencial. O não gostar de gente, é terrível, o médico se sentirá no máximo tolerado pelo paciente. A sensação de ser tolerado é insuportável, não há autoestima que sobreviva quando há uma sensação de tolerância, onde muitas vezes é mútua.

O doutor finaliza com uma reflexão final: “um aspirante à medicina só se torna de fato um Médico quando descobre que o maior encanto dessa maravilhosa profissão é ser escolhido pelo próprio paciente”.





RESUMO DE 06 AULAS QUE ACONTECERAM NO  
CÂNCER DE MAMA GRAMADO • 19ª EDIÇÃO - RS

# PREVENINDO COMPLICAÇÕES: CURATIVOS ESPECIAIS, CÂMERA HIPERBÁRICA, ETC.

Palestrante: Dra. Fabiana Coelho.

Autora: Dra. Rafaela Reis - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

As complicações cirúrgicas são inerentes a qualquer procedimento cirúrgico. Em menores graus, os seromas e hematomas e em maiores temos as necroses e deiscências.

Um somatório de fatores pode desencadear tal complicação. Entre os fatores intrínsecos destacam-se: o estado nutricional da paciente, comorbidades associadas, tabagismo, uso de medicações, mamoplastias prévias e idade da paciente. Já os fatores extrínsecos envolvem os fios usados, a técnica adotada e correta indicação do procedimento. E tudo isso impacta no nosso resultado final.

Quando falamos em ferida operatória existem vários mecanismos regulatórios em que diversas fases acabam não ocorrendo uma após a outra, elas se sobrepõem. As fases são: hemostasia (vasoconstrição e agregação plaquetária com formação de coágulos), inflamação (neutrófilos, defesa antimicrobiana), proliferação (reepitelização, queratinócitos na borda da ferida, tecido de granulação, colágeno tipo III, célula tronco progenitora, contribui para regeneração celular) e a fase de remodelamento (matriz extracelular, substituição do colágeno tipo III para o tipo I o que torna mais organizada a cicatrização) que por ser mais complexa pode demorar até 2 anos e atrapalhar a adjuvância.

A neovascularização está no centro da ferida operatória e se dá com a formação de redes vasculares e microvasculaturas auxiliando na microcirculação e consequentemente na neoangiogênese.

E quais seriam os pré-requisitos para uma boa cicatrização?

Sorg et al destaca em artigo publicado em 2017 - Skin Wound Healing: An Update on the Current Knowledge and Concepts – que preparação do leito de ferida, redução de infecção e contaminação, desbridamento e reativação dos bordos, controle de edema



e suprimento sanguíneo e a prevenção de novos traumas são alguns dos requisitos que devemos nos atentar.

Uma ferida pode não estar infectada, mas sempre estará contaminada. Atentar-se ao biofilme da ferida impacta diretamente em sua cicatrização. E, portanto, a limpeza regular da ferida e o desbridamento repetitivo para prevenção da reformação do biofilme são formas de evitar a cicatrização defeituosa e a cronicidade das feridas.

Em sua explanação, Dra. Fabiana Coelho nos apresenta de maneira brilhante e sucinta o protocolo de cuidado de feridas da Santa Casa de São Paulo.

A fase de necrose é uma fase em que a paciente refere bastante dor. Desbridamento autolítico ou mecânico, manter a umidade do leito para hidratação da área e das terminações nervosas são ações importantes.

A fase de deiscência requer outros cuidados. A depender do tamanho da deiscência pode-se ter vasodilatação e exsudato importante. A cultura desse exsudato pode indicar contaminação/infecção e o uso de antimicrobianos é indicado. Higiene local rigorosa, lavagem com soro fisiológico aquecido e a manutenção da temperatura corporal são essenciais para a cicatrização adequada.

Já a fase de proliferação e remodelação é caracterizada por um novo epitélio e pouco exsudato e manter bordas hidratadas é importantíssimo.

Como podemos manejar essas fases e quais curativos utilizar?

Na fase de necrose, pode-se realizar curativo com papaína 10% (enzima proteolítica de baixo custo), sulfadiazina de prata, alginato de cálcio em gel ou carvão ativado no caso de feridas com odor ou infectadas.

Já na fase inflamatória (fase mais exsudativa) recomenda-se: limpeza com soro fisiológico e solução de PHMB (polihexanida biguanida) a qual possui ação antisséptica e reduz o biofilme, hidrocoloides em placas, placas de hidrofibras ou carvão ativado em feridas infectadas.

E na fase de granulação/epitelização o objetivo é manter a pele hidratada podendo-se usar papaína 2% 3x ao dia, dersani (ácidos graxos especiais) 3x ao dia, óleos vegetais polissaturados ou hidratantes de pele.

Lembrando que cada fase pode durar em média 7 dias com as coberturas específicas.

Além dos curativos especiais, os tratamentos adjuvantes como a oxigenioterapia hiperbárica e a terapia por pressão negativa estão cada vez mais em voga, porém ainda faltam





estudos robustos, randomizados, prospectivos e com maior casuística para reiterar nossas indicações e condutas.

Sabe-se que a oxigenioterapia hiperbárica (oxigênio a 100%) promove melhora da neovascularização e da matriz extracelular, diminui inflamação, ativa fibroblastos e fator de crescimento promovendo melhora da cicatrização.

Daniel A. e col em seu estudo retrospectivo de 2018-2023 Evaluating the effect of hyperbaric oxygen therapy to treat mastectomy skin flap ischemia in breast reconstruction: A single-institution retrospective analysis avaliou 23 pacientes com isquemia de retalho cutâneo de mastectomia através de angiografia com indocianina verde seguida de 10 sessões de oxigenioterapia hiperbárica. O início precoce (24h pós procedimento) foi associado à prevenção de complicações grave em quase 65% dos casos.

A outra opção é a terapia por pressão negativa (curativo a vácuo por 7 dias) em que a pressão subatmosférica utilizada promove a melhora do microambiente local da ferida, acelera a cicatrização e reduz o tempo necessário para o fechamento da ferida. Não apenas como tratamento, mas de forma preventiva, tem-se feito uso dessa terapia. Ou seja, se a paciente possui fatores de risco como: obesidade, tabagismo ou diabetes algumas sessões são indicadas profilaticamente.

E a mais nova tecnologia disponível é o plasma rico em plaquetas (PRP) o qual é aplicado na forma de gel no tecido geralmente em 3 aplicações acelerando o fechamento de feridas.

Complicações pós-operatórias todos teremos.

O importante é acolher a paciente e se mostrar disposto a ajudá-la. Individualizar cada caso. Não subestimar o biofilme, pois ele pode atrasar todo o processo de cicatrização. E muito cuidado com as ressuturas.