



Desafio. Lopes acredita que o elevado índice de mortalidade por câncer no País se deve à falta de informação e de um sistema mais organizado

‘NO FUTURO, TALVEZ POSSAMOS CURAR CÂNCER DE MAMA SEM CIRURGIA’

Para o cirurgião oncológico Ademar Lopes, vice-presidente do A.C. Camargo, ajudaria muito se os médicos incentivassem seus pacientes a fazer onco check-up

Fabiana Cambricoli

Formar médicos que pensem oncológicamente e incentivar pacientes a fazer um onco check-up são algumas das mudanças que o cirurgião oncológico Ademar Lopes, de 69 anos, sugere para enfrentar o aumento dos casos de câncer que serão registrados no País nos próximos anos com o maior envelhecimento da população.

Vice-presidente do A.C. Camargo Cancer Center, hospital referência no tratamento em câncer em todo o País, o especialista, que atua na área de oncologia há 42 anos, defende que somente com essa nova visão será possível prevenir ou diagnosticar precocemente boa parte dos tumores.

Em relação aos cânceres mais frequentes entre as mulheres brasileiras, Lopes critica a pouca divulgação do exame preventivo do tumor de intestino, segundo mais incidente entre as brasileiras e comenta a evolução no tratamento do câncer de mama, que, em um futuro próximo, segundo ele, poderá ser feito sem a necessidade da retirada da mama, de retirada parcial ou total do órgão. A seguir, íntegra da entrevista ao **Estado**.

● **O que mudou no tratamento dos cânceres femininos de décadas atrás para o período atual?**

Quando eu comecei a exercer a profissão, o tratamento padrão ouro para o câncer de mama, por

exemplo, era a mastectomia radical, que consistia na retirada de toda a mama, dos músculos peitorais e dos linfonodos. Esse procedimento trazia transtornos estéticos, funcionais e psíquicos muito importantes. Mas foi uma cirurgia que durou até a década de 80. A partir de então, graças ao enfoque multidisciplinar do tratamento do câncer de mama, que é a associação da cirurgia, radioterapia e quimioterapia, passamos a fazer o chamado tratamento conservador para o câncer de mama. Hoje, na maioria das vezes, os tumores de mama são tratados retirando-se um quarto da mama. Quanto aos linfonodos axilares, que antes eram sistematicamente removidos, hoje fazemos a biópsia do linfonodo sentinela e só fazemos a retirada total nos casos positivos. E o mais interessante é que estudos apontam que, num futuro próximo, as pacientes não deverão mais ser submetidas a cirurgia de retirada dos linfonodos, pois os resultados com radioterapia são muito similares. Outra evolução é que, antes, todas as mulheres que tinham câncer de mama e precisavam fazer quimioterapia eram tratadas com esquemas quimioterápicos fixos. Hoje, na era da biologia molecular do câncer, fazemos um perfil biológico do tumor e, dependendo dos resultados desse perfil biológico, as pacientes recebem tratamentos personalizados. Acredito que, num futuro não muito distante, a gente possa até não operar mais câncer de mama.

● **O sr. acha que houve avanço também no campo da detecção precoce?**

O futuro de uma paciente portadora

de câncer depende de alguns fatores como o diagnóstico precoce, perfil biológico do tumor, condições clínicas da paciente e de um bom planejamento terapêutico inicial. No caso do câncer de mama, nos estágios iniciais, podemos curar de 85% a 90% dos casos sem mutilação. O exame mais importante é a mamografia, e um dos grandes problemas do Brasil é que não há disponibilidade desses aparelhos em todas as regiões. Mas para fazer diagnóstico precoce também precisamos ter as mulheres muito bem informadas, vamos ter de ter um sistema de saúde bem estruturado e médicos bem informados sobre a doença nas unidades de atenção básica.

● **E hoje isso não parece ser tão comum...**

Não. Não adianta você falar que a paciente tem de ir a um mastologista porque não tem esse tipo de médico nos postos de saúde. Imagina uma cidadã comum que passa em um posto e, se ela tem 50 anos, ela tem de ganhar um encaminhamento de mamografia. Mas será que esse médico que está lá está informado sobre isso? Vamos imaginar que ele esteja e peça o exame, quanto tempo ela vai gastar para agendar? Agora vamos imaginar que ela demorou, mas conseguiu fazer a mamografia e volta ao médico para mostrar o resultado, que veio com uma suspeita. Daí o médico pede uma biópsia. Quanto tempo mais vai demorar para fazer essa biópsia? Então veja como um diagnóstico pode demorar. Nós temos uma lei que determina que o tratamento seja iniciado em até 60 dias após o diagnósti-

co do câncer, mas muitas vezes é muito mais importante conseguir fazer esse diagnóstico mais rápido.

● **E como o sr. avalia o sistema de diagnóstico de outros tipos de câncer com grande incidência entre as mulheres?**

Até alguns anos atrás, o câncer de colo do útero era o segundo mais frequente na mulher brasileira, hoje ele passou para o terceiro lugar. Isso pode estar relacionado a uma maior informação da mulher sobre esse tipo de tumor e das campanhas de prevenção e diagnóstico precoce. Mas, por outro lado, o câncer do intestino grosso passou a ser o segundo tipo de tumor mais incidente. Em torno de 8% a 10% dos casos são hereditários e os demais fatores de risco estão relacionados à idade, dieta pobre em fibras, alto consumo de carnes vermelhas. Além disso, obesidade, tabagismo e consumo de álcool também contribuem.

● **Mas embora o tumor de intestino seja o segundo câncer mais frequente na mulher, a colonoscopia não é um exame tão divulgado quanto a mamografia e o papanicolau, por exemplo. Esse tumor não deveria ter mais atenção?**

Acho que precisa ser mais divulgado que o câncer do intestino grosso é uma doença frequente, que podemos fazer prevenção adotando medidas contrárias a esses fatores de risco e quase 100% dos casos desse tumor vêm de um pólip, uma espécie de pequena verruginha que fica pendurada na camada interna do intestino, pedindo para ser retirado com a colonoscopia. Qualquer pessoa a partir

dos 50 anos deve fazer esse exame e, se ele for normal, não precisa repetir todo ano. Pode ser repetido a cada cinco anos porque um pólip demora até dez anos para se transformar em câncer. Se deixar chegar nesse estágio, vamos curar muito menos pessoas e o sistema de saúde vai gastar muito mais. Quem tem casos de câncer na família, deve começar a fazer o exame antes dos 50 anos. Uma regrinha prática é começar dez anos antes da idade em que o familiar teve a doença.

● **Se os tumores de colo do útero e do intestino grosso evoluem tão lentamente e podem ser diagnosticados antes de virarem câncer, por que ainda temos tantas mulheres morrendo dessas doenças no Brasil?**

A razão é que nós não fazemos diagnóstico precoce e isso ocorre por falta de informação das pacientes, falta de um sistema mais bem organizado e falta de médicos que pensem oncológicamente. É importante lembrar que diagnóstico precoce de câncer não deve ser uma propriedade do cancelogista, deve ser dos médicos como um todo. Ele pode ser um oftalmologista, mas enquanto ele está examinando uma mulher de 50 anos, custa perguntar se ela já fez uma colonoscopia ou uma mamografia? Esse é o papel do médico. Mas apenas umas dez faculdades de medicina neste País têm oncologia como matéria obrigatória na grade curricular. Sabemos que não é objetivo da graduação em medicina formar especialistas em câncer, mas deveria ser uma obrigação delas formar médicos generalistas que pensassem oncológicamente. Isso contribuiria muito para fazermos diagnóstico precoce de câncer.

● **E esse desafio fica ainda maior se pensarmos no envelhecimento da população...**

Pois é. Precisamos investir mais em saúde, o Brasil é um país que investe pouco, informar mais nossa população sobre a doença, estruturar melhor nosso sistema de saúde e formar mais médicos que pensem na doença. O Brasil tem condição de fazer diagnóstico e tratamento de câncer em condição de igualdade aos melhores centros do mundo. Infelizmente, isso não significa que toda população tem acesso a essas tecnologias. Recentemente, a revista *Lancet Oncology* criou uma força-tarefa para avaliar a qualidade da cirurgia oncológica em vários países do mundo e concluiu que cerca de 75% dos pacientes com câncer não estão recebendo tratamento cirúrgico de qualidade. Isso é mais acentuado nos países em desenvolvimento, onde as taxas de cura diminuem e os custos aumentam. Estamos em um país onde há centros de excelência, mas onde boa parte dos pacientes não tem acesso. Para melhorar isso, precisamos criar mais centros de referência, formar mais especialistas e usar a alta tecnologia.

● **E o sr. consegue vislumbrar essa evolução no País?**

Na nossa atual situação econômica, creio que está difícil de vislumbrar isso no curto prazo. Por isso, é importante investir em prevenção, que é mais barato do que tratar. Nos cânceres que sabemos as causas claras, como o do colo do útero com o HPV ou do pulmão com o cigarro, a melhor coisa é investir na prevenção. Se fizermos diagnóstico precoce, seremos capazes de curar 90% dos casos de câncer a baixo custo e sem mutilação. Então, a chave para tudo isso é tentar prevenir, e aqueles que não pudermos prevenir, fazer detecção precoce. Todo mundo acha bonito fazer um check-up cardiológico, e por que não fazer um check-up para câncer? Um onco check-up dá a possibilidade de você encontrar um câncer em uma pessoa que não sente absolutamente nada, não tem sintoma. Para isso, precisa ter um médico bem informado, que converse com o paciente, o examine da cabeça aos pés e, com base em seus fatores de risco, peça os exames apropriados.