

assistência

TÉCNICA ANESTÉSICA INÉDITA APLICADA PELA PRIMEIRA VEZ NO BRASIL REDUZ INCÔMODO CRÔNICO E DEPRESSÃO PÓS-MASTECTOMIA NO LONGO PRAZO

Bloqueio para a dor



Para muitas mulheres, a retirada da mama como tratamento de um câncer marca o início de uma nova jornada pela manutenção da saúde. Após a mastectomia, de 30% a 70% das pacientes desenvolvem dor crônica, aquela que persiste por mais de três meses. O incômodo atinge principalmente o local da cirurgia, mas não só – também são frequentes queixas nas mãos, nos pés, nos joelhos e em outras partes do corpo. E, em função disso, a condição está associada à depressão.

“Não há um número oficial, mas é uma ocorrência comum. São sintomas que andam juntos e

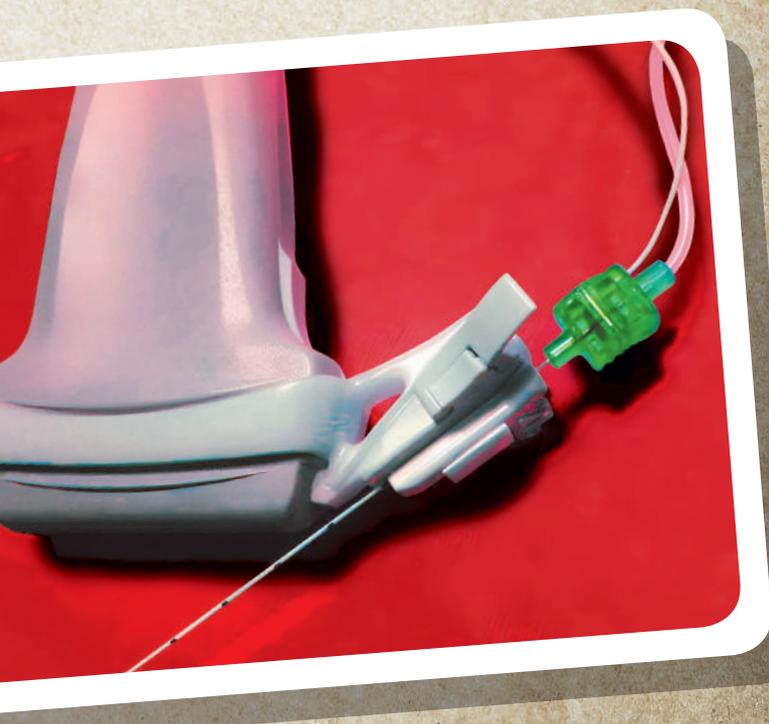
um piora o outro. Imagina o impacto que sentir dor diariamente causa. Isso atrapalha o dia a dia e as atividades da paciente”, atesta a neurocientista Raquel Chacon Ruiz Martinez, professora e pesquisadora do Hospital Sírio-Libanês (HSL) e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ela é a autora principal de um estudo, publicado em 2023 na *Scientific Reports* (caderno da revista *Nature*), que mostra que uma técnica usada pela primeira vez no HSL reduz ambas as manifestações.

O método consiste em associar à anestesia geral, durante a mastectomia, o bloqueio de nervos da

região mamária. Trata-se, na prática, de uma analgesia a mais. Por meio de ultrassonografia, o anestesio- logista localiza os nervos da mama em dois pontos – entre os músculos peitorais e abaixo do músculo serrátil, ambos no tórax – e aplica um anestésico local. O medicamento impede a condução do estímulo doloroso pelos nervos, proporcionando efeito duradouro, conforme aponta o recém-lançado trabalho.

O estudo acompanhou 49 mulheres com câncer submetidas à “mastectomia radical com reconstrução mamária no mesmo tempo cirúrgico com músculo grande dorsal e simetrização contralateral”. Ou seja, elas retiravam toda a mama afetada pelo tumor, além dos linfonodos da axila, e a reconstrução do órgão era feita imediatamente. Todas as voluntárias eram provenientes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), convênio que o Governo Federal mantém com o HSL e outros cinco hospitais de referência para a concessão de incentivos fiscais em troca de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada.

As pacientes foram divididas em dois grupos: 24 receberam apenas anestesia geral, enquanto nas outras 25 foi adicionado o bloqueio dos nervos que inervam a mama. Um ano depois, 44 (22 de cada conjunto) foram avaliadas (cinco foram excluídas por se tratarem de casos que não se enquadravam nos critérios estabelecidos para a avaliação). Os pesquisadores constataram que menos de 20% das mulheres do segundo grupo apresentaram sintomas depressivos. Já no primeiro, eles estavam presentes em 50%



das pacientes. Estas relataram, ainda, formigamento e falta de sensibilidade na região da mama. Por fim, 40% delas informaram sentir dores em outras partes do corpo, contra 13% das integrantes do segundo grupo. Com isso, precisaram de mais analgésicos no pós-operatório.

“Agora sabemos que, se quisermos melhorar a qualidade da analgesia [ausência de dor] no pós-operatório imediato e diminuir a ocorrência de dor crônica, temos que associar o bloqueio. Não temos dúvida de que é a melhor opção”

RAQUEL CHACON, neurocientista

“No início do estudo, não sabíamos se valia a pena promover o bloqueio ou se seria melhor manter só a anestesia geral, que também oferece conforto. Caso contrário, não seria o procedimento padrão por tanto tempo. Agora sabemos que, se quisermos melhorar a qualidade da analgesia [ausência de dor] no pós-operatório imediato e diminuir a ocorrência de dor crônica, temos que associar o bloqueio. Não temos dúvida de que é a melhor opção”, afirma Raquel.

MENOS EFEITOS COLATERAIS

O trabalho relatado na *Scientific Reports* é desdobramento de uma primeira pesquisa, publicada em 2018 no mesmo periódico, mas iniciada três anos antes. O objetivo daquele estudo – parte da tese de doutorado do anestesio- logista Marcio Matsumoto no Programa de Pós-Graduação do Sírio-Libanês – era aferir se a imobilização dos nervos da região mamária diminuiria a dor aguda no pós-operatório imediato e os efeitos colaterais de outros tipos de bloqueio conhecidos, como o peridural. Esse último precisa ser aplicado nas costas, o que é um inconveniente para o anestesio- logista no momento da cirurgia.

“O bloqueio dos nervos pode ser feito na região da mama, com a pessoa já anestesiada”, diz Matsumoto, que realizou o procedimento em todas as pa-

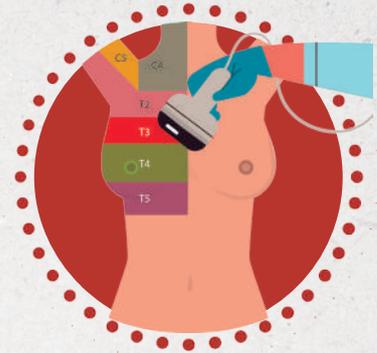
COMO É A CIRURGIA DE RETIRADA DA MAMA COM O BLOQUEIO DE NERVOS PEITORAIS



A mulher que será submetida à mastectomia recebe anestesia geral



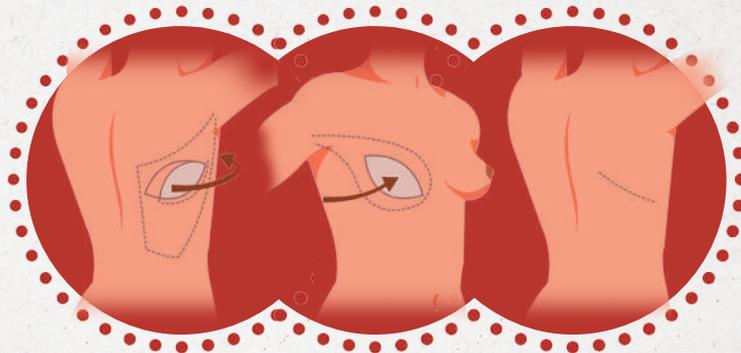
Com o auxílio de ultrassom, o anestesiológista visualiza os nervos que serão bloqueados



Eles estão localizados em dois pontos da região torácica: entre os músculos peitorais e abaixo do músculo serrátil



Com a paciente de barriga para cima, o médico, então, injeta o anestésico local



A mulher tem a mama retirada e, depois, reconstruída com o músculo grande dorsal

Fonte: anestesiológista Marcio Matsumoto

cientes avaliadas. Na primeira pesquisa, ao lado de Raquel e de sua equipe, ele também analisou o uso de opioides (remédios com potente ação analgésica e sedativa) durante a cirurgia. “Já sabíamos, de forma teórica, que a diminuição no consumo desse tipo de medicamento poderia alterar os mediadores inflamatórios, o que levaria a um melhor desfecho oncológico – menos recidiva [retorno do câncer], mais tempo livre de doença e maior sobrevida. No estudo, tivemos a comprovação. Observamos ainda que as mulheres submetidas ao bloqueio tiveram redução de sintomas como náuseas, vômito, coceira e sonolência, comuns após a anestesia geral”, comenta.

Ainda nessa etapa, os médicos e pesquisadores acompanharam o uso de morfina, analgésico que também pode provocar efeitos colaterais, como hipventilação, náusea e vômito. Na recuperação pós-anestésica, o paciente autoadministra o medicamento conforme uma pontuação de dor. “Os que receberam

bloqueio, no primeiro dia do pós-operatório, tiveram redução do consumo de morfina. Depois, analisando alguns desfechos, vimos que, no pós-operatório imediato, essas pessoas ficaram mais satisfeitas com o nosso atendimento, tiveram o tempo de internação reduzido e diminuíram o uso de outras medicações para tratar os efeitos colaterais”, comemora Matsumoto.

O procedimento contribuiu, ainda, para reduzir a incidência de outros incômodos frequentes após a mastectomia, como cefaleia tensional e dor muscular generalizada. Os bons resultados levaram a liderança do HSL a pedir a Matsumoto, diretor de Práticas Médicas do Departamento de Anestesia do hospital, que incluísse o bloqueio no protocolo institucional em todas as mastectomias. Isso aconteceu em 2018. De lá para cá, diversas instituições de assistência oncológica mundo afora seguiram o mesmo caminho. “Fomos os primeiros a mostrar os efeitos benéficos dessa técnica, tanto os imediatos quanto os de longo prazo”, celebra Raquel.



ADOÇÃO NO SUS

No Brasil, segundo Matsumoto, o procedimento está bem estabelecido, sobretudo, nos hospitais privados de São Paulo. No SUS, é adotado por algumas instituições, especialmente aquelas com melhor estrutura. Um exemplo é o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. No Rio de Janeiro, o Hospital do Câncer III, unidade do INCA dedicada a tratar tumores malignos de mama, aplica o bloqueio desde 2019. Mas as duas unidades são exceções na saúde pública, de acordo com o anesthesiologista.

“É injusto o sistema que temos hoje. Não adianta descobrirmos que algo funciona e levá-lo para apenas 100 pacientes por ano num hospital privado. A ciência existe para disseminar o conhecimento”

MARCIO MATSUMOTO, anesthesiologista

“O bloqueio dos nervos da região mamária ainda não é um protocolo institucional, embora seja feito em mais da metade das pacientes submetidas à mastectomia com abordagem axilar no HC III”, esclarece a anesthesiologista Zélia Viana, que vai se dedicar a estudar o tema no recém-iniciado mestrado profissional no INCA. “O meu projeto tem como objetivo analisar a associação entre as técnicas cirúrgicas e anestésicas relacionadas à ocorrência de dor crônica, visando identificar

estratégias eficazes para sua prevenção. Abordagens farmacológicas com o uso de anestesia geral multimodal [combinação de fármacos que têm mecanismos de ação distintos nas diversas vias de transmissão dolorosa] parecem também interferir de forma positiva na redução desse desfecho”, completa a médica.

Para Matsumoto, o maior desafio para a disseminação da técnica no SUS não está na aquisição de aparelhos de ultrassonografia com boa resolução, mas sim no treinamento de anesthesiologistas. “É injusto o sistema que temos hoje. Não adianta descobrirmos que algo funciona e levá-lo para apenas 100 pacientes por ano num hospital privado. A ciência existe para disseminar o conhecimento e para que ele seja aplicado. Precisamos estimular o reconhecimento dos bons profissionais na saúde pública, para que os procedimentos mais avançados cheguem a todos”, defende.

A psicóloga paulista Fernanda Aroni Hatanaka, de 43 anos, é uma das pacientes beneficiadas com a técnica. Em 2021, ela se submeteu à mastectomia radical, numa unidade particular da cidade de São Paulo, para eliminar um câncer em estágio inicial na mama esquerda.

Avesa a médicos alopatas e remédios tradicionais, Fernanda vinha de uma experiência negativa: em 2014, ela não pôde dar a filha à luz via parto natural, como desejava. A recuperação complicada após a cesariana só fez aumentar seu “pânico de hospital”.

Sete anos depois, no entanto, o cenário mudou. Anestesiada por Matsumoto, a psicóloga teve um pós-operatório bem mais tranquilo, a ponto de retomar o trabalho um mês após a cirurgia – tempo considerado curto pelo anesthesiologista. “Eu consegui voltar bem para as minhas atividades. A lembrança maior não é da dor ou dos efeitos colaterais, e sim do medo de que o câncer pudesse ter se espalhado e de não conseguir mexer mais o braço. Mas hoje está tudo bem. Eu continuo me consultando com a mesma médica que descobriu a doença e vivo com mais calma”, diz. ■