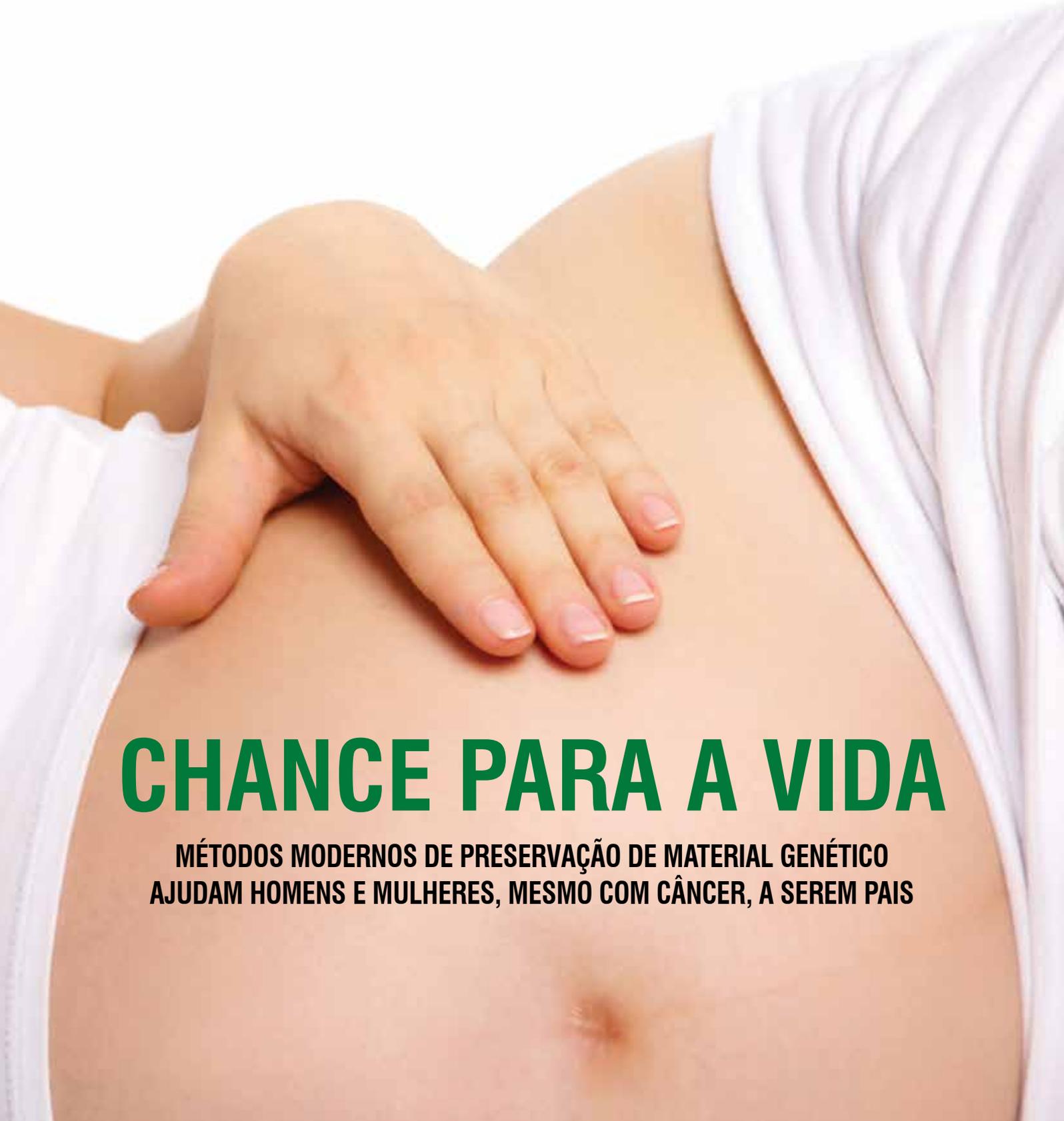


27

Setembro
2014

REDE CÂNCER

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



CHANCE PARA A VIDA

**MÉTODOS MODERNOS DE PRESERVAÇÃO DE MATERIAL GENÉTICO
AJUDAM HOMENS E MULHERES, MESMO COM CÂNCER, A SEREM PAIS**

AMAMENTAÇÃO. UM GANHO PARA A VIDA TODA.

Você não sabe o que seu filho vai ser
quando crescer. Mas com leite materno,
você o ajuda a chegar lá.

Nívea Stelmann
e seus filhos,
Miguel e Bruna.

Amamente seu filho por 2 anos ou mais.

Durante os 6 primeiros meses, dê somente leite materno. A amamentação até os 6 meses de vida ajuda a salvar, por ano, mais de 6 milhões de bebês em todo o mundo.

Busque orientação com um profissional de saúde.

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS



World Alliance for
Breastfeeding Action



sumário



05

REDE

Para cuidar da infância

08

NOVIDADE

Saúde na palma da mão

14

ENTREVISTA

Um exército antitabagismo

18

CAPA

Em nome dos filhos

22

SOCIAL

Fama e voluntariado

28

ASSISTÊNCIA

Novos construtores de autoestima

34

PERSONAGEM

Essa voz tamanha

36

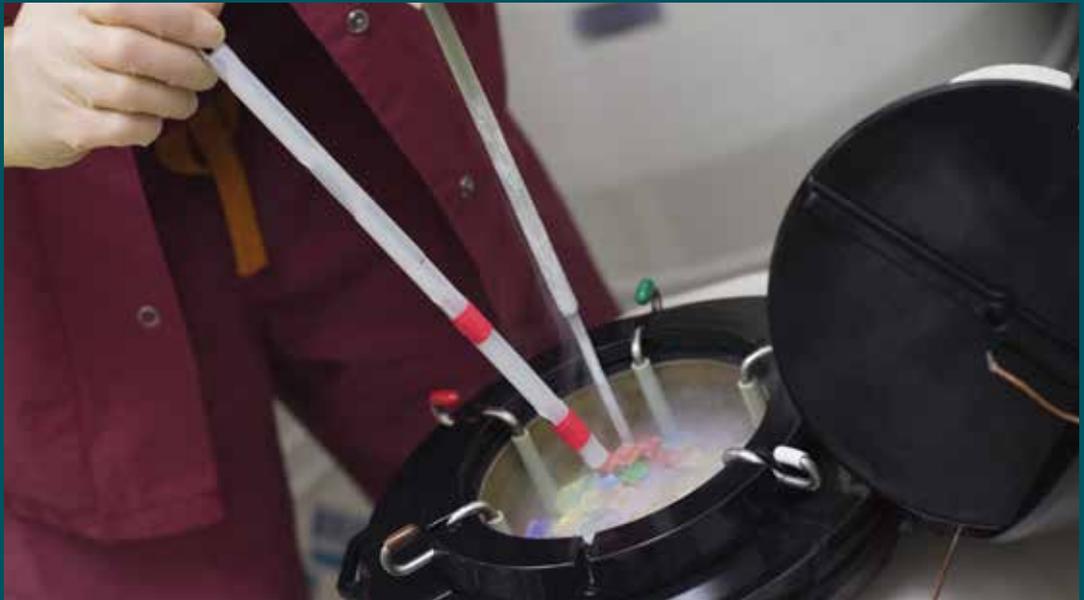
ARTIGO

A dor invisível dos irmãos de crianças com câncer

39

POLÍTICA

Cuidado ampliado



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**; **Marceli 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**, **Janaina Dórea**, **Rodrigo Feijó**, **Rosana Melo** e **Roseane Santos** | Projeto Gráfico:

Chica Magalhães | Diagramação: **Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA**, **Can Stock Photo** e **SXC** | Revisão gramatical: **Anecy 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.



Sobre bebês e crianças

Prezado leitor,

A maioria dos casos de câncer ocorre a partir dos 50 anos, e, mesmo na maturidade, os efeitos colaterais e as sequelas dos tratamentos, por vezes, são pesados. Mas e quando o câncer surge na idade fértil, exigindo terapias que podem causar esterilidade, como enfrentar? Veja na nossa reportagem de *Capa* uma história que desafiou as expectativas: com seis meses de gravidez, a cabeleireira Valkiria Gomes passou por cirurgia e duas sessões de quimioterapia contra um câncer de mama e deu à luz uma menina saudável. Porém, nem todos os pacientes têm a mesma sorte. Confira o que pode ser feito para preservar a fertilidade quando se recebe um diagnóstico de câncer numa etapa da vida em que existe o desejo de ter filhos ou aumentar a família.

O câncer de mama é, definitivamente, um dos que mais assustam as mulheres, e um dos motivos é justamente a principal consequência do tratamento: a perda do seio. A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) vem colaborando na capacitação de mastologistas com técnicas de reconstrução mamária e

fechou convênio com instituições da rede pública para que um maior número de mulheres seja atendido. Saiba mais em *Assistência*.

A influência de fatores ambientais, culturais e sociais e a ocorrência de câncer em crianças e adolescentes serão investigadas numa superpesquisa envolvendo mais de 1 milhão de crianças que serão monitoradas em todo o mundo. No Brasil, serão 100 mil voluntários de Campinas (SP) e região, que serão acompanhados do nascimento aos 18 anos. Esse é o tema tratado na seção *Rede*.

E as crianças também são o enfoque do *Artigo* desta edição. Nele, a psicóloga Ana Valéria Paranhos Miceli discorre sobre como os irmãos do paciente infantil com câncer costumam ser negligenciados pelos pais e pelos profissionais de saúde. É uma excelente reflexão.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva*

rede

PROTEÇÃO DOS ADULTOS É FUNDAMENTAL PARA A SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, CADA VEZ MAIS EXPOSTOS A AGENTES CANCERÍGENOS

Para cuidar da infância

Diversos fatores podem estar envolvidos no surgimento do câncer infantil. Mas um deles está ganhando força e motivou a criação do Fórum Permanente Meio Ambiente e Câncer da Criança. O encontro, realizado em junho, em Campinas (SP), chamou a atenção da sociedade depois da divulgação de estudos científicos sobre a possível influência de fatores ambientais no aumento da incidência de câncer em crianças e adolescentes.

O grupo vai iniciar estudo que visa a mapear a associação de fatores ambientais, culturais e sociais e a ocorrência de câncer em crianças e adolescentes. A meta é construir um banco de dados sobre exposições ambientais e a ocorrência de câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis (DNCTs), a partir de uma amostra de 100 mil crianças de Campinas e região. Esse contingente fará parte de uma amostra de mais de 1 milhão de crianças

que serão monitoradas em todo o mundo, em um projeto do International Childhood Cancer Cohort Consortium (I4C), projeto colaborativo mundial com participação de 15 países de cinco continentes.

O propósito é acompanhar as crianças da concepção até os 18 anos. “A previsão é que demore cerca de 10 anos até recrutarmos 100 mil voluntários, caso o estudo fique restrito aos nascidos em Campinas. Considerando que a participação é voluntária e que nascem em Campinas em torno de 13 mil bebês por ano, esperamos inscrever 10 mil recém-nascidos por ano”, explica Celso Stephan, epidemiologista da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e coordenador do estudo no Centro Infantil Boldrini, hospital filantrópico da cidade que há 36 anos trata crianças e adolescentes com câncer e doenças do sangue.

O I4C começou com um grupo menor de países, entre eles os Estados Unidos, que convidaram



o Brasil a ingressar no consórcio. Na época (2004-2005), pesquisadores brasileiros da Unicamp e do Boldrini já haviam participado de outros estudos que buscavam associação entre questões ambientais e o aumento do número de casos de câncer infantil. “Um desses estudos foi realizado na Universidade de McGill (Canadá) sobre tumor de Wilms [tipo de câncer renal] e outro, liderado pelo INCA, é sobre leucemia do lactente”, cita Silvia Brandalise, presidente do Centro Infantil.

Esse estudo epidemiológico realizado no Brasil, desde o ano 2000, com 307 lactentes, indicou alta associação da exposição a determinados antibióticos, hormônios e pesticidas no primeiro e segundo trimestres de gravidez ao surgimento do câncer infantil. E também comprovou a alta concentração de resíduos de agrotóxicos em vários alimentos ingeridos pelas crianças.

Os primeiros resultados do estudo, ainda em andamento, foram divulgados em 2006. De lá para cá, já houve 35 publicações científicas. “É um estudo de âmbito nacional, com a participação de representantes de todos os estados brasileiros. Hoje é uma das principais linhas de pesquisa do Programa de Hematologia-Oncologia Pediátricas do INCA”, revela

Maria do Socorro Pombo-de-Oliveira, pesquisadora principal do estudo.

O que chamou a atenção dos pesquisadores foi a associação que esses estudos encontraram entre a exposição a derivados de benzeno (substância presente em agrotóxicos, carrapaticidas e inseticidas, tanto para uso em lavoura quanto doméstico) e o câncer em crianças.

PENSANDO NO FUTURO

Mohamed Habib, professor titular do Instituto de Biologia da Unicamp, especialista em agroecologia e pesquisador há 50 anos, lembra que seus estudos sempre mostraram que o uso de agrotóxicos é prejudicial ao meio ambiente e aos alimentos. Porém, segundo ele, somente de alguns anos para cá, questões como o envenenamento ambiental e tecnologias nocivas para a saúde humana no combate às pragas começaram a sensibilizar a sociedade.

“Enxergo este fórum como de suma importância para alertar a sociedade sobre o impacto ambiental das tecnologias desenvolvidas pelo homem. Elas colocaram interesses econômicos acima do meio ambiente e da saúde humana. E como as crianças não têm tanta representatividade na sociedade civil,

Tempo certo para salvar vidas

O câncer é hoje a doença que mais mata crianças e adolescentes no Brasil. De acordo com estimativas do INCA, cerca de 11 mil novos casos são registrados por ano. A boa notícia é que o índice de cura chega a 70% nesse grupo. A maioria dos que vencem a doença tem boa qualidade de vida após o tratamento adequado. Mas, para isso, é necessário que o diagnóstico seja feito no tempo certo.

“A informação é a chave. Os profissionais de saúde devem saber reconhecer os sinais de alerta do câncer infantil, a fim de se reduzir o atraso no diagnóstico”, acredita a médica Mariana Bernardes Leão. “Estamos falando de doenças pouco frequentes no cotidiano de médicos generalistas. Por isso, as ações de atualização do conhecimento por parte das redes pública e privada são fundamentais”,

opina. Mariana foi uma das formandas de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que participaram da organização do primeiro Fórum Virtual sobre o Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil, realizado na instituição, em junho. “A conscientização da população leiga também é muito importante, tendo em vista o papel da família na identificação dos sinais de alerta e procura precoce por atendimento médico”, acrescenta.

O fórum se estendeu ao longo de quatro semanas e, por conta do seu formato inovador, permitiu que interessados de todo o Brasil aprendessem um pouco mais sobre as particularidades da doença em crianças e adolescentes. Com auxílio de um *quiz*, foi possível descobrir o nível de conhecimento dos participantes. O resultado serviu de base para a equipe organizadora melhorar a qualidade da informação apresentada nas semanas seguintes. “Criamos uma página de perguntas e respostas frequentes, a partir de pesquisa na Internet e questões levantadas por residentes, alunos da graduação e funcionários da faculdade. Queríamos que nosso público obtivesse respostas com embasamento

nós temos que falar em nome delas e, assim, do futuro da humanidade”, afirma. “Hoje está confirmado por pesquisas que doenças cancerígenas em homens, mulheres, idosos, adultos e crianças têm tudo a ver com as tecnologias que estamos desenvolvendo. A dos agrotóxicos não é a única, mas é uma das principais. O problema é que o cidadão não entende que vai ser afetado pelas questões ambientais. Falar por meio do viés da saúde, como é o caso deste fórum, é uma forma mais eficaz de alertar as pessoas sobre as questões ambientais”, acredita Mohamed.

O estudo de mapeamento também permitirá a construção e manutenção de um biorrepositório com material biológico das mães e das crianças. Além disso, será realizado um georreferenciamento dos locais de residência e trabalho das mães e dos pais, creches, escolas e outros espaços por onde as crianças e os adolescentes circulam, para avaliar sua exposição a fatores ambientais.

“Vamos acompanhar as crianças por 18 anos e saber que fatores ambientais, decididamente, estão envolvidos no câncer infantil. O câncer é multifatorial. É difícil chegar a uma relação causa e efeito. Mas é possível enxergar tendências”, afirma Silvia Brandalise. “A sociedade somente vai conhecer os dados gerados por esse estudo daqui a 15 ou 20

“Enxergo este fórum como de suma importância para alertar a sociedade sobre o impacto ambiental das tecnologias desenvolvidas pelo homem. Elas colocaram interesses econômicos acima do meio ambiente e da saúde humana”

MOHAMED HABIB, professor titular do Instituto de Biologia da Unicamp

anos. Precisamos apenas salientar que não é o fato de conhecê-los que provocará mudanças. Não dá para saber qual será o impacto. Existem questões econômicas, culturais e sociais que precisam ser levadas em consideração”. ■

científico, mas com uma linguagem simples”, conta Bruna Rabelo, aluna da UFMG que também ajudou na organização do fórum.

COMPARTILHANDO INFORMAÇÃO

Na última etapa, os participantes foram convidados a responder o que fariam numa situação-problema caso alguém próximo tivesse um sinal de alerta para o câncer infantil. Todo o material foi transformado em planilhas com as respostas mais comuns, erros frequentes e porcentagem de acertos. “Acreditamos que o evento acrescentou conhecimento, esclarecendo tanto o público acadêmico quanto leigo. Estamos entusiasmados em continuar com projetos que alertem sobre o diagnóstico precoce do câncer, como cartilhas e outros fóruns”, adianta Bruna.

“A ideia é elaborar uma cartilha para divulgação dos sinais e sintomas iniciais do câncer infantil”, acrescenta a professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG Karla Emília de Sá Rodrigues. “Quanto mais esse assunto

for veiculado na mídia, maior será a disseminação do conhecimento. Acredito que iniciativas como fóruns, cartilhas, manuais e campanhas podem esclarecer os profissionais não médicos que estão envolvidos com o cuidado das crianças e adolescentes. Incentivar a educação continuada dos profissionais da área de saúde também é importante, já que estamos falando de uma doença rara, cujos sintomas iniciais podem ser confundidos com outras enfermidades benignas mais comuns nessa faixa etária”, pondera.

Alguns tumores podem ser detectados apenas no exame físico do pediatra. Por isso, o acompanhamento do médico deve ser mediado de acordo com a idade da criança e do adolescente. No primeiro semestre de vida, deve ocorrer a cada 30 dias; já no segundo, a cada dois meses. No segundo ano de vida é indicado que a criança seja consultada pelo especialista a cada três meses, e do terceiro ano em diante, a cada seis meses até a puberdade. O fórum virtual pode ser acessado no endereço eletrônico <http://medicina.ufmg.br/forumcancerinfantil>.

novidade

APLICATIVOS E GAMES SOBRE CÂNCER PARA DISPOSITIVOS MÓVEIS AJUDAM PROFISSIONAIS, PESQUISADORES E PACIENTES

Saúde na palma da mão

Basta olhar para os lados e perceber: as pessoas não largam mais seus telefones celulares. Fontes inesgotáveis de informação e entretenimento, eles estão cada vez mais presentes em nossas vidas. Com eles, é possível acessar contas bancárias, comprar produtos, ler e enviar mensagens e até fazer consultas médicas. O número de aplicativos para dispositivos móveis voltados para a área de saúde vem crescendo e ganhando cada vez mais usuários. No caso do câncer, são inúmeros os “apps”, como são popularmente chamados os aplicativos. Existem diversos nas lojas virtuais sobre o tema câncer. A maioria tem o objetivo de conscientizar a população sobre a doença e incentivar as visitas ao médico para um diagnóstico precoce, o que aumenta as chances de sucesso no tratamento.

O Brasil destaca-se neste cenário. Pesquisa da PwC (antiga PriceWaterHouseCoopers) feita no Brasil, China, Reino Unido e EUA, divulgada em abril, revelou que o brasileiro é o povo mais engajado no mundo quando se trata de acessar serviços de internet por meio de dispositivos móveis, como celulares, smartphones e tablets. Os índices brasileiros são sempre três ou quatro vezes maiores em pontos percentuais quando comparados aos outros países estudados. O levantamento conclui que, no Brasil, o celular é parte integral da vida das pessoas. Atento a esta tendência, o jovem Thiago Pradi, de 25 anos, desenvolveu o iMelanoma, aplicativo apresentado como trabalho final do curso de graduação em Ciência da Computação da Universidade Regional





de Blumenau (Furb), em Santa Catarina. O app faz o diagnóstico preliminar de lesões de pele.

O iMelanoma funciona de maneira bem simples. Tendo em mãos um smartphone, ou qualquer outro dispositivo móvel com câmera, o usuário deve cadastrar a lesão que será analisada (com a finalidade de criar um histórico de lesões), fotografá-la e clicar sobre um botão que executa a análise da imagem. Em apenas alguns segundos, o aplicativo retorna com o resultado informando se a lesão é benigna ou maligna.

DA SALA DE AULA PARA A PRÁTICA

A ideia de Thiago surgiu ao assistir às aulas de processamento de imagens, lecionadas pelo seu orientador de trabalho de conclusão de curso (TCC), Aurélio Hoppe. O professor mostrou a aplicação das técnicas ensinadas e entre os exemplos estava a identificação do câncer de pele. “Como a região de Jaraguá do Sul, onde moramos, tem alto índice da doença, fiquei empolgado com o assunto. Depois de algumas trocas de ideias e pesquisas, constatamos que não existiam projetos que se propusessem a fazer o diagnóstico a partir de dispositivos móveis. Então, desenvolvi o aplicativo”, conta Thiago.

Após o sucesso do iMelanoma, mais alunos do curso de Ciência da Computação da Furb se interessaram em desenvolver aplicativos para a área de saúde. “Hoje, muitos estudantes querem criar

aplicativos que facilitem a vida das pessoas. Ou seja, o ganho social é muito bom. Além disso, a motivação para as disciplinas que envolvem cálculos aumentou, pois os alunos veem a aplicação prática do conteúdo passado em sala de aula”, conta Aurélio Hoppe. “É uma satisfação que não tem preço. Ver o seu conhecimento e a sua dedicação se tornarem algo aplicável, que ajudará muitas pessoas, é sensacional”, acrescenta Aurélio, que atualmente é professor do Departamento de Sistemas e Computação da Furb e coordena o laboratório de robótica da universidade.

Para a criação do programa, Thiago contou ainda com a orientação científica do dermatologista Roberto Coswig Fiss, da regional Santa Catarina da Sociedade Brasileira de Dermatologistas. Ele tirou dúvidas quanto a bases confiáveis de imagens de lesões de pele disponíveis em domínio público na internet, bem como suas classificações. “Acredito que seja ainda prematuro afirmar em que medida o software pode auxiliar o trabalho médico, antes de se ter uma avaliação em situações de uso real. Creio que ele tenha potencial para auxílio a profissionais de atenção primária, não especialistas, na triagem para encaminhamento ao dermatologista, depois de adequadamente testado”, avalia Fiss.

O aplicativo utiliza um algoritmo baseado na técnica para análise visual de lesões de pele. É a chamada regra ABCD: assimetria, bordas



iMelanoma

Ao analisar a fotografia da lesão de pele, o aplicativo faz o diagnóstico preliminar, utilizando um algoritmo baseado na chamada regra ABCD, e informa se a lesão é benigna ou maligna.

Ainda não disponível

NCCN Guidelines

O aplicativo é uma biblioteca virtual contendo as diretrizes do National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para tratamento de pacientes com câncer.

Android | iOS



inPractice Oncology

Desenvolvido nos Estados Unidos, o aplicativo é voltado para oncologistas, enfermeiros e outros profissionais de saúde que cuidam de pacientes com tumores sólidos ou neoplasias hematológicas.

Android | iOS

irregulares, cores e diâmetro. “O algoritmo extrai o contorno da lesão e efetua os cálculos para definir os valores de cada um desses critérios. Todos os cálculos estão especificados em trabalhos publicados anteriormente ao meu”, explica Thiago. O app, que levou um ano para ficar pronto, foi testado em dezenas de imagens, entre melanomas e outros tipos de lesões (incluindo verrugas e sinais), e obteve taxa de 93% de acerto. Thiago observa que o melanoma é o único tipo de câncer de pele que pode ser detectado pelo aplicativo.

Hoje o iMelanoma está em fase de ajustes. Ainda não há previsão de quando estará disponível para os usuários, já que ainda precisa passar pelos conselhos médicos. “O iMelanoma poderá servir como apoio ao diagnóstico, mas nunca substituir o médico”, ressalva Thiago.

TECNOLOGIA E MEDICINA JUNTAS

Os aplicativos também podem ajudar médicos em seu dia a dia, em especial quando precisam explicar os efeitos do tratamento e tudo mais a respeito do câncer aos pacientes. Com a grande utilização dos dispositivos móveis pelos profissionais, desenvolvedores de todo o mundo passaram a criar diversas opções de aplicativos que trazem informação e conhecimento em linguagem acessível e dinâmica. São atlas, dicionários e

“Hoje, muitos alunos querem desenvolver aplicativos que facilitem a vida de outras pessoas. Ou seja, o ganho social é muito bom. Além disso, a motivação para as disciplinas que envolvem cálculos aumentou, pois os alunos veem a aplicação prática do conteúdo passado em sala de aula”

AURÉLIO HOPPE, professor do Departamento de Sistemas e Computação da Furb

Manual de Condutas e Rotinas Terapêuticas em Uro-Oncologia

Versão para dispositivos móveis dos manuais desenvolvidos pela equipe do Hospital A.C.Camargo.

Android | iOS



MirOculus

O aplicativo tem o objetivo de detectar diferentes neoplasias por meio de uma pequena amostra de sangue, analisada remotamente com o auxílio de um smartphone.

Ainda não disponível

Genes in Space

O jogo utiliza a atividade dos usuários para identificar falhas nos genes das células cancerígenas associadas ao câncer de mama. Os dados são usados para acelerar a pesquisa de tratamentos.

Android | iOS



enciclopédias médicas que auxiliam tanto os profissionais mais experientes quanto os estudantes de medicina.

O National Comprehensive Cancer Network (NCCN), grupo de estudo norte-americano sem fins lucrativos que congrega representações de 25 centros de tratamento oncológico em todo o mundo, lançou o *NCCN Guidelines for Tablets*. Trata-se de uma biblioteca virtual para dispositivos móveis que pretende ajudar os profissionais de saúde a implementarem as diretrizes estabelecidas pelo grupo no tratamento de pacientes com câncer. Na página do aplicativo, a NCCN explica que, como novos dados são publicados continuamente, o app passa a ser uma ferramenta essencial, porque permite o fácil acesso à informação, que pode ser atualizada e revisada com mais frequência, refletindo para todos os seus usuários novos dados e informações clínicas relevantes.

Existem também os aplicativos desenvolvidos por equipes médicas e patrocinados por laboratórios e empresas que pesquisam o câncer. É o caso do inPractice Oncology, que apresenta recomendações práticas para o atendimento de pacientes com câncer. O aplicativo, desenvolvido nos Estados Unidos, é voltado para oncologistas, enfermeiros e profissionais de saúde que cuidam de pacientes com tumores sólidos ou neoplasias hematológicas. O app apresenta aos usuários diversos conteúdos, entre eles a lista completa de medicamentos para o câncer aprovados pela Food and Drug Administration (FDA), órgão do governo dos Estados Unidos que regula alimentos e medicamentos.

Iniciativas semelhantes estão sendo desenvolvidas no Brasil. Com o objetivo de facilitar o acesso a informações qualificadas e atualizadas, que podem ajudar a orientar profissionais de saúde de todo o País no tratamento de pacientes com câncer urológico, surgiu em 2012 o Manual de Condutas e Rotinas Terapêuticas em Uro-Oncologia. O aplicativo, gratuito para *smartphones* e *tablets*, foi desenvolvido pelo Hospital A.C. Camargo, de São Paulo. É uma espécie de versão para dispositivos móveis dos manuais desenvolvidos pela equipe do hospital e aplicados em suas rotinas. Destinado a urologistas, cirurgiões oncológicos e demais profissionais da área, o app traz protocolos de tratamento para casos de câncer na próstata, bexiga, rim, testículo e pênis.

O idealizador do aplicativo é Gustavo Guimarães, diretor do Núcleo de Urologia do hospital.

Diferentemente da maioria dos manuais de referência produzidos pelas associações relacionadas ao tema, que é muito extensa, o material é mais objetivo. Rodrigo Sousa Madeira Campo, urologista da equipe do A.C. Camargo, aponta diversos benefícios do aplicativo: “A grande vantagem é estar sempre à mão. É compacto, você não precisa carregar um livro. Outra vantagem é poder procurar por palavra, o que agiliza a pesquisa. Além disso, ele permite atualização até diária, se necessário. Se alguém quiser mandar sugestão de conteúdo, pode enviar um e-mail que a informação será avaliada pelo editor e, se possível, inserida no manual.”

DIAGNÓSTICO PRECOCE E ACESSÍVEL

Descobrir o câncer utilizando uma pequena amostra de sangue e um smartphone. O que parece ficção já é realidade. O MirOculus, aplicativo que busca detectar até 45 diferentes neoplasias, é um sistema de alerta precoce para o câncer, que se propõe a descobrir os sinais da doença de três a cinco anos antes do que costumam ser descobertos. Com um teste rápido, não invasivo e preço acessível, o MirOculus utiliza a análise de micro RNAs (importantes biomarcadores de câncer).

O projeto surgiu em 2012, a partir do programa Singularity University, curso de verão realizado no Centro de Pesquisas da Nasa, a agência espacial americana, com apoio de empresas de tecnologia como Google, Cisco e Nokia. O curso reuniu 80 profissionais, com diferentes perfis, de 36 países. Os participantes tinham como missão apresentar soluções tecnológicas para grandes temas da humanidade, como saúde, educação, pobreza e falta de alimentos. O objetivo final era criar algo capaz de impactar a vida de 1 bilhão de pessoas em dez anos.

Seis profissionais de diferentes áreas de atuação desenvolveram o MirOculus: médico, engenheiro eletrônico, especialista em experiência com o usuário, biólogo molecular, biotecnólogo e administrador de empresas. Durante o programa, a equipe criou o primeiro protótipo que deu origem à Mir.I.Am, uma espécie de caixa na qual é colocada uma lâmina de testes de micro RNAs. Na lâmina é inserido o material recolhido a partir da amostra de sangue do paciente. Entre 30 e 60 minutos, as informações da lâmina, que se tornam visíveis por meio de um padrão brilhante atribuído pela Mir.I.Am, são fotografadas por um smartphone acoplado à caixa

e enviadas para servidores de internet. Eles analisam o material em tempo real e devolvem o resultado para o smartphone. Para operar a Mir.I.Am não é necessário formação especializada, o que permite a técnicos de diferentes especialidades realizarem o teste. A expectativa é que, com o desenvolvimento do aplicativo, qualquer visita ao médico possa incluir uma verificação de rotina do câncer.

“Mesmo no século 21, muitas famílias ainda sofrem por causa dessa doença. Nós todos sofremos direta e indiretamente por causa do câncer. É este sofrimento que precisamos evitar. Por isso, queremos democratizar o acesso ao diagnóstico. Procuramos um método que seja muito barato, para que, por exemplo, o governo do Chile o instale dentro de seu plano de saúde e possa ser grátis para toda a população”, afirma o chileno Alejandro Tocigl, diretor executivo do MirOculus. “Queremos fazer um tipo de exame massivo, para toda a população mundial. Não podemos detectar o câncer no estágio III ou IV, quando é muito difícil tratá-lo”, acrescenta.

O MirOculus está em fase experimental, com testes em ratos. “Nos Estados Unidos já detectamos câncer em ratos em 35 minutos. Já temos duas patentes. A previsão é fazer os ensaios clínicos em mais 14 ou 16 meses, para que o MirOculus entre no mercado em dois ou três anos. O teste não custará mais de 50 dólares”, anuncia Tocigl.

VIVENDO E APRENDENDO A JOGAR

Quando o assunto é tecnologia para smartphones e câncer, ficção e realidade parece que estarão cada vez mais próximas. Diversas iniciativas se utilizam da experiência dos usuários com seus dispositivos móveis em prol do conhecimento acerca da doença. A Cancer Research UK, entidade britânica que investe em pesquisas sobre o câncer, lançou em fevereiro o jogo *Genes in Space*. Em menos de um mês, pessoas comuns que baixaram e brincaram com o aplicativo em seus celulares, sem perceber, ajudaram a analisar a mesma quantidade de dados que cientistas levariam mais de seis meses para fazer. O jogo parte da premissa de que há algo errado nos genes das células cancerígenas associadas ao câncer de mama. Ao descobrir as falhas, é possível desenvolver tratamentos.

No *Genes in Space*, o jogador precisa traçar a melhor rota no espaço e seguir os trechos com mais quantidade de poeira cósmica. Ou seja, ele deve seguir o caminho sem falhas. O que os jogadores não

“Mesmo no século 21, muitas famílias ainda sofrem por causa dessa doença. É este sofrimento que precisamos evitar. Por isso, queremos democratizar o acesso ao diagnóstico. Procuramos um método que seja muito barato, para que, por exemplo, o governo do Chile o instale dentro de seu plano de saúde e possa ser grátis para toda a população”

ALEJANDRO TOCIGL, diretor executivo do MirOculus

precisam saber enquanto se divertem, mas é de extremo valor para os cientistas, é que esta rota é determinada pelo mapa genético de células com câncer. O jogo transforma uma tarefa repetitiva em algo atrativo. “Nossa tarefa era projetar um jogo divertido para analisar dados e, ao mesmo tempo, proporcionar uma experiência de entretenimento para que as pessoas gostassem de jogar de novo e de novo. É provável que possamos trabalhar em outros projetos semelhantes no futuro”, conta Charlie Czerkowski, da Guerilla Tea, empresa responsável pelo desenvolvimento do aplicativo.

Outros jogos podem ser encontrados sobre o tema. É o caso do *Cancer Fighter*, criado por um desenvolvedor americano que pretende ajudar a irmã, diagnosticada com câncer de mama. Ao longo das fases, o jogador é incentivado a doar quantias em dinheiro para ajudar no tratamento dela. Mais um exemplo é o *Cancer Smasher*, feito para pacientes oncológicos. Segundo os idealizadores, é importante, mesmo por meio de um jogo, poder esmagar células com câncer e vencer esta luta. ■

entrevista

VERA LUIZA DA COSTA E SILVA,
chefe do secretariado da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

Um exército antitabagismo

É reconhecido pela maioria das pessoas que a forma de encarar o tabagismo mudou drasticamente nas últimas décadas. Essa mudança é fruto de trabalho intenso construído em diversas áreas. No Brasil, a estruturação de um programa nacional articulado com secretarias estaduais e municipais teve a liderança de uma mulher que afirma que seu objetivo sempre foi mostrar que a saúde da população deve se sobrepor a interesses políticos e econômicos. Durante a entrevista concedida à revista REDE CÂNCER, Vera Luiza da Costa e Silva comparou o trabalho desenvolvido por ela e sua equipe ao exército de Brancaleone. Personagem de um clássico do cinema italiano, Brancaleone, uma paródia de Dom Quixote, é um atrapalhado cavaleiro que lidera um pequeno exército. Pois o trabalho de Vera e seu pequeno grupo de colaboradores permitiu a estruturação de um dos mais bem-sucedidos programas de controle do tabagismo no mundo, que serve de referência para outros países.

Tanto é assim que Vera Luiza assumiu, no final de junho, a chefia do secretariado da Convenção-Quadro para o Controle do

Tabaco (CQCT), primeiro tratado internacional de saúde pública sob coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Médica formada pela Universidade de São Paulo, ela começou a trabalhar na saúde pública na década de 1980. Foi quando percebeu que precisava atuar para diminuir o número de pacientes com câncer que tratava. Kursou doutorado em Saúde Pública e Epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e MBA da Coppead da Universidade Federal do Rio de Janeiro em Administração em Saúde. Trabalhou na área de Prevenção e Vigilância do Câncer do INCA durante 15 anos – os últimos quatro como coordenadora. Em 2001, tornou-se diretora do Departamento de Controle do Tabagismo da OMS, a Tobacco Free Initiative, quando pôde supervisionar o secretariado da OMS durante a negociação da CQCT e o estabelecimento da Conferência das Partes do tratado. Antes de assumir o mais recente posto, vinha atuando como pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, onde coordenava o Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde.



REDE CÂNCER - A senhora trabalha com controle do tabagismo há mais de 30 anos. Como vê a evolução desse trabalho?

Quando eu comecei a me envolver com controle do tabagismo, esse trabalho era tido como algo visionário. A gente não sabia ao certo para onde estávamos caminhando. A realidade era muito diferente. A publicidade dos produtos derivados do tabaco era forte e estava espalhada por todos os meios de comunicação. As forças econômicas eram a favor da indústria do tabaco, e convencer a todos de que a saúde da população deveria se sobrepôr a esses interesses foi uma tarefa difícil. Éramos como o exército de Brancaloneone.

RC - Esse cenário era observado apenas no Brasil ou em todo o mundo?

O Brasil surgiu como pioneiro no mundo no campo do controle do tabagismo. Posso dizer que começamos o processo praticamente do zero. Mesmo a Organização Mundial da Saúde (OMS) trabalhava com essa questão de maneira muito modesta. O esforço pessoal de profissionais das áreas de cardiologia, tuberculose e câncer, como Geniberto Paiva Campos, Germano Gerhardt Filho e Marcos Moraes, foi essencial para que esse trabalho pudesse começar.

RC - Mas a senhora também é apontada como uma figura central para a estruturação do programa nacional de controle do tabagismo no Brasil. A que vincula esse reconhecimento?

Eu acredito que apostei em um projeto. Apostei no trabalho de prevenção, no Sistema Único de Saúde, nos estados, nos municípios, no Ministério da Saúde e no INCA. Apostei que essa era uma área essencial para diminuir a quantidade de pacientes com câncer que eu costumava tratar no hospital. Vi meu pai e mãe morrerem por câncer e me dei conta de que precisava fazer alguma coisa para mudar essa situação. Assim, apostei no controle do tabagismo.

RC - O Programa Nacional de Controle de Tabagismo conseguiu articular uma rede nacional muito forte. Capilarizar um programa como esse não é tarefa fácil. Qual é a fórmula do sucesso?

O Programa só poderia ser alavancado por meio da articulação com estados e municípios. Nós investimos nos estados, municípios e em capacitações da força de trabalho. O serviço no campo da saúde pública precisa ser encarado como uma paixão. Eu acredito que quem coordena um programa como esse precisa envolver as pessoas nessa paixão para que elas possam seduzir outras pessoas.

“O Brasil surgiu como pioneiro no mundo no campo do controle do tabagismo. Posso dizer que começamos o processo praticamente do zero. Mesmo a OMS trabalhava com essa questão de maneira muito modesta”

RC - E como foi possível vencer os interesses políticos e econômicos que atuavam a favor da indústria do tabaco?

Só mesmo envolvendo mais e mais pessoas e mostrando que aquela era uma luta em prol da saúde de toda a população. O trabalho em saúde pública não pode ser realizado em busca de sucesso político ou pessoal. O foco deve ser sempre a qualidade de vida da população. Além disso, todas as pessoas envolvidas no processo, em qualquer nível que seja, precisam ser reconhecidas. O trabalho de todas elas é fundamental para o sucesso de qualquer iniciativa.

RC - Qual é a posição atual do Brasil no campo de controle do tabagismo no mundo?

O Brasil continua ocupando uma posição de ponta. O País já conta com forte massa crítica formada por uma multidão de pessoas e instituições que compreenderam que a saúde da população deve ser encarada como a principal prioridade. Essa cadeia de pessoas transformou e continua transformando o cenário que eu observei quando comecei a atuar nessa área, na década de 1980.

RC - Antes de assumir seu novo posto, você vinha fazendo críticas ao lobby da indústria do tabaco no Brasil. Esse é o novo desafio para os profissionais de saúde pública?

O lobby das indústrias do tabaco está cada vez mais forte e agressivo, não só no Brasil. Essas indústrias têm usado acordos de investimento bilaterais e multilaterais como moeda de troca para acordos internacionais que dificultam a implementação de medidas de controle do tabagismo. Esse lobby está presente até mesmo dentro da Organização Mundial do Comércio.

RC - E essa situação também é observada no Brasil?

No Brasil há, por exemplo, uma ação da Confederação Nacional da Indústria que tenta barrar a proibição da Anvisa [Agência Nacional de Vigilância Sanitária] dos aditivos que dão cheiro e sabor aos cigarros. A indústria do tabaco também usa associações de fachada que supostamente estariam defendendo direitos dos fumicultores para defender seus interesses. A Câmara da Cadeia Produtiva de Tabaco sai do seu foco na agricultura para fazer *lobby* contra medidas regulatórias. Há 20 anos, isso não era tão forte assim. Esse é, sim, um novo desafio.

RC - Existem até mesmo discussões sobre a legalidade de a Anvisa regular produtos derivados do tabaco. Qual a sua opinião a respeito?

Esse é um absurdo contumaz. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, do qual o Brasil é parte, trata, em seus artigos 9 e 10, sobre medidas regulatórias para o controle do tabaco. A Anvisa não só pode como deve exercer essa regulação da mesma forma que faz com medicamentos e alimentos. A Agência é hoje uma organização essencial para a saúde pública brasileira.

RC - Com o foco das ações de saúde pública no mundo hoje se voltando para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, você acredita que as ações de controle do tabagismo possam perder espaço?

Eu acho que a saúde humana é uma só. Não acho que nenhuma dessas áreas compitam. São, na verdade, complementares. Acho que a experiência na área de controle do tabagismo pode ajudar muito outras áreas que estão ainda começando a se

estruturar, como a do controle da obesidade. No final, o que os governos desejam é a melhoria da saúde das populações.

RC - De que forma o controle do tabagismo poderia colaborar?

Por exemplo, no que se refere ao monitoramento das estratégias de marketing das indústrias de alimentos. Esse é mais um movimento em que interesses econômicos, o lucro, não pode falar mais alto. A experiência bem-sucedida do controle do tabagismo deve servir como exemplo. Acredito que o foco nas doenças crônicas não transmissíveis é uma grande oportunidade para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo.

RC - A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco foi criada no intuito de que diversos países construíssem coletivamente um esforço global para combater a epidemia do tabagismo. Como a senhora avalia o trabalho desenvolvido até o momento?

A Convenção é um grande sucesso que conta com quase 180 países. Pelos informes dos membros, podemos perceber que a cada dia mais estratégias de controle do tabagismo estão sendo implementadas. A Rússia tem apresentado reduções importantes no consumo de produtos derivados do tabaco nos últimos dois anos. A Austrália começa a apresentar resultados do impacto provocado pela adoção dos maços genéricos. E mesmo países como a Turquia [conhecida como paraíso dos fumantes] começam a proibir o fumo em ambientes fechados. Hoje o mundo está melhor no que se refere ao controle do tabagismo.

“A experiência na área de controle do tabagismo pode ajudar muito outras áreas que estão ainda começando a se estruturar, como a do controle da obesidade. No final, o que os governos desejam é a melhoria da saúde das populações”



“Ainda há muitos e grandes desafios pela frente. Apesar disso, acredito que todos possam ser superados porque contamos com o trabalho de muitas pessoas e instituições espalhadas pelo mundo”

RC - Apesar disso ainda existem grandes desafios nessa área. Quais são os principais?

O combate ao mercado ilegal de cigarros precisa avançar. O protocolo da Convenção que trata desse aspecto foi aprovado, mas ainda precisa ser regulamentado. Há também pouco investimento no que se refere ao controle de aditivos, que têm papel fundamental nos processos de iniciação ao tabagismo. No campo da economia, ainda há muito espaço para aumento de preços e impostos, principalmente em países em desenvolvimento. A expansão do narguilé também precisa ser encarada com preocupação.

RC - E os programas de diversificação de cultura do fumo?

Essa é outra área que merece mais atenção. O Brasil já faz um movimento, mas ainda existe muito estímulo ao cultivo do tabaco. O tratado fala sobre alternativas de cultivo. Os programas devem buscar a substituição do plantio do fumo. O foco deve ser diversificar para substituir. Ainda há um longo caminho pela frente.

RC - Apesar de todo o sucesso das estratégias de controle de tabagismo, as taxas de experimentação por crianças e adolescentes ainda são altas, mesmo em países como o Brasil. O que mais precisa ser feito?

Primeiramente, como mencionei, é preciso um esforço maior para a proibição dos aditivos que dão cheiros e sabores adocicados aos cigarros. Além disso, é preciso compreender que a proibição pura e simples não costuma ser eficaz com crianças e adolescentes, principalmente quando essa vem de um adulto fumante, o que faz com que a criança questione a lógica por trás da proibição. Quanto menos estímulo ao cigarro houver no mundo adulto, menos estímulo haverá para as crianças.

RC - O marketing da indústria do tabaco tem centrado seus esforços em populações mais pobres. Como enfrentar esse desafio?

Com a evolução das campanhas educativas, o consumo de produtos derivados do tabaco migrou para as populações de renda mais baixa. Para esse grupo, o tabagismo, junto com outros comportamentos de risco, como alcoolismo e uso de drogas, está relacionado a uma forma de expressão de liberdade e emancipação. É preciso fazer mais estudos para compreender a melhor forma de chegar a essa população.

RC - O cigarro eletrônico tem provocado grande debate, mesmo entre profissionais envolvidos com o controle do tabagismo. Qual a sua opinião a respeito?

No mundo todo, os governos têm encarado essa questão de diversas formas. Alguns países, como é o caso do Brasil, decidiram proibir o cigarro eletrônico até que surjam mais evidências. Outros preferiram regular e até têm usado esses dispositivos como parte do tratamento de fumantes. A OMS preparou um material a respeito, e essa questão será discutida na próxima Conferência das Partes [encontro internacional realizado anualmente para discutir a implementação da CQCT] que será realizada em outubro em Moscou, na Rússia.

RC - Quais as evidências atuais sobre o cigarro eletrônico?

A comunidade científica está dividida. Há basicamente duas perspectivas em relação ao cigarro eletrônico. Em uma primeira, mais individualista, esse dispositivo pode ser usado como forma de tratamento quando outros métodos não conseguiram sucesso. Já em uma perspectiva mais populacional, há grande preocupação com a possibilidade, já observada, de jovens que começam a fumar por meio do cigarro eletrônico. Por isso levaremos essa questão para a próxima Conferência das Partes.

RC - Como a senhora avalia o cenário atual de controle do tabagismo no mundo?

Ainda há muitos e grandes desafios pela frente. Apesar disso, acredito que todos possam ser superados, porque contamos com o trabalho de muitas pessoas e instituições espalhadas pelo mundo. O INCA, por exemplo, tem desempenhado um trabalho espetacular na articulação de uma rede nacional e na América Latina para o controle do câncer. Espero que essa rede continue avançando da forma bonita que vem até esse momento. ■

capa

TRATAMENTOS ATUAIS TRAZEM BOAS PERSPECTIVAS PARA GERAR
UMA CRIANÇA, MESMO APÓS O CÂNCER

Em nome dos filhos

Aos 29 anos e ainda solteira, Alessandra Albuquerque descobriu que tinha câncer no colo do útero. “Eu sempre tive problemas ginecológicos, como sangramentos e infecções e, por isso, fazia o Papanicolaou [exame preventivo para o câncer de colo do útero] a cada quatro meses. Certa vez apareceu uma infecção, e o médico mandou tratar com pomada. Não parecia nada demais, mas no exame seguinte apareceu um carcinoma invasor [câncer invasivo]. Fui encaminhada para cirurgia

rapidamente. E depois iniciei a quimioterapia e a radioterapia”, relata. Na ocasião, mesmo diante da juventude da moça que não tinha filhos, nenhuma informação foi dada sobre as possíveis consequências do tratamento. “Ninguém me falou nada, eu não sabia se poderia congelar óvulos ou não. Só pensava em me livrar daquele mal, queria ficar boa”, lembra Alessandra.

Ela se curou e, aos 34 anos, casada, decidiu que já era hora de ser mãe.

Mas, após alguns exames, constatou que estava estéril. “Meu útero foi

Inabalável: Valkiria (à esq., ao lado da mãe) manteve a fé e, contrariando expectativas, deu à luz uma menina saudável



preservado, mas os ovários não funcionam mais. Eu teria que receber óvulos de outra mulher e isso eu não quero. Desejo uma criança com a minha genética. Agora, acho que só um milagre de Deus”, lamenta.

Nem sempre bem informados, jovens que passam pelo desafio de enfrentar um câncer não sabem que a radioterapia e alguns tipos de quimioterápicos podem causar infertilidade. De acordo com especialistas, os índices podem chegar a 50% para mulheres e a 70% para homens. Isso acontece na maioria dos casos em que os procedimentos são mais agressivos, como os empregados para tratar linfomas, leucemias e câncer de mama.

O coordenador-geral do Departamento de Reprodução Humana da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), Reginaldo Martello, explica por que a quimioterapia afeta a fertilidade: “As drogas utilizadas para combater as células cancerosas também são capazes de destruir as células germinativas.”

Quanto à radioterapia, o efeito pode se tornar ainda mais avassalador, se for realizada no baixo abdômen. Nos homens, as aplicações reduzem o número de células precursoras dos espermatozoides nos testículos, além de causar alterações nos mecanismos intratesticulares da espermatogênese (processo de formação dos espermatozoides), o que, na maioria dos casos, resulta em infertilidade temporária ou esterilidade (essa, permanente). Já nas mulheres, os danos são nos ovários – com chances até de esses órgãos serem destruídos, dependendo do tamanho e da localização do tumor. “Quando isso acontece, a produção de hormônios produzidos nos ovários é interrompida, e a mulher entra em menopausa precoce”, diz o médico.

DIFICULDADE DE DIAGNÓSTICO

A cabeleireira Valkiria Gomes, 37 anos, estava entrando no quarto mês de gestação quando notou um nódulo no seio. No início, pensou que poderia ser por conta dos hormônios da gravidez, mas mesmo assim agendou uma ida ao médico. Como não poderia fazer a mamografia, se submeteu a um ultrassom. O diagnóstico foi um nódulo aparentemente benigno. “Escutei que era falta de vitamina E”, recorda. O tempo passava e o tal caroço não parava de incomodar, até surgir outro bem ao lado. O histórico familiar era preocupante, pois, além de uma tia com câncer de mama, a mãe de Valkiria tinha acabado de descobrir que estava com a mesma doença.

Então com seis meses de gravidez e após ter passado por quatro médicos, foi confirmado um

“Foram duas sessões [de quimioterapia], ainda grávida. O médico disse que ela teria pouca imunidade por tudo que passamos, mas, até agora, com um ano e sete meses, só levei minha filha ao pediatra duas vezes, e foram consultas de rotina. Ela é uma criança esperta, gorduchinha e feliz. Apesar de tudo, mantive a calma e nunca perdi a fé”

VALKIRIA GOMES, cabeleireira

tumor maligno. “Lembro da minha médica falando que os hormônios da gravidez eram como vitamina para o câncer. Fiz a cirurgia para retirar o nódulo uma semana depois e em seguida comecei a quimioterapia. Foram duas sessões, ainda grávida”, conta.

Valkiria conseguiu esperar até o oitavo mês para dar à luz Daniella, que nasceu saudável, contrariando muitas expectativas. “O médico conversou comigo e disse que ela teria pouca imunidade por tudo que passamos, mas, até agora, com um ano e sete meses, só levei minha filha ao pediatra duas vezes, e foram consultas de rotina. Ela é uma criança esperta, gorduchinha e feliz. Apesar de tudo, mantive a calma e nunca perdi a fé”, afirma.

De acordo com especialistas, diagnosticar um câncer de mama durante a gravidez não é tarefa tão simples. A mama sofre alterações naturais (fica mais túrgida, densa e dolorida). O exame mais recomendado é a ultrassonografia, que não utiliza radiação ionizante.

GRAVIDEZ APÓS O TRATAMENTO

Solange Moraes Sanches, oncologista clínica do A.C. Camargo Cancer Center, alerta que a quimioterapia não pode ser administrada no primeiro trimestre da gravidez, pelo risco de aborto e malformações

“Utilizando-se os medicamentos adequados, nessa etapa [segundo e terceiro trimestres da gravidez], não se observa interferência no crescimento e desenvolvimento fetal, com os bebês nascendo sem complicações perinatais”

SOLANGE MORAES SANCHES, oncologista
clínica do A.C. Camargo Cancer Center

fetais. Já no segundo e terceiro trimestres há a possibilidade de aplicar determinados quimioterápicos que não interferem no desenvolvimento do bebê. “Utilizando-se os medicamentos adequados, nessa etapa, não se observa interferência no crescimento e desenvolvimento fetal, com os bebês nascendo sem maiores complicações perinatais”, explica.

A médica afirma que a gravidez, mesmo nos casos de tumores dependentes de hormônio, não aumenta o risco de recidiva do câncer. Deve ser respeitado o tempo para recuperação do organismo após a quimioterapia e haver orientação individualizada de acordo com a gravidade da doença e o risco de recidiva.

Embora o tempo ideal para tentar uma gravidez após o tratamento do câncer não seja bem definido, recomenda-se que não aconteça antes de seis a 12 meses, devido a possíveis efeitos tóxicos nos folículos em desenvolvimento. Geralmente, a indicação é de que aconteça dois ou três anos depois. “Em cânceres estrógeno positivos, a gravidez deveria ser evitada por até cinco anos, caso a mulher faça uso de hormonioterapia”, recomenda o ginecologista Olímpio Neto, do Hospital do Câncer III, do INCA.



Sonhos possíveis

A cada dia, a medicina oferece mais alternativas para quem deseja realizar o sonho de ter filhos. Para pacientes com câncer e que ainda não são mães ou pais, as clínicas oferecem a criopreservação (congelamento) de oócitos (células que dão origem ao óvulo) maduros ou imaturos, de tecido ovariano (um pequeno pedaço do ovário é retirado por meio de cirurgia e congelado) de embriões e de sêmen e tratamento com hormônio GnRH. Ao lado, conheça melhor cada método.

Em relação à radioterapia na região da pelve, que, na maioria das vezes, evolui com esterilidade, pela irradiação dos ovários, Solange Sanches faz um alerta: “Quando há necessidade de radioterapia na região pélvica e o tipo de tumor permite a preservação dos ovários, eles devem ser posicionados cirurgicamente fora do campo de ação da radioterapia”.

Olímpio Neto acrescenta que em meninas e adolescentes submetidas à radiação pélvica observa-se maior incidência de falência ovariana, e quando ocorre gravidez na fase adulta, maior incidência de bebês com baixo peso ao nascer, mas sem maior incidência de alterações cromossômicas ou defeitos congênitos.

Para tentar preservar a fertilidade em crianças com câncer, a alternativa é administrar doses menores de medicamentos, uma vez que esses pacientes apresentam melhor resposta frente aos tratamentos oncológicos.

OPÇÕES NO SUS

A adoção imediata da criopreservação de óvulos também já foi um problema para médicos e pacientes, pois, para realizá-la, as mulheres precisavam

esperar uma determinada fase do ciclo menstrual para fazer a estimulação ovariana e atrasavam o começo do tratamento oncológico. Segundo o especialista Rodolfo Salvato, membro da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, hoje já existem métodos bastante eficazes que favorecem o processo de estimulação ovariana, sendo possível fazer o bloqueio do ciclo em apenas três dias e iniciar a criopreservação, que demora, em média, 12 dias. “Essa era uma discussão antiga, mas começamos a questionar se o atraso de 20 dias [prazo em que a paciente já estaria pronta para colher os óvulos] comprometeria tanto o tratamento do câncer”, pondera.

Na rede pública de saúde, os métodos mais modernos para preservação da fertilidade não estão disponíveis como rotina, mas algumas instituições universitárias que atendem pacientes do SUS oferecem esses serviços. Uma delas é o Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Lá é oferecida aos pacientes que vão se submeter a tratamentos contra o câncer a possibilidade de criopreservação de sêmen e de óvulos. ■

CRIOPRESERVAÇÃO DE EMBRIÕES *Até o momento, é considerada pelos especialistas a melhor alternativa. A taxa de nascimentos por embrião descongelado transferido vão de 18% a 20%. É necessária a técnica de fertilização in vitro e a participação de um parceiro.*

CRIOPRESERVAÇÃO DE OÓCITOS MADUROS *É mais difícil preservar óvulos do que sêmen ou embriões, devido à sensibilidade deles às baixas temperaturas e aos crioprotetores (substâncias usadas para o congelamento). Além disso, pacientes com câncer podem não ter mais de uma oportunidade para coletar óvulos antes de iniciar o tratamento contra a doença. O ciclo de hiperestimulação requer algumas semanas.*

CRIOPRESERVAÇÃO DE OÓCITOS IMATUROS *Uma alternativa para quando não há tempo para a estimulação ovariana. Os óvulos são coletados na fase em que os folículos estão com cerca de 10 mm de diâmetro. A criopreservação pode ser feita nestas células ou após sua maturação in vitro (processo de amadurecimento dos óvulos no laboratório).*

USO DO ANÁLOGO GnRH *Ainda não há estudos definitivos sobre a eficácia dessa técnica. É o emprego de um hormônio que deixa o ovário “em repouso” e, dessa forma, o preserva. O processo deve começar ao menos 10 dias antes do primeiro ciclo da quimioterapia. A aplicação da substância deveria continuar enquanto durar a quimioterapia. Embora existam estudos que mostrem efeitos positivos na preservação da fertilidade, não se pode afirmar que é a alternativa mais segura.*

CRIOPRESERVAÇÃO DE TECIDO OVARIANO *Essa técnica considera que os folículos primordiais (imaturos) do córtex ovariano seriam mais resistentes ao dano da criopreservação do que óvulos maduros, por conta de os primeiros apresentarem um metabolismo relativamente inativo. É a única alternativa disponível para meninas pré-púberes que receberão tratamento químico ou radioterápico.*

CRIOPRESERVAÇÃO DE SÊMEN *O paciente colhe em média três amostras, e os espermatozoides são mantidos em uma temperatura de 196°C negativos, após colocados em uma solução que os protege dos danos que o congelamento pode causar. Nesta temperatura a sua sobrevivência é praticamente ilimitada. A utilização é por meio de inseminação (colocação direta do sêmen descongelado no útero da parceira no período da ovulação).*

Social

ARTISTAS APOIAM CAMPANHAS QUE AJUDAM A PREVENIR O CÂNCER E A DIMINUIR A DOR CAUSADA PELA DOENÇA

Fama e voluntariado

Não é de hoje que o voluntariado é uma força extra para quem enfrenta o câncer, e o apoio contra a doença pode começar mesmo sem ela existir. As campanhas de prevenção são um bom exemplo. Mas como conscientizar um público que nunca viveu de perto essa dor, que goza de saúde plena e não viu nenhum familiar atingido por esse mal? “Sempre buscamos utilizar artistas em nossas campanhas, principalmente quando queremos impactar o público leigo. Não é fácil atrair a atenção das pessoas que não têm câncer para esse assunto. O artista faz com que elas tenham mais interesse na mensagem que queremos passar”, explica a diretora institucional da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), Carolina Cohen.

Segundo Carolina, a participação de celebridades também ajuda a garantir o interesse da mídia e a divulgação na imprensa, fazendo com que a mensagem seja levada para um número maior de pessoas. O garoto-propaganda da instituição é o ator Reynaldo Giannechini, mas outros famosos já colaboraram, como Drica Moraes (os dois, pacientes de câncer), Matheus Solano, Tony Ramos e Lima Duarte.

O relações-públicas da Divisão de Comunicação Social do INCA Marcos Vieira destaca o engajamento de artistas sem nenhuma ligação com a doença em causas que favorecem a prevenção do câncer.

“Em várias de nossas campanhas procuramos a parceria de famosos, todos voluntários, pessoas que venceram na vida, que representam o povo



“Nunca tive câncer, mas não seria por isso que me negaria a colocar minha imagem em uma campanha para combater a doença. Eu fiquei feliz em ajudar. Pude notar o efeito que a campanha causou quando encontrava as pessoas depois de apresentações que eu fazia no teatro, e as mulheres me agradeciam. Elas falavam que mudaram um pouco o modo de pensar depois que eu chamei a atenção para o autocuidado no câncer de mama. Só de escutar isso, já valeu a pena ter participado”

Zezé Motta,
cantora e atriz



Deison Silveira/AgNews

“Sinto-me muito honrada quando me convidam para participar de eventos e campanhas em prol do Hospital do Câncer Dr. Arnaldo, de São Paulo. Já fui Mamãe Noel para as crianças da Amicca [Amigos da Infância com Câncer], fui noiva em festa junina, visitei enfermarias no hospital, desfilei em evento para arrecadar fundos para outras instituições... E sempre que me chamarem, estarei disposta e de coração aberto a ajudar. Que privilégio ser escolhida por eles e poder levar um pouco de alegria a essas pessoas que já têm um dia a dia tão sofrido. Eu me emociono com as histórias, sou solidária com os familiares e vibro com os pacientes a cada melhora. Saio de lá sempre muito grata a Deus por tudo e a eles por tanto amor que recebo”

Susana Vieira, atriz

“Em 2006, fui procurado pelo INCA para um evento de doação de sangue, na época do carnaval, quando o estoque cai drasticamente. Isso me sensibilizou e, quando visitei o hospital, vi o quanto era importante a minha participação. Procurei a Mangueira, que imediatamente também aderiu, e fizemos o Bloco da Solidariedade. Foi ótimo. A partir daí me transformei em padrinho do evento “Ação Nacional de Doação de Sangue” e todos os anos marco ponto fazendo esta chamada. Sem dúvida, somos formadores de opinião, chamamos a atenção das pessoas e, quando participamos dessas campanhas temos a possibilidade de atrair as pessoas comuns. Sempre que solicitado, participo graciosamente de propagandas e comerciais de cunho social”

Carlinhos de Jesus, dançarino e coreógrafo



Globo/Estevam Avellar

“Não tenho um caso sequer de câncer na minha família. Acho até que isso é raro. Quando fui convidada pelo Ministério da Saúde para fazer a campanha de prevenção do câncer de mama, aceitei na hora. Acho que foi a primeira grande campanha sobre esse assunto e a primeira vez que uma atriz aparecia de peito nu ensinando a fazer o autoexame. Lembro que não opinei sobre nada, fiz somente o que me pediram. A Dina Sfat tinha morrido há pouco tempo e aquilo me marcou muito. Por infeliz coincidência, ela morreu de câncer de mama”

Cássia Kis Magro, atriz



brasileiro e sua alegria, sua vontade de lutar e nunca desistir. São pessoas dispostas a se entregar por uma causa, sem pedir nada em troca, porque não precisam. Já conquistaram seu lugar no coração do povo e, agora, estão devolvendo um pouco do amor que damos a eles”, enfatiza.

Entre os muitos nomes que apoiam as iniciativas do Instituto, destacam-se a atriz e cantora Zezé Motta, desde 2012 madrinha do Outubro Rosa, o mês de conscientização pela detecção precoce do câncer de mama; Cissa Guimarães, madrinha da campanha de doação de medula óssea, desde 2004; Carlinhos de Jesus e Ana Botafogo, padrinhos da campanha de doação de sangue no período de carnaval, desde 2005, chamada de Bloco da Solidariedade.

Marcos conta como foi a escolha de Zezé. “Um dos critérios foi a idade. Na época, ela tinha 68 anos e estava dentro da faixa prioritária para o rastreamento do câncer de mama. Um dos principais fatores de risco para o câncer de mama, além de ser mulher, é envelhecer. Por isso, é preciso chamar a atenção das mulheres entre 50 e 69 anos, faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos da mamografia é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Poderíamos ter escolhido qualquer mulher que se encaixasse nesse critério, mas queríamos uma com uma história de sucesso, que se ama e se cuida, alguém com quem qualquer brasileira pudesse se identificar e se inspirar”, relata.

Há outros exemplos da força da mídia no controle do câncer. A repercussão do tema “doação de medula óssea” na novela *Laços de Família*, em 2001, fez com que o número de doadores cadastrados nos hemocentros fluminenses quadruplicasse. Se antes da campanha cerca de dez pessoas eram inscritas semanalmente no Registro de Doadores de Medula Óssea (Redome) pelo Rio, a média naquele ano passou a ser de 40 registros por semana.

A Campanha Nacional de Doação de Medula Óssea do INCA, com Cissa Guimarães como madrinha, foi lançada em junho de 2004. Em pouco mais de quatro meses, conseguiu ampliar em cerca de 30% o número de cadastros no Redome, que passou de 64 mil para cerca de 85 mil doadores. Atualmente, já são mais de 3,2 milhões de voluntários cadastrados. “Quando um famoso associa sua imagem a uma campanha, a uma instituição ou até mesmo a um produto, ele empresta sua credibilidade e quer o mesmo do parceiro. O público sabe disso e reforça sua confiança. É uma troca que beneficia todos, mas especialmente aqueles a quem precisamos levar a informação”, diz Marcos. ■

“Fui madrinha da campanha para vacinação contra o HPV (papilomavírus humano), em Itu, São Paulo. Foi a primeira cidade brasileira a tomar essa iniciativa.

Eu estava na novela *Passione*, então com 19 anos. Nunca desejei associar o meu nome a nenhuma campanha política, mas participar de uma causa como essa me deixou muito feliz. O HPV é um dos principais causadores do câncer do colo do útero, e lembro que tomei a vacina de prevenção, mas era muito cara. Eu sabia que as adolescentes precisavam, mas nem todas teriam dinheiro nem esclarecimento sobre a importância desse ato. Eu participaria de novo e faço tudo o que posso para ajudar”

Bianca Bin, atriz





Identificadas mutações relacionadas com tumor de Wilms

A edição de junho da revista *Nature Communications* divulgou estudo de pesquisadores do A.C.Camargo Cancer Center em que identificam um conjunto de mutações relacionado ao desenvolvimento do tumor de Wilms – neoplasia renal mais frequente em crianças.

A descoberta abre caminho para o desenvolvimento de novas terapias e métodos para diagnosticar a doença mais precocemente.

Antes do estudo da equipe do A.C.Camargo, mutações genéticas relevantes haviam sido identificadas em 30% dos tumores de Wilms pesquisados. Com o objetivo de encontrar novas mutações somáticas (presentes apenas no tumor, e não nas linhagens germinativas dos pacientes) relacionadas à doença, o grupo realizou o sequenciamento completo do exoma (parte do genoma onde estão os genes codificadores de proteínas) do tumor de um paciente atendido no hospital.

Atualmente, o diagnóstico só é possível quando já existe uma massa tumoral palpável. Se forem encontrados meios para identificar a neoplasia em uma etapa mais inicial, a intensidade do tratamento e dos efeitos colaterais poderá ser significativamente reduzida.

Os achados abrem perspectivas para estudos que podem levar ao desenvolvimento de novas terapias, pois foi identificada uma via celular extremamente importante e frequentemente alterada em tumores de Wilms.

Pronon tem novas regras

Foram redefinidas as regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e também do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD). As novas regras constam da Portaria nº 1.550/2014, publicada no *Diário Oficial da União* de 30 de julho. O Pronon tem a finalidade de captar e canalizar recursos para ações de prevenção e combate ao câncer, como promoção da informação, pesquisa, rastreamento, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos e reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas.

O programa será implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção oncológica desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer.

Procuram-se projetos de políticas informadas por evidências

Estão abertas até 17 de outubro as inscrições para a Chamada pública de apoio a projetos para políticas informadas por evidências

para o fortalecimento do SUS, no âmbito da Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet).

As instituições podem inscrever propostas para receber até R\$ 40 mil.

Os produtos deverão ser desenvolvidos com base nas ferramentas Support (metodologia adotada pela EVIPNet), no prazo de 12 meses, prorrogáveis por mais seis meses. As inscrições devem ser feitas no endereço eletrônico <http://portal2.saude.gov.br/sisct>. Outras informações: chamadaevipnet@saude.gov.br ou pelos telefones (61) 3410-4144/4177.



Medicamento hormonal impede progressão do câncer de próstata

Um inibidor hormonal de uso oral impediu a progressão do câncer de próstata, segundo pesquisa publicada pela revista *New England Journal of Medicine*. A enzalutamida foi ingerida uma vez por dia após falha a tratamento com quimioterapia.

O estudo avaliou 1.717 pacientes com câncer de próstata já com doença avançada (com metástases) que receberam a enzalutamida ou placebo – comprimido sem o princípio ativo.

Após 12 meses, 65% dos pacientes que tinham usado o medicamento não tiveram piora do câncer nos exames radiológicos dos ossos, enquanto somente 14% daqueles que usam placebo tiveram a mesma evolução.

Um total de 626 pacientes (72%) no grupo que usou enzalutamida, comparado a 532 (63%) no grupo placebo, estavam vivos (quase 30% na redução da mortalidade).

Outros resultados positivos foram descritos entre os que utilizaram o remédio, como redução do tempo para ocorrência de problemas ósseos, a exemplo de fratura e dor, e para necessidade de iniciar quimioterapia.



Unidade de referência para transplante de medula óssea no DF

A Região Centro-Oeste conta agora com sua primeira unidade de transplante de medula óssea. A Unidade Pietro Albuquerque, sediada no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), é uma das maiores do País, com tratamento pelo SUS, e foi inaugurada em junho. O serviço tem 27 leitos de internação, e 12 de hospital-dia (internação parcial), consultório, coleta de células-tronco e sala de apoio aos acompanhantes.

Para Rinc, câncer do colo do útero deve ser priorizado

Os coordenadores das redes e dos grupos técnicos do Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS) se reuniram com a Presidência *Pro Tempore* da entidade em julho, no Rio de Janeiro, para avaliar o Plano Quinquenal 2010-2015 do Conselho de Ministros e discutir as prioridades e os resultados alcançados.

A Rede de Institutos Nacionais de Câncer da União das Nações Sul-Americanas (Rinc/Unasul) propôs que a prevenção e o controle do câncer do colo do útero sejam declarados prioridades para a região na próxima reunião do CSS, prevista para o dia 22 de setembro, em Montevidéu, no Uruguai. Outros pontos centrais da agenda foram a necessidade de se aprofundar nas questões sobre as regras de relacionamento com terceiros e o financiamento de projetos.





assistência

FORMAÇÃO DE MASTOLOGISTAS EM TÉCNICAS DE CIRURGIAS ONCOPLÁSTICAS PODE FÁCILITAR ACESSO À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA NO SUS

Novos construtores de autoestima

A reconstrução mamária imediata após a mastectomia (remoção completa da mama) pode amenizar o impacto causado por esse tipo de câncer. A Lei nº 12.802/2013 determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) realize a cirurgia reparadora em mulheres que retiraram a mama devido a um câncer e que tenham condições clínicas para isso. No entanto, menos de 10% das pacientes brasileiras mastectomizadas têm acesso à reconstrução mamária imediata pelo SUS. O principal motivo para a reconstrução tardia é a falta de profissionais habilitados para este tipo de cirurgia. A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) vem colaborando para a capacitação de mastologistas com técnicas de reconstrução cirúrgica da mama, e fechou convênio com instituições da rede pública para que um maior número de mulheres seja atendido.

O programa de aperfeiçoamento de educação continuada (teórico e prático) para cirurgias de reconstrução mamária promovido pela SBM teve início no Distrito Federal, no ano passado, e em 2015 deve chegar a Goiânia (GO). O convênio foi fechado com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, por meio da Escola Superior de Ciências da Saúde, e a capacitação, realizada no Hospital de Base de Brasília. O projeto tem custo pago pela instituição que pleiteia a realização do curso. A cirurgiã mastologista Fernanda Salum, que à época presidia a regional da SBM no DF, explica: “Logicamente, existe um custo para o curso, pois os professores são colegas de renome em construção mamária de diversas partes do Brasil. Assim, a instituição arca

com honorários dos médicos, passagens, estadia e alimentação, entre outras despesas”.

Fernanda Salum explica que a tendência no Brasil e no mundo é que o mesmo médico que faz a retirada do tumor também realize a plástica reparadora. “Quem faz o tratamento cirúrgico pode ser o cirurgião oncológico ou o mastologista. No Brasil 90% dos casos são tratados pelo mastologista”, explicou. O treinamento proposto proporciona tratamentos cirúrgicos contra o câncer de mama com resultados estéticos satisfatórios, visando também cumprir a lei sancionada em abril de 2013.

Na capacitação organizada pela SBM, os alunos tiveram aula com cerca de 30 professores, durante onze meses, na modalidade conhecida como “*hands on*”, ou seja, mão na massa. Aulas teóricas pela manhã e práticas na parte da tarde. Nove médicos participaram, o que possibilitou o atendimento de 61 pacientes. Algumas foram operadas mais de uma vez, já que há casos em que são necessárias duas ou três cirurgias para completar o tratamento. Em todas as salas havia um professor acompanhando e orientando os alunos.

Para que os médicos participassem da formação, havia a exigência, pela Secretaria de Saúde, de que fossem servidores públicos, e, por parte da SBM, que tivessem o título de especialista conferido pela sociedade. O curso teve 10 módulos com um total de 200 horas. Os participantes foram certificados pela SBM nacional, e o que se espera agora é que cada um dos profissionais treinados possa se tornar um multiplicador.

Várias técnicas de reconstrução foram ensinadas e utilizadas conforme a necessidade da paciente, como: reconstrução com retalho do músculo grande dorsal, reconstrução com retalho reto abdominal, reconstrução com implante de silicone, reconstrução com expansores teciduais seguido do uso do implante de silicone, mamoplastia de simetrização, mamoplastias de pedículo inferior, superior e medial, entre outras.

MAIS MÉDICOS SERÃO TREINADOS

A iniciativa foi bem-sucedida e a SBM nacional adianta que deve iniciar uma nova turma do programa de aperfeiçoamento em janeiro ou fevereiro de 2015, em Goiânia, em parceria com o Hospital Araújo Jorge, unidade de saúde privada e filantrópica, que atende também a pacientes pelo SUS.

O diretor da Comissão de Oncoplástica da Sociedade Brasileira de Mastologia, Cícero Urban, explica que esses cursos são de aperfeiçoamento e de atualização que visam exatamente melhorar a reconstrução mamária no Brasil. “Os índices de reconstrução imediata [realizada no mesmo tempo cirúrgico em que ocorre a retirada total ou parcial da mama] são muito baixos no nosso país, apesar de termos uma legislação específica que prevê isso”. Dados do Datasus revelam que menos de 10% das pacientes brasileiras que passaram por mastectomia têm acesso à cirurgia plástica reparadora imediata. Segundo Urban, isso não ocorre apenas em determinadas regiões do Brasil. Ele reforça que a SBM tem dado apoio com as formações, porque entende que esta é uma demanda e uma necessidade das pacientes. “O número de profissionais dedicados à reconstrução mamária ainda é insuficiente”, lamenta.

Cícero Urban tem uma expectativa positiva quanto à mudança desse quadro. “O que se espera é que no futuro exista uma melhora tanto nos índices de reconstrução mamária no Brasil, quanto na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama.”

A cirurgiã mastologista Carolina Miranda, que trabalha no Hospital de Brasília e atualmente preside a regional da SBM no Distrito Federal, fez parte da turma treinada pela Sociedade e relata que o curso teve um impacto muito grande na sua vida. “Estávamos acostumados a fazer cirurgias tradicionais de câncer de mama, sem aquele olhar estético. Um curso de oncoplástica muda essa visão com um planejamento melhor do procedimento cirúrgico, para tentar preservar o máximo de tecido mamário com as menores cicatrizes, a fim de obter melhor resultado estético”.

Carolina e os colegas do Hospital de Base que participaram do curso já estão colocando o aprendizado em prática, ou seja, já estão operando as

pacientes com cirurgias oncoplásticas reconstrutivas. “Os professores puderam passar sua experiência e nós, que já tínhamos experiência com cirurgia mamária, adquirimos conhecimento de novas técnicas cirúrgicas para preservar melhor a mama e reduzir os riscos”.

É importante ressaltar que a cirurgia plástica reparadora de mama imediata só é possível em pacientes que tenham condições clínicas de passar pelo tratamento. “Pacientes tabagistas e com muitas comorbidades, às vezes, impossibilitam uma reconstrução imediata e não estão indicadas para uma operação que vai durar muitas horas”. O tempo na mesa de cirurgia depende do tipo de reconstrução. “As reconstruções que envolvem retalhos cutâneos, do dorso ou do abdômen demoram um pouco mais. Há técnicas que podem ser feitas em torno de seis horas e algumas em até oito horas. Em geral, as cirurgias de reconstrução com prótese são mais rápidas, em torno de quatro horas”, compara Carolina.

INCA JÁ CUMPRE LEI

O INCA já realiza as cirurgias reconstrutivas imediatas de mama em pacientes que têm condições clínicas para passar pelo procedimento. O diretor de Divisão Médica do HC III, unidade assistencial exclusiva para tratamento do câncer de mama, o cirurgião oncológico e mastologista Rodrigo Motta de Carvalho, reforça que o tratamento do câncer é multidisciplinar. “O planejamento da linha de cuidado da paciente deve ser integrado. O que percebemos hoje em dia é que a ‘departamentalização’ – modelo de organização ainda predominante em serviços de saúde – dificulta um pouco essa integração. A iniciativa da SBM me parece que vai contribuir no sentido de mostrar uma lacuna que ainda dificulta o cuidado integral da paciente”, observa.

O médico explica que nem todas as mulheres podem fazer a reconstrução imediata após a retirada da mama. “Do ponto de vista oncológico, há pacientes que têm tumores localmente avançados e isso é uma realidade bastante comum no Brasil. A paciente que chega em estágio avançado da doença, o chamado estágio III, normalmente não será uma boa candidata à cirurgia de reconstrução imediata. “Além da retirada do tumor, ela terá que fazer quimioterapia e radioterapia”, esclarece Motta. Cerca de 30% das 1.200 pacientes matriculadas por ano no HC III chegam com a doença no estágio III.

Também ficam excluídas da reconstrução imediata pacientes com tumor nos estádios I ou II, mas que apresentam condições clínicas adversas, como obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes ou que são tabagistas.

“Os índices de reconstrução imediata [realizada no mesmo tempo cirúrgico em que ocorre a retirada total ou parcial da mama] são muito baixos no nosso país, apesar de termos uma legislação específica que prevê isso”

CÍCERO URBAN, diretor da Comissão de Oncoplástica da SBM

Motta sustenta que no mundo inteiro há aumento das indicações de cirurgias conservadoras, aquelas em que o tumor é retirado com margem de segurança, mas preservando ao máximo o tecido mamário saudável, e na mesma cirurgia é combinada uma mamoplastia. “Preferimos optar por intervenções que preservem a mama combinadas com uma técnica de plástica para fazer os ajustes de contorno mamário visando importantes ganhos estéticos”. Nos casos de retirada parcial são utilizados os retalhos da própria mama na reconstrução. “Tudo depende do tamanho do tumor e do tamanho da mama. É uma relação”, observa Motta.

Nos casos de mastectomia radical (retirada total da mama), a opção preferível para a reconstrução é com o uso de expansor tecidual e implante de silicone. “Atualmente, procura-se evitar reconstrução com retalhos musculares, porque o pós-operatório é bem mais complexo e os riscos da cirurgia e de complicações são maiores. As técnicas vão depender de cada caso, e o que observamos é que a cada dia os procedimentos vão se tornando cada vez mais personalizados.” Motta esclarece ainda que apesar de se chamar reconstrução imediata, na maioria dos casos, a técnica implica duas ou três intervenções cirúrgicas.

Ao longo de 2013, houve um mutirão no HC III para dar atendimento a pacientes que aguardavam cirurgia de reconstrução pós-mastectomia: 175 pacientes foram beneficiadas. Outras 196 mulheres fizeram a reconstrução imediata no mesmo período.

Este ano já foram realizadas 124 reconstruções imediatas e 99 tardias. Há pacientes do HC III que não apresentam condições clínicas para uma intervenção imediata ou que optam por realizar a

reconstrução em outro momento. “Não faltam vagas nem especialistas”, esclarece Rodrigo Motta. “Essas pacientes farão a reconstrução tão logo estejam liberadas para tal”, completa o diretor médico da unidade. O especialista pondera que a questão da reconstrução imediata vai além da legislação. “A lei perpassa condições clínicas e da própria doença, ou seja, a paciente pode estar numa situação clínica que contraindica a reconstrução imediata, e nesses casos, a lei não poderá ser atendida”.

RECONQUISTA DA CONFIANÇA

Para a mulher, os seios são um dos maiores símbolos da feminilidade e estão ligados à sexualidade e à maternidade. Sua remoção, devido a um câncer, sempre traz reflexos psicológicos. A psicóloga Márcia Regina Costa, que atua no HC III e acompanha inúmeras pacientes, confirma que a reconstrução é importante para que a mulher recupere sua autoestima, mas explica que isso envolve todo um processo.

“O que percebemos, em inúmeras pacientes, é que a reconstrução não vai substituir a mama original, em termos de sensações e de percepção da própria mama. Porque, mesmo com a reconstrução imediata, não é a mama do mesmo jeito. É preciso tempo para que a mulher se habitue. E embora o corpo dela não esteja sem a mama – e, de acordo com a técnica usada, tenha algum volume –, não é a mesma coisa. Ela vai olhar e não vai ver a mesma coisa. Ainda assim, para a mulher que pode fazer a reconstrução imediata, isso é muito significativo, até porque ela se constitui pelo olhar do outro”, analisa.

A psicóloga conta que muitas pacientes se queixam de que saem à rua e as pessoas olham direto para sua mama. “Na percepção delas, as pessoas vão olhar pra esse vazio que ela vê e supõe que os outros também veem. Se ela faz a reconstrução, ela sabe que tem algo diferente no corpo, mas não necessariamente qualquer outra pessoa vai perceber. Ela tem como velar esse olhar do outro. Mas é um processo de elaboração durante todo o tempo”, diz Márcia.

Na opinião da especialista, a reconstrução da mama é muito importante e independe da idade da paciente. “Depende muito mais de como a mulher se vê, de como ela está no mundo. Até porque, vivemos num mundo que valoriza o belo, o corpo formoso, e nos últimos tempos uma grande parcela das mulheres está colocando silicone. Já a paciente está retirando uma parte importante do seu corpo. Para essa mulher, muitas coisas estão em jogo na questão da mastectomia sem a reconstrução imediata”, defende. ■

INCA, centro de excelência internacional

O INCA é um dos cinco hospitais cariocas com excelência internacional, uma das 26 instituições de saúde brasileiras apontadas como centros mundiais de excelência e inclui-se entre as 560 que obtiveram a mais importante acreditação internacional do planeta, certificada pela Joint Commission International (JCI). O diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, lembrou que o Instituto foi pioneiro em inovação tecnológica, como o uso do bisturi elétrico, e se prepara para uma nova avaliação da JCI com a finalidade de renovar o seu certificado. “A incorporação de avanços é uma característica histórica”, ressaltou.

Homenagem ao pioneiro no congelamento de sangue do cordão umbilical

O médico chileno e diretor do Programa Nacional de Sangue do Cordão do New York Blood Center (NYBC), Pablo Rubinstein, foi homenageado pelo INCA por seu importante papel na ciência e na saúde.

Pioneiro no congelamento de células do sangue do cordão umbilical, Rubinstein desenvolveu essa técnica para formar um banco internacional de armazenamento e busca por doadores não aparentados, aumentando assim as chances de localização de doadores. O médico também foi o consultor para a implantação do Banco Público de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) do INCA.

Congresso de Farmácia Hospitalar em Oncologia

O INCA promove, de 30 de outubro a 1º de novembro, o *IV Congresso de Farmácia Hospitalar em Oncologia: Desafios e Perspectivas em Ensino, Pesquisa e Assistência*. A palestra de abertura será *Políticas públicas e o impacto da incorporação de novas tecnologias em Oncologia – avaliação dos benefícios clínicos frente ao cenário econômico*.

A programação, na sexta-feira e no sábado, inclui palestras sobre o farmacêutico na prevenção de erros de medicação, as particularidades da farmacovigilância no cuidado ao paciente oncológico e a contribuição do profissional para o desenvolvimento da pesquisa básica, clínica e translacional. Também haverá mesas-redondas sobre ações que colaboram para a segurança do paciente e cuidados paliativos e assistência domiciliar como parte da terapia oncológica, entre outros temas.

Rubinstein recebe a homenagem do ex-paciente do Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo) André Lucas Cardoso (acompanhado da mãe, Vanessa) e do diretor da unidade, Luis Fernando Bouzas





INCAvoluntário em simpósio sobre câncer de mama no Peru

A supervisora da Área de Ações Voluntárias (INCAvoluntário), Angélica Nasser, participou do *I Simposio para Paciente con Cáncer de Mama*, que aconteceu em agosto, no Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Inen), em Lima, Peru. Angélica levou a experiência do voluntariado desenvolvida no INCA à abordagem inter e multidisciplinar do tratamento do câncer de mama. O simpósio abordou os aspectos emocionais e médicos enfrentados pelas pacientes, como medos, informação, etapas do tratamento, alimentação e a vida após o câncer.

Mais pesquisas sobre câncer de pele em crianças

O trabalho multiprofissional do INCA no tratamento do câncer de pele em crianças foi relatado em artigo nos *Anais Brasileiros de Dermatologia*.

O estudo mostra os percentuais de casos benignos e malignos num grupo de 102 crianças que tiveram os prontuários revisados. Entre as diagnosticadas com melanoma, a relação entre os sexos masculino e feminino foi de 50%, e as idades variaram de 8 meses a 15 anos, com média de 7,7 anos.

O trabalho conclui que não existe um protocolo específico de lesões melanocíticas em crianças, ou seja, o tratamento é feito da mesma forma que em adultos.

Isso significa que pesquisas mais específicas devem ser realizadas.

O risco da desinformação

O artigo *Caem mitos sobre o câncer e comida*, de Goerge Johnson, publicado no *New York Times* e reproduzido no Brasil pela *Folha de São Paulo*, mostra que o consumo de certos alimentos e a prevenção do câncer ainda é tema muito controverso. O nutricionista Fabio Gomes (foto), da unidade técnica de Alimentação, Nutrição e Câncer do INCA, discorda de muitas posições do artigo, que caminha na contramão de importantes descobertas feitas nas últimas décadas.

Por exemplo, no que se refere a carnes processadas, como hambúrgueres e salsichas, não só aumentam as evidências de câncer no intestino, como surgem indícios da relação do



consumo desses alimentos com tumores cerebrais e leucemias na infância. Para Fabio Gomes, ainda vai levar tempo para as pessoas começarem a acreditar nessas evidências.

Por isso, os estudos precisam continuar.

personagem

VIGILANTE COMEÇA A CANTAR PARA ALIVIAR TRATAMENTO CONTRA CÂNCER DE MAMA E É DESCOBERTA POR GRAVADORA GOSPEL

Essa voz tamanha

Durante um exame preventivo, no dia 14 de outubro de 2010, a então vigilante patrimonial Alessandra Zecchini descobriu que tinha um nódulo sólido no seio direito. Ela não estava no consultório fazendo exames de rotina, mas sim participando de uma campanha anual que visa à detecção precoce do câncer de mama, conhecida como Outubro Rosa, na sua cidade natal, Venda Nova do Imigrante, Espírito Santo. Temerosa, logo foi procurar seu médico particular e escutou o que ninguém quer ouvir: “Seu exame deu um probleminha, mas eu vou fazer o possível para cuidar de você”. As palavras carinhosas do profissional não amenizaram o sentimento que a dominou imediatamente. “A primeira coisa que passou pela minha cabeça foi que eu iria morrer e deixar minhas crianças sem criá-las”, lembra.

Na época, Alessandra tinha 31 anos e três filhas. Ela não se enquadrava em nenhum fator de risco para a doença. Na sua família, não havia um caso sequer de câncer de mama ou de qualquer outro tipo. A cirurgia para remover o nódulo foi realizada 20 dias após receber o diagnóstico de que “o probleminha”, na verdade, era um tumor maligno. A moça, então, dava o primeiro passo para o tratamento. “Eu fiz cirurgia conservadora (quadrantectomia, na qual se retira apenas o quadrante – ou seja, um quarto da mama – afetado pela doença), oito sessões de quimioterapia e 30 de radioterapia. A quimioterapia durou seis meses; tinha mês que fazia duas sessões. E fiz radioterapia ao longo de 45 dias”, relata.



A doença não trouxe só acontecimentos tristes, como a perda do cabelo e o inchaço que fez Alessandra engordar 22 quilos. Evangélica, ela começou a exercitar ainda mais a sua fé. “A cirurgia foi no dia 17 de janeiro de 2011. Saí de casa preparada psicologicamente para perder toda a mama direita, mas ao chegar ao centro cirúrgico, enquanto aguardava a chegada do dr. Alberto Meireles, meu mastologista, prometi a Deus que se Ele fizesse um milagre na minha vida e eu não perdesse minha mama, por onde eu andasse contaria minha história para ajudar as pacientes que estão no início dessa luta. E o milagre aconteceu! Não perdi minha mama, perdi apenas parte dela”, agradece.

O exercício da fé foi o ponto de partida para Alessandra eleger o canto como forma de terapia. A relação com a música já era antiga. Quando mais jovem, era fã da cantora gospel Cassiane, e foram exatamente as músicas dela que Alessandra começou a cantar durante o período em que se tratava. “Eu não quis fazer tratamento psicológico, comecei a cantar pra valer mesmo. Quando meu esposo percebeu que eu tinha voz boa para gravar, me deu de presente uma caixa de som e um microfone profissional. Depois, passei a cantar na minha igreja”, lembra.

Não demorou muito para que mais pessoas admirassem seu talento. “Eu tinha um amigo em comum com o produtor musical Junior Falcão e fui convidada a fazer um teste na gravadora Audiomídia. Quando contei a minha história (que era paciente de câncer) e estava em tratamento, o Junior se comoveu e produziu meu CD com custos baixos, para que eu pudesse ter condições de gravar”, revela. Mesmo sem muita promoção, Alessandra já vendeu 700 CDs.

FÉ EM DEUS E NA MEDICINA

E foi através da música que ela viu sua vida mudar mais uma vez. “Quando falo tudo o que aconteceu comigo e vejo as pessoas se emocionando, me sinto como um milagre de Deus, e a minha inspiração para cantar vem Dele. Muitos amigos que começaram a luta contra o câncer comigo já faleceram. Eu, além de estar viva, me tornei cantora e compositora. É um acontecimento maravilhoso”, festeja. Ela escolheu como título do CD *Minha cura*, para homenagear aqueles que ainda estão na batalha contra a doença.

A cantora ainda não faz shows fora das igrejas evangélicas porque procura um empresário para cuidar de sua carreira. Cumprindo a promessa que fez antes de sua cirurgia, ela visita clínicas de recuperação



Com o primeiro CD lançado, Alessandra (no detalhe, durante o tratamento oncológico) espera apresentar-se além das igrejas evangélicas

para dependentes químicos, dá palestras em unidades de saúde e também participa da abertura do Outubro Rosa de sua cidade, a mesma campanha que acabou revelando sua doença. “Sempre que for convidada para falar sobre a minha experiência com o câncer, estou disposta a ir”, comenta.

Hoje, aos 34 anos, a luta pela saúde continua: “Tenho diabetes, faço controle. Tenho gordura no fígado, faço dieta. E vou ao oncologista a cada três meses para pegar receitas e fazer exames. Não recebi alta ainda, mas acredito que já estou curada pela fé”.

Um ano e meio depois da cirurgia, Alessandra retirou os ovários como prevenção. Os planos da moça vão além da carreira musical. Ela voltou a estudar para completar o ensino médio e pretende cursar faculdade de Letras. Para quem está começando o tratamento contra o câncer, ela deixa um recado: “Não perca a fé em Deus, acima de tudo, e confie também no seu médico, ele saberá fazer o melhor para você. Apegue-se a pessoas positivas que te põem para cima, afaste-se de tudo o que te faz sofrer. A luta é grande, mas sua vitória será muito maior”. ■

A dor invisível dos irmãos de crianças com câncer

Este artigo é um breve resumo da tese de doutorado em Psicologia por mim defendida em setembro de 2013. Minha inquietação com o tema surgiu na época em que trabalhei como psicóloga na Pediatria do INCA. Percebi que a criança doente requeria a total atenção dos pais durante o demorado período do tratamento, necessitando frequentemente ser acompanhada por eles ao hospital para consultas, exames e outros procedimentos, muitos deles implicando em internações que podiam ser curtas ou longas, resultando no afastamento, em geral da mãe, do lar e dos demais filhos. Quando em casa, os pais continuavam se empenhando especialmente na dedicação ao filho doente, muitas vezes em detrimento dos demais filhos. Também nós, profissionais de saúde, tínhamos os holofotes direcionados ao doente, e, quando muito, aos seus pais, mas não tínhamos como rotina a investigação e o suporte para os irmãos do paciente.

O câncer é uma doença grave, potencialmente letal e que exige longos tratamentos com importantes efeitos colaterais levando ao forçoso e penoso convívio dos demais irmãos com o sofrimento do irmão doente e dos pais. É uma doença que desorganiza o sistema familiar, pois afeta todos os membros da família, levando-os a mudanças na rotina e nos papéis até então desempenhados, sobretudo no que diz respeito a cuidar e ser cuidado. O câncer evoca o

amor e a solidariedade familiar, mas também o medo da morte real e o ressurgimento de primitivos traços constitutivos do sujeito, como o ódio, a inveja, o ciúme, o desamparo e a onipotência.

Inseguro e amedrontado, mas também invejoso da saúde dos demais, o doente exerce controle permanente sobre os pais, exigindo sua presença constante e privando o(s) irmão(s). Sente raiva do(s) irmão(s) e também dos pais que nada fizeram para impedir o seu adoecimento e o tratam como incapaz, mesmo quando está se recuperando em casa. Os pais sentem-se assustados e sobrecarregados, devido à imperiosa necessidade de cuidar do filho doente e também dos demais filhos, além das exigências rotineiras da vida. Exaustos e emocionalmente regredidos, sentem secreta raiva tanto do filho doente, que frustra seu ideal de perfeição e seus planos para o futuro, quanto do(s) outro(s) filho(s) que insiste(m) em ser querelante(s), competitivo(s), problemático(s) ou adoecido(s). Quando deprimidos, os pais têm ainda mais dificuldade de cuidar de seus filhos, o mesmo ocorrendo com as mães grávidas e com as puérperas que vivem o dilema da escolha do filho a cuidar, ambos simbolicamente necessitados da mãe para sobreviver.

A despeito da importância da realização de estudos sobre os efeitos do câncer infantojuvenil especificamente nos irmãos, é pequena a quantidade de

*Psicóloga do HC I/ INCA, doutora em Psicologia (PUC-Rio), mestre em Saúde Coletiva (IMS-UERJ), especialista em Terapia de Família (ITF-Rio) e em Psicologia em Saúde Mental (IPUB).

estudos conclusivos, já que há muitas divergências entre eles, e são poucas as publicações de estudos empíricos qualitativos com irmãos de pacientes pediátricos com câncer. O tema é bastante escasso na literatura psicanalítica e não tive acesso a nenhum estudo empírico de base teórica psicanalítica que investigasse o tema em profundidade. Esse desinteresse geral denota a falta de atenção a esta população que sofre e necessita obter diversos tipos de suporte o mais cedo possível.

INVESTIGANDO PERCEPÇÕES

Diante destas percepções, resolvi pesquisar a importância do irmão para a psicanálise e, à luz desta, procurar compreender a experiência do câncer na fratria sem, contudo, perder o olhar multidisciplinar que é tão importante para o trabalho em hospital. Realizei extensa revisão bibliográfica com autores da psicanálise, da psico-oncologia e da terapia familiar. Também fiz pesquisa qualitativa de campo com irmãos de pacientes das clínicas pediátricas do INCA, investigando as repercussões do adoecimento de uma criança ou adolescente por câncer em seu irmão também criança ou adolescente, nas relações fraternas, parentais e familiares a partir da visão dos irmãos, e analisando psicanaliticamente os relatos destes relativos às mudanças na sua vida pessoal, social, escolar e familiar a partir do adoecimento.

Psicanalistas clássicos e contemporâneos falam da importância dos irmãos e das experiências compartilhadas pela fratria na constituição do sujeito e na organização social, e que em situação de crise os vínculos desenvolvidos entre eles poderão equilibrar ou desequilibrar a estrutura familiar. Poderíamos dizer

que o câncer e suas repercussões no doente e na família é uma destas situações.

Muito embora sejam marcantes as diferenças entre infância e adolescência, tanto as crianças menores como os adolescentes apresentam dificuldades em lidar com as mudanças trazidas pelo adoecimento de um irmão. A vulnerabilidade no período da adolescência pode ser comparável àquela no período da infância, sejam quais forem as idades de corte. A não distinção entre crianças e adolescentes em algumas passagens deste trabalho visa a considerá-los membros de um mesmo grupo. Todos estão emocionalmente fragilizados pelo momento de seu desenvolvimento físico, intelectual e emocional e pela presença de doença grave na família, tomados por um turbilhão de afetos.

A pesquisa realizada foi qualitativa do tipo exploratório com objetivo de investigar as percepções dos irmãos relativas às suas experiências e à identificação de mudanças advindas do adoecimento do irmão, analisando em profundidade o significado por eles atribuído a essas mudanças. A amostra foi por conveniência e as idades variaram de 8 a 16 anos. Foi bastante difícil conseguir participantes, já que foram poucos os encaminhamentos de membros das equipes e algumas famílias abordadas referiram que o filho se recusara a participar e outras sequer permitiram a participação de seus filhos temendo que fosse revelado o que acreditavam que era para estar oculto, dado o tabu que envolve o câncer e a morte. A pesquisa foi aprovada e acompanhada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA e não contou com nenhum financiamento.

Foram entrevistadas 11 crianças, mas quatro foram excluídas da pesquisa, restando portanto sete (duas delas entrevistadas duas vezes em intervalo de



“A doença e os desdobramentos que ela provoca trazem algo inesperado e incompreensível para a criança que se encontrava despreparada para o evento e ainda não era capaz de uma reação madura”

um ano) irmãos e irmãs de seis pacientes que estavam em diferentes momentos do ciclo da doença, todos em tratamento ambulatorial no INCA. O conteúdo das entrevistas foi analisado em quatro categorias temáticas, que dialogam entre si: representações sobre a doença e a morte; representações sobre afetos relacionados ao irmão doente; representações sobre perdas; e representações sobre ambiente e mudanças.

Cabe ressaltar que não foram buscados dados estatísticos, mas sim a análise em profundidade de um fenômeno complexo, que é o significado atribuído pelos sujeitos da pesquisa às diversas facetas de seu universo após o adoecimento do irmão, oferecendo um retrato da amostra de uma população específica, considerando suas singularidades e suas semelhanças e interpretando e discutindo os resultados à luz da psicanálise.

ANGÚSTIA E INVEJA

As crianças trouxeram relatos de desinformação, estranheza frente à doença, medo da morte e de adoecer, ansiedade e sentimento de vulnerabilidade, permeados pela angústia de castração física, do vigor e a impotência frente à morte. Ao lado dos relatos de amor, de admiração, de preocupação, de compaixão e de falta da companhia relativos ao irmão doente, apareceram também sentimentos hostis que são fortemente rechaçados pelas crianças e também pelos adultos, tais como ódio, inveja, ciúme, culpa, ressentimento, remorso, vergonha e decepção. Os relatos foram permeados pela perda da completude narcísica dada pela imagem especular do corpo doente do irmão e pelo desinvestimento parental decorrente da dedicação ao filho doente.

Foram identificadas diversas perdas, tais como a ausência física e/ou emocional dos pais (percebidos como fragilizados e intolerantes), implicando em sentimento de rejeição, solidão e perda do mundo seguro e perda de identidade, em depoimentos carregados de tristeza e de sentimento de desamparo. As crianças também falaram das mudanças percebidas em si, na família, na escola e na vida social, em relatos permeados pela existência ou inexistência de ambiente acolhedor, pela exigência de maior responsabilidade e independência, pelo desejo de agradar os pais e a conseqüente expectativa de ter seus esforços reconhecidos.

SITUAÇÃO TRAUMÁTICA

Os segredos em torno da doença e da morte, o luto parental, a situação de privação na qual se vê o irmão da criança com câncer sugerem que esta criança pode estar vivendo uma situação potencialmente traumática com efeitos em curto, médio ou longo prazos. O câncer irrompe com força traumática na família não só pelas particularidades da doença e sua associação à morte, mas, sobretudo, pela sensação de desamparo provocada pelas perdas do sentido de si e do mundo em que vive e pela exclusão vivenciada pelos irmãos. A doença e os desdobramentos que ela provoca trazem algo inesperado e incompreensível para a criança que se encontrava despreparada para o evento e ainda não era capaz de uma reação madura. Situações traumáticas podem impedir a criança de fazer o luto, de elaborá-lo conferindo significado ao que acontece ou aconteceu com o irmão, com a família e consigo.

Justamente quando mais precisavam da assistência dos pais e da cumplicidade fraterna, os irmãos se deparam com a solidão e as exigências de amadurecimento rápido e precoce, colocando em xeque os vínculos com os pais e os fraternos. Negligenciados por todos, percebem o irmão doente num lugar privilegiado no amor dos pais e no cuidado recebido da família, da rede social e do hospital que oferece festas e presentes, podendo tornar a doença perigoso alvo de inveja.

Urge que as equipes pediátricas, os pais e a escola estejam atentos às necessidades e aos sintomas destas crianças, procurando estratégias e intervenções que lhes proporcionem especial cuidado. É importante que seja criado, na rotina da psicologia no hospital, um espaço de elaboração e fala que dê contorno e sustentação a seus afetos e possa diminuir o potencial traumático da exposição dessas crianças à situação da doença na família. ■

política

PORTARIA EXPANDE E QUALIFICA CUIDADO INTEGRAL A PACIENTES ONCOLÓGICOS E TRAZ PRESTADORES DE SERVIÇO PARA A GESTÃO

Cuidado ampliado

Determinações previstas na Portaria 140, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) prometem ampliar e qualificar o cuidado ao paciente oncológico. Mas o processo será longo: parte das exigências da portaria impactam a estrutura das unidades e centros de assistência de alta complexidade em oncologia (as chamadas Unacons e Cacons), como a que prevê a composição mínima da equipe multidisciplinar para prestar o atendimento oncológico e a que obriga a contratação de oncologista pediátrico para as unidades dedicadas ao atendimento de crianças e adolescentes. Além disso, Cacons e Unacons agora passam a participar do sistema de gestão da atenção oncológica e deverão fazer o acompanhamento da doença desde a detecção.

O documento foi construído com a contribuição de representantes da Comissão Intergestores Tripartite, dos conselhos nacionais de Secretários de Saúde (Conass), de secretarias municipais de Saúde (Conasems), Consultivo do INCA (Consinca) e diversas áreas do Ministério da Saúde.

Para Patrícia Chueiri, coordenadora-geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas da SAS/MS, a portaria institui a lógica de rede. “Ela não olha apenas a alta complexidade no cuidado da oncologia, mas foca desde a atenção primária e a atenção especializada ambulatorial até hospitais especializados. O paciente oncológico irá se beneficiar de maior integralidade no cuidado. Poderá ser atendido por toda a rede, além de ser favorecido pela maior oferta de exames”, explica.

O prestador habilitado como Unacon ou Cacon terá que apoiar

os outros serviços de saúde de sua região. Além de ser a referência técnica, deverá fornecer informações sobre o resultado do cuidado de todos os pacientes atendidos nos diversos níveis. “Esses hospitais serão um alicerce para a organização da rede e da linha de cuidado. O apoio, na prática, vai depender da organização local, mas fica estabelecido que eles participarão da educação permanente dos profissionais e da construção dos protocolos

“A nova portaria traz a lógica de rede. Ela não olha apenas a alta complexidade no cuidado da oncologia, mas foca desde a atenção primária, a atenção especializada ambulatorial até hospitais especializados.

O paciente oncológico se beneficiará de maior integralidade no cuidado”

PATRÍCIA CHUEIRI, coordenadora-geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas da SAS/MS

para encaminhamento dos pacientes, o que não existia antes”, informa Patrícia Chueiri. A portaria “redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, esclarece Patrícia.

Nesse último quesito, o cuidado integral ao paciente é ampliado e qualificado, uma vez que profissionais de diferentes especialidades são inseridos na equipe multidisciplinar das Unacons e Cacons, a exemplo de psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, dentista e psiquiatra. “Antes havia a exigência de que se prestasse o serviço, mas ficava a critério da unidade como fazê-lo. A Portaria 140 vai além, definindo quem são os profissionais envolvidos nessa prestação e estabelecendo uma equipe multiprofissional mínima”, destaca o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini.

Outra contribuição importante é a qualificação do atendimento a crianças e adolescentes. A portaria atualiza os critérios referentes à oncologia pediátrica, principalmente em relação aos ambientes de prestação de serviço, como enfermaria e UTI. “Fica

determinado como deve ser o espaço físico e o tipo de titulação dos recursos humanos para a pediatria. Tem que haver especialistas. Os hospitais habilitados agora precisam ter um oncologista pediátrico responsável. Isso não acontecia antes, bastava ter um oncologista, podia ser um oncologista geral. Essa exigência é uma evolução”, frisa Santini.

A ampliação do acesso da pessoa com câncer ao tratamento quimioterápico e a possibilidade de que ela possa fazê-lo mais perto de sua casa são outros benefícios. A nova regulamentação permite que Unacons e Cacons possuam serviço de oncologia clínica fora de sua sede, até mesmo em outra cidade, desde que dentro da mesma região de saúde.

INFORMAÇÕES PARA SUBSIDIAR O PLANEJAMENTO

Na opinião de Santini, mudanças trazidas pela regulamentação permitirão que os hospitais habilitados na atenção oncológica tenham uma visão mais precisa em relação à incidência de câncer. Cacons e Unacons passam a ser porta de entrada das informações, mas não necessariamente dos casos da doença. “Os hospitais têm que registrar todas as informações, ainda que o atendimento não seja feito por eles. A mudança básica é que deixam de ser exclusivamente prestadores de serviço e passam a ser incorporados ao sistema. Isso tudo é um grande desafio. É o que a portaria estabelece, mas a implantação é um processo longo, extremamente complexo, que inclui mudança de cultura”, observa.

Santini ressalta que o melhor controle dos registros facilitará o planejamento. “Ao saber o número de casos que efetivamente ocorrem, você pode ajustar seu planejamento à realidade. O conhecimento sobre o número e os tipos de casos dá uma pista do que está acontecendo. Sem informação, não se consegue fazer nada.”

O presidente do Conass, Wilson Duarte Alecrim, lembra ainda que, no que se refere à formação profissional, a portaria destaca a obrigatoriedade de os Cacons oferecerem residência médica em cancerologia cirúrgica, cancerologia clínica e radioterapia, além de ser campo de estágio para a formação de nível pós-técnico de radiologia em radioterapia, áreas atualmente carentes de mão de obra para o atendimento das necessidades dos serviços. “Esse é um papel importante que os Cacons terão na educação permanente dos profissionais que atuam na Rede de Atenção à Saúde”, avalia.

Novos parâmetros para abertura de hospitais especializados ou habilitados em oncologia também representam um significativo avanço. “A mudança de critério é o maior impacto dessa revisão. Antes, era preciso haver registro de mil casos novos na região de saúde para a abertura de um hospital. O critério agora passa a considerar a base populacional”, revela Patrícia Chueiri.

Para cada 500 mil habitantes, será possível habilitar hospitais como Cacon ou Unacon. Há, porém, uma flexibilidade em relação a esse parâmetro. Por exemplo, nos estados das regiões Sul e Sudeste, por apresentarem maior contingente populacional acima de 50 anos, será admitida a criação de Cacon ou Unacon para áreas com menos de 500 mil habitantes, desde que, nessa população, haja estimativa de 900 casos novos anuais de câncer, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, cujo diagnóstico e tratamento são essencialmente ambulatoriais. “Esse critério combinado é importante para o planejamento. Se não for assim, pode-se criar uma desproporção em termos de oferta, sobrecarregando uma área e deixando outra carente”, pondera Santini.

EXPECTATIVA DE MAIS UNIDADES E DESCENTRALIZAÇÃO

Ao atualizar os critérios e parâmetros para a organização e habilitação dos estabelecimentos, a portaria contribui para a ampliação dos serviços como parte da agenda prioritária de construção da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. “Espera-se, com isso, maior descentralização e ampliação do número de Cacons e Unacons, especialmente na Região Norte, tendo em vista que os parâmetros populacionais para aquela área foram diferenciados, adequando-os à realidade local”, diz Alecrim.

Segundo Beatriz Kneipp, chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA, a nova regulamentação amplia a possibilidade de acesso da população aos hospitais de alta complexidade em oncologia. “Mas é importante destacar que a habilitação de novos prestadores só será possível se houver estruturas hospitalares locais que cumpram os requisitos e critérios definidos na portaria”, ressalta.

Outra novidade é que o hospital habilitado em oncologia fica obrigado a fazer um maior número de exames para garantir diagnóstico, estadiamento e acompanhamento do paciente. Cada Cacon ou

“Antes havia a exigência de que se prestasse o serviço, mas ficava a critério da unidade como fazê-lo. A Portaria 140 vai além, definindo quem são os profissionais envolvidos nessa prestação e estabelecendo uma equipe multiprofissional mínima”

LUIZ ANTONIO SANTINI, diretor-geral do INCA

Unacon que tenha sob sua responsabilidade 500 mil habitantes ou 900 casos novos de câncer por ano (à exceção do de pele não melanoma) terá que realizar no mínimo, anualmente, 650 cirurgias, 5,3 mil quimioterapias e 43 mil radioterapias, seja com aparelho de cobaltoterapia, acelerador linear de fótons ou acelerador linear de fótons e elétrons.

Todas as mudanças trazidas pela portaria visam a organizar melhor o atendimento de câncer e podem levar, mais adiante, a uma mudança de paradigma. “Uma vez implementadas todas as inovações que essa portaria traz no processo de gestão, a expectativa é que, no futuro, o financiamento seja discutido não somente a partir da remuneração do procedimento, mas do alcance do resultado”, frisa Santini.

O diretor-geral do INCA defende o estabelecimento de metas, a exemplo da redução da mortalidade por câncer do colo do útero. “Com base nessas metas é que o financiamento e o acompanhamento vão ser negociados. É isso que a gente deseja. Funciona assim na Inglaterra, no Canadá e em alguns países nórdicos”, compara. “Mas é um grande desafio. O sistema de saúde inglês tem 100 anos, e o SUS, 22. Temos um sistema público de saúde que cobre a totalidade da população, mas temos também 40 milhões de pessoas no sistema privado”, complementa. ■

ÓTIMAS REPORTAGENS

Parabenizo toda a equipe pelas ótimas reportagens da REDE CÂNCER. Sou enfermeira e estudante de Fisioterapia e gostaria de saber se é possível ter a assinatura desta revista.

Betânia Gomes Santos – Mirante, BA

AGRADECIMENTO

Não conhecia a revista REDE CÂNCER e li a do mês de abril, que chegou às minhas mãos por acaso. Sou citotécnica formada pelo INCA e gostei tanto que fiz faculdade de Farmácia e me especializei em citologia oncológica. Atualmente, trabalho em dois laboratórios.

Simone Evaristo, entrevistada naquela edição, foi minha professora. A ela e a todos do INCA, muito obrigada por tudo e pela bela profissão que tenho.

Valdenia Andrea – Barbacena, MG

Gostamos muito da sua mensagem, Valdenia, e encaminhamos seu e-mail para a Simone Evaristo. Veja o que ela respondeu:

*“Obrigada. É muito legal saber o resultado dos frutos do nosso trabalho. Abraços,
Simone Maia Evaristo”*



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.

QUEREMOS A REDE CÂNCER

Sou enfermeira e chefo o Ambulatório e o Serviço de Promoção de Saúde e Bem-Estar no Tribunal de Contas da União em Brasília. Gostaria de receber a revista, importante instrumento de informação e atualização para os profissionais de saúde.

Claudia Guimarães Pedro Godoy – Brasília, DF

Sou fisioterapeuta residente de um programa multidisciplinar com ênfase em Oncologia. Leio a REDE CÂNCER no site do INCA. Ela possibilita novos conhecimentos na área. Por isso, gostaria de recebê-la em casa.

Bruna Zimpel Calai (por e-mail)

Venho solicitar o recebimento da revista REDE CÂNCER, pois trabalho na área de Oncologia e tenho interesse em manter-me informada.

Marijane dos Santos – Aracaju, SE

Sou enfermeira da área hospitalar e do Programa de Saúde da Família. Gostaria de saber como receber a revista.

Tayná de Lima Santos – N. S. da Glória, SE

Solicito o recebimento da revista REDE CÂNCER. Sou enfermeira, trabalho na assistência ao paciente oncológico e tenho grande interesse em estar atualizada nessa área.

Roberta Pricila Costa Dantas – Aracaju, SE

Sou enfermeira e estou terminando minha pós-graduação em Oncologia. Gostaria de saber como faço para receber a revista REDE CÂNCER.

Gisele Batista dos Santos – Itajubá, MG

Gostaria de receber a revista REDE CÂNCER, pois sou estudante dessa área e, desde a graduação, tenho visto bons conteúdos publicados por vocês.

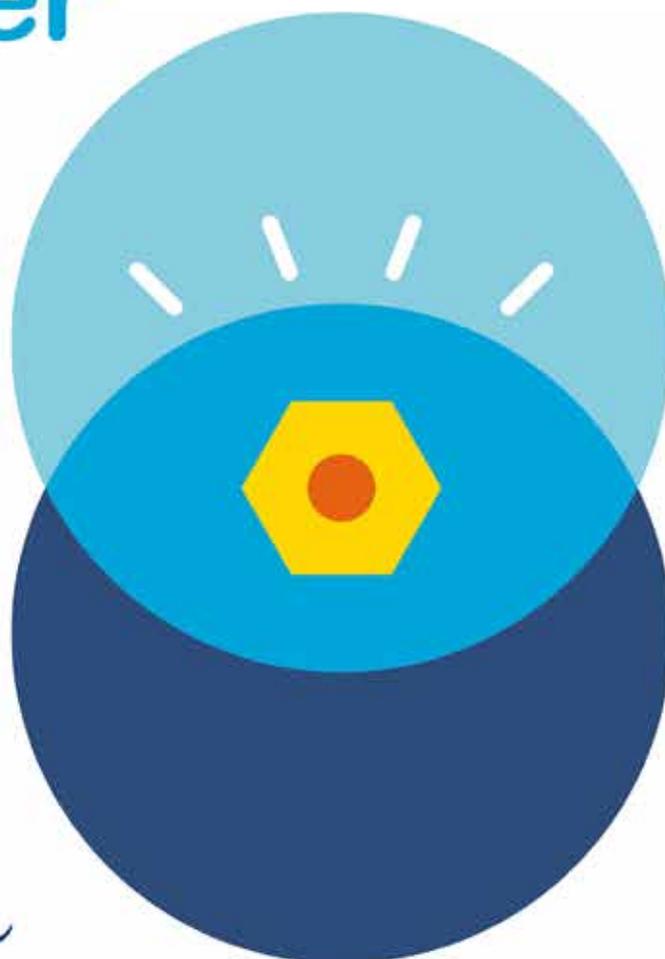
Moacir Andrade R. Filho – Lavras da Mangabeira, CE

Sou presidente da Liga de Apoio e Combate ao Câncer de Itaju e gostaria de receber a revista.

Everilda Maria Dias – Itaju, SP

Prezados, teremos prazer em enviar os exemplares da REDE CÂNCER para vocês. Mandem, por favor, seus endereços completos para o e-mail: comunicacao@inca.gov.br.

Desvende mitos do câncer



É possível

~~Não dá para saber se temos~~
câncer ou não.

Alguns tipos de câncer, como os de mama, colo do útero, pele e colorretal apresentam sinais e sintomas em suas fases iniciais e os benefícios da detecção precoce são indiscutíveis.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



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