

25

Abril
2014

REDE

CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

O PRIMEIRO DA TURMA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO INCA
É O ÚNICO EM ONCOLOGIA NO PAÍS A
ALCANÇAR GRAU DE EXCELÊNCIA

Desvende mitos do câncer

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



É preciso

Câncer? ~~Nem quero~~ falar disso!

Embora o câncer possa ser um tema difícil de tratar, falar abertamente sobre a doença pode trazer melhores resultados individuais e coletivos. Saiba mais em www.inca.gov.br.

sumário



05

ENTREVISTA

“Não é apenas uma lâmina, é uma vida”

10

PREVENÇÃO

Gato por lebre

14

ASSISTÊNCIA

Dor e burocracia

18

CIÊNCIA

Quimioprevenção: vale a pena?

21

CAPA

Com louvor

27

PERSONAGEM

“Fiz um pacto com Deus e fui à luta”

32

POLÍTICA

Rastreamento genético mais acessível

36

SOCIAL

Solidariedade capilarizada

40

ARTIGO

Quando menos é mais



Roberto Cavalcanti

REDE CÂNCER

2014 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

REDE CÂNCER é uma publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Por se tratar de um veículo jornalístico, cujo objetivo principal é promover a discussão de assuntos relacionados à saúde e à gestão da Rede de Atenção Oncológica, artigos e reportagens contam com a participação de profissionais de várias instituições. As declarações e opiniões dessas fontes não refletem a visão do INCA, expressa exclusivamente por meio de seus porta-vozes. A reprodução total ou parcial das informações contidas nesta publicação é permitida sempre e quando for citada a fonte.

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Coordenação-geral do Projeto e Edição:

Daniella Daher | Editor assistente: **Nemézio Amaral Filho** | Redator: **Marcio Albuquerque**.

Comissão Editorial: **Mônica Torres (chefe da Divisão de Comunicação Social); Fabio Gomes; Ronaldo Correa; Marcell Santos; Suse Barbosa; Alessandra de Sá Erp Siqueira; Laura Maria Campello Martins; Gustavo Advíncula; Adriana Atty; Rejane Reis; Carlos Henrique Debenedetto Silva; Cassilda dos Santos Soares** | Produção:

Conceito Comunicação Integrada | Jornalista responsável: **Marcos Bin - JP23.958RJ** | Reportagem: **Eduardo**

Marques, Monique Dias, Rosana Melo e Roseane Santos | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação:

Luis Monteiro | Fotografias: **Comunicação/INCA, Can Stock Photo e SXC** | Revisão gramatical: **Anney Moraes** |

Impressão: **Walprint** | Tiragem: **12.000 exemplares**.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA - Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro - 20230-130 - Rio de Janeiro - RJ - comunicacao@inca.gov.br - www.inca.gov.br.



Ministério da
Saúde



Os caminhos da excelência

Prezado leitor,

Em apenas nove anos, o Programa de Pós-Graduação em Oncologia do INCA alcançou grau de excelência, recebendo nota 6 (num máximo de 7) pela avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Vários critérios são levados em conta para determinar a nota de um programa de pós-graduação. A produção científica do corpo docente é o principal. E o aumento significativo da média de artigos publicados por docente em revistas internacionais de alto fator de impacto nos últimos anos contou muitos pontos. Veja na reportagem de *Capa* as histórias, os desafios e as conquistas da Pós-Graduação do INCA, a única em Oncologia no País a alcançar grau de excelência.

Por falar em conquistas, o reconhecimento da ocupação de citotécnico é o destaque da seção *Entrevista* com a presidente da Associação Nacional de Citologia (Anacito), Simone Evaristo. Mas a luta não para. Agora, a Anacito defende a definição da carga horária. Outra preocupação é com a capacitação adequada, o que faz toda a diferença para o diagnóstico correto. “Não é apenas uma lâmina, é uma vida”, diz Simone.

E o necessário para melhorar a vida da mulher é o aumento da autoestima, principalmente

daquelas que passam pela quimioterapia, tema da seção *Social*: empresas e ONGs têm captado doação de mechas de cabelo e confeccionado perucas que, por sua vez, são entregues a pacientes que perderam suas madeixas.

Já que o assunto é cabelo, Sérgio Cabeleira, que na verdade era careca, foi um dos personagens interpretados por Osmar Prado ao longo de seus 56 anos de carreira (sim, ele começou criança, ainda). O ator conversou com a REDE CÂNCER e falou sem pudores do enfrentamento de um câncer de garganta descoberto em 2013. Recuperado, Prado brilhou na série *Amores Roubados*, exibida em janeiro pela Rede Globo, depois de sua receita de bom humor para minimizar a dor.

Aliás, por quanto tempo o paciente deve ser submetido à dor até ter acesso à morfina? O tema é discutido na seção *Assistência*. A questão do acesso, facilitado ou não, está longe de ser consensual, mas o debate é bem-vindo e, mais do que isso, necessário.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

entrevista

SIMONE MAIA EVARISTO,
Presidente da Associação Nacional de Citologia (Anacito)

“Não é apenas uma lâmina, é uma vida”

Do anonimato ao reconhecimento profissional. Essa é a nova realidade dos citotécnicos, que desde março foram incluídos na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (CBO/MTE) sob o número 3242-15. A atual fase da citotecnologia é comemorada com entusiasmo por Simone Maia Evaristo, bióloga e citotecnologista, servidora do INCA há 17 anos, onde atualmente é supervisora da Área de Ensino Técnico. Sua missão tem sido divulgar o papel fundamental da área no controle do câncer. “A citotecnologia não é só leitura de lâmina, é um trabalho minucioso, e o profissional tem que estar a par de todo o processo. Temos uma responsabilidade muito grande.” Na opinião de Simone, apesar de toda sua relevância, a citotecnologia esteve estagnada durante muito tempo no País. “Aqui, o citotécnico andou pra trás e ficou isolado. Agora, estamos começando a recuperar o nosso espaço.” A trajetória de Simone revela seu compromisso com a citotecnologia. Ela também é presidente da Associação Nacional de Citotecnologia (Anacito) e docente do curso do INCA de formação de técnico de nível médio em citopatologia, do qual foi vice-coordenadora por sete anos. É responsável pela organização de eventos, como as duas jornadas internacionais e o I Congresso Brasileiro de Citotecnologia, pela criação da Série Citotecnologia (publicações), distribuída para vários países, por promover cursos de atualização para os



profissionais brasileiros e pela integração com os colegas do exterior.

Especializada em Citologia Clínica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Simone obteve a titulação de Suficiência em Citotecnologia pela Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC), Sociedade Latino-Americana de Citopatologia (Slac), da qual é membro do Comitê Diretor, e pela Academia Internacional de Citologia (IAC), sendo a única citotecnologista brasileira em seu quadro de membros ativos.

Em entrevista à REDE CÂNCER, Simone apresenta o perfil do profissional de citotecnologia, detalha os desafios e os próximos projetos para a área e mostra o caminho para quem quiser se tornar um citotecnologista.

REDE CÂNCER – Qual a forma correta de chamar o profissional de citotecnologia: citotécnico ou citotecnologista?

Culturalmente, aqui no Brasil, associa-se citotécnico ao nível médio. Em Portugal, por exemplo, o profissional também é chamado dessa forma, mas estuda quatro anos na universidade. Já a palavra citotecnologista vem dos Estados Unidos e está mais ligada à área. Para eles, o citotécnico é aquele que só faz os preparos. Já o citotecnologista seria o profissional altamente qualificado. Então, criou-se uma confusão em torno desses nomes. Mas, na realidade, sendo nível técnico ou superior, a atuação não muda muito. E o Ministério do Trabalho e Emprego vai usar as duas nomenclaturas.

RC – De que forma você descreveria o perfil do profissional de citotecnologia?

O citotecnologista é um profissional que tem vivência no ambiente de anatomia patológica, interesse pela

“O profissional bem treinado não só tem acuidade visual, mas também sabe correlacionar os dados daquela paciente com a lâmina que está lendo. Ele precisa ter noção do que é possível, saber interpretar e associar as informações”

ciência e gosto pela pesquisa científica. Precisa ter acuidade visual e ser paciente, já que cada lâmina que analisa é um estudo. O trabalho que realiza é uma ciência. E também precisa ter humildade para trocar experiências e cooperar com os colegas da área.

RC – Existe algum preconceito contra esse profissional?

Existe um preconceito geral contra técnicos. O serviço técnico era tido como algo braçal e repetitivo, só que esse perfil mudou. O técnico é um ser pensante. Tecnologias estão surgindo, então, não dá para ser aquele técnico que não raciocina, que não pensa.

RC – Quais são os maiores desafios enfrentados pelos profissionais da área?

Após a conquista do reconhecimento profissional, seria a definição da carga horária. Os citotécnicos acabam tendo uma carga horária muito pesada, porque ainda não existe essa definição. É preciso estabelecer como isso vai ser medido, se por horas ou número de lâminas lidas. É algo que pesa bastante.

RC – Que relação pode ser estabelecida entre a capacitação dos citotecnologistas e a detecção e a prevenção do câncer do colo do útero?

Essa relação é tudo. O profissional bem treinado não só tem acuidade visual, mas também sabe correlacionar os dados daquela paciente com a lâmina que está lendo. Ele precisa ter noção do que é possível, saber interpretar e associar as informações. Por exemplo, esfregaços muito espessos podem mascarar uma lesão. Se o técnico deixa passar isso, aquela paciente pode só repetir o exame depois de três anos. O governo preconiza que, depois de dois resultados normais do exame Papanicolaou, se faça a coleta de três em três anos. Mas e se o técnico não for bem treinado e não detectar a lesão? É preciso ser um profissional realmente capacitado, e também que o material seja coletado da forma correta. Se o citotécnico não tem capacitação, perde aquela paciente por um resultado falso negativo e todo o programa de controle desanda. Então, se quiser realmente combater o câncer, o citotécnico precisa estar muito bem capacitado.

RC – De que forma a criação do Programa Nacional de Qualidade em Citopatologia (PNQC), instituído recentemente pelo Ministério da Saúde, pode melhorar a confiabilidade dos exames citopatológicos?

Vejo muitas situações absurdas acontecendo nos laboratórios por aí. Mas quando se tem a capacitação,



existe a cobrança. Então, se houver mais fiscalização, os laboratórios vão começar a ter mais cuidado. Eu acho que com esse controle de qualidade e treinamento para os laboratórios, que estão muito soltos, vai haver uma exigência maior, até por parte do próprio técnico.

RC – O que muda com a inclusão da profissão de citotécnico na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego?

O profissional poderá ser cadastrado e contratado como citotécnico: isso é uma grande mudança. Muitos eram contratados como técnicos de laboratório porque não existia uma numeração na CBO. Agora, eles poderão existir e entrar em uma estatística correta, com o nome e a atividade deles e não com os dados de outra profissão.

RC – Em que medida a Anacito – fundada em 2009, após a I Jornada Internacional de Citotecnologia, realizada pelo INCA – contribuiu para este reconhecimento?

Existia uma visão muito ruim sobre os profissionais da área, mas a Anacito está conseguindo agregá-los para que se fortaleçam. Eles estão começando a se reconhecer e a ser tirados da inércia. Depois da primeira jornada que fizemos, conseguimos entrar no programa de profissões prioritárias do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), e a Anacito tem sido chamada para representá-los até mesmo em outros países. Agora,

“O profissional da área, de uma maneira geral, não acredita em si e no seu papel fundamental no controle do câncer. Ele precisa se conscientizar e se ver como um profissional que é membro importante de uma equipe, e não um mero empregado”

os próprios técnicos estão querendo se envolver e expandir isso.

RC – Quais são os próximos desafios e projetos da Anacito?

Um dos nossos desafios é definir como será a atuação oficial desse profissional e brigar para que ele não tenha um dono. Nós precisamos, também, difundir a profissão e a capacitação correta, o que é importantíssimo. O meu medo é dessas escolas que têm aulas uma vez por semana e saem diplomando técnicos sem treinamento adequado. Não é simplesmente uma lâmina, é uma vida. Então, esse profissional tem que ser muito bem capacitado. Nós precisamos fazê-lo entender que ele está inserido em um sistema e que ele pode e deve participar. Outro desafio é como fazer para certificar os profissionais que já se formaram e estão atuando como citotécnicos, já que estamos na segunda turma reconhecida pelo Ministério da Educação. Entre os projetos, para este ano, temos a elaboração do Manual de Citotecnologia e a continuação da Série Citotecnologia. Vamos realizar, também, duas jornadas regionais, uma no Ceará e outra em Minas Gerais, e um seminário de Anatomia Patológica em Moçambique. E para 2015, faremos o 2º Congresso de Citotecnologia, em Gramado, no Rio Grande do Sul.

RC – Como e quando surgiu o primeiro curso de citopatologia no Brasil?

O primeiro curso oficial foi o da Escola de Citopatologia da Fundação das Pioneiras Sociais, que surgiu em

1968. Foi a primeira do gênero na América Latina, formando não só alunos brasileiros, mas também de outros países da região. O Brasil era referência na América Latina. Tivemos, ainda, alunos de Portugal e da Suécia. O curso tinha duração de dois anos, e os alunos aprendiam várias técnicas, havia uma amplitude. Essa escola funcionou durante 13 anos.

RC – Como funciona o curso de formação de técnico de nível médio em citopatologia que o INCA oferece?

Esse curso, que tem convênio, desde 2010, com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fiocruz, tem duração de um ano, carga horária de 1.920 horas e certificação reconhecida pelo Ministério da Educação desde 2012. São oferecidas 15 vagas no total, três para cada região do Brasil, já que não é voltado só para o Rio de Janeiro. Os alunos aprendem todos os procedimentos, como a leitura de células de todas as partes do corpo, para que entendam o sistema como um todo, e fazem parte da rotina do laboratório. Tentamos apresentar tudo o que há de moderno e novo. Eles têm que fazer estágio e apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Estudam de segunda a sexta, das 8h às 17h, recebem bolsa e também alojamento, quando vêm de outros estados.

RC – A quem se destina este curso?

O candidato precisa ter o ensino médio completo e estar, preferencialmente, vinculado a laboratórios que prestem serviço para o Sistema Único de Saúde (SUS). A ideia é que, após o curso, os alunos voltem para seus estados, mas alguns acabam ficando no Rio. Nós já tivemos, também, um convênio com Moçambique e já recebemos duas alunas daquele país.

RC – Como é feito o processo seletivo?

O processo seletivo mudou este ano. Antes, os candidatos faziam uma prova, que era oferecida para

todo o Brasil. Mas em 2014 o processo está sendo feito por meio de análise de currículo.

RC – Como docente, qual a sua avaliação do curso?

Eu acho que agora está muito bom, porque estamos batalhando por isso. O curso é bem “puxado”, exige bastante dos alunos, já que a ideia é que eles possam desenvolver o próprio raciocínio. E nós estamos criando os materiais didáticos, sempre fazendo intercâmbio. Enfim, estamos construindo em conjunto.

RC – Há escassez de técnicos na área?

Eu não sei se é uma questão de escassez, já que falta um mapeamento para saber onde eles estão. Sem isso, não conseguimos saber se há poucos profissionais ou não, se são bem treinados ou não. Em muitos laboratórios pequenos, por exemplo, o nome do técnico não aparece. Então, é muito fácil escondê-lo. Como ainda não existe cadastro desses profissionais, não há controle e nós não sabemos quem está lendo essas lâminas.

RC – E o que é preciso para que seja feito esse mapeamento?

O primeiro passo está vindo agora, com o reconhecimento profissional, porque começarão a saber que nós existimos. E tem que haver um controle maior sobre quem está lendo essas lâminas e a formação dessas pessoas.

RC – Com o reconhecimento da profissão, você acredita que haverá mais interesse pela formação técnica em citopatologia?

Acredito que a falta de interesse acontece mais por desconhecimento da ocupação e pela falta de cursos e de professores habilitados para esse fim.

RC – Como uma pessoa interessada em se tornar um citotécnico pode saber se um curso oferece boa formação?

A Anacito não pode dizer se um curso é bom ou não, mas podemos orientar ou até sugerir como deveria ser um curso com requisitos mínimos, que possa abranger ou suprir a formação do citotécnico. Pretendemos ter um banco de dados com os cursos existentes no País, até para sabermos quantos estão atuando ou vão atuar.

RC – O que você gostaria de dizer para todos os citotécnicos do País?

Somos responsáveis pela primeira leitura das lâminas, pela triagem. O profissional precisa ter consciência disso e perceber que a citologia não é só ginecológica. Ele não pode se limitar a fazer uma coisa só. ■

“O profissional precisa ter consciência disso e perceber que a citologia não é só ginecológica. Ele não pode se limitar a fazer uma coisa só”

cartas

Faça você também parte desta Rede. Colabore enviando dúvidas, sugestões, críticas e elogios para a REDE CÂNCER. comunicacao@inca.gov.br ou (21) 3207-5963.

SUGESTÃO

Gostaria de receber a REDE CÂNCER, pois trabalho com Registro Hospitalar de Câncer e a revista é excelente. Gostaria de sugerir um tema para ser abordado na revista: o câncer de mama, muito frequente na faixa etária a partir dos 40 anos, ou seja, abaixo do protocolo de 50 a 69 anos para realização de exames de rastreamento. Aqui no Tocantins, representa 41% dos casos.

Ivaneide da Luz Sousa – Araguaína, TO

Olá Ivaneide, obrigada pelo elogio e pela sua sugestão. Vamos avaliá-la sob a ótica da frequência no País como um todo para concluir se o tema tem relevância nacional, como a observada no Tocantins.

PEDIDOS

Gostaria de saber como proceder para receber as edições da REDE CÂNCER. Sou assistente social e faço Residência Multiprofissional no Programa de Oncologia da Universidade Federal de São Paulo. Estou iniciando o 2º ano e, com ele, meu trabalho de conclusão, que será sobre Câncer, Cuidados Paliativos e Morte.

Anabel B. M. Diorio – São Paulo, SP

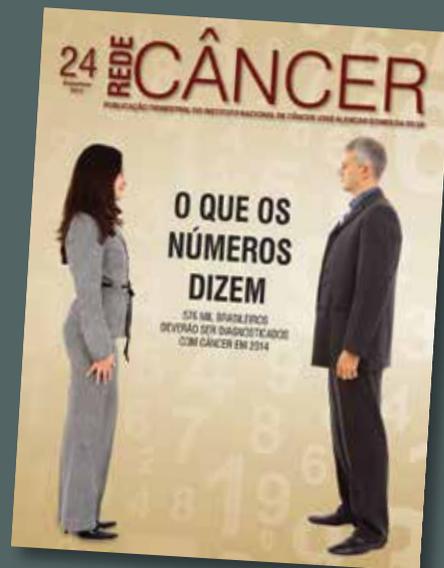
Sou acadêmico de Biomedicina e pós-graduando em Saúde Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina. Atualmente complemento meus estudos com um estágio na Secretaria Municipal de Saúde de Maravilha, onde resido. Tive acesso à revista REDE CÂNCER recentemente e gostaria de recebê-la em meu endereço, bem como qualquer outro material que seja disponibilizado pelo INCA. Todo conhecimento será bem-vindo, pois pretendo seguir carreira acadêmica.

Régis Carlos Benvenuti – Maravilha, SC

Fiquei sabendo desta revista e gostaria de recebê-la, pois sou estudante de Farmácia (3º ano) e penso em me especializar na área oncológica.

Vanessa Cristina Nicioli – Maringá, PR

Olá, Anabel, Régis e Vanessa. Seus endereços foram incluídos no nosso mailing e, a partir desta edição, vocês passarão a receber a REDE CÂNCER trimestralmente.



Sou psicóloga com especialidade em oncologia pela Fundação Antônio Prudente A.C.Camargo e trabalho na Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba (SP) diretamente com pacientes oncológicos, desde o diagnóstico até sua liberação. Gostaria de receber a revista REDE CÂNCER, já que ela contém diversas informações importantes para o meu trabalho. Recebi por engano os exemplares 21 e 22 e gostaria de continuar recebendo, se possível.

Luana de Silos Lopes – Araçatuba, SP

Prezada Luana, seu endereço já foi incluído no nosso mailing e você passará a receber a revista REDE CÂNCER em seu nome.

Sou supervisor técnico do Serviço de Radioterapia do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim. Gostaria de receber a revista REDE CÂNCER para aprimorar meus conhecimentos na área.

Wanderley de Moraes – Cachoeiro de Itapemirim, ES

Sou farmacêutica e gostaria de receber a revista trimestral para atualização e informação na área.

Regina Maura Oliveira Mazetto – São José do Rio Preto, SP

Prezados Wanderley e Regina, para receber a revista REDE CÂNCER, basta enviar o pedido com nome e endereço completos para o e-mail comunicacao@inca.gov.br.

Sou estudante de medicina e gostaria de saber quanto custa para receber o exemplar em minha residência.

Mayanne Barreto

Prezada Mayanne, a REDE CÂNCER é gratuita. Basta enviar o pedido com nome e endereço completos para o e-mail comunicacao@inca.gov.br que você passará a receber a revista.



prevenção

SUBSTÂNCIAS APARENTEMENTE INOFENSIVAS, USADAS POR FABRICANTES DE ALISADORES CAPILARES, LIBERAM FORMOL AO SEREM AQUECIDAS

Gato por lebre

A assistente social Elaine Souza, 38 anos, estava no quarto mês de gestação quando viu um anúncio na porta de um salão de beleza. O cartaz dizia: “Escova sem formol para grávidas”. Ela ficou animada em passar um produto que domaria seus cachos sem prejudicar em nada seu bebê. “Sinceramente, não pesquisei muito, mas o cabeleireiro me garantiu que não tinha problema. Fiz e não senti aquele cheiro forte de antigamente”, compara Elaine.

Mas o que parecia um sonho realizado para quem busca cabelos lisos e sedosos sem risco algum para a saúde não passa de falsa promessa. Essa foi a principal constatação de pesquisa da Faculdade de Farmácia e do Instituto de Pesquisas de Produtos Naturais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). “Após três meses de investigação, tivemos resultados bem preocupantes. Alguns fabricantes acrescentam substâncias que, quando aquecidas, com chapinha [como a prancha para alisar cabelos é popularmente conhecida] ou secador, liberam o formaldeído, que é o formol na forma gasosa”, explica a professora Nancy dos Santos, coordenadora do estudo.

Depois que a escova progressiva ganhou popularidade, entre 2004-2005, a preocupação veio à tona. No processo de alisamento, o formol era adicionado à fórmula pronta, uma vez que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) não autorizava o uso da substância com função de alisamento, mas apenas como conservante, em concentrações mínimas. Além de muitos

consumidores se queixarem de problemas imediatos, como coceira e irritação nos olhos, estudos concluíram que a substância era cancerígena. Depois da comprovação desses danos, foi publicada a Resolução 36, da Anvisa, em 2009, proibindo a comercialização do formol em estabelecimentos como drogarias, farmácias, supermercados e lojas de conveniência.

NOMES CRIATIVOS MENOSPREZAM RISCOS

Para driblar essa proibição e não perder as consumidoras, alguns fabricantes começaram a buscar um substituto. Basta ir a salões de beleza ou lojas que vendem cosméticos para encontrar o selo “escova sem formol”. Os novos tratamentos não são chamados de alisamentos e recebem nomes criativos: “reductor de volume”, “domador de cachos”, “alinhamento dos fios”, “máscara hidratante” e até “botox capilar”. A publicidade garante que a formulação é tão inofensiva que pode ser aplicada até em mulheres grávidas e crianças.

Nancy dos Santos esclarece que formol é o nome da substância quando está em meio aquoso. Na ausência de água (ou seja, sob aquecimento), é chamada de formaldeído. A substância é a mesma, mas o estado físico no qual se encontra altera a nomenclatura. Trocando em miúdos: o produto, quando é passado nos cabelos, de fato, ainda não tem formol. Ele vai penetrando nos fios durante o tempo de pausa recomendado pelos fabricantes. Mesmo enxaguados após a aplicação, os fios já absorveram os componentes. Quando as mechas recebem o calor, acontece uma reação química. O aquecimento provoca uma quebra dos componentes, liberando o formol que estava “disfarçado”. Por essa razão, os

“As probabilidades de desenvolver o câncer aumentam de acordo com a frequência de uso do produto, dose recebida, tempo de exposição e fatores inerentes à capacidade individual de regeneração celular”

UBIRANI OTERO, chefe da Unidade Técnica de Exposição Ocupacional, Ambiental e Câncer do INCA



fabricantes indicam o uso do secador e da prancha para se alcançar o efeito desejado.

No Brasil, as substâncias mais utilizadas nas fórmulas desses novos tratamentos são ácido glicólico, oxoacetamida de carbocisteína, oxoacetamida de aminoácidos, ácido oxálico, glioxilol de carbocisteína, glioxilol de queratina de aminoácidos, hidantoína e quaternarium. Quando adicionadas apenas como conservantes, ocorre liberação de formaldeído em baixas concentrações. Entretanto, com o propósito de se obter um alisamento como resultado final do uso do produto, essa concentração aumenta de forma significativa.

Por sua vez, os produtos liberados pela Anvisa com o propósito de alisar os cabelos são ácido tioglicólico, hidróxido de sódio, hidróxido de potássio, hidróxido de cálcio, hidróxido de lítio e hidróxido de guanidina.

EFEITOS NOCIVOS IMEDIATOS E APÓS USO SUCESSIVO

O uso do formol como alisante capilar foi proibido pela Anvisa porque pode causar sérios danos ao usuário e ao profissional que aplica o produto, como irritação, coceira, queimadura, inchaço, descamação e vermelhidão do couro cabeludo, queda do cabelo, ardência e lacrimejamento dos olhos, falta de ar, tosse, dor de cabeça, ardência e coceira no nariz, devido ao contato direto com a pele ou por meio do vapor liberado pela substância.

Exposições sucessivas podem causar também boca amarga, dor na barriga, enjoo, vômito,

Vaidade arriscada

Já não é de hoje que muitos se arriscam em nome da beleza. Nos anos 1990, a onda do bronzeamento artificial tomou conta das clínicas de estética. “O procedimento é tão ou mais prejudicial à pele quanto a exposição direta ao sol. Comprovadamente causa câncer cutâneo e envelhecimento precoce, além de outros danos à pele, como manchas”, adverte o chefe do Serviço de Dermatologia do INCA, Dolival Lobão.

Segundo ele, o Brasil saiu na frente, pois é o único país onde essa prática é proibida por lei. “Diversos países, como a Austrália, onde o câncer de pele é extremamente comum, tentam nos copiar. Nos Estados Unidos, o presidente Barack Obama



Elaine acreditou na falsa promessa e, mesmo grávida, fez alisamento

desmaio, feridas na boca, narinas e olhos e câncer nas vias aéreas superiores (nariz, faringe, laringe, traqueia e brônquios). Vários estudos científicos na literatura internacional encontraram associação entre a exposição ao formaldeído e câncer. No entanto, a aplicação do formol com a função de alisamento capilar, como ocorre no Brasil, é pouco difundida em outros países. Os maiores centros de pesquisa internacionais não citam dados referentes a esse uso e risco de câncer e de outras doenças.

A epidemiologista Ubirani Otero, chefe da Unidade Técnica de Exposição Ocupacional, Ambiental e Câncer do INCA, explica que, apesar de não haver estudos específicos para esse grupo, a

exposição é direta, seja pela inalação, principal via de contaminação, seja pelo contato com o produto. “Os indivíduos expostos, principalmente trabalhadores, podem experimentar os efeitos agudos rapidamente após as aplicações. Os efeitos crônicos, como câncer, por exemplo, requerem maior período para o seu desenvolvimento, podendo surgir anos após a exposição, destaca a epidemiologista.

O principal tipo de câncer associado à exposição ao formol é o de nasofaringe. Por ser um tumor sólido, o período de latência (da exposição até o surgimento do tumor) é superior a 20-30 anos. A substância está também associada às leucemias. Para esse tipo de câncer o período de latência é bem menor, a partir de cinco anos.

Por ser um agente cancerígeno, não existem níveis seguros de exposição ao formol. A melhor forma de prevenção é evitar o contato. “Obviamente, as probabilidades de desenvolver o câncer aumentam de acordo com a frequência de uso do produto, dose recebida, tempo de exposição e fatores inerentes à capacidade individual de regeneração celular”, esclarece Ubirani.

A especialista adverte que o formol pode causar danos também em outras situações. “Podemos citar a exposição de trabalhadores da agricultura; de fundições; de madeireiras; o uso durante processos industriais, como tratamento de peles e couros, processamento de borrachas e abrasivos, entre outros usos. O cigarro também é uma importante fonte de formol. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, uma pessoa que fuma 20 cigarros por dia se expõe ao equivalente a 1 mg diário de formol”, informa. ■

criou um imposto dedicado ao tratamento futuro dos usuários das câmaras de bronzeamento artificial, na impossibilidade de proibi-las, pois lá movimentam milhões de dólares. Essas câmaras emitem tanto raios UVB (ultravioleta B), responsáveis pelo câncer, quanto UVA (ultravioleta A), que provocam o fotoenvelhecimento”, alerta o médico.

Pesquisa da Universidade Federal de Itajubá (MG) mapeou a incidência de radiação ultravioleta em todo o território brasileiro e indica que os números são muito superiores aos que vinham sendo considerados por grande parte dos médicos. Como resultado da pesquisa, a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) divulgou o Consenso Brasileiro

de Fotoproteção (disponível em www.sbd.org.br/publicacoes/consenso-brasileiro-de-fotoprotecao), documento baseado na realidade brasileira. A publicação confirma que os parâmetros usados, até então, pela categoria para fazer recomendações sobre as formas e horários mais adequados à exposição ao sol eram retirados de revistas internacionais dos Estados Unidos ou da Europa, e que os poucos estudos publicados revelam que a radiação solar no Brasil é muito superior à observada nesses países. A SBD chegou a recomendar mais estudos sobre a realidade brasileira, a fim de produzir políticas públicas mais adequadas.

assistência

APESAR DE DIRETRIZ DA DECLARAÇÃO MUNDIAL CONTRA O CÂNCER PARA O CONTROLE DA DOR, ACESSO DE PACIENTE À MORFINA AINDA É DIFÍCIL

Dor e burocracia

Considerados importantes para o alívio da dor do câncer, os opioides ganharam destaque recentemente na imprensa e se tornaram alvo de notícias. Com base em um estudo realizado na África, Ásia, Oriente Médio, América Latina e Caribe, que avaliou a disponibilidade e a acessibilidade de sete desses medicamentos classificados como essenciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a mídia brasileira tem divulgado que o excesso de burocracia dificulta o acesso de pacientes com câncer aos opioides, entre eles a morfina, principal desse grupo.

Segundo Charles Oliveira, anestesiológista do Centro de Controle da Dor (Singular), de Campinas, e vice-presidente do capítulo brasileiro do Instituto Mundial da Dor (WIP, na sigla em inglês), um dos fatores que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de uma nação é a quantidade de opioides per capita consumida. “Isso coloca o Brasil em uma posição bastante desfavorável em relação aos países desenvolvidos. Em 2010, consumimos 5,13 mg/per capita de todos os opiáceos; os Estados Unidos, 73,67 mg/per capita; e a Alemanha, 22,20 mg/per capita”, relata. O baixo consumo desses medicamentos situa o País em sétimo lugar na América Latina, atrás da Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguai, Jamaica e Colômbia. “Consumimos muito pouca morfina em qualquer situação, até mesmo entre os pacientes com câncer”, afirma Ricardo Cunha, coordenador da Clínica da Dor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

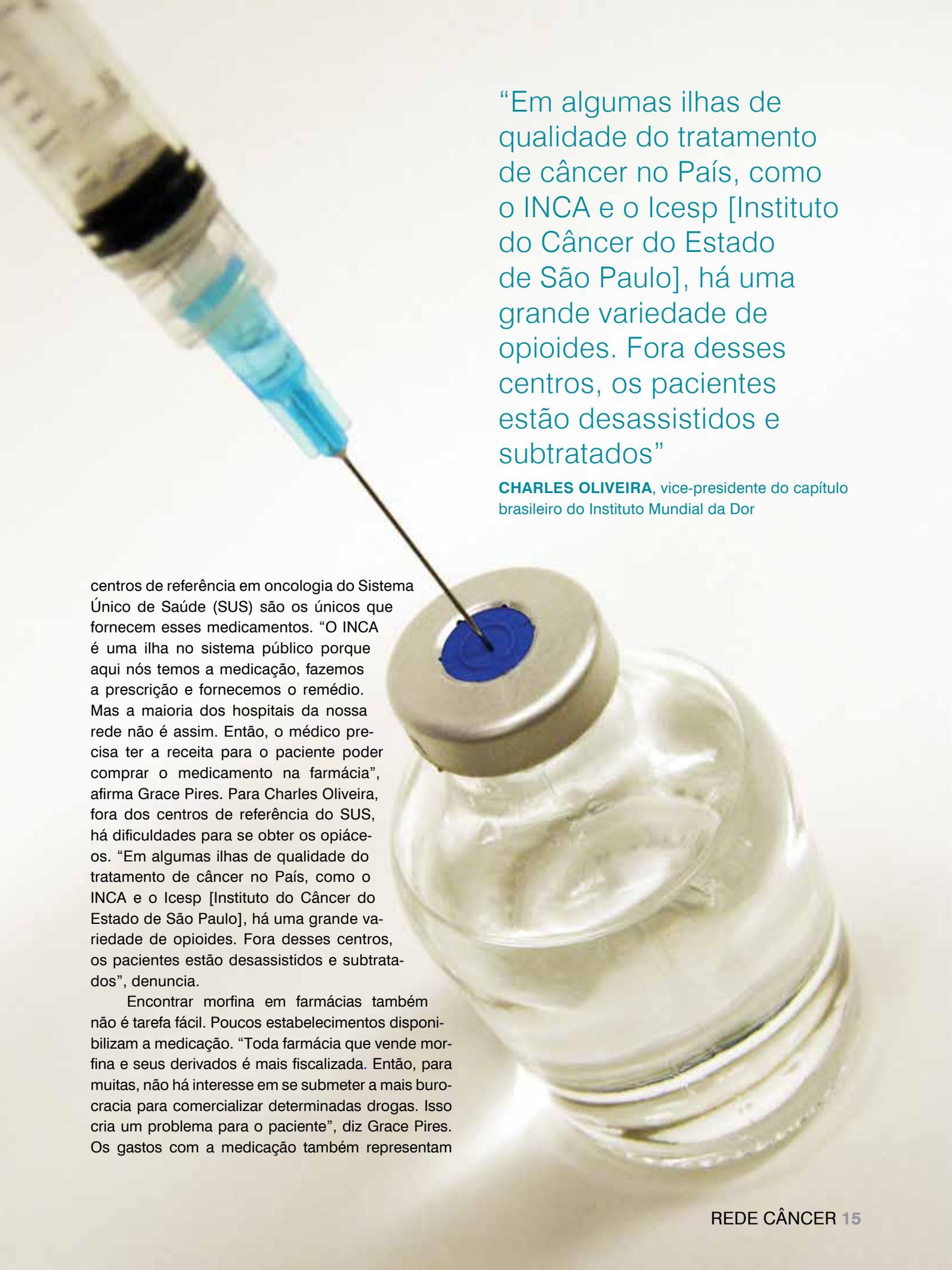
A situação do Brasil é exatamente oposta à dos Estados Unidos, onde o acesso à morfina e a outros opioides é muito facilitado. “Aqui, convivemos com o subtratamento da dor, enquanto nos Estados

Unidos há um excesso de prescrição”, compara José Oswaldo Júnior, diretor do Departamento Central da Dor do Hospital A.C. Camargo, de São Paulo. Para Charles Oliveira, a limitação ao uso da morfina no Brasil pode estar ligada ao temor do abuso do medicamento. “Imagino que um dos motivos de o governo restringir essa medicação seja para não vivenciar os problemas que os Estados Unidos enfrentam”, opina.

DIFICULDADES COMEÇAM COM A OBTENÇÃO DO RECEITUÁRIO

De acordo com os especialistas, os entraves ao acesso à morfina pelos doentes com câncer começam com a obtenção do receituário amarelo tipo A – específico para esse tipo de medicação – pelos médicos. Para consegui-lo, o profissional deve ir pessoalmente à Secretaria Estadual de Saúde para fazer um cadastro. “É algo que prejudica muito o acesso ao medicamento, porque, muitas vezes, o médico não tem tempo de fazer isso”, pondera Grace Pires, anestesiológista e coordenadora da Clínica de Dor do Hospital do Câncer I (HC I), do INCA. Charles Oliveira também considera essa exigência complicadora. “Sempre que o bloco de receitas está acabando, o médico deve retornar à secretaria ou fazer um requerimento com firma reconhecida em cartório. Isso dá trabalho.” As opiniões sobre o procedimento, no entanto, não são unânimes. Para Ricardo Cunha, esse processo não é burocrático. “Existe um trâmite, que é ir à Secretaria Estadual de Saúde fazer o cadastro, mas é algo simples, não há nenhuma dificuldade quanto a isso”, avalia.

Outro obstáculo enfrentado pelos doentes com câncer é a disponibilidade dos hospitais em lhes oferecer a morfina e outros opioides. No Brasil, os



“Em algumas ilhas de qualidade do tratamento de câncer no País, como o INCA e o Icesp [Instituto do Câncer do Estado de São Paulo], há uma grande variedade de opioides. Fora desses centros, os pacientes estão desassistidos e subtratados”

CHARLES OLIVEIRA, vice-presidente do capítulo brasileiro do Instituto Mundial da Dor

centros de referência em oncologia do Sistema Único de Saúde (SUS) são os únicos que fornecem esses medicamentos. “O INCA é uma ilha no sistema público porque aqui nós temos a medicação, fazemos a prescrição e fornecemos o remédio. Mas a maioria dos hospitais da nossa rede não é assim. Então, o médico precisa ter a receita para o paciente poder comprar o medicamento na farmácia”, afirma Grace Pires. Para Charles Oliveira, fora dos centros de referência do SUS, há dificuldades para se obter os opiáceos. “Em algumas ilhas de qualidade do tratamento de câncer no País, como o INCA e o Icesp [Instituto do Câncer do Estado de São Paulo], há uma grande variedade de opioides. Fora desses centros, os pacientes estão desassistidos e subtratados”, denuncia.

Encontrar morfina em farmácias também não é tarefa fácil. Poucos estabelecimentos disponibilizam a medicação. “Toda farmácia que vende morfina e seus derivados é mais fiscalizada. Então, para muitas, não há interesse em se submeter a mais burocracia para comercializar determinadas drogas. Isso cria um problema para o paciente”, diz Grace Pires. Os gastos com a medicação também representam

“Todo remédio provoca reações adversas, mas é muito difícil o doente com câncer desenvolver dependência aos opioides. Essa possibilidade não deve ser uma desculpa para não usá-los e não tratar a dor do paciente”

GRACE PIRES, coordenadora da Clínica de Dor do Hospital do Câncer I/INCA

um desafio para quem precisa comprá-la. “Os opioides são medicamentos que custam muito caro e que poderiam ter maior distribuição”, enfatiza Charles Oliveira.

Além desses empecilhos, há outras barreiras que precisam ser superadas, como o preconceito e a desinformação, que criam um fenômeno chamado pelos especialistas de “opiofobia”: “O paciente pensa que prescrevemos morfina ou um de seus derivados quando não tem mais jeito. Ele acha que é o final da vida, que está em estado terminal. Por isso, muitos preferem sentir dor a tomar o medicamento”, revela Grace Pires. A dor crônica [caracterizada por duração superior a três meses e não ter função de proteção da vida], costuma acometer os doentes com câncer – 80% deles a terão em algum momento no estágio adiantado da doença –, mas ainda não é tratada de forma apropriada no Brasil, apesar de a Declaração Mundial contra o Câncer assinalar que todo paciente deve ter assegurado o acesso ao controle da dor até 2020. “Nossa população ainda sofre muito de dor porque até hoje não temos um tratamento adequado da dor crônica no sistema público de saúde”, sentencia Ricardo Cunha.

PRECONCEITO E DESINFORMAÇÃO

Muitos profissionais de saúde não estão alheios a esse cenário de temor e, pelo seu lado, também veem os opioides com reservas. “Existe um mito por parte do médico em relação a esses medicamentos.

Ele tem medo de prescrevê-los por causa dos efeitos colaterais, como a depressão respiratória – diminuição da frequência respiratória, que pode, até mesmo, provocar a morte –, além de pensar que dá trabalho fazer esse tipo de receita”, explica Grace Pires. Segundo a coordenadora da Clínica de Dor do HC I, todo opiáceo pode causar dependência, tanto física quanto psíquica, mas isso raramente ocorre com pacientes oncológicos. “Todo remédio provoca reações adversas, mas é muito difícil o doente com câncer desenvolver dependência aos opioides. Essa possibilidade não deve ser uma desculpa para não usá-los e não tratar a dor do paciente. O alívio dessa dor é considerado um direito humano pelas organizações de saúde”, enfatiza.

Essa desinformação dos profissionais de saúde ainda é considerada um dos maiores entraves ao acesso à morfina pelos doentes com câncer. “A educação em saúde para o tratamento da dor ainda é muito precária no Brasil. Nós estamos, no mínimo, dez anos atrasados. Como professor, posso falar isso porque vejo, no nosso curso anual de formação de médicos, profissionais que já atuam na área clínica e que são totalmente desinformados”, revela Ricardo Cunha.

MEDIDAS PARA MELHORAR O ACESSO

Uma das principais medidas para facilitar o acesso dos pacientes com câncer à morfina, apontada pelos próprios profissionais de saúde, seria melhorar a formação dos alunos de Medicina. “Cada médico precisa ser treinado de forma correta para tratar a dor, e isso tem que começar na graduação”, afirma Grace Pires. Segundo Ricardo Cunha, algumas faculdades brasileiras já possuem uma disciplina relacionada ao tema, como a UFRJ e a Universidade de São Paulo (USP), embora ainda não seja suficiente. “São cadeiras muito introdutórias à dor de um modo geral. Não existe um treinamento mais específico sobre dor crônica”, lamenta o coordenador da Clínica da Dor do HUCFF. Para ele, as iniciativas para reverter os obstáculos à obtenção da morfina devem partir das instituições de ensino. “É preciso haver uma capacitação intensiva dos médicos para prescreverem opioides. Nós ainda estamos falhando muito na prescrição. Esse é o maior problema. Não adianta facilitar o acesso se não há quem conduza os pacientes”, acrescenta.

Nem todos especialistas, entretanto, têm a mesma opinião sobre o assunto. Apesar de reconhecerem o déficit acadêmico dos profissionais da área, alguns consideram que a chave para a solução desse problema também envolve ações governamentais. “O Brasil

não tem política de saúde pública definida. Chegaremos a 2020 despreparados. Temos iniciativas isoladas de sociedades médicas, mas pouca ação do governo”, diz Charles Oliveira, citando a Sociedade Brasileira de Médicos Intervencionistas de Dor (Sobramid), que organiza eventos científicos para promover educação continuada a profissionais de todo o Brasil.

Para Grace Pires, o País não deve restringir o acesso à morfina, mas sim controlar seu uso. “O governo não pode construir tantos entraves ao acesso a esses medicamentos. É preciso uma política pública séria para o tratamento da dor do câncer, começando por disponibilizar opioides à população na rede pública, e também treinamento para o médico prescrever de forma correta a dose adequada”, acentua.

QUALIDADE DE VIDA E AVANÇO SOCIAL

De acordo com José Oswaldo de Oliveira Júnior, atualmente, o consumo de morfina é um índice de qualidade de vida e de avanço social. “Os países que mais consomem opioides no mundo inteiro têm maior qualidade de vida porque se preocupam em fazer com que os pacientes não sofram”, destaca. De fato, segundo dados da OMS, em 2003, seis países desenvolvidos consumiam 79% da morfina utilizada no mundo, enquanto apenas 6% eram destinados aos países em desenvolvimento.

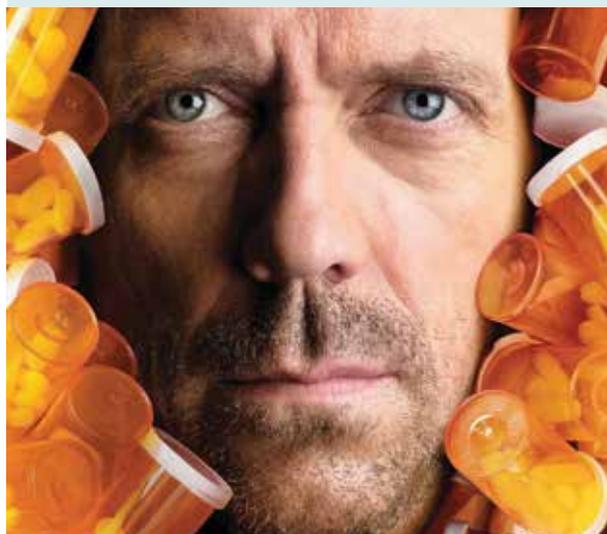
Um dos piores prognósticos dos pacientes com câncer é a depressão, que está diretamente relacionada à dor. “Trabalhos realizados no Canadá e nos Estados Unidos demonstraram que pensamentos suicidas diminuía muito quando a dor era tratada da maneira correta”, aponta Ricardo Cunha. Se a dor é controlada de modo adequado, a sobrevida do paciente é maior, além de proporcionar outros benefícios. “Há também melhora na mobilidade do paciente e evita-se a fadiga, que pode ser muscular e também psíquica. Esse talvez seja o principal problema do doente com câncer avançado. É um sintoma grave e complicado”, acrescenta.

Apesar de todos os benefícios que a morfina proporciona, os especialistas reconhecem que a dor oncológica também pode ser controlada por meio de outras técnicas, como tratamentos intervencionistas. “Alguns estudos nossos demonstraram que de 30% a 35% dos pacientes efetivamente precisavam de morfina. Então, o câncer não é, necessariamente, sinônimo de morfina. O médico pode adotar outros procedimentos. Mas se for necessário, a morfina deve, sim, ser utilizada”, observa Ricardo Cunha. ■

ENTRE A FICÇÃO E A REALIDADE

Opioides ou opiáceos são analgésicos derivados do ópio. Possuem ação no sistema nervoso central e sua maior indicação é no tratamento da dor de moderada a forte, independentemente da origem. São classificados em fracos (codeína, tramadol) e fortes (morfina, metadona, oxicodona), de acordo com a potência e o risco de causar dependência.

Segundo a OMS, o acesso a essas medicações é limitado, entre outros motivos, pelo temor do abuso e da dependência, problemas bastante frequentes nos Estados Unidos. O país anglo-saxão, que tem 4,5% da população global, consome 80% dos opiáceos produzidos no mundo. “Hoje, os americanos convivem com inúmeras mortes relacionadas ao uso abusivo desses medicamentos, com fins recreativos, principalmente quando associados aos benzodiazepínicos. Existe um mercado negro dessas drogas nos Estados Unidos, o que constitui um grande problema de saúde pública”, afirma Charles Oliveira. O fenômeno é tão comum na sociedade americana que até já foi retratado em uma série de televisão, House, exibida entre 2004 e 2012. No programa, o médico Gregory House, interpretado pelo inglês Hugh Laurie, vicia-se em hidrocodona, um opioide semissintético, que consome para controlar fortes dores pós-operatórias em sua perna direita. O personagem utiliza meios escusos para obter quantidade do medicamento muito além da dose que lhe poderia ser prescrita.



Divulgação

ciência

DROGA ANASTROZOL É EFETIVA EM REDUZIR EM MAIS DE 50% CHANCE DE MULHERES DO GRUPO DE ALTO RISCO DESENVOLVEREM CÂNCER DE MAMA

Quimioprevenção: vale a pena?

Um estudo da Universidade Queen Mary, de Londres, que acompanhou 4 mil mulheres, chamou a atenção da comunidade científica em todo o mundo. De acordo com a pesquisa, a droga anastrozol, usada como quimiopreventivo, pode reduzir em mais da metade a probabilidade de desenvolvimento de câncer de mama no grupo de alto risco. A pesquisa, que durou cinco anos, foi publicada na revista Lancet. O problema é que o anastrozol só pode ser utilizado após a menopausa e ainda não há confirmação de que a quimioprofilaxia tenha impacto na redução da mortalidade por esse tipo de câncer.

O estudo foi feito com dois grupos considerados de alto risco por possuírem histórico desse câncer na família. No primeiro, no qual as mulheres não receberam o medicamento, 85 entre 2 mil voluntárias desenvolveram câncer de mama. No segundo grupo, que recebeu a droga, 40 entre 2 mil mulheres tiveram a doença. Não houve registro de efeitos colaterais. A pesquisa mostrou que o anastrozol inibe a produção da aromatase, enzima que converte hormônios sexuais periféricos em estrógenos, que, por sua vez, tendem a impulsionar o desenvolvimento da maioria dos cânceres de mama. Estudos muito anteriores e de cunho de ciência básica já haviam concluído que a droga não funciona em pacientes na pré-menopausa, até pela própria forma de ação da droga: ela não atua nos ovários.

Outras duas drogas, o tamoxifeno e o raloxifeno, já são oferecidas em alguns países como

medicamentos preventivos. Os dois bloqueiam a produção de estrógeno; no caso do tamoxifeno, antes e depois da menopausa. O aspecto negativo é que ele aumenta o risco de câncer de endométrio e ambos aumentam o risco de trombose venosa profunda. A vantagem do anastrozol é exatamente a ausência significativa de efeitos colaterais.

O oncologista clínico Rodrigo Moura, chefe da Divisão Médica do Hospital do Câncer III, unidade do INCA dedicada exclusivamente ao tratamento do câncer de mama, esteve no congresso científico americano no qual o estudo com o anastrozol foi apresentado. Ele relata que várias instituições de países como Austrália, Finlândia, Portugal, Chile e Alemanha participaram da pesquisa.

O médico considera o estudo importante, tanto pelo número representativo de participantes quanto pela duração da pesquisa e explica que o critério utilizado no estudo para classificar as mulheres como “de alto risco” foi muito peculiar: foram recrutadas voluntárias com parentes que tiveram câncer de mama abaixo de 50 anos, câncer de mama bilateral ou dois familiares com câncer de mama. “Existem outros critérios que envolvem o risco individual, o número de biópsias de mamas e a idade, também utilizados nesse tipo de estudo. Cada investigador, de cada país, utiliza critérios de risco que podem variar.”

Mas Moura alerta que a quimioprevenção não é eficaz contra todos os tipos de câncer de mama. “Os estudos de quimioprevenção, seja com tamoxifeno, raloxifeno, exemestane ou anastrozol, que são as medicações mais estudadas nessa indicação, mostram que há redução da incidência de câncer de mama, mas não de todos os tipos. Basicamente, ela reduz os cânceres com receptores hormonais positivos, que são a maioria, entre 65% a 75% dos casos. Mas não reduz a incidência de casos com receptores hormonais negativos, que são os tumores mais graves, e, normalmente, os mais agressivos”, esclarece.

A pesquisa com o anastrozol não é a primeira na linha de quimioprevenção. O Cancer Research UK fez uma metanálise sobre a testagem do tamoxifeno, raloxifeno, arzoxifene e asofoxifene, uma compilação de 10 trabalhos de 1986 até 2009. Foram acompanhadas 83 mil mulheres para testar o potencial preventivo do câncer de mama dessas drogas, também conhecidas como moduladores seletivos dos receptores de estrogênio (SERMs). O estudo também foi publicado em 2013 na Lancet.

A pesquisa constatou que os moduladores hormonais reduzem em 38% o aparecimento de câncer de mama – tanto com receptores hormonais positivos

“Sem dúvida, são evidências que oferecem uma alternativa menos agressiva de prevenção primária comparada à mastectomia profilática”

JOSÉ LUIZ PEDRINI, vice-presidente da Região Sul da Sociedade Brasileira de Mastologia

como negativos em mulheres saudáveis com alto e médio riscos de desenvolver a doença. E a redução do número de casos de câncer de mama com receptores hormonais positivos foi de 51%. Em compensação, os cientistas constataram efeitos colaterais dessas drogas. Elas aumentaram significativamente o risco de formação de coágulos sanguíneos, como os que causam a trombose venosa profunda. Além disso, o tamoxifeno desencadeou aumento na incidência do câncer de endométrio (com a suspensão do uso da droga, a taxa voltou à normalidade).

INCORPORAÇÃO AO SUS AINDA DEPENDE DE DISCUSSÃO

O INCA atualmente não participa de nenhuma pesquisa de quimioprevenção em câncer de mama. Rodrigo Moura destaca que no último consenso de controle de câncer de mama no Brasil, em 2004, a quimioprevenção não foi incluída, mas foi mencionada como tratamento adjuvante para pacientes com carcinomas in situ da mama. O documento apresenta recomendações para prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama. “Para que a quimioprevenção possa ser incorporada ao SUS, ela precisa ser discutida em sociedade e aprovada num próximo consenso”, explicou o médico.

Para o vice-presidente da Região Sul da Sociedade Brasileira de Mastologia, José Luiz Pedrini, PhD e MsC em Ciências da Saúde, a pesquisa da universidade britânica que analisou o anastrozol é bastante importante pelo número de voluntárias incluídas e por serem todas de alto risco. O longo tempo de acompanhamento traz consistência aos resultados, avalia Pedrini. “Sem dúvida, são evidências que oferecem uma alternativa menos agressiva de prevenção primária comparada

à mastectomia profilática (cirurgia de remoção completa da mama)”, compara.

Pedrini lembra que a quimioprevenção do câncer de mama já é pesquisada há bastante tempo, tanto para mulheres na pré quanto na pós-menopausa, e o tamoxifeno é a principal droga utilizada, com benefícios comprovados em ambos os grupos. Ele diz que a quimioprevenção pode ser vista como alternativa à mastectomia profilática em casos selecionados, levando em conta o desejo da paciente, possibilidade e acompanhamento posterior, além de esclarecidas todas as vantagens, desvantagens e eficácia de cada conduta.

“No Brasil, seguimos os protocolos mundiais para o manejo dos pacientes sob risco aumentado de desenvolver câncer de mama. Quanto à prevenção primária (evitar o surgimento da doença), a mastectomia profilática com reconstrução mamária imediata, principalmente utilizando próteses de silicone, é a medida mais eficaz, reduzindo em mais de 90% a chance de desenvolver a doença, mas também é a mais agressiva. A quimioprevenção com bloqueadores da ação hormonal, como o tamoxifeno, ou inibidores de aromatase (anastrozol/letrozol) são condutas também de eficácia comprovada.”

MUTAÇÕES GENÉTICAS PESAM MAIS QUE PARENTES COM CÂNCER

A médica Maria Del Pilar Estevez Diz, coordenadora da oncologia clínica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), observa que antes de se optar por um método de quimioprevenção há uma questão importante: saber por que a paciente tem alto risco para câncer de mama, se por causa de história familiar ou por mutações nos genes BRCA1, BRCA2 ou em outros genes, que conferem risco muito maior do que apenas o histórico familiar.

“No momento da escolha por um método preventivo, é preciso levar em conta esses dois aspectos. Pacientes com mutação têm risco maior para desenvolver câncer de mama do que as pacientes avaliadas por esse estudo.” O alvo principal do estudo britânico foram mulheres com histórico familiar de câncer de mama.

Quanto ao impacto na mortalidade, a coordenadora da oncologia clínica do Icesp pondera que é preciso um tempo maior para verificar se houve alguma queda. “Esse estudo mostrou somente a redução no risco de desenvolvimento de câncer. Imaginamos que, no longo prazo, possa haver impacto na mortalidade, mas ainda não houve tempo suficiente para verificar isso”, analisou. ■

“Esse estudo mostrou somente a redução no risco de desenvolvimento de câncer. Imaginamos que, no longo prazo, possa haver impacto na mortalidade, mas ainda não houve tempo suficiente para verificar isso”

MARIA DEL PILAR ESTEVEZ DIZ,
coordenadora da oncologia clínica do Icesp

capoa

EM APENAS NOVE ANOS, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ONCOLOGIA DO INCA ATINGE GRAU DE EXCELÊNCIA

Com louvor

Investir em conhecimento e pesquisa é fundamental para transformar a realidade de pacientes com câncer. Ao longo dos últimos nove anos, dentro das salas de aula e dos laboratórios do INCA, professores e alunos do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Oncologia estudam diariamente novos tratamentos, procedimentos cirúrgicos, efeitos de novas drogas e tudo que possa melhorar a assistência aos pacientes. Além de resultados práticos que mudam o dia a dia das pessoas, o esforço fez o Programa subir do conceito 5 para 6, em um máximo de 7, na última avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Com o resultado, passa a ser o único programa de pós-graduação em Oncologia do Brasil a apresentar grau de excelência, o que o equipara aos programas dos melhores centros internacionais de pesquisa.

A conquista é fruto de muito planejamento, trabalho e do desejo de manter o padrão de qualidade do INCA. “Como tudo na vida, uma coisa é atingir a excelência, outra é mantê-la. E esse é o desafio. Quando a gente fala em INCA, estamos falando de uma instituição pública de saúde cujo trabalho é considerado muito bom por 98% da população do Estado do Rio. Essa é a opinião de nossos pacientes e da população em geral. São 77 anos de existência, uma força de trabalho extremamente motivada e que acredita na causa”, diz Luis Felipe Ribeiro Pinto, coordenador de Ensino do INCA.

Além de todo apoio institucional, o Programa do INCA alcançou nota 6 porque, já em 2007, dois anos após seu surgimento, passou a perseguir o grau de excelência. Na época, o objetivo era, em dois triênios, atingir esse patamar. Para isso, foi necessário fazer alterações na proposta do Programa. Inicialmente,

eram oferecidas cerca de 60 disciplinas, reduzidas para as atuais 15 avançadas e sete básicas. Também houve redução do corpo docente. Só permaneceram os professores que atendiam às exigências da Capes para que a instituição subisse de grau.

O coordenador lembra que no Programa ninguém é docente, mas sim está docente. Ou seja, para fazer parte da equipe de professores, é necessário manter-se dentro dos indicadores científicos exigidos pela Capes. Eliana Abdelhay, chefe da Divisão de Laboratórios do Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo) do INCA e professora do Programa, concorda: “A pós-graduação do INCA está no caminho certo, e o Luis Felipe e todos os membros da comissão têm razão em exigir produtividade dos docentes. Esta é uma regra da academia e da sociedade também”. Atualmente, são 37 docentes, entre permanentes e colaboradores, para um total de 120 discentes (45 mestrandos e 75 doutorandos).

Nos últimos anos, a produção científica do corpo docente do Programa registrou aumento significativo em quantidade e qualidade, contabilizada pelo número de artigos publicados em periódicos

internacionais de elevado fator de impacto (FI). Foi registrada média de quatro artigos por ano, por docente, em periódicos com FI médio de 3,8. O FI é atribuído pelo Journal Citation Reports (JCR), órgão internacional de indexação de periódicos que se baseia, entre outros critérios, no número de vezes que os artigos da revista são citados em outra publicação. Vale ressaltar que a produção científica é o critério principal de avaliação da Capes. E essa expressiva contribuição dos docentes do Programa rendeu muitos pontos no relatório final.

O processo de avaliação da Capes é feito anualmente por meio dos relatórios enviados pelas instituições, que informam detalhes referentes ao desempenho do Programa. O resultado da avaliação é apresentado ao final de cada triênio, quando é atribuído um conceito final. Os conceitos vão de 3 a 7 e levam em consideração, além da produção científica, a proposta do Programa, seu corpo docente, corpo discente, teses e dissertações defendidas, além do grau de inserção social.

ALÉM DA SALA DE AULA

Até 2010, existiam somente três programas de pós-graduação em Oncologia no Brasil: Universidade de São Paulo (USP), Fundação Antônio Prudente (FAP) – mantenedora do Hospital do Câncer A.C.Camargo – e o INCA. Em 2011, dois novos mestrados foram criados: no Hospital do Câncer de Barretos e na Universidade Federal do Pará (UFPA), este último com apoio do INCA, que formou oito de seus doutores. O Programa também está formando dez doutores que vão trabalhar no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), entidade filantrópica em Pernambuco. Essas duas iniciativas de doutorado interinstitucional (Dinter), além de estarem alinhadas à missão institucional do INCA, renderam pontos importantes no quesito inserção social.

Também nesse quesito, vale destacar o projeto INCA de Portas Abertas na Escola, iniciado em 2011, que leva informações sobre prevenção do câncer para alunos do ensino médio de escolas estaduais do Rio de Janeiro. A iniciativa contemplou o Colégio Estadual Jornalista Tim

Lopes, no Complexo do Alemão, na capital fluminense, que conta com 14 favelas e uma população de cerca de 70 mil pessoas, sendo 3,8 mil adolescentes com idades entre 15 e 17 anos (dados do IBGE em 2010).

“A aceitação tem sido tão grande que todas as escolas do Alemão têm nos procurado para ampliar o projeto”, conta, com entusiasmo, Luis Felipe, enquanto explica a dinâmica da ação. O evento dura um dia inteiro. Na parte da manhã, são feitas palestras com linguagem apropriada para os jovens. À tarde, após um lanche saudável, os alunos participam de oficinas e atividades, como confecção de cartazes, alertando para os riscos da exposição ao sol; customização de camisetas, que protestam contra a indústria do tabaco; participação em jogo de perguntas e respostas sobre o HPV; e simulação de uma ida às compras. Um armazém é montado numa das salas da escola. Nos caixas, em vez de pagarem pelos produtos, os alunos recebem dos discentes do Programa informações sobre os efeitos nocivos de muitos dos alimentos encontrados nas prateleiras dos supermercados. O projeto foi aprovado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Outro importante resultado do PPG é o Curso de Verão em Oncologia Experimental. Oferecido a estudantes de graduação de todo o Brasil, tem como monitores alunos do mestrado e do doutorado. Assistindo a aulas teóricas pela manhã e práticas à tarde, ao longo das duas semanas, os participantes desenvolvem projetos que ao final são avaliados por uma banca. Após apresentar seus resultados, o grupo com maior pontuação, incluído o monitor, recebe



Curso de Verão em Oncologia Experimental é muito concorrido: recebe inscrições de todo o Brasil

como prêmio a participação em um congresso internacional. Em sua última edição, mais de 400 inscritos disputaram o total de 40 vagas.

Entre 15% e 20% dos alunos do Curso de Verão matriculam-se no Programa de Pós-Graduação. Ex-aluno do curso, Bruno Pires, graduado em Biologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB), acaba de defender sua tese de mestrado: “Fiquei sabendo do Curso de Verão por meio de um aviso no mural da universidade e me inscrevi na mesma hora”, lembra. “Aprendi muito com os pesquisadores do Programa, que sempre estiveram abertos a esclarecimentos e debates. Nas disciplinas e nos debates científicos, conheci colegas que se tornaram grandes amigos. Além da formação científica, tive a oportunidade de aprender muito sobre inovação, motivação e ética”, acrescenta.

Ajudar as pessoas foi o que levou a biomédica Karina Lani, ex-aluna de doutorado do Programa, a dedicar sua carreira de pesquisadora à área oncológica. “Um dia, ao passar em frente ao Hospital do Câncer I, senti que iria trabalhar ali e que poderia ajudar as pessoas estudando a doença. Comecei a frequentar a biblioteca do INCA e me apaixonei”, conta. Em 2011, já cursando o pós-doutorado, Karina passou no concurso público para o INCA, onde hoje é responsável pela Área de Citometria de Fluxo, que atende ao Centro de Pesquisa do Instituto. “A pós-graduação me deu o embasamento teórico e prático para esse desafio”, afirma.

Outro profissional do INCA que fez toda sua formação no Instituto – residência, mestrado e doutorado – e vem colhendo frutos de sua pesquisa de pós-graduação é o cirurgião da Seção de Cabeça e Pescoço Terence Farias. Após receber vários prêmios no Brasil, ele foi convidado a dar uma aula sobre *Uso da prototipagem no planejamento pré-operatório para pacientes com tumores de cabeça e pescoço* no 1º Congresso Mundial de Impressão em 3D, em junho, na China. A tese de Farias foi tema da seção *Ciência* da edição 23 da REDE CÂNCER.

TEORIA E PRÁTICA

No Centro da cidade do Rio de Janeiro, em um prédio aparentemente simples, está o Centro de Pesquisas do INCA. Nele, os laboratórios se destacam pela presença dos mais modernos equipamentos e condições para pesquisa na área da oncologia. Lá, são desenvolvidos projetos em campos como epidemiologia, ensaios clínicos e cirurgia experimental. Para citar apenas um exemplo, o sequenciador de DNA mais avançado do mundo faz parte do dia a dia dos pesquisadores. Os alunos podem praticar seus experimentos em laboratórios de níveis de biossegurança 1



“Pessoas muito próximas a mim tiveram câncer. Meu pai, minha avó materna e eu mesma. Essa doença é desafiadora e muitas vezes tem um desfecho triste. Resolvi estudar maneiras de contribuir para que as pessoas consigam vencê-la”

FLAVIANA REIS, do Laboratório de Hemato-Oncologia Molecular do INCA

e 2 (NB1 e NB2) e, em breve, terão acesso ao NB3, em fase de construção. Equipamentos de alta tecnologia também podem ser encontrados nos laboratórios do Hospital do Câncer I e utilizados pelos pesquisadores do Programa de Pós-Graduação.

Nesse ambiente surgem os mais avançados estudos sobre câncer no Brasil, sempre direcionados à assistência dos pacientes oncológicos. “A pesquisa básica feita no INCA, desde que o Programa de Pós-Graduação surgiu, é direcionada para o nosso objetivo: entender o câncer e desenvolver mecanismos que possam melhorar a assistência ao paciente. É uma pesquisa com foco em resultados em médio prazo, ou seja, que após cinco ou dez anos de estudo possam transformar conhecimento em prática”, afirma Eliana Abdelhay. “Aqui no INCA, a cada ano, dois ou três novos exames inseridos na rotina dos pacientes são oriundos de pesquisa. São teses que, depois de

Alunos por estado brasileiro e país da América do Sul

	Mestrado	Doutorado
Brasil		
AL	-	2
BA	3	1
DF	2	1
ES	3	-
GO	1	1
MA	1	2
MG	13	6
PA	1	1
PB	1	1
PE	1	2
PR	1	-
RJ	111	99
RO	1	-
RS	-	2
SE	1	-
SP	2	3
Argentina	-	2
Venezuela	2	1

Dissertações e teses defendidas

	Mestrado	Doutorado
2007	9	-
2008	10	3
2009	9	4
2010	16	4
2011	13	10
2012	21	9
2013	16	13
Total	94	43





“Aprendi muito com os pesquisadores do Programa, que sempre estiveram abertos a esclarecimentos e debates. Além da formação científica, tive a oportunidade de aprender muito sobre inovação, motivação e ética”

BRUNO PIRES, biólogo e ex-aluno do Curso de Verão em Oncologia Experimental

desenvolvidas e cientificamente validadas, são aplicadas na clínica. Utilizamos o que há de mais novo em pesquisa no dia a dia dos pacientes”, completa.

Superando as expectativas de resultados em médio prazo, em apenas dois anos e meio, o estudo de Raquel da Hora Barbosa, pós-doutoranda do Programa, está em fase de conclusão e com perspectiva de emprego imediato. Sua pesquisa estabelece um painel com o perfil clínico e genético de pacientes que desenvolveram câncer de mama e indivíduos não afetados. Sua orientadora, a professora Raquel Ciualschi Maia, chefe do Laboratório de Hematologia Celular e Molecular do INCA, conta que o resultado da pesquisa gerou uma patente, e espera-se como benefício a eventual transformação da substância estudada em remédio.

Ex-aluno do Programa, André Luiz Mencialha, professor adjunto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), ressalta que os conhecimentos adquiridos em seu pós-doutorado no INCA são utilizados diariamente. “Como professor, procuro ministrar as aulas da forma mais atualizada possível. E como pesquisador, o conhecimento adquirido é e tem sido fundamental nos questionamentos e métodos científicos no dia a dia da pesquisa”, afirma. Para o professor, a área do câncer é um grande desafio por diversos motivos. Além de aguçar seu lado investigativo científico, saber que resultados obtidos podem ser aplicados na melhora da qualidade de vida, no aumento da sobrevivência e, sobretudo, na cura dos pacientes é gratificante.

O desafio torna-se ainda maior quando o câncer faz parte da vida desses alunos. Fláviana Reis, atualmente no Laboratório de Hemato-Oncologia Molecular do INCA, teve como motivação principal para seus estudos uma relação íntima com a doença. “Pessoas muito próximas a mim tiveram câncer. Meu pai, minha avó materna e eu mesma. Essa doença é desafiadora e muitas vezes tem um desfecho triste. Resolvi estudar maneiras de contribuir para que as pessoas consigam vencê-la”, relata. Com mestrado e doutorado em Oncologia pelo Instituto, Fláviana comemora o tão almejado conceito 6. “O progresso desse projeto e, principalmente, minha evolução como pesquisadora têm como grandes contribuidores e incentivadores os docentes, bem como a estrutura da Pós-Graduação do INCA, que sempre primou pelo investimento no aluno como um pesquisador em potencial. Sinto-me honrada em ter feito parte desse trajeto de amadurecimento e crescimento desde 2005”, conta.

PROCESSO SELETIVO

O ingresso de novos alunos acontece uma vez por ano, com início das aulas em março. O processo seletivo começa em dezembro e valoriza a experiência acadêmica prévia do candidato. Somente alunos apresentados pelo orientador, devidamente credenciado no Programa, podem se inscrever. A partir daí, é feita a pré-inscrição do candidato, quando a documentação exigida é verificada e é avaliado se o projeto enquadra-se nas linhas de pesquisa do Programa. Para mais informações, os interessados devem acessar o endereço www.inca.gov.br. Nele, também encontrarão informações e os formulários necessários para se candidatar ao Programa de Bolsas em Formação em Pesquisa Oncológica. ■

personagem

COM BOM HUMOR E OTIMISMO, OSMAR PRADO REVELA
COMO VENCEU UM CÂNCER NA GARGANTA, DESCOBERTO EM 2013

“Fiz um pacto com Deus e fui à luta”

O ator Osmar Prado, 66 anos, reserva um cantinho especial na sua casa para guardar os troféus que ganhou durante a carreira. Nesse espaço, ele também coloca alguns objetos pelos quais tem muito carinho, como miniaturas de motos, uma de suas grandes paixões. No início do ano, o lugar ganhou algo inusitado – a máscara termoplástica usada durante o tratamento de radioterapia. “Não quero jogar fora. Foi minha companheira, minha armadura. Vou fazer um trabalho artístico, colocar uns óculos escuros nela, uma echarpe. Ela vai ficar muito elegante, charmosa, sabe?”, brinca.

Para quem não conhece bem o ator, pode até estranhar o bom humor ao falar de um momento tão delicado em sua vida. Em maio de 2013, enquanto fazia a barba, ele notou um caroço no lado esquerdo do pescoço. “Não sentia dor, nada mesmo, mas aquilo me chamou a atenção. Já estava bem acentuado. Lembrei que meu pai teve algo parecido 30 anos antes e era câncer. Chamei minha mulher e mostrei. Juntos, decidimos ir ao hospital”, lembra.

Durante os exames, foi detectado um tumor de três centímetros no músculo lateral do pescoço. Ele estava necrosado no centro, mas os médicos recomendaram a retirada imediata, para que o nódulo não aumentasse. Tudo foi bem rápido, e em menos de um mês, o ator fez a cirurgia. Na operação, porém, foi constatado um sangramento em uma das amígdalas. “O doutor ficou preocupado e recolheu material para biópsia”, conta.

Na ocasião, Osmar já se preparava para atuar na minissérie Amores Roubados. Ele chegou a viajar



“Não sentia dor, mas aquilo me chamou a atenção. Já estava bem acentuado. Lembrei que meu pai teve algo parecido 30 anos antes e era câncer”

para Pernambuco e a gravar algumas cenas, enquanto aguardava o resultado. “Para a minha sorte, eu teria um intervalo grande entre as gravações, mais ou menos dois meses. Quando cheguei ao Rio, recebi a notícia de que tinha um câncer na garganta, grau três, altamente perigoso. Tinha de operar novamente”, diz.

Terminada a segunda operação, na qual retirou a amígdala do lado esquerdo – e um tumor já se formava na mesma região do lado direito –, o tratamento seguiu com 30 sessões de radioterapia e três de quimioterapia. Osmar recorda com detalhes tudo o

que sentiu. “A radioterapia parecia queimar de dentro para fora. Minha genética é muito boa, minha pele é morena, mas mesmo assim usei um hidratante importado para evitar o ressecamento excessivo”, revela. O maior incômodo ficou por conta dos efeitos colaterais da quimioterapia. “Eu perdi o paladar, enjoava e em pouco tempo passei de 62 para 53 quilos. Eram duas horas e 40 minutos recebendo uma carga muito pesada de química. Eu sei que nem todos aguentam isso e até desistem. Realmente não é fácil”, admite.

ANDAR COM FÉ

Apesar de todos os desafios, o ator também passou por momentos bons durante o tratamento. “Eu ficava ali com todo mundo. Algumas pessoas me reconheciam e eu tinha oportunidade de contar as minhas histórias, conversava muito e conseguia até arrancar sorrisos com as minhas piadas. Descobri muita coisa durante essas sessões. Foram exemplos de vida que nunca vou esquecer”, reconhece.

“Um jornalista me perguntou sobre a minha relação com a fé. Eu respondi que fiz um pacto com Deus. Combinei que não ficaria incomodando toda hora, não

Fotos: Divulgação



UMA CAMINHADA DE SUCESSO

Uma pergunta arrancou risadas na classe em que Osmar Prado estudava. “Quem é essa menina?”, questionou a professora. Ele, com apenas 10 anos, explicou que os cabelos longos que usava eram por conta de seu personagem na novela *David Copperfield*, adaptação da obra de Charles Dickens por Líbero Miguel, na extinta TV Paulista. Esse foi só o início de uma carreira que ainda reservaria muitas surpresas.

O ator fez parte do elenco infantojuvenil da emissora por oito anos. Em 1965, teve sua primeira passagem pela recém-inaugurada Globo, onde

participou da novela *Ilusões Perdidas*. Três anos depois, foi contratado pela TV Excelsior para atuar em *Os Estranhos*, de Ivani Ribeiro, ao lado de Stênio Garcia e Gianfrancesco Guarnieri.

Assinou seu primeiro contrato com a Globo em 1969, para trabalhar em *Verão Vermelho*, de Dias Gomes. Em seguida, foi escalado para outra novela do autor, *Assim na Terra como no Céu*. O sucesso que ele faz na emissora pode ser contabilizado em mais de 40 novelas, séries e minisséries.

Seus personagens não passam despercebidos. Na primeira versão do seriado *A Grande Família*, de Oduvaldo Vianna Filho, Paulo Pontes e Armando Costa, viveu o estudante politizado Júnior, o terceiro

pediria besteiras a todo momento e, em compensação, Ele me daria as coisas certas quando eu fizesse por merecer. Vejo muita gente pedir a Deus para ajudar a ganhar um jogo, por exemplo. Eu não faço isso. Eu peço para ficar saudável e sempre fiz de tudo para me cuidar bem. Então, ganhei a cura”, acredita.

Tudo leva a crer que esse “acordo de merecimento” deu certo. Na ocasião em que a doença foi descoberta, Osmar corria cerca de oito quilômetros por dia. O ator não fuma, bebe socialmente, dorme e se alimenta bem. “A minha intuição mostrou que aquilo no pescoço não era algo legal, mas eu recebi a notícia calmamente e fiquei confiante. Soube que tinha 90% de chance de cura. Meu pai teve sequelas, como problemas dentários e de salivação, mas isso foi há muito tempo. A medicina mudou, evoluiu. Mesmo assim, ele só morreu 18 anos após a operação, e não foi de câncer”, conta.

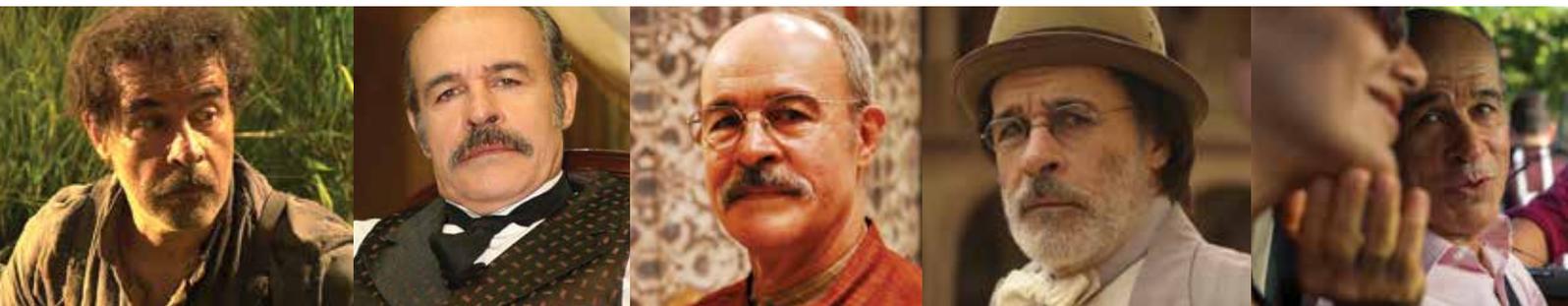
VOLTANDO À BOA FORMA

Apaixonado por sua arte, Osmar não pensou na morte, e sim nas sequelas que o câncer poderia ocasionar. “A voz é um instrumento do meu trabalho. Fiquei com medo, sim, afinal a doença era na

garganta. Só que também tive confiança nos médicos e fui à luta. Nunca fui de fugir de nada. Tinha de operar, não havia outro jeito. Graças a Deus, estou bem e consigo até cantar”, comemora.

Outra conquista do ator, que vem acontecendo aos poucos, é a retomada do peso ideal (63 quilos). “Terminei o tratamento em outubro e fui avisado de que realmente a recuperação poderia ser mais lenta em algumas coisas. Eu ainda não recuperei todo o paladar, mas já consigo sentir o gosto do doce na boca. Estou com 60 quilos e louco para voltar a correr, mas, por enquanto, faço apenas pilates. O meu corpo já está sarado”, brinca.

Depois de viver o exportador de frutas Deodoro Cavalcanti, em Amores Roubados, Osmar dará vida a outro homem poderoso ainda este ano: o coronel Epaminondas, de Meu Pedacinho de Chão. A novela, um remake de Benedito Ruy Barbosa, será exibida pela Globo às 18h, após o término de Joia Rara, em abril. Na obra, ele contracenará com a filha Janaína Prado, 34 anos. “Eu me sinto um privilegiado. Recebi apoio de todos. Minha mulher, meus filhos e meus amigos foram maravilhosos. Pude me tratar sem interromper o trabalho. Nunca me faltou amor”, agradece. ■



filho do casal Lineu e Nenê (na época, vividos por Jorge Dória e Eloísa Mafalda).

Com a morte de Vianna, em 1975, a produção foi interrompida, e o ator voltou às telenovelas. Ainda naquele ano, esteve no elenco de duas adaptações de obras literárias feitas por Gilberto Braga: Senhora, de José de Alencar, e Helena, de Machado de Assis. Em seguida, participou de novelas como Anjo Mau (1976), Nina (1977), Te Conteí? (1978) e O Amor É Nosso (1981).

Depois de quase 15 anos de contrato com a Globo, deixou temporariamente a emissora em 1982 para se dedicar mais ao teatro, mas voltou em grande estilo em 1986, na sua primeira novela das oito, Roda de Fogo, de Lauro César Muniz, na qual interpretou um

de seus personagens mais carismáticos, Tabaco, um motorista sedutor que mantinha romances com três mulheres ao mesmo tempo. Em 1992, viveu mais um personagem de grande repercussão junto ao público: Sérgio Cabelleira, de Pedra sobre Pedra, de Aguinaldo Silva, que assustava os habitantes da cidade de Resplendor em noites de lua cheia.

Um dos seus maiores sucessos na televisão foi Tião Galinha, de Renascer (1993), de Benedito Ruy Barbosa. O personagem, que era catador de caranguejo e sonhava ter uma roça, acreditou que poderia criar um diabinho numa garrafa para realizar seu desejo. O papel rendeu a Osmar Prado o prêmio de Melhor Ator Coadjuvante da Associação Paulista de Críticos de Arte (APCA).

notas



CONSULTA PÚBLICA: “GUIA DE ALIMENTAÇÃO”

O novo Guia Alimentar da População Brasileira (edição 2014), elaborado pelo Ministério da Saúde, orienta os brasileiros sobre os cuidados com a saúde e como manter uma alimentação saudável e balanceada. A recomendação é pelo consumo de alimentos frescos, de procedência conhecida e utilizando como base da dieta produtos in natura (de origem vegetal e animal), como carnes, verduras, legumes e frutas. O manual também recomenda que as pessoas optem por refeições caseiras e evitem a alimentação em redes de fast food (refeições prontas).

A população pode contribuir com a elaboração do novo guia, que encontra-se em consulta pública até o dia 7 de maio, acessando o endereço eletrônico www.saude.gov.br/consultapublica. As contribuições serão avaliadas pelo Ministério da Saúde e poderão constar no documento final.

NOVO MÉTODO PODE AJUDAR A DETECTAR CÂNCER DE PÂNCREAS MAIS CEDO

Pesquisadores da Universidade de Gotemburgo, no sudoeste da Suécia, desenvolveram um novo método para tentar diagnosticar a tempo o câncer de pâncreas.

“É como uma endoscopia comum, com a diferença de que um tubo emite ultrassons e permite ver o órgão muito melhor para extrair o líquido”, explicou a pesquisadora Karolina Jabbar. “Graças a este método de análise, é possível determinar em que fase está o câncer”, acrescentou.

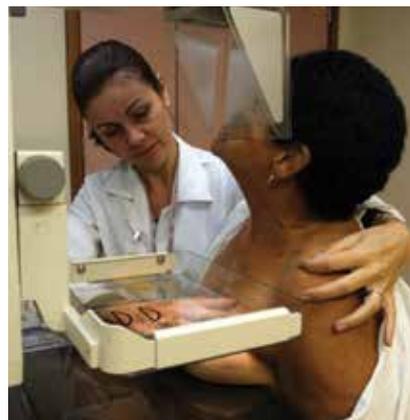
O procedimento, que permite limitar o uso da cirurgia, pode começar a ser utilizado em um prazo máximo de cinco anos.

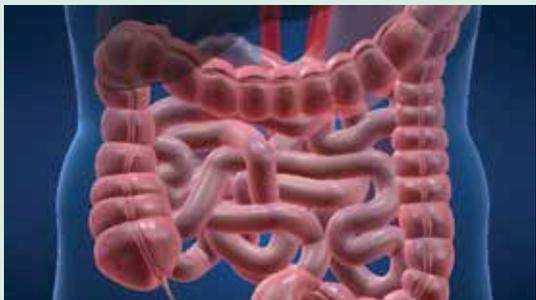
O câncer de pâncreas tende a se expandir rapidamente pelo corpo e é particularmente letal, já que em muitos casos só é descoberto depois de ter se espalhado.

MAMOGRAFIA GARANTIDA NO SUS

O Ministério da Saúde repudia as informações falsas divulgadas a respeito da Portaria 1.253/2013 e que estão sendo alvo de interpretações equivocadas por entidades do setor – Conselho Federal de Medicina (CFM), Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), Sociedade Brasileira de Mastologia, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Federação Brasileira das Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama). O MS reitera que o direito das mulheres realizarem o exame de mamografia é assegurado no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria 1.253/2013 não restringe o acesso das brasileiras à mamografia, nem limita o financiamento para as secretarias de saúde. No SUS, os procedimentos de mamografia são dois: bilateral (para rastreamento) e unilateral (para diagnóstico), que são pagos pelo mesmo valor (R\$ 45,00 pela mamografia bilateral, e R\$ 22,50 para o procedimento unilateral, que pode ser realizado duas vezes, uma vez em cada mama) sem alteração de tabela.





EUA: CÂNCER COLORRETAL CAI COM AUMENTO DE COLONOSCOPIAS

Nos Estados Unidos, em 10 anos, a incidência do câncer colorretal caiu 30%, enquanto a prevalência de pessoas submetidas à colonoscopia triplicou. Dados divulgados em março reforçam as evidências de que o exame é essencial para prevenir e curar o câncer colorretal. Os números fazem parte da pesquisa Estatísticas do Câncer Colorretal 2014, que será publicada na próxima edição do periódico CA: A Cancer Journal for Clinicians.

No Brasil, o câncer colorretal é o terceiro mais comum entre mulheres e o quarto entre os homens.

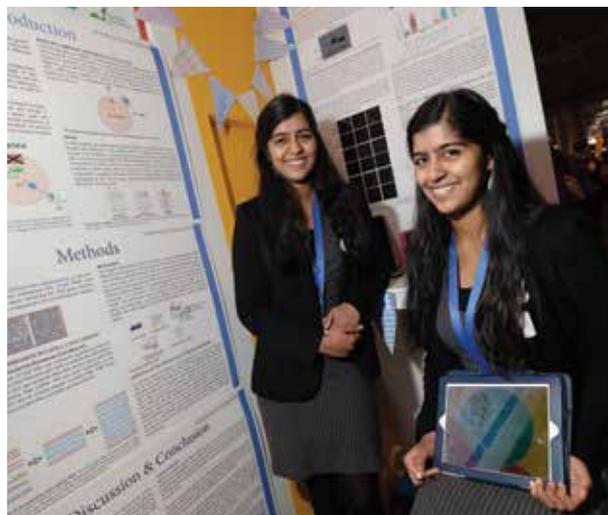
Os dados ainda mostraram que o número de mortes pela doença também caiu no país. Entre 2001 e 2010, a taxa de mortalidade por câncer colorretal diminuiu 3% ao ano – na década de 1990, essa queda foi de 2% ao ano.

GÊMEAS PRECOCES

As gêmeas Aneeta e Ameeta Kumar, de 18 anos, ganharam o prêmio Jovens Cientistas do Ano da Grã-Bretanha por sua pesquisa no desenvolvimento de uma ferramenta para diagnosticar câncer em estágio inicial. As irmãs concorreram com outros 4 mil competidores. O julgamento ficou a cargo de ganhadores do Prêmio Nobel.

Aneeta e Ameeta estagiavam no departamento de oncologia do hospital de Reading, no sudeste da Inglaterra, quando tiveram a ideia de criar um mecanismo para ajudar a detectar cânceres. Seu trabalho será agora desenvolvido por uma equipe da Universidade de Oxford.

“Queríamos descobrir se uma determinada proteína poderia ser usada para detectar a doença. Nossa pesquisa mostrou que essa proteína vai direto para o tumor cancerígeno e brilha se adicionarmos (a ela) um agente fluorescente”, contou Aneeta. A pesquisa ainda não foi aplicada em humanos. Elas receberam prêmio no valor de 2 mil libras.



MUDANÇA NA LEI DOS AGROTÓXICOS

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) divulgou carta aberta alertando para os riscos das recentes mudanças na legislação que regula o uso de agrotóxicos e para o perigo de projetos de lei que flexibilizem a função regulatória do Estado. O texto reforça como estudos científicos têm comprovado os danos provocados pelos agrotóxicos à saúde das populações, afetando, sobretudo, moradores e trabalhadores de áreas rurais, populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas.

Em setembro de 2013, a Fiocruz já havia assinado nota, juntamente com o INCA e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), alertando sobre os perigos do mercado de agrotóxicos. Ainda em 2013, a Fundação lançou o documentário Nuvens de Veneno, dirigido por Beto Novaes, que faz um retrato revelador sobre o uso de agroquímicos no Brasil.

política

RESOLUÇÃO DA ANS BENEFICIA CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE COM PREDISPOSIÇÃO AO CÂNCER HEREDITÁRIO

Rastreamento genético mais acessível

Agora é lei: os planos individuais e coletivos de assistência médica do País terão que oferecer rastreamento e tratamento para 29 doenças genéticas, entre elas câncer de mama e de ovário hereditários, câncer colorretal não poliposo hereditário (síndrome de Lynch) e neoplasia endócrina múltipla (MEN2). A nova cobertura começou a valer em janeiro, conforme resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

De acordo com a Agência, mais de 42 milhões de usuários serão beneficiados pelo novo rol de procedimentos e eventos em saúde. Um dos exames disponíveis é o que identifica mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, marcadores da síndrome hereditária de câncer de mama e de ovário. O teste ficou mais conhecido pelo público leigo quando a atriz Angelina Jolie decidiu remover as mamas para reduzir as chances de desenvolver a doença, após a confirmação de mutação genética associada à síndrome. A mãe e uma tia da atriz morreram de câncer. O único profissional autorizado a solicitar o rastreamento genético é o médico geneticista, e é obrigatório que ele atue em território nacional.

A ANS destaca que procedimentos genéticos já eram ofertados. A maior mudança com as novas diretrizes é a definição de critérios de utilização da tecnologia e a ampliação de cobertura, por meio de exames mais complexos para determinadas doenças. Com as definições pormenorizadas, o objetivo é evitar dúvidas na aplicação do rol de procedimentos e reduzir as reclamações de clientes que se julgam lesados por não serem atendidos pelo plano de saúde.

ACOMPANHAMENTO GARANTIDO E EXAMES ILIMITADOS

Quando for identificada alteração genética associada ao câncer, o plano de saúde deverá garantir ao paciente acompanhamento por oncologista ou especialista da área afetada pela doença (mastologista, urologista, hematologista etc.). Também pode ser necessário acompanhamento do geneticista clínico para fins de aconselhamento.

Com o novo rol, nos planos regulamentados pela Lei 9.656/98 (aqueles contratados após

2 de janeiro de 1999 ou adaptados à legislação), a quantidade de exames de diagnóstico como colonoscopia, mamografia e ressonância magnética, entre outros cobertos, é ilimitada, respeitando a solicitação médica e a segmentação contratada. Se, por indicação médica, a pessoa com câncer de mama necessitar de uma cirurgia profilática, como a mastectomia (remoção das mamas), o plano será obrigado a pagar. Nesse caso, a cobertura também abrange a reconstrução mamária.

Em relação a tratamento de câncer, entre as principais inclusões estão o fornecimento de bolsas para pacientes ostomizados (submetidos à retirada da parte final do intestino grosso), a radioterapia por intensidade modulada de feixe (IMRT), a radioablação de tumores hepáticos e a espectroscopia por ressonância magnética, além de diversas cirurgias por via laparoscópica. Foram ampliadas também as indicações para o exame PET-scan.

Operadoras que descumprirem a resolução com as novas coberturas podem ser multadas em valores que vão de R\$ 80 mil a R\$ 100 mil.

ACONSELHAMENTO PARA OS DESCENDENTES

Desde 1999, a Divisão de Genética do INCA já atendeu 350 pacientes em pesquisas relativas à hereditariedade do câncer de mama. Esse número se refere apenas às pacientes, não computando o quantitativo de familiares. O serviço não tem cunho plenamente assistencial, porque a demanda é muito alta e seu foco é a pesquisa, explica o biólogo e pesquisador da Divisão Miguel Angelo Martins Moreira.

A pesquisa começa com a chegada da paciente com câncer de mama encaminhada pelo Serviço de Mastologia do INCA. Após a construção do heredograma, gráfico semelhante à árvore genealógica, a paciente e seus familiares receberão aconselhamento especializado sobre predisposição e riscos de desenvolvimento da doença.

“Baseado na história do câncer do paciente e de sua família, o geneticista clínico pode tirar informações que indiquem se aquele tumor está relacionado a uma mutação genética hereditária que aumentou a suscetibilidade à doença. O médico pode fazer estimativas de risco de desenvolvimento de câncer para a paciente e para seus familiares, e sugerir estratégias de detecção precoce para parentes ainda não afetados, mas que herdaram esse fator de risco genético”, explica Moreira.

Nas mulheres que apresentam mutações associadas à síndrome do câncer de mama e de ovário hereditários, uma das estratégias para evitar o surgimento desses tumores à medida que ela envelhece é a ooforectomia (remoção dos ovários), após a vida fértil. Outra, é a mastectomia profilática. Mas o pesquisador frisa que tudo deve ser avaliado junto com a paciente, que é quem vai decidir o que vai ser feito. Cabe ao médico apresentar e discutir as opções que ela tem.

Moreira acrescenta que o aconselhamento também vai indicar quem na família está sob maior risco de ter câncer e deve ser testado para a mutação encontrada na paciente índice, a que já tem a doença. “Quando a paciente chega com o diagnóstico de câncer, não sabemos se ela tem mutação em BRCA1 ou BRCA2, que são dois genes grandes. Fazemos o sequenciamento total desses genes para tentar identificar a mutação. Encontrando a mutação, o teste nos familiares é muito mais simples, pois só será analisada a mesma região do mesmo gene onde foi localizada a alteração.”

Para as pacientes do INCA encaminhadas à Divisão de Genética, o sequenciamento dos genes BRCA1 e BRCA2 é gratuito. No mercado, o custo varia de R\$ 4 mil a R\$ 5 mil – o valor acompanha a flutuação do dólar. Para os familiares, nos quais será sequenciada apenas uma região de um único gene, o custo cai para R\$ 500.

SUSPEITA CONFIRMADA: E AGORA?

Mas fica a pergunta: descoberta a mutação, o que acontece ao familiar que pode desenvolver o tumor maligno? O pesquisador explica que a principal estratégia é a detecção precoce. Ou seja, esse familiar precisa ser monitorado, por meio de exames de rastreamento, em intervalos menores do que na população em geral.

“Herdar uma mutação não é certeza de que a pessoa terá o tumor. Mas ela tem mais chances de desenvolvê-lo. Uma mutação específica em BRCA1 eleva a 80% as chances de o portador desenvolver um câncer de mama ao longo da vida”, exemplifica.

Moreira considera como ponto positivo da resolução normativa da ANS o fato de colocar o câncer hereditário em evidência e permitir o acesso aos procedimentos de saúde a pessoas que têm maior suscetibilidade a desenvolver tumores malignos. Ele alerta, no entanto, que há poucos geneticistas clínicos no País, e concentrados nas regiões Sul e Sudeste. ■

Modelos assistenciais do setor privado

O médico Thiago Constancio, analista de gestão do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, desenvolveu, em seu mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF), estudo sobre os modelos assistenciais para tratamento de câncer pelas operadoras de planos de saúde. O estudo concluiu que, apesar do acesso às tecnologias, o cuidado oferecido aos pacientes é parcialmente efetivo. No que se refere aos aspectos da assistência integral, a pesquisa constatou que não são seguidas as recomendações do INCA que incentivam a promoção da saúde e a prevenção do câncer. Outro ponto destacado no estudo foi a tendência à priorização de interesses econômicos em detrimento do cuidado integral dos pacientes.

O que motivou o médico a desenvolver a dissertação *Trajetórias assistenciais de pacientes com câncer: aspectos do cuidado integral em operadora de autogestão* foram indícios de que pacientes oncológicos não recebiam o cuidado integral que o grupo de pesquisa considerava fundamental, gerando sensação de insegurança, desorientação e possíveis danos evitáveis. O interesse pelo assunto começou em 2005, quando Constancio começou a atuar em projetos de pesquisa sobre linhas de cuidado ao câncer na saúde suplementar no Grupo de Estudos de Gestão e Ensino em Saúde, do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF, e no Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

“Essas vivências me possibilitaram contato permanente com visões diferenciadas sobre as melhores formas de gerenciar o cuidado. Nesse contexto, resolvi estudar oncologia com metodologia de pesquisa qualitativa, tendo em vista que tal abordagem traria riqueza de informações para a melhoria dos serviços de saúde. A oncologia envolve uma rede de cuidados ofertados por inúmeras especialidades e lida com tecnologias diagnóstico-terapêuticas de diferentes densidades. Além disso, as doenças oncológicas geram substancial impacto emocional, social e também financeiro”, avalia o médico.

O grupo analisou o cuidado pela perspectiva do usuário. “No momento em que iniciamos a pesquisa, estudos anteriores apontavam para a oferta fragmentada da atenção oncológica na saúde suplementar, bem como insuficiência de coordenação do

cuidado oferecido, questões que também se apresentaram em nosso trabalho”, explica.

No estudo, que durou um ano, Constancio analisou a experiência de pacientes com câncer a partir de informações fornecidas pela operadora de saúde e por meio de consulta ao site do plano. “Para levantar informações pouco reconhecidas pelos mecanismos tradicionais de avaliação, estudar as trajetórias assistenciais foi de grande utilidade. Essa estratégia nos permitiu registrar detalhes, nuances de escolhas e decisões dessas pessoas, aspectos que deveriam ser debatidos com prioridade pelos gestores”, detalha.

TECNOLOGIA DE PONTA NÃO BASTA

A pesquisa concluiu que, contrariando o senso comum, mesmo com o chamado “hiperacesso” a consultas, exames, profissionais capacitados e novas tecnologias, os cuidados oncológicos padecem de dificuldades e problemas das mais diversas ordens.

No que se refere à assistência integral, não há programas estruturados de promoção à saúde e de prevenção de riscos e agravos para os beneficiários dos planos. “Não nos pareceu evidente a preocupação das operadoras e prestadores em divulgar a seus usuários os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama, por exemplo, perdendo-se a oportunidade de gerar um estado de alerta constante na população-alvo”, explica o médico.

Os pacientes entrevistados em nosso trabalho tiveram acesso facilitado a arsenal tecnológico privilegiado, mas isso, por si só, não foi suficiente para dar conta integralmente dos problemas de saúde apresentados”

THIAGO CONSTANCIO, médico e analista de gestão do IFF/Fiocruz

Constancio diz também que não foi identificado monitoramento para a qualificação do “consumo” de exames e consultas. Em decorrência disso, mulheres em faixas etárias prioritárias não eram alertadas para situações em que deveriam manter os cuidados de saúde rotineiros ou para a realização inadequada de exames.

“Percebemos que medidas de prevenção primária e secundária do câncer, em geral, quando existem, ainda estão descoladas das diretrizes oficiais. Há necessidade de implementação, articulação ou aprimoramento dessas ações, tornando-as parte de uma linha de cuidado”, completa.

Sobre a nova lista de procedimentos obrigatórios ele comenta: “A ampliação do rol pode trazer importantes benefícios para a população coberta, desde que predomine o uso adequado das tecnologias. Experiências nacionais e internacionais apontam para um cenário em que novos exames e procedimentos terapêuticos passam a ser utilizados de forma cumulativa, não substituindo recursos previamente existentes. Via de regra, esse fenômeno gera impacto negativo sobre o equilíbrio econômico-financeiro dos planos e das famílias, sem a garantia de que os pacientes serão, de fato, beneficiados. Lembro que os pacientes entrevistados em nosso trabalho tiveram acesso facilitado a arsenal tecnológico privilegiado, mas isso, por si só, não foi suficiente para dar conta integralmente dos problemas de saúde apresentados.”

CONHECIMENTO TAMBÉM TEM SEUS RISCOS

Na opinião do médico, a inclusão dos exames genéticos na cobertura poderá proporcionar o conhecimento do risco de câncer associado a determinados genes, permitindo, em alguns casos, a intervenção em tempo oportuno. “O receio é que a gama de exames, tratamentos e procedimentos direcionados a públicos específicos sirva erroneamente como substrato para a criação de novas ‘indústrias’ que incentivem e produzam consumos generalizados e acrílicos desses itens”, alerta.

Para Constancio, também merece atenção a repercussão das descobertas genéticas. Qual será o impacto na vida das pessoas na escola, no trabalho, na família e em relação ao próprio seguro-saúde? Sabe-se que doenças descobertas por rastreamento nem sempre causarão a morte dessas pessoas. O conhecimento do risco genético poderá trazer níveis elevados de ansiedade e outros transtornos que não

existiriam se não fosse mapeado, além de gerar intervenções que não afetarão a mortalidade.

“No momento ainda não temos todas as respostas, mas esperamos poder concluir futuramente que a inclusão dessas tecnologias tenha agregado real benefício para a saúde da população coberta”, diz o médico.

O trabalho de Constancio conquistou o segundo lugar na categoria Promoção da Saúde Suplementar do 3º Prêmio de Produção Científica em Saúde Suplementar. A premiação é oferecida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), entidade sem fins lucrativos com sede em São Paulo.

Social

POR MEIO DA DOAÇÃO DE PERUCAS, ONGS E EMPRESAS ELEVAM AUTOESTIMA DE MÚLHERES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Solidariedade capilarizada

Em uma manhã de fevereiro de 2007, a empresária Aline Lopes descobriu um nódulo no seio direito, enquanto tomava banho. Aos 33 anos, ela vivia um momento muito especial: estava grávida de seu primeiro filho. Logo veio à cabeça a ideia de que aquilo era uma alteração qualquer causada pelos hormônios da gestação. Afinal, o corpo da mulher muda muito nessa fase. E ela nunca ouvira falar em alguém grávida e com câncer. No seu entendimento, eram duas coisas que não combinavam.

Aline estava errada. Mesmo achando que não era nada demais, foi à ginecologista, que pediu alguns exames e até mesmo uma biopsia. O resultado foi positivo para carcinoma. Exatos 16 dias depois da descoberta do nódulo, foi feita a cirurgia para retirada total da mama. Grávida de 21 semanas, Aline começou a fazer quimioterapia e a sofrer todos os efeitos colaterais do tratamento, como enjoos e perda de cabelos. O primeiro capítulo dessa história teve final feliz. Com 34 semanas de gestação, ela deu à luz um menino forte e saudável.

Numa época em que a internet não tinha toda a força de hoje e o Orkut ainda era visto como novidade, Aline fez do mundo virtual ferramenta de pesquisa sobre a doença e também uma maneira de compartilhar suas dores e aprendizados. Ela notou que os sites relacionados ao câncer eram muito carentes de informação e que não existia praticamente

nenhum que falasse do assunto de uma maneira mais leve e voltada para o público jovem.

Em novembro do mesmo ano e já com o filho nos braços, Aline foi visitar a irmã Marcelle Medeiros, que passava uma temporada nos Estados Unidos. A lembrança desse encontro ainda está viva na memória de Marcelle. “A campanha do Outubro Rosa [de incentivo à detecção precoce do câncer de mama] era muito forte lá. Começamos a pensar como poderíamos criar um projeto que ajudasse as vítimas da doença. Aline queria devolver para o universo tudo o que viveu e aprendeu com aquilo”, recorda Marcelle.

Com vasta experiência em marketing, as duas iniciaram o desenho de um site, que mais tarde daria origem à Fundação Laço Rosa. Para isso, contaram com mais um elemento que fecharia um triângulo de luta e fé, a terceira irmã, Andrea Ferreira, que também resolveu abraçar a causa.

As três, que já tinham perdido o pai em decorrência de um câncer renal, enfrentaram juntas mais um drama. Aproximadamente um ano e meio depois desse encontro, a doença atingiu novamente Aline, mas dessa vez de forma bem mais agressiva, no fígado, e com metástase óssea. Ela não resistiu e morreu em novembro de 2010, um mês depois do lançamento da Fundação, criada com o objetivo de informar e ajudar pessoas atingidas pelo câncer.

Triângulo de luta e fé:
Andrea, Marcelle e Aline



FORÇA NA PERUCA

Segundo Marcelle, a Laço Rosa foi pioneira em lançar um banco de perucas online para doação. Ela se lembra do dia em que a irmã perdeu os cabelos e de todas as dificuldades que enfrentou nessa fase. “A Aline chorou um dia inteiro. Parece que é nessa hora que realmente não se pode mais esconder a doença. A falta de um seio é disfarçada pela roupa, mas uma mulher careca, mesmo usando lenço, não tem jeito, é associada ao câncer. Uma pessoa me falou que a sensação é a mesma de estar em meio a uma multidão, e alguém tirar sua roupa, sem sua autorização. Você fica nua, sem ter o que fazer. Então é possível entender como o desconforto é enorme”, conta.

As perucas, principal recurso nesse caso, nem sempre são acessíveis. O preço varia de R\$ 250 (cabelo sintético) até R\$ 4 mil (fios naturais). Sem trabalho por conta do tratamento, a comunicadora Manuela Mygard, 30 anos, não tinha condições de adquirir uma. “Pesquisei na internet e achei uma peruca por R\$ 700. Estava totalmente fora do meu orçamento. Conheci a fundação pelo Facebook e me cadastrei assim que soube da possibilidade de ganhar uma peruca”, revela.

Manuela se trata há dois anos de um câncer de mama com metástase óssea. Depois que perdeu os cabelos em consequência da quimioterapia, começou a se isolar, quase não saía de casa. “Eu fiquei muito triste. Minha mãe se incomodava muito com o

fato de as pessoas olharem para mim na rua. Muitas vezes, a situação era constrangedora; ela discutia com quem estivesse olhando. Notei que meu filho, de 8 anos, também sofria com tudo aquilo. Fui me isolando, até praticamente não ter mais ânimo de sair de casa”, confessa.

Ela não se esquece do primeiro dia em que usou a peruca. “Fui levar meu filho à escola. Só o fato de ter colocado a peruca fez com que eu me arrumasse mais, fiquei com vontade de me produzir. Quando chegamos, cerca de dez coleguinhas que estudavam com ele correram em minha direção, me abraçando e falando: ‘Tia, você está linda’. O brilho nos olhos do meu filho quando me viu foi inesquecível”, recorda.

O banco de perucas funciona da seguinte forma: a pessoa se cadastra no site e envia duas fotos: uma de antes e outra após a perda dos cabelos. Assim, a fundação (que conta com visagistas voluntários – profissionais que cuidam da imagem) estuda a melhor opção, analisando como era o cabelo original e como a mulher ficaria ou quer ficar. Quando a peruca ideal é encontrada, é enviada uma foto por e-mail. Se a paciente aprovar o modelo selecionado, receberá pelo correio um kit, com a peruca e alguns adereços para elevar sua autoestima, como bijuterias e maquiagem. Todo o processo acontece em aproximadamente um mês.

A higienização das perucas é feita pelo Studio Jackbell, um dos parceiros da fundação. Também apoiam a iniciativa, entre outras empresas e instituições, a ONG Entre Amigas, da jornalista Márcia Peltier, e o Metrô do Rio de Janeiro, que cederam um espaço onde fica a sede da Laço Rosa.

O MORRO TAMBÉM TEM VEZ

Em pouco mais de três anos, a Fundação Laço Rosa alcançou muitas conquistas em suas campanhas de conscientização sobre a detecção precoce do câncer de mama e o resgate da autoestima. O banco de



Banco de perucas online já beneficiou mais de 300 mulheres

“Parece que é nessa hora que realmente não se pode mais esconder a doença. A falta de um seio é disfarçada pela roupa, mas uma mulher careca, mesmo usando lenço, não tem jeito, é associada ao câncer”

MARCELLE MEDEIROS,
da Fundação Laço Rosa



Quatro vezes Manuela: sob os efeitos da quimioterapia; usando peruca; com o filho; e já com o cabelo crescido

perucas, em dois anos, ajudou mais de 300 mulheres de todo o País, com idades entre 17 e 68 anos – a meta é beneficiar mil pacientes até o final de 2014.

A fundação promove outros projetos no sentido de alertar sobre o diagnóstico precoce deste tipo de câncer. Um deles é o Rosas do Morro, que leva informação sobre a doença e direitos da mulher a comunidades carentes por meio de palestras e workshops.

O projeto Educar para Cuidar, por sua vez, consiste em palestras em escolas da rede pública de ensino, que disseminam entre crianças e adolescentes a importância da detecção precoce do câncer de mama e fazem com que eles levem essa mensagem para casa. Em outubro, a fundação realiza, com o apoio de patrocinadores, o evento Onda Rosa, que ilumina os principais monumentos da cidade do Rio de Janeiro com a cor que simboliza a luta pelo controle do câncer de mama. ■

OUTRAS INICIATIVAS, MESMO PROPÓSITO

Os trotes já foram motivo de muita polêmica nas faculdades, mas a iniciativa de transformar essa prática em ato de solidariedade vem tomando corpo. Este ano, aprovados no vestibular do Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo (IME/USP) doaram os cabelos cortados durante o trote para a confecção de perucas para crianças com câncer.

As doações foram destinadas à ONG Cabelegria, que começou no Facebook e atualmente conta com mais de 37 mil seguidores. O projeto nasceu na internet, em outubro de 2013, e até fevereiro havia beneficiado quatro crianças. Para fabricar as perucas é necessário que as mechas tenham pelo menos 10 cm de comprimento.

A ideia da ONG partiu da designer gráfica Mariana Robrahn e da publicitária Mylene Duarte. “Já havia um projeto para ajudar pacientes da Santa Casa, e uma amiga nossa cortou o cabelo e doou. Começamos a comentar com pessoas próximas, pedindo que, se fossem cortar o cabelo, guardassem os fios. Ao perceber que a reação era muito positiva, Mylene decidiu criar um evento no Facebook informando a possibilidade de doar as mechas e ajudar crianças com câncer”, conta Mariana.

Na rede social, é possível acompanhar o registro das doações. A ONG aceita qualquer tipo de cabelo, mesmo os que já passaram por processos químicos. Quem desejar doar, deve colocar os fios dentro de um saco plástico e enviar para a Avenida Parada Pinto, 3.420, bl. 6, ap. 33 – Vila Nova Cachoeirinha – São Paulo – SP – CEP 02611-001.

Há dois anos, a loja Varanda do Cabelo, no Rio (tel.: 2221-2097), recebe mechas de qualquer tipo de



Eloísa Souza, da Varanda do Cabelo: doação para o INCAvoluntário

cabelo (medindo a partir de 20 cm de comprimento) e as transforma em perucas para pacientes em tratamento no INCA. Até agora foram doadas à Área de Ações Voluntárias (INCAvoluntário) 124 perucas (tanto de cabelos naturais quanto de fios sintéticos), que são emprestadas a pacientes do Instituto.

A ação ganhou o apoio da empresária Ana Cláudia Carvalho de Siqueira. Em dezembro, ela procurou o INCAvoluntário querendo saber como podia colaborar com a instituição e soube da parceria com a Varanda do Cabelo. No fim de fevereiro, Ana Cláudia mobilizou foliões em blocos carnavalescos para aderir ao ato solidário. “Preto continuar com esse trabalho o ano todo. Tenho uma loja em Niterói (RJ) que será um ponto para receber as mechas. Nos eventos dos quais a empresa participar, vou disponibilizar cabeleireiros para cortar as madeixas na hora”, anuncia. O INCAvoluntário frisa que não recebe doação de cabelos; apenas de perucas prontas.

Quando menos é mais

O Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) é o terceiro maior do mundo e o segundo que mais cresce, com aumento de 30 mil para 3,2 milhões de doadores em 10 anos (2003 a 2013). Com este crescimento, as chances de se encontrar um doador não aparentado no Brasil passaram de 15% para mais de 80%.

Como reflexo disso, o número de transplantes com doadores não aparentados vem crescendo entre 20% e 25% anualmente de forma constante na última década (em 2003 foram 29 e em 2013, 253 procedimentos). Além de encontrar doadores, esse aumento resulta do maior número de leitos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis para realização dos transplantes.

Para incentivo de produtividade e melhoria de remuneração pelo transplante de medula óssea, o Ministério da Saúde publicou, em 2012, as portarias nº 844, para estabelecer a manutenção regulada do número de cadastros por ano e por estado – e, desta forma, obter mais recursos para a realização do transplante, e nº 845, para criação de novos procedimentos e custeio diferenciado para realização do transplante.

Essa estratégia foi necessária devido ao histórico da formação do banco de doadores de medula do País. Entre 1993 e 2003, foram captados 30 mil doadores. A partir de 2003, o crescimento foi exponencial. Em 2011, foram incluídos quase 700 mil doadores em campanhas aleatórias e sem o controle necessário, promovidas por iniciativas particulares. Os recursos, porém, vieram do SUS.

Ao se cadastrar, o doador fornece uma amostra de sangue, para avaliar a compatibilidade com os pacientes (teste de HLA). Cada exame custa R\$ 375.

O custo desses cadastros foi de R\$ 262 milhões, valor muito superior ao que o governo gastou naquele ano com a realização dos transplantes não aparentados, aparentados e autólogos (R\$ 141 milhões).

Com a Portaria nº 844, os cadastros passaram a ser organizados para evitar dados sem qualidade. O crescimento inicial do Redome foi importante, mas agora é necessário atuar no crescimento qualitativo – doadores fidelizados com todos seus contatos informados e atualizados, que realmente tenham vontade de fazer a doação, e não estejam apenas motivados momentaneamente – e participação de voluntários para atender à diversidade genética.

Diferentemente dos demais registros do mundo, o Redome é totalmente financiado pelo dinheiro público. O Ministério da Saúde investiu cerca de R\$ 100 milhões no cadastro de 230.148 novos doadores de medula em 2013, e a previsão para 2014 é que sejam gastos R\$ 150 milhões. Os registros internacionais são parcialmente financiados pelo governo e também recebem recursos privados. As iniciativas para captação de novos doadores, nesses países, são cobertas por recursos privados obtidos por quem propõe a campanha.

A localização de um doador no Brasil não depende apenas da quantidade de cadastros, mas também da qualidade deles. É necessário planejamento e orientação para que os recursos não sejam mal empregados com o crescimento desordenado. Ou seja, sem que os voluntários recebam todas as informações necessárias sobre o processo de doação e compreendam que fazer parte do Redome significa permanecer no Registro até completar 60 anos, podendo ser chamados para doar para qualquer pessoa. E sem repetição de características já

bem representadas, pois perfis genéticos repetidos nada acrescentam em termos de diversidade e desperdiçam recursos úteis para a manutenção do Programa de Transplantes.

Por isso, em maio de 2012 foi proposto um modelo no qual o cadastro é regulado a um teto anual e por estado, totalizando 270 mil novos cadastros naquele ano no Brasil. A proposta é que esse número seja revisto anualmente para manter o registro sempre renovado, induzir campanhas em regiões onde as características genéticas estejam menos representadas e rever o teto de cada estado, conforme solicitação de especialistas capacitados.

Para a revisão do teto anual dos estados, especialistas em imunogenética fizeram o estudo do Perfil Genômico do Redome e dos pacientes que precisam de doador. Por meio do estudo, foram estabelecidas as frequências de alelos e haplótipos de HLA e realizadas análises que permitirão o conhecimento da distribuição dessas características genéticas por estado e região do Brasil, incluindo a ancestralidade (características herdadas de avós, pais etc.). Também foi verificada a distribuição étnica, por idade, local de nascimento e de residência (estado e cidade) e sexo.

O HLA é determinado por um grupo de genes que se localiza no cromossoma 6 e está distribuído pela população de acordo com frequências documentadas e disponíveis em artigos publicados em sites nacionais e internacionais (como o www.imunogenetica.org e o www.allelesfrequencies.net). Ele orienta, em nível internacional, a distribuição populacional global e serve de base para os especialistas brasileiros atuarem nessas avaliações técnicas.

Quando se analisa uma população, pode-se avaliar essas frequências de genes, grupos étnicos, naturalidade, nacionalidade, entre outras informações que podem orientar as campanhas e o planejamento dos registros de doadores. Todos os registros internacionais fazem essas análises, e quando atingem números significativos de doadores, passam a orientar e estimular o cadastro de grupos étnicos específicos para aumentar a diversidade.

Em setembro de 2013, os tetos foram revistos e, para este ano, está previsto um total de 400 mil novos cadastros, conforme a Portaria GM/MS nº 2.132. O número de novos cadastros é suficiente para o crescimento da atividade, com base em dados técnicos, e superior ao que cadastra anualmente o registro alemão, o segundo maior do mundo.

Com a publicação das portarias e a divulgação do estudo da Rede Brasil de Imunogenética, foram

“A localização de um doador no Brasil não depende apenas da quantidade de cadastros, mas também da qualidade deles. Perfis genéticos repetidos nada acrescentam em termos de diversidade e desperdiçam recursos úteis para a manutenção do Programa de Transplantes”

enviadas recomendações para os hemocentros e os laboratórios de imunogenética quanto à realização de campanhas. Caso haja justificativa, uma campanha poderá ser autorizada, mesmo que ultrapasse o teto do estado.

O limite no cadastro não significa “suspensão”, e sim crescimento ordenado, com orientação técnica e dentro do planejamento e do orçamento previstos. É preciso fortalecer a ideia de que não basta encontrar um doador. O procedimento tem que ser realizado e, para isso, é necessário que existam profissionais habilitados, centros de transplante, leitos, equipamentos e medicamentos. O objetivo é buscar um investimento planejado e completo neste que é o maior programa público de transplantes do mundo.

É importante destacar que o Redome não é a única fonte alternativa de células para o transplante, pois existem os bancos públicos de sangue de cordão umbilical no Brasil e cerca de 24 milhões de doadores cadastrados no mundo. Por outro lado, o uso de doadores familiares haploidenticos (mãe, pai e irmãos parcialmente idênticos) tem se tornado mais factível. Além disso, o número de transplantes não aparentados vem crescendo constantemente desde 2003, e o investimento feito pelo governo, com o aumento dos valores repassados aos centros de transplante e em outras áreas necessárias aos procedimentos, contribuirá ainda mais para esse crescimento. ■

internas

DESCONSTRUINDO MITOS DO CÂNCER

“Câncer é coisa de idosos, né? Então, por que vou me preocupar com isso, se tenho apenas 25 anos? Aliás, nem quero falar sobre isso! Afinal, não há nada que se possa fazer para evitar o câncer.” Essas frases resumem um pouco os mitos que cercam o câncer e dificultam o controle da doença. Pois, na verdade, há muito o que cada um pode fazer para prevenir o desenvolvimento de diversos tipos de tumores malignos, que atingem pessoas de todas as idades. E uma das piores atitudes é não falar e não se informar sobre fatores de risco e de proteção.

Pelo segundo ano consecutivo, a União Internacional para o Controle do Câncer (UICC) escolheu o tema “mitos” para marcar o Dia Mundial do Câncer, 4 de fevereiro. E o INCA, como membro pleno da UICC, organizou várias ações e produziu material de campanha para desconstruir novos quatro mitos. No anúncio da primeira contracapa você pode conferir o cartaz criado para o primeiro deles: “Câncer? Nem quero falar disso!”. A Divisão de Comunicação Social do INCA aproveitou a ideia central da campanha da UICC, mas inovou ao acrescentar a alternativa verdadeira corrigindo a versão do mito: “Câncer? É preciso falar disso!” A proposta foi repetida nos outros três cartazes da campanha, que serão trabalhados ao longo do ano. Além do material gráfico, o INCA criou um hotsite (www.inca.gov.br/wcm/dmcd/2014) com área interativa, na qual pacientes que superaram a doença podem enviar suas histórias, e promoveu debate reunindo profissionais de saúde, pacientes e representantes da sociedade civil. O evento teve apoio do Sesc-Rio.



BLOCO DA SOLIDARIEDADE INCENTIVA DOAÇÃO DE SANGUE

Todos os anos, na semana que antecede o carnaval, o INCA bota o Bloco da Solidariedade na rua para incentivar a doação de sangue. A festa deste ano contou com o ritmo da escola de samba Mangueira e a alegria dos padrinhos da mobilização: o dançarino Carlinhos de Jesus e a bailarina Ana Botafogo.



O INCA é uma das unidades públicas de maior movimento de pacientes no Rio de Janeiro, atrás apenas dos hospitais de emergência. Além dos pacientes cirúrgicos, os que estão em tratamento quimioterápico ou radioterápico e os portadores de leucemia necessitam de transfusões de sangue regularmente.

PRÊMIOS

A supervisora do INCAvoluntário, Angélica Nasser, recebeu a medalha de mérito Pedro Ernesto, concedida pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro, pelo trabalho desenvolvido à frente da área de Ações Voluntárias do INCA. A iniciativa foi do vereador Tio Carlos, parceiro atuante no INCAvoluntário. Já a médica Claudia Naylor (foto), diretora do Hospital do Câncer IV, unidade de Cuidados Paliativos do INCA, foi a vencedora do Prêmio Toda Extra, iniciativa do jornal carioca Extra, na categoria Toda Vida (Saúde). Seu trabalho no Instituto foi reconhecido e a médica também foi indicada para integrar pesquisa da Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA).



Marcelo Theobald/Ag. O Globo

*Cada menina é de um jeito,
mas todas precisam de proteção.*

**Vacinação
contra o HPV**



**Vacinação para quem precisa de mais proteção.
Um direito seu assegurado pelo SUS.**

**Meninas de
11 a 13 anos
devem ser
vacinadas.**

O Governo Federal disponibilizará a vacina contra o HPV para as meninas de 11 a 13 anos, nas escolas públicas, particulares e unidades básicas de saúde. A vacina é de grande importância na prevenção do câncer do colo de útero. Quanto antes vacinar, mais fácil de proteger.

Fique atenta ao período de vacinação na escola ou procure uma unidade de saúde.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Divisão de Comunicação Social
Rua Marquês de Pombal, 125/4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22230-240
comunicacao@inca.gov.br

www.inca.gov.br