

29

Abril
2015

REDE

CÂNCER

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

RISCO E ESPERANÇA

HISTÓRIAS DE PACIENTES QUE DECIDIRAM
EXPERIMENTAR NOVOS TRATAMENTOS



Câncer de boca: é preciso falar disso

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

Se diagnosticado no início, o câncer de boca tem cura



Fumo e bebidas alcoólicas aumentam o risco de câncer de boca. Fique atento a feridas nos lábios e na boca que não cicatrizam em até 15 dias.

Melhorar sua vida,
nosso compromisso.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

sumário



05

ASSISTÊNCIA
Seguro, eficaz e econômico

08

PREVENÇÃO
Boas de boca

12

CAPA
Pesquisa com sujeito... e predicados

16

PERSONAGEM
"Repeti a palavra 'cura' muitas vezes"

19

GESTÃO
Para multiplicar o conhecimento

22

SOCIAL
A linguagem dos anjos

24

EDUCAÇÃO
Sem fronteiras

28

ARTIGO
Câncer: só uma questão de azar?

30

POLÍTICA
Remédio (?) amargo

34

REDE
Sob nova direção

37

ENTREVISTA
Um executivo contra o câncer

TV Globo/Renato Rocha, Miranda



REDE CÂNCER

2015 – 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**. 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**, **Roberta Araujo**, **Rodrigo Feijó**, **Rosana Melo** e **Roseane Santos** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA**, **Can Stock Photo** e **SXC** | Revisão gramatical: **Anney Moraes** | Impressão: **Walprint** | Tiragem: **12.000 exemplares**.

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



Ministério da
Saúde



Coragem, esperança e ação

Prezado leitor,

No horizonte de possibilidades de tratamento do câncer, muitas vezes é necessário testar novas alternativas. Nem sempre os resultados são garantidos porque os procedimentos estão em construção. Assim, alguns pacientes se veem diante da decisão de aceitar ou não participar de protocolos de pesquisas que podem representar melhora, controle da doença e riscos. Nossa matéria de *Capa* traz relatos das dúvidas, angústias e da coragem daqueles que decidiram dar um salto rumo à esperança.

E esperança é o que não falta a crianças e adolescentes com câncer de Cascavel, no Paraná. Elas descreveram a forma como veem o mundo, em prosa e verso, no livro *Anjos do bem*. Não tenha vergonha de se emocionar ao conhecer os bastidores da obra em *Social*.

Por falar em bastidores, revelamos em *Assistência* como foi o processo que levou a uma cirurgia de reconstrução facial realizada no INCA com o auxílio do Doppler Cook, equipamento que diminui os riscos de perda dos tecidos implantados. A cirurgia, inédita no Brasil, reduz uma das sequelas mais agressivas do tratamento de cânceres de cabeça e pescoço – a retirada da área afetada.

Aliás, quem sabe bem como enfrentar sequelas é a atriz Arlete Sales, que, na seção *Personagem*,

conta como enfrentou um câncer de mama. Ela, que voltou à TV em março na novela *Babilônia*, esbanja energia: “Quero celebrar a vida e estou fazendo isso com o meu trabalho”.

Trabalho é o que não faltará aos futuros técnicos em radioterapia. Radioterapeutas, físicos médico e tecnólogos espalhados pelo País estão sendo capacitados para expandir a radioterapia no Brasil. O principal objetivo é reduzir o número de pacientes (cerca de 90 mil) que ficam sem atendimento por não obterem vagas nos serviços da rede pública. Saiba como estão sendo formados esses profissionais essenciais para a saúde pública brasileira em *Gestão*.

Outro desafio pátrio é o risco de desabastecimento de remédios essenciais ao tratamento de determinados tipos de câncer. É que alguns laboratórios decidiram interromper ou suspender a produção ou importação de certos medicamentos. O motivo é simples e cruel: os remédios não estariam mais dando os lucros esperados. Mas como intervir em um mercado de livre concorrência? O debate está aberto em *Política*.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva*

assistência

EM AÇÃO INÉDITA NO BRASIL, INCA UTILIZA APARELHO QUE MELHORA RESULTADOS EM CIRURGIAS PLÁSTICAS REPARADORAS

Seguro, eficaz e econômico

Uma das sequelas mais agressivas do tratamento de cânceres de cabeça e pescoço é a remoção da região afetada. A retirada do tumor, por vezes, impede o paciente de realizar atividades cotidianas, afetando sensivelmente a autoestima e trazendo traumas psicológicos. Para amenizar o problema e melhorar a qualidade de vida desses pacientes, são realizadas cirurgias plásticas reparadoras. Essas intervenções, consideradas de alta complexidade, ganharam um reforço importante, que garante mais segurança durante o procedimento e no período pós-operatório. Pela primeira vez no Brasil, uma cirurgia de reconstrução facial foi realizada no INCA com a ajuda do Doppler Cook, equipamento que diminui os riscos de perda dos tecidos implantados, como pele, gordura e músculo.

O primeiro paciente beneficiado foi Josué Peixoto Teles da Costa. Aos 20 anos, Josué tinha um osteossarcoma de maxilar, que fez com que perdesse metade do rosto e parte do couro cabeludo. Foi realizado o transplante de pele, gordura e músculo da barriga para a face do paciente. Durante o procedimento, artéria e veia do pescoço foram preparadas para reconectar os tecidos transplantados ao rosto, permitindo que o fluxo sanguíneo mantivesse o enxerto irrigado. O fluxo da veia reconectada foi monitorado pelo Doppler durante a operação e nos sete dias seguintes. Ocorrendo lesão, que leva à necrose (morte) dos tecidos, o equipamento emite um alerta, permitindo uma rápida intervenção da equipe médica.

Com o uso do Doppler, um probe (espécie de sonda) é colocado diretamente na veia do implante

“Para o paciente,
a palavra é segurança.
Para o hospital, em
especial na saúde pública,
a vantagem é a economia”

MARCELO MOREIRA CARDOSO, cirurgião plástico
especialista em microcirurgia oncológica do INCA

e conectado a um monitor audiovisual, que fornece informações precisas sobre o fluxo sanguíneo naquele vaso, sem interferências de vasos vizinhos. O monitoramento é contínuo e de fácil interpretação pela equipe médica. Problemas como perda de permeabilidade ou trombose – distúrbio causado pela formação de coágulo dentro do vaso sanguíneo, o que impede o fluxo normal do sangue – podem ser detectados imediatamente, proporcionando agilidade na intervenção dos cirurgiões.

EM TEMPO REAL

De acordo com o cirurgião plástico Marcelo Moreira Cardoso, especialista em microcirurgia oncológica da Seção de Cirurgia Plástica do INCA, o aparelho permite ver detalhes da cirurgia. “Ao sabermos precocemente o que está acontecendo com esse retalho microcirúrgico, uma possível reintervenção é mais rápida. E sendo rápida, menor a chance de perda desse retalho. A perda, em alguns casos, pode ser catastrófica. Em cirurgias da cabeça, por exemplo, o cérebro fica exposto, e o paciente corre risco de morrer”, detalha.

Ele conheceu o aparelho em 2005, quando teve a oportunidade de estagiar no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, em Nova Iorque. “Uma cirurgia desse tipo é de alto custo e alto risco para o paciente e uma tragédia quando falha. Nos Estados Unidos, todas as microcirurgias oncológicas são realizadas com esse aparelho”, acrescenta Cardoso, que operou Josué.

Uma operação como a de Josué pode levar de oito a dez horas. A dele durou oito. “Durante o procedimento, a equipe retirou o tumor da cabeça, eu dissequei o retalho, coloquei no sítio receptor e fiz a anastomose [religação das artérias e das veias]. Nesse momento, conectei o Doppler. Daí em diante, o paciente foi monitorado até o final

do pós-operatório. O aparelho ficou conectado no Josué através de um cabo. Depois de sete dias, foi retirado, com o paciente no leito, sem necessidade de procedimento cirúrgico. Bastou puxar o fio”, conta Cardoso. “Até então, no Brasil, não tínhamos como monitorar esse processo. Víamos por métodos indiretos. Observávamos a cor do retalho, se havia sangramento, mas não havia nenhum método direto para ver se a artéria e a veia reconectadas estavam funcionando bem.”

De acordo com o cirurgião, antes do uso do Doppler, se a artéria e a veia sofressem uma obstrução, somente seria possível descobrir dias depois, quando a pele do retalho começasse a mudar de cor. Graças ao aparelho, a operação de Josué foi um sucesso. “Quando estávamos fechando a operação, o equipamento acusou baixa no fluxo sanguíneo, o que fez com que a equipe corrigisse o problema antes de finalizar a cirurgia. O aparelho foi essencial para a correção a tempo”, conta Guilherme Bracco Graziosi, especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e que, à época, era residente do Programa em Cirurgia Plástica com Ênfase em Microcirurgia do INCA.

Em grandes intervenções na face, como foi o caso de Josué, é preciso fechar toda a área, não apenas por questões estéticas, mas principalmente porque o tipo de lesão põe em risco a vida do paciente. Marcelo conta que em 5% dos casos de revascularização pode ocorrer inflamação na veia ou na artéria religada e há interrupção do fluxo sanguíneo. Ele afirma ainda que pesquisas internacionais mostram que o monitoramento feito pelo Doppler reduz em até 70% a necessidade de novos transplantes.

Se, durante o período de monitoramento, o Doppler passar mais de cinco minutos abaixo de cinco, numa escala que vai de zero a dez, é porque houve obstrução e é preciso intervir. “Às vezes é necessário refazer a operação. Mas, em muitas ocasiões, basta mudar a posição do paciente na cama. Se ele estiver mal posicionado, o fluxo sanguíneo pode parar. Reposicionamos o paciente e observamos o aparelho. Se o fluxo normalizar, está tudo bem. Sem o equipamento, nunca seria possível perceber essa situação”, comenta o microcirurgião. “Como geralmente nos primeiros três dias o paciente fica no CTI, sempre tem alguém com ele. Depois, no leito, a família fica acompanhando, e ela mesma pode fazer o monitoramento, com a simples observação do aparelho”. O Doppler emite um sinal sonoro e luminoso. O sonoro representa o fluxo de sangue passando na

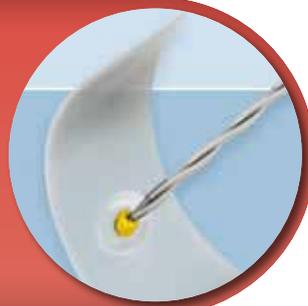
SISTEMA DE MONITORAMENTO DE FLUXO DE SANGUE

Com áudio e confirmação visual, a sinalização do Doppler é de fácil interpretação, tanto para o médico como para os demais profissionais de saúde responsáveis pelo paciente.



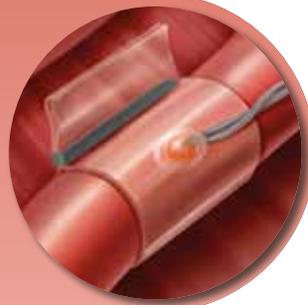
IMPLANTÁVEL

A sonda de fluxo do Doppler se encaixa diretamente ao vaso a ser monitorado, proporcionando um meio preciso de monitoramento de fluxo de sangue sem a interferência de vasos ou tecidos vizinhos.



CONTÍNUO

O monitoramento com o Doppler é contínuo. Portanto, a perda de permeabilidade ou a trombose podem ser detectados imediatamente. A detecção imediata proporciona uma reintervenção rápida.



REMOVÍVEL

Quando o monitoramento não for mais necessário, a sonda pode ser retirada com o paciente no leito, sem necessidade de um novo procedimento cirúrgico.



veia ou artéria religada. Segundo Cardoso, até mesmo o paciente pode observar e chamar a enfermagem se perceber alteração no aparelho.

BOM PARA TODOS

Foram dois os pacientes beneficiados no INCA com o uso do Doppler entre agosto e dezembro de 2014. Durante esse período, o aparelho, já liberado para uso pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), foi emprestado pela empresa importadora ao Instituto. No momento, o equipamento está em processo de aquisição.

A outra paciente operada com auxílio do Doppler tinha câncer nas glândulas salivares. No caso dela, foi preciso retirar a mandíbula e fazer o enxerto ósseo com artéria e veia e material retirado da fíbula, um osso da perna. Em reimplantes de tecidos ósseos, sem o aparelho, não é possível acompanhar a evolução da vascularização, o que aumenta o risco no procedimento.

Segundo Cardoso, o Doppler beneficia desde o paciente até a equipe médica e tem impactos

positivos na administração de hospitais, incluindo os da rede pública. “Para o paciente, a palavra é segurança. Ele sabe que, no caso de qualquer complicação, graças ao aparelho, terá a reintervenção o mais cedo possível e mais chance de salvar o retalho. Para o hospital, em especial na saúde pública, a vantagem é a economia de dinheiro. Esse tipo de cirurgia tem alto custo. Ao ter de fazer uma nova, gasta-se em dobro”, pondera o cirurgião. De acordo com Cardoso, o Doppler é ideal para transplantes de grandes defeitos oncológicos, feitos através de microcirurgia, como transplantes de pele, pele e músculo, osso, para a reconstrução de face, reconstrução de membros e até para reimplantes.

Cada aparelho custa cerca de R\$ 45 mil e atende um paciente por vez. Por semana, são operados no INCA entre um e dois pacientes com perfil para utilizar o Doppler. Levando em conta que o tempo mínimo de monitoramento é de cinco dias, um único equipamento poderia beneficiar até seis pacientes por mês. ■

prevenção

TABACO E ÁLCOOL MATAM BACTÉRIAS QUE PROTEGEM
A CAVIDADE ORAL DO SURGIMENTO DO CÂNCER

Boas de boca

Os vilões desta história todos já conhecem: o tabaco e o álcool. Famosos por causarem doenças graves, como câncer e cirrose, agora são apontados, no mais recente episódio da ciência, como responsáveis por matar centenas de espécies de bactérias da boca, em especial as chamadas “bactérias do bem”, que protegem de diversas doenças, incluindo o câncer de boca. A descoberta foi anunciada por pesquisadores brasileiros do A.C.Camargo Cancer Center e da Universidade de São Paulo (USP) em artigo publicado na revista científica *BMC Microbiology*. O estudo é inédito e abre caminho para cientistas de todo o mundo investigarem os efeitos do tabaco e do álcool sobre a saúde, em especial, sobre as bactérias presentes no corpo.

O estudo comparou três grupos: fumantes, fumantes e etilistas e indivíduos saudáveis, que nunca fumaram e relataram terem ingerido baixa ou nenhuma quantidade de álcool. Os resultados apontaram

que a riqueza média de espécies de “bactérias do bem” em indivíduos do terceiro grupo foi cerca de 35% maior quando comparada ao grupo de fumantes e 17% maior ao ser comparada ao grupo de fumantes e etilistas. A biodiversidade bacteriana bucal pode chegar a 800 espécies diferentes. O estudo afirma que na presença das duas drogas, diversas bactérias desaparecem da boca e são substituídas por outras, capazes de resistir a essas substâncias. Essas novas bactérias talvez sejam nocivas e podem estar na base do desenvolvimento de diversas doenças ligadas ao uso de tabaco e álcool.

“Olhe para uma parede e imagine que ela está coberta por micro-organismos. Aí você joga álcool e tabaco. Essas substâncias começam a matar alguns dos micro-organismos – que, nesse caso, são as bactérias da flora bucal. Isso abre espaço para que outras bactérias comecem a crescer ali”, explica o biólogo Emmanuel Dias-Neto, coordenador do

Laboratório de Genômica Médica do A.C. Camargo e do estudo. “As bactérias que resistem ao tabaco e ao álcool vão crescer, e algumas delas se aproveitam das duas substâncias como fonte de energia. Então, essas bactérias podem se proliferar na região da boca”, completa.

COMBINAÇÕES PERIGOSAS

Adriana Atty, que trabalha na Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA, destaca a relevância da pesquisa. Segundo ela, até o momento, os trabalhos a respeito do principal fator de risco para o câncer de boca, o tabaco, são observacionais. “A partir de estudos com pacientes, sabemos que o tabaco tem forte associação com essa neoplasia. Já o álcool, isoladamente, não está tão relacionado ao câncer de boca como o álcool e o tabaco juntos. Mas precisamos levar em consideração o estilo de vida. São raras as situações em que um etilista crônico não usa tabaco. Além disso, é difícil encontrar tabagistas e etilistas crônicos que tenham hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividades físicas e alimentação balanceada. Conclui-se que é uma soma de fatores

“Somos um conjunto de organismos, e as bactérias produzem diversos componentes importantes para nós”

EMMANUEL DIAS-NETO, biólogo e coordenador do Laboratório de Genômica Médica do A.C. Camargo

que leva ao desenvolvimento do câncer da cavidade oral”, esclarece Adriana.

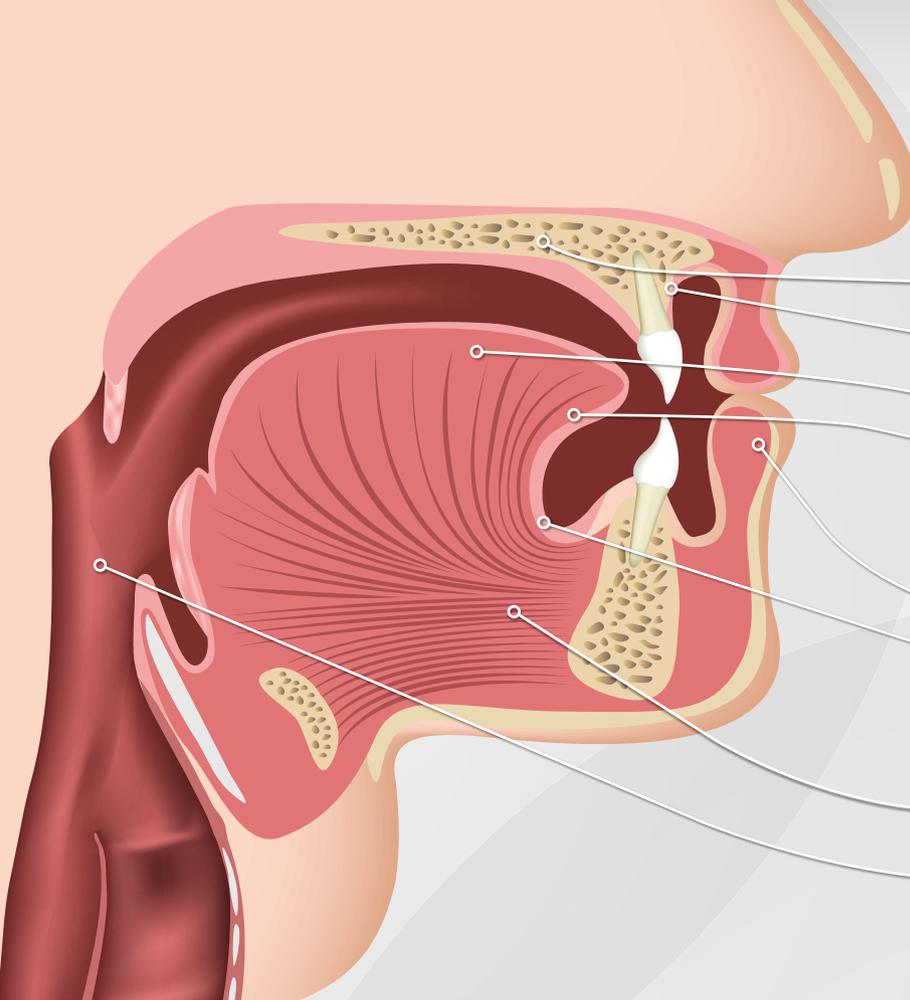
A novidade no estudo dos pesquisadores de São Paulo é a indicação de que o uso continuado de tabaco ou álcool reduz significativamente a riqueza bacteriana, o que, aparentemente, leva à redução da variedade de micro-organismos na boca, transformando esse microambiente em algo mais homogêneo. Essa nova característica do que os pesquisadores chamam de biofilme bacteriano bucal tem possíveis consequências para doenças na região da boca. “Ainda não temos certeza se essas novas bactérias são nocivas. Mas a indicação é que grande parte delas seja boa catalisadora de etanol e pode estar gerando acetaldeído, uma substância carcinogênica”, comenta o biólogo Andrew Maltez Thomaz, um dos autores do estudo.

Com respeito ao tabaco, o estudo não é conclusivo. Por isso, os pesquisadores agora estão analisando o que ocorre no biofilme bacteriano bucal de um fumante que desenvolve câncer. Se houver de fato relação entre a comunidade de bactérias e o aparecimento do câncer, será aberta a possibilidade de se realizar um monitoramento do microbioma (conjunto de bactérias) como indicador pré-maligno, ou seja, que pode levar ao câncer. Esse segundo estudo já está em andamento, e os resultados estão sendo avaliados pelos pesquisadores.

SALVEM AS BACTÉRIAS

Este é o primeiro trabalho mundial a respeito do impacto do álcool e do tabaco sobre as bactérias que existem na boca e sua relação com o câncer. “A maioria dos trabalhos que pesquisam o câncer são centrados nas células humanas. Entretanto, para cada célula humana, há muitas células de

CÂNCERES DA CAVIDADE ORAL

- 
- Palato (céu da boca)
 - Gengiva
 - Bochechas
 - Língua (principalmente as bordas)
 - Lábios
 - Assoalho da boca (região embaixo da língua)
 - Glândulas salivares
 - Orofaringe

FATORES DE RISCO

- Uso de tabaco e álcool;
- Infecção pelo papilomavírus humano (HPV) tipo 16;
- Exposição à radiação solar (para o câncer de lábio).

PREVENÇÃO

- Não fumar e evitar consumo de bebidas alcoólicas;
- Evitar exposição ao sol entre 10 e 16 horas;
- Utilizar protetor solar labial;
- Buscar orientação médica no caso de aparecimento de lesões na região interna da boca e lábios, a fim de se obter diagnóstico precoce.

SINTOMAS

- Lesões que não cicatrizam por mais de 15 dias;
- Placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, gengivas, palato (céu da boca) e na mucosa jugal (bochecha) que não decorrem de outra doença ou causa conhecida;
- Nódulos (caroços) no pescoço;
- Rouquidão persistente;
- Dificuldade de mastigação e deglutição;
- Dificuldade na fala;
- Assimetria facial.

micro-organismos”, afirma Dias-Neto. Ele acredita que o estudo de microbiomas pode trazer muitas respostas à medicina, e ressalta a importância de se rever o conceito de que bactéria, necessariamente, é algo ruim. “Somos um conjunto de organismos, e as bactérias produzem diversos componentes importantes para nós”, ressalta.

Assim como ocorre com as “bactérias do bem” da flora intestinal, a presença de uma comunidade saudável de bactérias na boca, provavelmente, ajuda a protegê-la. “As chamadas ‘bactérias do bem’ têm o potencial de ajudar a manter sob controle micróbios que causam danos ou produzir substâncias benéficas para a boca”, afirma Thomaz.

Para chegar aos resultados, os pesquisadores recrutaram cerca de cem voluntários. Desses, apenas 22 se encaixavam no perfil ideal para a pesquisa e foram divididos nos três grupos citados. Foram obtidas amostras da boca e da língua dos voluntários. A partir das amostras, os cientistas usaram uma técnica que “pesca” pequenos trechos de DNA bacteriano, úteis para identificar e quantificar as espécies de micróbios aos quais esses pedaços de DNA pertencem. O estudo durou cerca de dois anos.

Ainda é cedo, mas Dias-Neto considera que o trabalho pode levar a alterações nos tratamentos de leucoplasias – lesões cancerizáveis mais frequentes da cavidade bucal, sendo a mucosa jugal (região interna das bochechas), o lábio inferior e o rebordo lateral de língua as áreas mais afetadas. “Hoje retiramos uma leucoplasia cirurgicamente. Mas talvez

“É importante esclarecer a população e mostrar os malefícios do fumo, isoladamente ou em combinação ao consumo regular de álcool, que aumentam muito a probabilidade de as pessoas terem inúmeras doenças, inclusive o câncer”

ADRIANA ATTY, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA

possamos, no futuro, fazer uma terapia de antibiótico na região afetada, sem precisar remover a lesão. Poderemos fazer uma ingestão de prebióticos ou probióticos para tentar alterar aquele microbioma e tentar retirar as bactérias malélicas que podem estar provocando o tumor, evitando a progressão da doença”, revela. Probióticos são produtos farmacêuticos ou alimentares que contêm um ou mais micro-organismos vivos. E prebióticos são fibras não digeríveis que funcionam como alimento para as bactérias.

NA DÚVIDA, PARE!

Enquanto os estudos entre a relação da morte das “bactérias do bem” e o câncer de boca evoluem, Adriana Atty acredita que o melhor continua sendo apostar em campanhas de educação. “É importante esclarecer a população e mostrar os malefícios do fumo, isoladamente ou em combinação ao consumo regular de álcool, que aumentam muito a probabilidade de as pessoas terem inúmeras doenças, inclusive o câncer. De acordo com pesquisa de Warnakulasuriya*, ao interromper o tabagismo, há redução de 35% no risco de desenvolver câncer de boca após um a quatro anos, e o risco diminui 80% após 20 anos de cessação, igualando-se ao dos pacientes que nunca fumaram. Ou seja, para o câncer de boca, parar de fumar, independentemente do tempo que a pessoa já fumou, faz toda a diferença”, completa Adriana.

Além disso, ela acredita que é preciso investir em prevenção e melhorar ainda mais toda a rede de saúde pública, para que a população tenha acesso à saúde bucal. “O câncer de boca ainda está sendo diagnosticado tardiamente (no Brasil e no mundo). É um tipo de câncer que começa de maneira assintomática e muitas vezes é confundido com afta. Quando o indivíduo começa a ter incômodos, como dor intensa e dificuldades de engolir, muitas vezes a lesão já está bem estabelecida. Ao dar ao indivíduo acesso aos serviços de saúde bucal e ao capacitar profissionais para investigar possíveis lesões malignas, aumentam as chances de se perceberem precocemente alterações que podem levar ao câncer de boca”, salienta. Na página do INCA na Internet, profissionais de saúde e pacientes encontram as principais informações sobre a doença. ■

*Warnakulasuriya S. *Living with the oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival.* *Oral Oncology.* 2010; 46: 407-410.

Pesquisa com sujeito... e predicados

O mundo da ciência ainda é muito distante da realidade da maioria dos brasileiros. O imaginário popular relacionado às pesquisas, alimentado por filmes de ficção e por um passado no qual tal prática não era regulamentada, envolve a transformação de seres humanos em cobaias que não têm poder de decidir sobre sua participação, não são informados sobre o estudo e são submetidos a riscos desnecessários. A realidade é que a pesquisa clínica (qualquer investigação que envolva seres humanos com o objetivo de avaliar os efeitos de um produto para verificar sua segurança ou eficácia) é fortemente controlada. O preconceito faz com que pacientes fiquem extremamente tensos no momento em que são convidados a integrar um protocolo de pesquisa. Na prática, quem participa relata diversos benefícios, que incluem o acesso a medicamentos inovadores, um monitoramento rigoroso de suas condições de saúde e a possibilidade de ajudar os outros. No caso do câncer, tal participação ainda pode representar sua única possibilidade de tratamento.

Esse é o caso de Leandro*. Há dois anos, ele descobriu um câncer gástrico. Uma azia contínua que era constantemente controlada por antiácidos evoluiu para uma dor insuportável. Durante a investigação diagnóstica foi descoberto um tumor no estômago que já havia se espalhado para o fígado e o pâncreas. Ao tentar ingressar em uma unidade pública especializada em oncologia, Leandro ouviu que “infelizmente, seu caso não poderia mais ser tratado dentro das possibilidades terapêuticas disponíveis” e, portanto, ele não poderia sequer ser matriculado. “Eu estava tão fraco naquela época que confesso não conseguir me lembrar da minha reação. Mas no mesmo momento da negativa para a matrícula, me informaram que havia a possibilidade de eu participar de uma pesquisa e me entregaram um material sobre o estudo para eu ler com a minha família”, conta.

O paciente voltou então para casa e no dia seguinte uma profissional da equipe da pesquisa clínica entrou em contato com Leandro, por telefone, para explicar mais detalhadamente o estudo e saber se ele tinha interesse em participar. “Minhas irmãs ficaram muito apreensivas inicialmente. Falavam que eu iria ser tratado como uma cobaia. Mas, como aquela era a única âncora que eu tinha para segurar, não tive dúvidas e aceitei a proposta.” Há uma discussão no meio científico sobre o uso ou não do termo cobaia para os seres humanos. O mais indicado seria utilizar a expressão sujeito de pesquisa, já que, diferentemente dos animais, homens e mulheres podem decidir sobre sua participação ou não no estudo e são informados sobre todos os procedimentos que envolvem a investigação.

CORAGEM E VONTADE

A participação de Leandro no estudo ainda estava atrelada a uma condição: a realização de exame de diagnóstico molecular que determinaria se ele se enquadrava no perfil específico para aquela pesquisa. Como se tratava de um estudo multicêntrico, o material coletado foi enviado para os Estados

“Eu estava consciente de tudo o que poderia acontecer. Houve momentos em que eu sentia os efeitos mais fortemente, mas nunca pensei em parar. Quando se tem o apoio da família, a gente enfrenta o que for necessário. O que importa é que, mesmo depois desses dois anos, eu estou aqui bem e trabalhando”

LEANDRO, paciente

Unidos, onde fica o laboratório que centraliza os exames para a investigação em questão. Uma semana depois, o resultado confirmou que Leandro poderia participar do estudo. “Minha alegria e da minha família foram impressionantes. Finalmente tínhamos alguma esperança”, lembra. Com a confirmação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi encaminhado para Leandro para que ele pudesse compreender detalhadamente de que forma a pesquisa seria conduzida e quais os possíveis riscos.

“A tranquilidade e a honestidade com que a equipe me ajudou a compreender o termo de consentimento me fizeram seguir em frente”, diz. Leandro recebeu então os comprimidos que deveria tomar em casa. A participação em protocolos com medicamentos via oral requer ainda mais comprometimento dos pacientes. Os participantes recebem um diário de medicação e orientações em relação a dificuldades que podem surgir – por exemplo, como

proceder no caso de vômito logo após a ingestão do comprimido. Nem mesmo os efeitos colaterais do pesado tratamento desanimaram Leandro. “Eu estava consciente de tudo o que poderia acontecer. Houve momentos em que eu sentia os efeitos mais fortemente, mas nunca pensei em parar. Se eu entrei em alguma coisa, vou até o fim. É realmente preciso coragem e vontade. Mas principalmente quando se tem o apoio da família, a gente enfrenta o que for necessário. O que importa é que, mesmo depois desses dois anos, eu estou aqui bem e trabalhando”, conta. Leandro continua recebendo o medicamento e sendo periodicamente acompanhado pela equipe envolvida com a pesquisa.

ESPERANÇA MAIOR QUE A DÚVIDA

Os riscos listados no TCLE quase fizeram com que Sérgio não participasse da pesquisa para a qual foi convidado. “Quando eu comecei a ler as mais de dez páginas do termo, veio a dúvida. Pedi mais uma semana para pensar, discuti com a minha família, mas, no final, resolvi topar”, revela. O paciente, com mieloma múltiplo, faz tratamento desde 2010. Ele já havia passado por um transplante de medula óssea autogênico, no qual a medula vem do próprio paciente, e fazia o tratamento quimioterápico padrão. Há um ano e meio, quando o tratamento tradicional

“Meu maior interesse em participar naquele momento era ter acesso a um medicamento de ponta que ainda não está disponível para os pacientes no Brasil. Eu acredito que enquanto há vida, há esperança. Portanto, digo a todos para levantarem a cabeça e continuarem a caminhada”

SÉRGIO, paciente

deixou de ter uma resposta tão positiva, Sérgio foi convidado a participar de um protocolo de pesquisa. Os termos de consentimento de um protocolo de pesquisa costumam ser muito extensos, pois precisam listar todo e qualquer risco a que o participante estaria exposto. Incluem parágrafos que tratam mesmo de riscos extremamente baixos, como o relacionado à realização de um raio-x.

Apesar da dúvida, a possibilidade de fazer uso de uma terapia inovadora fez com que Sérgio aceitasse a proposta. “Meu maior interesse em participar naquele momento era ter acesso a um medicamento de ponta que ainda não está disponível para os pacientes no Brasil”, relata. Sérgio foi informado, depois de ter consentido em participar, que o protocolo de pesquisa possuía dois braços. Em um deles, os pacientes receberiam a nova droga; e, no outro, a terapia tradicional. A determinação de em que braço da pesquisa o paciente entrará se dá de maneira aleatória e é feita por um programa de computador na instituição que coordena o estudo. No caso de Sérgio, tratava-se de um estudo aberto, em que o participante é informado acerca de qual braço da pesquisa ele fará parte. Em estudos duplos-cegos, nem o paciente nem o pesquisador sabem em que braço o voluntário foi incluído.

É importante destacar que em protocolos de pesquisa clínica envolvendo pacientes com câncer nenhum participante fica sem receber tratamento. No mínimo, o sujeito de pesquisa terá acesso à terapia padrão para tratamento da sua doença. Mesmo em estudos que envolvem a utilização de placebo, o paciente estaria recebendo, no mínimo, também a terapia padrão. O desenho do estudo, ou seja, os diferentes braços da pesquisa, depende do objetivo da investigação. “A equipe havia me dito que a distribuição era aleatória e que eu não poderia escolher em que braço entrar, mas eu ficava torcendo para que fosse no que teria acesso ao novo medicamento”, conta Sérgio. Depois da randomização, a determinação aleatória, o paciente recebeu a notícia de que receberia a nova droga.

VENCENDO O MEDO

“Como eu já vinha fazendo tratamento, nem mesmo os efeitos colaterais me assustaram. Eu já estava acostumado e não observei nada anormal”, diz. Um dos principais benefícios da participação no protocolo de pesquisa apontados por Sérgio é o monitoramento constante das suas condições de saúde. “Por conta da pesquisa, eu preciso ir ao hospital

duas vezes por semana, durante duas semanas, a cada 15 dias. Ou seja, sou acompanhado diretamente pelos médicos, e isso é muito importante para mim”, afirma. Sérgio conta que constantemente se vê aconselhando outros pacientes durante suas visitas ao hospital e que estimula todos aqueles que têm oportunidade de participar de um protocolo de pesquisa a seguir em frente. “Eu acredito que enquanto há vida, há esperança. Portanto, digo a todos para levantarem a cabeça e continuarem a caminhada”. Sérgio permanece recebendo a medicação e se encontra em bom estado de saúde.

A necessidade desse monitoramento mais rígido pode dificultar a participação nas pesquisas. No caso de Andréa, mesmo esse obstáculo vem sendo enfrentado para que ela possa continuar sua batalha contra um linfoma anaplásico de grandes células T. Em 2010, a paciente, que mora em Goiás, começou, em sua cidade, um tratamento quimioterápico. Mais tarde, foi encaminhada para fazer radioterapia em Barretos (SP), e há cerca de dois anos sua médica lhe falou sobre uma pesquisa que estava sendo realizada em São Paulo, da qual Andréa poderia participar. “Ela falou que se tratava de um medicamento novo para o meu tipo de câncer, que era a única alternativa que eu tinha. Eu não titubeei, disse que queria participar”, lembra a paciente.

“FARIA TUDO DE NOVO”

Depois de ter sido informada sobre o protocolo da pesquisa e ter consentido em participar, Andréa começou o novo tratamento. Os procedimentos exigem que ela vá de Goiás a São Paulo toda semana para ser monitorada e receber seus medicamentos. “A logística é complicada, mas acho que vale muito a pena para eu poder continuar a minha luta”, avalia. Andréa conta que inicialmente ficou apreensiva com o tratamento: “Confesso que fiquei com medo de morrer por causa do novo medicamento, mas a equipe me explicou tudo e me senti mais segura”. Para chegar ao ponto de ser testado em seres humanos, um medicamento precisa passar por fases pré-clínicas que avaliam principalmente seu mecanismo de ação e toxicidade, ou seja, já há alguma informação prévia sobre a segurança da droga.

Mesmo assim, todos os participantes de investigação clínica são obrigatoriamente monitorados com frequência. Se alguma reação fora dos padrões for observada, o tratamento é interrompido, e o protocolo de pesquisa, suspenso. “Os médicos

“Acredito que, de alguma forma, estou servindo à humanidade. Se eu precisasse, faria tudo de novo. Espero que esse medicamento ao qual eu estou tendo acesso hoje esteja disponível para muitos outros pacientes no futuro”

ANDRÉA, paciente

me contaram que acompanhariam meu caso diretamente e que se o remédio não correspondesse ao esperado, eu sairia imediatamente do projeto”, informa Andréa. Além disso, os pacientes também têm necessariamente o direito de interromper sua participação no momento em que desejarem, sem que isso lhes traga nenhum prejuízo. Todos os sujeitos da investigação precisam estar em relativo bom estado de saúde e conscientes, até mesmo para que possam compreender integralmente tudo que está detalhado no TCLE sobre seu envolvimento no projeto de pesquisa.

E mesmo quando a pesquisa é conduzida em um hospital particular, como é o caso de Andréa, o paciente não paga nada por seu tratamento. Por outro lado, não pode receber nenhum incentivo financeiro para sua participação. Apenas uma ajuda de custo para cobrir gastos com transporte e alimentação. “Eu sou muito grata pela oportunidade de participar dessa pesquisa. Acredito que foi uma vitória e hoje me sinto muito bem”, comemora. Ela também destaca o quanto é gratificante estar envolvida em um projeto que pode vir a beneficiar outras pessoas. “Acredito que, de alguma forma, estou servindo à humanidade. Se eu precisasse, faria tudo de novo. Espero que esse medicamento ao qual eu estou tendo acesso hoje esteja disponível para muitos outros pacientes no futuro”, torce. ■

**Os nomes dos pacientes foram trocados.*

personagem

DE VOLTA À TV NA NOVELA DAS 21 HORAS QUE ESTREOU EM MARÇO, ARLETE SALLES REVELA COMO ENFRENTOU UM CÂNCER DE MAMA

“Repeti a palavra ‘cura’ muitas vezes”

Arlete Salles, 72 anos, vivia um momento feliz da carreira no início de 2014. A atriz começava a turnê da peça *O quê o mordomo viu?*, na qual contracenava pela primeira vez no teatro com o amigo Miguel Falabella, depois de várias parcerias com ele como diretor. Um susto, porém, tirou a estrela de cena. “Sempre me cuidei muito, fazia exames anualmente. Em casa, toquei no meu seio e senti um ponto dolorido. Minha intuição me ajudou e, mesmo escutando de algumas pessoas que um nódulo com dor, normalmente, não é câncer, corri para o médico”, lembra.

No dia seguinte, Arlete se submeteu a uma ultrassonografia e a uma mamografia. Os resultados foram negativos, mas para tirar a dúvida de vez, a equipe médica resolveu também colher o material através de uma punção. Só assim, foi diagnosticada a malignidade. “Fiquei muito assustada, sim, não tem como não ficar. Mesmo com todo o apoio de amigos e da família, é assustador”, revela.

Tudo aconteceu muito rápido. Cerca de uma semana depois do resultado, Arlete estava na mesa de cirurgia. “Saí da sala de operação com o médico falando que eu estava curada. Mas, mesmo assim, tive que passar por cinco meses de tratamento com sessões de quimioterapia e radioterapia”, conta. A atriz saiu de cena para vivenciar a dor. “Eu senti todos os reflexos do tratamento, náuseas, fiquei muito

cansada. Não tem como ser otimista todos os dias. Só não deixei de ter a determinação e a fé. Comecei a falar a palavra ‘cura’ muitas vezes, não me cansava de repetir”, emociona-se. Enquanto esteve ausente da peça, foi substituída por Marisa Orth. Depois do tratamento, Arlete voltou aos palcos.

FORÇA ESTRANHA

Vaidosa assumida, Arlete não deixou de frequentar a academia durante o tratamento. “Lógico que tinha dificuldades, mas não deixei de ir. Sabia que isso trabalharia a minha autoestima e também ajudaria a não cair a imunidade”, relata. Quanto à queda dos cabelos, a atriz tem um recado especial: “Um dos estigmas miseráveis dessa doença é a perda dos cabelos, mas pode avisar à mulherada que eles voltam, viu? E mais fortes, diferentes, mais bonitos. Tudo passa. O meu médico falava sempre isso, tudo que eu estava vivendo tinha data para acabar”. No tratamento da atriz, outros dois profissionais de saúde tiveram grande importância: uma nutricionista, que a orientou para seguir uma alimentação reforçada, e um psicólogo.

Grande parte das pessoas costuma falar que muda depois de passar pela doença, mas Arlete, não. “Eu continuo a mesma. Sempre fui uma pessoa bacana e acho que não precisava de um câncer para melhorar. A única coisa que descobri foi uma força



TV Globo/Renato Rocha Miranda

Ariete Salles em dois tempos: na gravação da campanha de fim de ano da TV Globo, em 2014, ao lado das colegas Marília Pêra e Lorena Comparato; e como a taxista Vilma, na novela *Fina estampa*, de 2011

“Sempre me cuidei muito, fazia exames anualmente. Em casa, toquei no meu seio e senti um ponto dolorido. Minha intuição me ajudou e, mesmo escutando de algumas pessoas que um nódulo com dor, normalmente, não é câncer, corri para o médico”



TV Globo/João Miguel Júnior

que eu não sabia que tinha”, diz. Atualmente, a atriz se submete a um tratamento com hormônio (hormonioterapia), que deverá fazer durante cinco anos, por recomendação médica.

BOLA PRA FRENTE

“Quero celebrar a vida e estou fazendo isso através do meu trabalho”, afirma a atriz. Afastada da TV desde 2011, quando atuou na novela *Fina Estampa*, Arlete Salles voltou à telinha no mês de março, em *Babilônia*, nova trama das 21 horas. Ela é Consuelo, mãe de Aderbal, interpretado por Marcos Palmeira, um político corrupto. A família era pobre e enriqueceu com maracutaias.

“Consuelo é uma nova rica cafona e deslumbrada, que mora na Barra da Tijuca [Zona Oeste do Rio de Janeiro, bairro preferido pelos emergentes]. Estou adorando participar, a novela é cômica. Acho que trabalhar é a melhor maneira de esquecer tudo que passei. Não quero relembrar para não ‘ressofrer’. Não vou ficar vivendo de um câncer”, diz Arlete, garantindo que a doença não será tema de mais nenhuma entrevista na grande mídia. “Não vou falar mais a respeito. Já falei e pronto. Não quero dar a ideia de que estou me promovendo com o que passei. Não preciso disso nessa fase da vida. Ainda é doloroso falar. Hoje mesmo, estou sensível para tocar nesse assunto. Não é fácil.” A atriz também já reassumiu seu personagem em *O que o mordomo viu?*, que está em cartaz em São Paulo. A versão brasileira da comédia com texto do inglês Joe Orton tem direção de Falabella.

Intérprete de papéis inesquecíveis no teatro e na TV, a pernambucana Arlete Sales iniciou a trajetória profissional como instrumentadora num consultório odontológico. Depois, trabalhou como locutora na Rádio Jornal do Commercio, no Recife. Em 1960, foi para os Diários Associados, atuando na Rádio Tamandaré e na TV Rádio Clube de Pernambuco.

A carreira de atriz começou quando se mudou para o Rio de Janeiro com seu primeiro marido, o também ator Lúcio Mauro, atuando na extinta TV Tupi. Em seguida, foi para a Rede Globo, onde fez inúmeros papéis marcantes, engraçados e extravagantes, em novelas e minisséries, como a Laura de *Selva de pedra*; Germana Steen, em *A sucessora*; Dolores Moreira, em *Baila comigo*; Sílvia, em *Amor com amor se paga*; Carmosina, em *Tieta*; Kika Jordão, em *Lua cheia de amor*; delegada Francisquinha, em *Pedra sobre pedra*; madame Janete, em *Hilda Furacão*; e Vilma, em *Fina estampa*. Um dos trabalhos recentes de maior destaque foi como a fogosa Copélia, no humorístico *Toma lá, dá cá*, de Miguel Falabella. ■

TV Globo/Frederico Rozario



Copélia, da série *Toma lá, dá cá* (2007-2009), foi um dos personagens mais populares da atriz

“Um dos estigmas miseráveis dessa doença é a perda dos cabelos, mas pode avisar à mulherada que eles voltam, viu? E mais fortes, diferentes, mais bonitos. Tudo passa. O meu médico falava sempre isso, tudo que eu estava vivendo tinha data para acabar”

gestão

RADIOTERAPEUTAS, FÍSICOS MÉDICOS E TECNÓLOGOS DE VÁRIOS ESTADOS SÃO CAPACITADOS PARA PERMITIR EXPANSÃO DA RADIOTERAPIA NO PAÍS

Para multiplicar o conhecimento

A radioterapia é um dos tripés no tratamento do câncer, junto com a quimioterapia e a cirurgia. Mas de acordo com a Sociedade Brasileira de Radioterapia, a cada ano, cerca de 90 mil pacientes ficam sem atendimento por não conseguirem vagas nos serviços da rede pública, responsável por 90% da demanda. Para expandir o tratamento em todo o Brasil, o Ministério da Saúde adquiriu 80 novos aparelhos de radioterapia, que, para entrar em funcionamento, vão requerer cerca de 400 técnicos. A formação dessa mão de obra especializada só será possível por meio da descentralização. Por isso, o INCA está realizando a Capacitação para Formação de Multiplicadores Técnicos Especializados em Radioterapia, destinada a três categorias de nível superior: médico radioterapeuta, físico médico e tecnólogo.

A proposta da capacitação surgiu como alternativa para ampliar a formação de técnicos em radiologia com especialização em radioterapia. Até agora, o INCA é a única instituição no País apta a formar esses profissionais. Mas são oferecidas apenas 10 vagas por ano. Daí a necessidade de se criar um mecanismo que pudesse colocar no mercado pelo menos parte desses técnicos quando os aparelhos estiverem instalados e prontos para começar a operar, a partir de 2016.

A primeira turma iniciou as atividades teóricas a distância, ao longo de 21 dias, em novembro. As atividades práticas devem ocorrer ainda neste primeiro semestre, conforme liberação de recursos do

Ministério da Saúde (MS). São 15 alunos, indicados por cinco instituições, previamente selecionadas pelo MS, priorizando a descentralização de formação de recursos humanos para a radioterapia.

ESPECIALIZAÇÃO CUSTOMIZADA

“Formaremos os professores em um curso curto, com três meses e meio de duração, voltado para o nível superior. Quando esses profissionais voltarem às suas instituições, poderão oferecer uma especialização similar à que realizamos aqui, com adaptações locais e chancela do MEC [Ministério da Educação], capacitando técnicos de radiologia em radioterapia”, detalha a médica Célia Maria Pais Viégas, subchefe do Departamento de Radioterapia do INCA, coordenadora da capacitação.

De acordo com Célia, a legislação brasileira exige a presença de dois técnicos por aparelho, por turno, ou seja, pelo menos quatro para cada equipamento em operação. “Eles fazem uma série de atividades, manipulam os equipamentos e acessórios de tratamento, que são muito pesados, e precisam garantir que o paciente esteja na posição correta para receber a dosagem prescrita pelo médico”, salienta a médica, que atua na área de radiologia há mais de 20 anos.

O curso tem por objetivo desenvolver, ampliar e homogeneizar conhecimentos teórico-práticos na área de radioterapia para a atuação de agentes multiplicadores na formação de novos técnicos

especializados. A carga horária é diferenciada para cada categoria profissional: 565 horas/aula para tecnólogos, 475 horas/aula para físicos médicos e 250 horas/aula para radioterapeutas.

Levando-se em conta a capacidade instalada do INCA para ministrar as aulas, ficou definido que cinco instituições com experiência prévia em programa de residência médica seriam convidadas a participar do curso. Cada uma indicou um radio-terapeuta, um físico médico e um tecnólogo, com experiência de pelo menos cinco anos na área de radioterapia.

Da primeira turma, participam profissionais do Hospital Universitário de Brasília; do Hospital Haroldo Juaçaba (Instituto do Câncer do Ceará); Instituto Mario Penna, de Belo Horizonte; Hospital Santa Rita, ligado à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, de São Paulo. Há previsão para uma nova turma no segundo semestre.

O programa está dividido em sete módulos, ministrados por médicos, físicos médicos, técnicos/tecnólogos e pedagogos. Os futuros capacitadores aprendem noções de didática; proteção radiológica e prevenção de acidentes em radioterapia; dosimetria e controle de qualidade dos equipamentos; proteções e acessórios de tratamentos; e noções de sistema de gerenciamento de dados em radioterapia, entre outros conteúdos. Eles também devem elaborar e apresentar um plano de curso para ser implementado em suas instituições.

Ao final da capacitação, os alunos serão avaliados por uma prova escrita (parte teórica), por competências e habilidades específicas adquiridas no estágio supervisionado e ainda pela apresentação de aula.

PAPÉIS BEM DEFINIDOS

Cada especialista em radioterapia tem funções bem específicas. O médico radioterapeuta examina o paciente, prescreve as doses de radiação aos alvos e informa quais áreas quer proteger, além de ter cuidados de radioproteção para evitar acidentes. Ele também identifica possíveis efeitos colaterais e os trata, caso ocorram.

Já o físico médico calcula e planeja a dose de radiação prescrita pelo médico e conduz o programa de controle de qualidade dos equipamentos, instrumentos e acessórios de radioterapia e dosimetria. Também calibra os feixes terapêuticos da máquina em termos de dose absorvida, utilizando protocolos nacionais ou internacionais recomendados pela Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), como cuidados intensivos de controle de qualidade e radioproteção individual e coletiva.

O outro profissional por trás do tratamento radioterápico é o técnico. É ele quem opera os aparelhos para entregar a dose ao paciente. O técnico manipula equipamentos e acessórios de tratamento, zelando por sua manutenção, e auxilia o médico na simulação e no planejamento de tratamentos, administrando,

RADIAÇÃO TRATA 7 EM 10 PACIENTES

De acordo com Célia Viégas, 70% dos pacientes oncológicos precisam de radioterapia na evolução de sua doença. O tratamento utiliza radiações ionizantes para impedir que as células tumorais se multipliquem. A ação da radioterapia nas células neoplásicas é restrita ao local tratado, e as doses de radiação e o tempo de aplicação são calculados conforme o tipo e o tamanho do tumor. A radiação não é vista pelo paciente e não causa dor.

Existem dois tipos de radioterapias, a telerradioterapia e a braquiterapia. A principal diferença entre elas está na distância da radiação emitida pelo aparelho para o paciente: no primeiro, fica afastado, e no segundo, em contato direto.

No Estado do Rio, o INCA é a única instituição do SUS a oferecer alguns tratamentos complexos e modernos, como radiocirurgia e radioterapia guiada por imagem (IGRT). “No Hospital do Câncer I [unidade de maior complexidade do INCA], temos cinco aparelhos de radioterapia, sendo dois de cobalto e três aceleradores. Aqui, também utilizamos a tecnologia IMRT (Radioterapia de Intensidade Modulada), uma das mais modernas da área”, explica.

rigorosamente, as prescrições das doses de radiação propostas. Além disso, faz o registro escrito no prontuário e informa ao médico qualquer alteração com o paciente sob seus cuidados. O profissional deve confeccionar e utilizar as proteções e os acessórios adequados, auxiliando o médico e o físico médico a controlar a qualidade dos aparelhos de radioterapia. Ele tem noções básicas de radioproteção e de como atuar em emergências médicas.

RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Justamente por serem funções tão específicas, há carência desse trio de especialistas no mercado, atesta a subchefe do Departamento de Radioterapia do INCA. “Em todo o Brasil, temos déficit desses profissionais, variando de 30% a 100% menos do que o desejável”, informa Célia.

A carência de equipamentos para radioterapia é conhecida desde o início da década. Conforme noticiou a REDE CÂNCER nº 17 (abril de 2012), a Organização Mundial da Saúde recomenda que exista um aparelho para cada 600 mil habitantes. No SUS existem 220, quando o ideal seria 330.

Preocupado com a situação, o MS entendeu que era importante expandir a radioterapia e já comprou as 80 máquinas. “Este programa do Ministério da Saúde não tem equiparação no mundo. Nunca um projeto previu uma quantidade de aparelhos tão grande em um prazo tão curto”, garante Célia. Segundo ela, países que também passaram por esse

“Quando esses profissionais voltarem às suas instituições, poderão oferecer uma especialização similar à que realizamos aqui, com adaptações locais e chancela do MEC, capacitando técnicos de radiologia em radioterapia”

CÉLIA MARIA PAIS VIÉGAS, subchefe do Departamento de Radioterapia do INCA

processo, como Canadá, Estados Unidos, Holanda, França, Espanha, Nova Zelândia e Austrália, adquiriram no máximo 40 aparelhos e levaram até 20 anos para fazer a expansão.

O ministério indica que os novos equipamentos deverão ser entregues até março de 2016, mas para isso é preciso que os locais que vão abrigá-los ofereçam as condições necessárias, como construção e blindagem das salas e liberação pela Comissão Nacional de Energia Nuclear. Com essas exigências cumpridas, é necessário viabilizar os recursos humanos. ■



Social

ENTRE DEPOIMENTOS E POEMAS, LIVRO MOSTRA O CÂNCER PELO OLHAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TRATAMENTO

A linguagem dos anjos

Sem lembrar ao certo a data, o empresário Valdir Salvador conta sobre uma reportagem que assistiu na TV. “A repórter entrevistava crianças com câncer, que falavam de seus sentimentos. Eu olhei para a Rose, minha mulher, perguntando se a gente poderia fazer alguma coisa. Senti necessidade de ajudar”, recorda. Nesse momento, Valdir, que é dono de uma gráfica, teve a ideia de fazer um livro sobre o universo infantil diante do câncer. Na obra, da mesma forma que falavam, as crianças escreveriam sobre como é viver as dores e privações decorrentes da doença. A proposta era bancar todos os custos com a edição, e o lucro com a venda dos exemplares seria revertido para a ajuda no tratamento desses pacientes.

Morador de Cascavel (PR), Valdir procurou a União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (Uopecan)/Hospital do Câncer de Cascavel. A proposta passou pela aprovação da Direção e da equipe multidisciplinar (oncologia pediátrica, psicóloga, enfermeira e pedagoga). Assim nasceu o livro *Anjos do bem*, com 63 histórias e poemas de crianças e adolescentes em tratamento no hospital e algumas participações de funcionários. A publicação começou a ser escrita em junho de 2014 e foi lançada em novembro. A primeira edição, com 500 exemplares, se

esgotou em um mês. Empolgada com a repercussão, a Direção do hospital conseguiu patrocínio para bancar mais mil unidades e já há planos para fazer uma segunda edição.

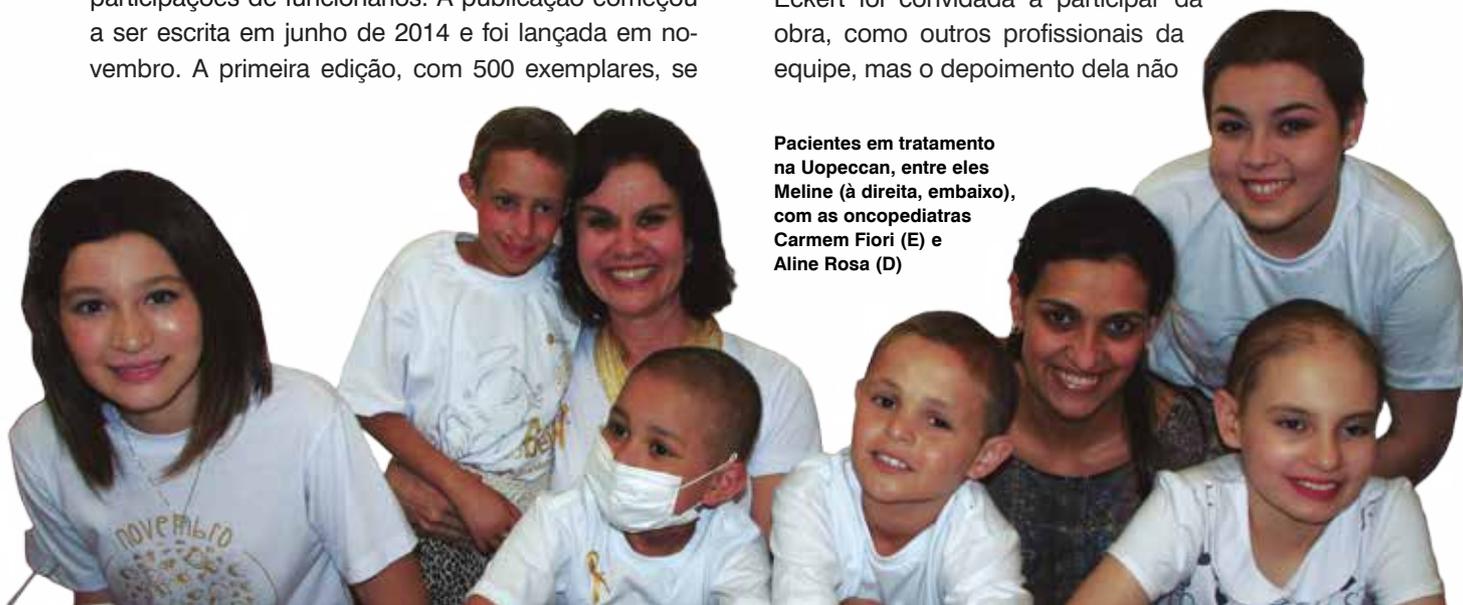
CARTAS PARA DEUS

Meline Guimarães Lima, de 14 anos está em tratamento há dois anos e três meses – no momento faz suas últimas sessões de quimioterapia. Portadora de um astrocitoma (tumor na cabeça), foi uma das adolescentes que aceitaram contar sua história e “amou” a experiência.

“Foi muito bom! Foi uma experiência muito diferente na minha vida. A sensação de ser autora por um dia e ter minha história contada e ilustrada num livro é surpreendente e desesperadora ao mesmo tempo! Imagina centenas de pessoas lendo o que você escreveu? Nossa que coisa louca!”, conta, com a empolgação típica de qualquer menina da mesma idade.

Além de mostrar o sentimento dos pacientes, o livro também traz histórias interessantes de pessoas que os acompanham. A nutricionista Raquel Goreti Eckert foi convidada a participar da obra, como outros profissionais da equipe, mas o depoimento dela não

Pacientes em tratamento na Uopecan, entre eles Meline (à direita, embaixo), com as oncopediatras Carmem Fiori (E) e Aline Rosa (D)





Minha pequena Fifi

Sou Alisson Ryan, tenho sete anos, moro em Cascavel e estudo na Escola Municipal Hemes Vezzano. Gosto muito de estudar, pois minha escola é bonita, tem parquinho, e a aula que mais gosto é Educação Física.

Estou em tratamento da leucemia LLA há 15 dias. Foi uma surpresa para todos esta minha doença, pois estava bem, brincando e indo para a escola, tudo normal. De repente, começou uma forte dor nas pernas e na barriga. Era noite quando minha mãe me levou no PAC. Logo depois, fui encaminhado para o hospital HU onde fiquei na UTI por três dias até conseguir vaga na Uopecan.

Estou um pouco assustado com tanta medicação, a quimio me deixa com vontade de não fazer nada, tudo ainda é muito novo. A cada dia sei de alguma coisa que não posso fazer, a minha vida mudou muito.

Eu e minha família vamos mudar alguns hábitos e o que me deixou mais triste é que não posso ter contato com os animais. Tenho uma cachorrinha que se chama Fifi e vou achar alguém que cuide dela até eu ficar melhor. Quero voltar a dançar com minha Fifi...

Alisson Ryan Pire Cebuliski (7 anos)
Cascavel, PR (26 de agosto de 2014)

se limita à descrição de seu dia a dia. A relação de Raquel com a Uopecan teve início quando o pai da nutricionista descobriu que estava com câncer e se internou no hospital. “Quando meu pai ainda estava vivo (ele morreu em janeiro de 2009), encaminhei meu currículo para cá. Apesar de recém-formada, eu já gostava da área de nutrição hospitalar. Em setembro do mesmo ano, fui contratada. Tenho verdadeira paixão pelos meus ‘pacientinhos’ e pela instituição”, comenta.

E a paixão pelos “pacientinhos”, como fala Raquel, pode ser explicada pelas palavras que eles mesmos colocam no livro. Gustavo Batista tem 5 anos e há três foi diagnosticado com leucemia. Como não sabe escrever, ele ditou as palavras para a mãe, Clarice Batista. Em seu texto, intitulado *Uma carta para Deus*, Gustavo pede ao Senhor para que não caiam mais os “cabelinhos” e que a química não faça mais “feridinhas” na sua boca, pois, por esse motivo, fica em isolamento.

A psicóloga Maria Inês Melo, que participou da elaboração do projeto, conta que não houve dificuldade em reunir os depoimentos. Eles foram coletados no ambulatório, mediante as agendas de consultas, e na internação. “As crianças foram convidadas a participar, e a adesão foi satisfatória. Elas escolheram sobre o que gostariam de escrever. Os não alfabetizados relatavam suas histórias, e os professores transcreviam na íntegra junto aos pais”, detalha.

EXTRAVASAMENTO DE EMOÇÕES

Durante o tratamento, situações indesejadas passam a compor a nova rotina da criança, como a separação da família, dos amigos e dos objetos de seu convívio, a interrupção da escola, a diminuição da experimentação e da exploração, restrições alimentares, procedimentos dolorosos e invasivos, o ambiente desconhecido, o convívio com pessoas estranhas. São perdas significativas que rompem o cotidiano dos pequenos e causam sofrimento.

A doença e a hospitalização desencadeiam uma série de novas e desagradáveis sensações nas crianças, como estresse, medos, angústia, solidão, ansiedade, hostilidade, frustração, depressão, insegurança, apatia, irritação e sofrimento. Além disso, podem provocar alterações no desenvolvimento físico, motor, social e psicológico.

De acordo com Kelyn Cristina Aires, da Gerência de Assuntos Institucionais da Uopecan, uma das formas de facilitar a adaptação da criança a um ambiente totalmente estranho, bem como promover a adesão ao tratamento e o restabelecimento físico e emocional, é a inserção de propostas terapêuticas e lúdicas, como o livro. “O objetivo do livro é o extravasamento de emoções e não necessariamente o relato da própria história”, esclarece. ■

educação

PROCURA CRESCENTE PELA EAD FAZ COM QUE INSTITUIÇÕES AMPLIEM INVESTIMENTOS E OFERTAS DE CURSOS A DISTÂNCIA

Sem fronteiras

Para quem está em busca de capacitação profissional, mas precisa de flexibilidade de tempo, uma boa opção é a Educação a Distância (EAD). O formato vem ganhando força no País por oferecer ensino de qualidade, com melhoria do acesso à educação, bastando ao estudante dispor de um computador conectado à Internet. Essa modalidade possibilita maior autonomia ao aluno no processo de ensino-aprendizagem, permitindo que ele organize seu próprio tempo de estudo em relação às atividades a serem desenvolvidas. Embora não se ignore as limitações da EAD (*veja quadro*),

as projeções para 2015 são otimistas. Projeta-se um crescimento de 82% no número de matrículas para este ano. Além disso, entre as instituições que ministram cursos totalmente a distância, mais de 73% preveem elevar os investimentos para o período, segundo o mais recente censo da Associação Brasileira de Educação a Distância (Abed), publicado em 2014.

O avanço da tecnologia e os programas do Governo Federal na área de educação também vêm contribuindo para o panorama favorável. De acordo com o Censo da Educação Superior

VANTAGENS



Poder estudar onde e quando quiser ou puder.	Flexibilidade
Os cursos online superam barreiras financeiras de acesso à educação, possibilitando menor gasto com deslocamento, estadia, refeições, material didático, entre outros.	Economia
As atualizações de conteúdo ficam disponíveis de forma rápida.	Rapidez
O estudante consegue acompanhar as unidades (grupo de aulas) que já realizou e as avaliações que precisa refazer, e a instituição tem acesso aos relatórios de acompanhamento, verificando os erros e acertos, as atividades que o aluno desempenhou e suas avaliações.	Controle
No curso online o aluno pode se sentir mais à vontade para expor suas dúvidas sobre o conteúdo, pois o medo de se expor numa relação de proximidade física é menor do que no curso presencial.	Conforto
O aluno pode adequar seus estudos em função de suas atividades e agenda, da forma que melhor lhe convier.	Individualidade
A modalidade online possibilita ao aluno visualizar conteúdos sobre os quais já possui conhecimento e se aprofundar naqueles que desconheça ou tenha maior dificuldade.	Flexibilidade

do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), também divulgado em 2014, a EAD responde por cerca de 16% das matrículas de graduação no País. O total de alunos matriculados em cursos de graduação na modalidade em 2013 chegava a 1.153.572. Na última década, o número de alunos novos cresceu 20 vezes: em 2013, somaram 515.405, enquanto em 2004 foram 25.006. A quantidade de cursos oferecidos também apresentou crescimento expressivo entre 2004 e 2013: passou de 107 para 1.258, um aumento de 11 vezes.

Para o Ministério da Educação, o Brasil está numa fase de consolidação da EAD, com crescimento expressivo e sustentado. Por meio de nota, o MEC afirma que tem realizado intensivo trabalho no marco regulatório da educação superior a distância para possibilitar a expansão do setor com garantia de bons serviços.

“A tendência é manter o nível de evolução com crescente rigor na qualidade. Os critérios estabelecidos pelo ministério para a oferta de educação superior a distância exigem várias atividades presenciais, sobretudo as práticas, exames e defesa de trabalhos; quantitativo e formação de professores e tutores em correlação adequada ao número de estudantes que garanta mediação permanente ao aprendizado; além de infraestrutura tecnológica que atenda aos padrões de qualidade definidos em termos de quantidade, configuração, atualização

“Este ano teremos uma versão mais moderna da nossa plataforma de aprendizagem, com design e conteúdos atualizados, estendendo a liberdade na proposta de ensino para acessos via celular e *tablet*”

TELMA SOUZA, supervisora da Educação a Distância do INCA

e velocidade. Para aferir a qualidade e garantir a aprendizagem dos estudantes e as expectativas da sociedade são realizadas avaliações periódicas nas instituições e nos cursos”, informa o texto.

Atualmente, boa parte dos cursos formais (formação, graduação e pós-graduação) a distância tem certificação do MEC. Isso significa que, desde que certificado, o curso online tem o mesmo valor que um equivalente presencial. A avaliação do MEC é rigorosa, e todas as instituições e cursos que possuem reconhecimento são divulgados na página do

Menos opções

Embora venha aumentando consideravelmente a cada ano, o número de cursos a distância ainda é pequeno se comparado aos cursos presenciais.

Dependência da tecnologia

O aluno precisa de computador ou dispositivos móveis (*tablet*, celular) e Internet para estudar.

Demora no feedback

A interação entre professores e alunos nem sempre ocorre em tempo real. Se o estudante tiver dúvida, por exemplo, o tempo de resposta pode ser maior do que no curso presencial.

Dedicação em xeque

Por proporcionar maior autonomia ao estudante, a realização de um curso de EAD requer maior disciplina e dedicação. Alguns alunos podem se surpreender com esta demanda e não conseguir empregar o tempo recomendável para o aprendizado.

Pouco controle

Ainda que existam diversas ferramentas de controle do acesso do aluno ao ambiente virtual, o professor ou coordenador do curso não sabe ao certo se todas as atividades foram realizadas de fato pelo aluno ou por outra pessoa. Porém, isso também pode ocorrer em algumas atividades do ensino presencial.

Distanciamento social

Se não forem utilizadas as ferramentas de interação e não houver incentivo ao diálogo e à participação nos fóruns de debate pelo professor-tutor, pode haver limitação da interação humana e do contato social do estudante na comunicação mediada por computador.

DESADVANTAGENS



ministério na Internet para consulta. Além desses, existem também os cursos livres online (como os de atualização, aperfeiçoamento e capacitação profissional), também equivalentes aos presenciais, sendo certificados e avaliados pelas escolas e institutos.

COMPARTILHAMENTO DE CONHECIMENTOS E CONTEÚDOS

A evolução dos cursos a distância tem sido assegurada graças à Web 2.0 – ambiente virtual que permite a colaboração e compartilhamento de conhecimentos e conteúdos entre os usuários. Embora a Web 2.0 não tenha sido projetada especificamente para finalidades educacionais, sua integração vem sendo entendida como, no mínimo, benéfica para uma educação a distância com base na Internet. Existem várias plataformas de EAD, das quais a mais utilizada no Brasil, hoje, em soluções de *e-learning* (modelo de ensino eletrônico não presencial), é a Moodle.

Com isso, ao matricular-se em um curso online, o aluno passa a ter acesso a um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Nesse espaço são disponibilizados materiais de estudo (apostilas, artigos, cases, vídeos, webconferências, *blogs* e outros recursos de interação, como fóruns, *chats*, questionários e enquetes) e atividades complementares, com acompanhamento e orientação de professores-tutores. Todas essas possibilidades promovem o compartilhamento do conhecimento.

A enfermeira Carolina Rabello, do Rio de Janeiro, egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA, é uma entusiasta da Educação a Distância. Antes de ingressar na residência, ela fez três cursos de EAD, que, garante, deram-lhe a base necessária para essa nova etapa de sua vida. “Fiz esses cursos numa época em que não tinha muito tempo para estudar num curso presencial. Considero a EAD uma importante ferramenta para quem busca mais conhecimentos e atualização”, diz.

Colega de Carolina na Residência Multiprofissional, a também enfermeira Aila Viana destaca que os cursos a distância “são muito importantes para a minha profissão, pois temos uma carga horária de trabalho bem extensa, e o ensino nessa modalidade permite agregar mais qualidade ao nosso trabalho, uma vez que nos disponibiliza material bastante adequado como fonte de pesquisa”.

MUITAS OPÇÕES NA ÁREA DE ONCOLOGIA

O ano começa com várias oportunidades para quem quer se capacitar na área de Oncologia (*veja quadro na página seguinte*). Atuando na EAD desde 2008, o INCA foi pioneiro na oferta de cursos a distância com a temática de abordagens básicas para o controle do câncer (ABC do Câncer) e de orientação de professores sobre tabagismo e outros fatores de risco para o câncer (Saber Saúde), sendo a única instituição no País a oferecer cursos de braquiterapia e elétron na radioterapia na modalidade, tanto em português como em espanhol. O INCA e outras instituições disponibilizam inúmeros cursos em nível técnico e pós-graduação (*stricto sensu* e *lato sensu*), além de iniciação e aperfeiçoamento científico na área de pesquisa.

De acordo com a supervisora da Educação a Distância do INCA, Telma Souza, o investimento da área em 2015 será destinado à melhoria dos cursos online. “Este ano teremos uma versão mais moderna da nossa plataforma de aprendizagem, com design e conteúdos atualizados. Adquirimos a nova versão do *software* Moodle, que vai garantir melhorias, sobretudo, na estratégia de *mobile learning*, recurso que estende a liberdade na proposta de ensino para acessos via celular e *tablet*”, explica. Ela ressalta que o INCA está investindo na ampliação e qualificação de seu corpo de professores/tutores em EAD, o que garantirá maior qualidade no processo de ensino-aprendizagem. ■

Cursos online em 2015

INCA

ABC do Câncer – Abordagens básicas para o controle do câncer. Carga horária: 30h. Público-alvo: profissionais de nível superior, não especialistas em oncologia e alunos dos cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde. Início das turmas previsto para abril.

Boas Práticas Clínicas. Carga horária: 4h. Público-alvo: profissionais de nível superior e técnico com vínculo em instituições de saúde que desenvolvem atividades de Pesquisa Clínica ou desejam ingressar na área de conhecimento. Início das turmas: março.

Braquiterapia de Alta Taxa de Dose para Físicos (português e espanhol). Carga horária: 20h. Público-alvo: Físicos médicos (profissionais ou pós-graduandos) que atuam em Radioterapia, vinculados a instituições que possuam irradiadores de irídio-192 para braquiterapia de alta taxa de dose e câmara de ionização tipo poço. Início das turmas: março.

Fundamentos em Pesquisa Clínica. Carga horária: 40h. Público-alvo: profissionais que atuam em Centros de Pesquisa Clínica pertencentes à Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer. Início das turmas: em março ou sob demanda.

O Elétron na Radioterapia (português e espanhol). Carga horária: 40h. Público-alvo: físicos médicos (profissionais ou pós-graduandos) que trabalham em instituições que possuam aceleradores clínicos. Início das turmas: março.

Saber Saúde: Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco. Carga horária: 60h. Público-alvo: professores de escolas de ensino fundamental da rede pública ou privada do País. Início das turmas previsto para setembro.

Informações: ead@inca.gov.br

Hospital Israelita Albert Einstein

EAD

Enfermagem em Emergência Pediátrica. Carga horária: 30h. Público-alvo: enfermeiros que atuam ou tenham interesse em atuar em urgências e emergências pediátricas. Período: 24 de março a 4 de maio.

Boas Práticas no Controle de Infecção Hospitalar. Carga horária: 30h. Público-alvo: enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, administradores e outros profissionais. Início: 23 de abril.

Curso de Gestão por Processos em Serviços de Saúde. Carga horária: 30h. Público-alvo: profissionais de saúde. Início: 24 de março.

Inf.: (11) 2151-1001 ou www.einstein.br/ensino/ead

EAD / CURSOS ABERTOS

Caso Clínico em Radiologia Pediátrica. Curso on-line gratuito que aborda um estudo de caso clínico com foco em radiologia pediátrica. A partir de informações clínicas, o profissional define um diagnóstico e recebe o *feedback*. Público-alvo: médicos. Duração: 5 minutos.

Caso Clínico Radiológico em Oncologia. Curso on-line gratuito que aborda um estudo de caso clínico com foco em Oncologia. A partir de informações clínicas, o profissional define um diagnóstico e recebe *feedback*. Duração: 10 minutos.

Informações: www.einstein.br/ensino/cursos-abertos

Universidade Estácio de Sá

Curso EAD e presencial – Pós-graduação em Enfermagem Oncológica. Carga horária: 380h (360h a distância + 20h presenciais). Público-alvo: graduados em Enfermagem. Várias regiões do País. As inscrições podem ser realizadas até 24 de março. Mais informações: www.estacio.com.br

Universidade Municipal de São Caetano do Sul

EAD e presencial – Pós-graduação em Farmácia Clínica em Oncologia. Carga horária: 380h (360h on-line + 20h presencial). Público-alvo: graduados em Farmácia. Início: março. Mais informações: www.posuscs.com.br/curso-de-pos-graduacao-a-distancia

Instituto Racine

EAD – Atualização em Farmácia Oncológica. Carga horária: 144h. Público-alvo: profissionais que trabalham em farmácias de hospitais especializados em Oncologia, ambulatórios de Oncologia, unidades e centros especializados e com assistência domiciliar. Turmas em março e agosto. Duração: 9 meses. Mais informações: www.racine.com.br

EAD – Intensivo de Boas Práticas Clínicas Farmacêutica em Oncologia. Carga horária: 40h. Público-alvo: farmacêuticos, docentes e estudantes de cursos de graduação e pós-graduação em Farmácia. Turmas em março e abril. Aulas ministradas ao vivo. Mais informações: www.racine.com.br/ir/curso-intensivo

Centro Universitário de Araraquara

EAD – Pós-graduação em Psico-oncologia. Carga horária: 360h. Público-alvo: Psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, pedagogos, terapeutas ocupacionais e interessados na formação clínica. Início: março. Duração: 15 meses. Mais informações: 0800-55-6588, ou pelo e-mail: atendimentoead@uniara.com.br

Câncer: só uma questão de azar?

Representando a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, da Organização Mundial da Saúde (Iarc/OMS), afirmo que nossos estudiosos discordam enfaticamente da conclusão do artigo científico sobre as causas do câncer em humanos publicado no periódico *Science* em 2 de janeiro pelos pesquisadores Cristian Tomasetti e Bert Vogelstein.

O estudo, que recebeu ampla cobertura da mídia mundial, compara o número de divisões de células-tronco de um tecido durante a vida com o risco de uma pessoa desenvolver câncer e sugere que mutações ao acaso (ou azar) são as “principais razões para o câncer de uma forma geral, sendo mais importantes do que fatores hereditários ou ambientais”.

Para muitos cânceres, os autores defendem maior ênfase na detecção precoce do que na prevenção de sua ocorrência. Se mal interpretada, esta afirmação pode resultar em consequências negativas tanto em relação à pesquisa do câncer quanto às perspectivas da saúde pública.

Nossos estudiosos indicam uma séria contradição em relação ao vasto conteúdo de evidências epidemiológicas, assim como uma série de limitações metodológicas e vieses na análise apresentada no estudo.

Nós já sabíamos que para uma pessoa desenvolver um câncer existe uma fração atribuída

ao acaso, mas isto não tem nenhuma relação com o nível de risco para desenvolver câncer em uma população. Concluir que o “azar” é a principal causa do câncer é enganoso e pode prejudicar os esforços para identificar as causas da doença e sua efetiva prevenção.



* Diretor da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc/OMS).

As últimas cinco décadas de pesquisa epidemiológica internacional demonstraram que a maioria dos cânceres que são frequentes em uma população são relativamente raros em outra, e que estes perfis apresentam variação temporal. Por exemplo, o câncer de esôfago é comum entre homens do Leste da África, mas raro no Oeste daquele continente. Câncer colorretal, que era raro no passado no Japão, teve aumento de incidência de quatro vezes nos últimos 20 anos. Estas observações são típicas de muitos cânceres mais comuns e consistentes com um papel preponderante de exposições ambientais ou ligadas ao estilo de vida, em oposição a variações genéticas ou ao acaso (azar).

“A falta de conhecimento que ainda permanece em relação à etiologia do câncer não deveria ser tratada de forma simplória e descrita como ‘azar’”



PREVENÇÃO É POSSÍVEL PARA OS CÂNCERES MAIS COMUNS

Além do mais, nossos estudiosos identificaram várias limitações no estudo. Dentre estas estão a ênfase em cânceres raros (osteossarcoma, meduloblastoma) que juntos representam somente uma pequena proporção da quantidade de cânceres. O estudo também exclui, devido a falta de dados, cânceres frequentes cuja incidência apresenta grandes diferenças entre populações atemporais. Nesta categoria incluem-se os cânceres mais comuns ao redor do mundo, como os de estômago, colo do útero e mama, cada um sabidamente associado a agentes infecciosos, fatores ambientais ou ao estilo de vida. Ademais, o estudo foca somente na população dos Estados Unidos como medida de risco para o desenvolvimento de câncer durante a vida. A comparação com outras populações teria gerado resultados diferentes.

Embora esteja claro há muito tempo que o número de divisões celulares aumenta o risco da ocorrência de uma mutação – e, conseqüentemente, do câncer –, a maioria dos cânceres mais comuns que ocorrem ao redor do mundo são fortemente associados a exposições ambientais e ao estilo de vida. Portanto, em princípio, estes cânceres são passíveis de prevenção. Baseado no conhecimento atual, em torno da metade dos cânceres que ocorrem ao redor do mundo podem ser prevenidos. Este dado é apoiado por rigorosa evidência científica que demonstra redução da incidência de câncer após a adoção de medidas de prevenção. Exemplos notáveis são a diminuição das taxas de câncer de pulmão e outros tumores associados ao tabagismo após a redução deste hábito, bem como o declínio das taxas de hepatocarcinoma (câncer mais comum que afeta o fígado) em populações vacinadas contra o vírus da hepatite B.

A falta de conhecimento que ainda permanece em relação à etiologia do câncer não deveria ser tratada de forma simplória e descrita como “azar”. A busca pelas causas precisa continuar, enquanto investimos em medidas de prevenção para aqueles tumores que possuem fatores de risco conhecidos. Isto é particularmente importante nas áreas mais pobres do mundo, que se deparam com um crescimento do número de casos de câncer, mas possuem serviços de saúde ainda bastante limitados. ■

política

MOTIVAÇÃO COMERCIAL É A JUSTIFICATIVA DE 95% DAS
INTERRUPÇÕES DEFINITIVAS DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS

Remédio (?) amargo

Na sua vigésima edição (dezembro de 2012), REDE CÂNCER publicou matéria sobre o problema do desabastecimento de medicamentos oncológicos. A reportagem mostrou que o baixo interesse econômico, na grande maioria dos casos, estava por trás da decisão dos laboratórios de interromper a produção ou importação de certos medicamentos, trazendo riscos para o tratamento de pacientes. Naquele momento, a preocupação dos profissionais que trabalham com controle de câncer era a L-asparaginase, medicamento usado no tratamento da leucemia infantil. Mais recentemente, a discussão voltou a tomar fôlego por conta de comunicados de indústrias farmacêuticas que alertavam sobre a suspensão da produção ou importação de outros três medicamentos oncológicos e da decisão de interromper definitivamente a comercialização do actinomicina D, antibiótico antineoplásico utilizado no tratamento de mais de cinco tipos de câncer.

Jorge Raimundo, então presidente do Conselho Consultivo da Associação da Indústria

Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), afirmou, na ocasião, que a interrupção da fabricação e comercialização de um medicamento só poderia ocorrer com base na justificativa de que sua efetividade fosse comprovadamente muito inferior à de uma nova tecnologia. Mas isso não é a realidade. “Se o laboratório decide não importar ou produzir mais um medicamento, por qualquer razão, não há como a autoridade sanitária brasileira dizer não”, afirma José Miguel do Nascimento Junior, diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do Ministério da Saúde (MS). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) não possui instrumento legal que impeça os laboratórios de retirarem seus produtos do mercado.

A Anvisa entende que a proibição da suspensão não é o caminho para resolver esse problema, e que não é possível obrigar um ente privado



a comercializar algo que não seja de seu interesse. “Há razões de ordem econômica e relacionadas ao direito de livre comércio que impedem tal proibição”, argumenta Renata Pereira, coordenadora de Informações Econômicas e Acompanhamento de Mercados da Anvisa. Renata destaca ainda que essa é uma abordagem adotada mundialmente. “Não temos conhecimento de nenhum país no mundo que imponha tal proibição. O que observamos é a obrigação de os laboratórios comunicarem previamente a intenção de descontinuar temporária ou definitivamente a comercialização de um medicamento por qualquer razão”, afirma.

Durante a crise causada pela falta da L-asparaginase, o Conselho Consultivo do INCA (Consinca) criou um grupo de trabalho que fez recomendações para o enfrentamento do problema. Entre as sugestões, destacava-se a criação de um sistema de monitoramento mais ativo dos estoques de medicamentos dos laboratórios. “A comunicação sobre a possível falta de uma droga no mercado acontecia de maneira muito diluída, e os laboratórios nem sempre relatavam a possibilidade

“Se o laboratório decide não importar ou produzir mais um medicamento, por qualquer razão, não há como a autoridade sanitária brasileira dizer não”

JOSÉ MIGUEL DO NASCIMENTO JUNIOR,
diretor do DAF/MS

de desabastecimento”, observa Nascimento Junior. Tal sistema ainda não existe, mas os laboratórios precisam prestar contas se decidirem reduzir ou descontinuar por quaisquer razões a importação ou produção de medicamentos.

FIM DE UM PRODUTO DEVE SER JUSTIFICADO

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 18/2014, em vigor desde abril do ano passado, obriga os fabricantes e importadores de medicamentos a informarem à Anvisa a intenção de retirar produtos do mercado com, no mínimo, seis meses de antecedência. Nos casos de suspensão que possam causar desabastecimento, a comunicação deverá ser feita com 12 meses de antecedência. Ao informar à Agência sobre a descontinuação, a empresa detentora do registro precisa explicar as razões. O desrespeito à norma poderá acarretar punição com advertência, interdição do fabricante e multa que vai de R\$ 2 mil a R\$ 1,5 milhão. “Antes da RDC, a forma de comunicação não era completa e não havia divulgação sistemática. Agora, divulgamos mensalmente listas de medicamentos para os quais os laboratórios notificaram a descontinuação ou reativação da produção. Isso permite que os gestores se articulem para se evitar ou minimizar os possíveis impactos do desabastecimento”, informou Renata Pereira.

Os casos de suspensão temporária são mais comuns. “Eles podem ocorrer por falta de algum insumo, alterações no processo de fabricação ou mudança do local de produção, que exigem um novo processo de certificação para que a Anvisa possa fazer visitas técnicas e verificar se todas as exigências de regulação sanitária continuam sendo cumpridas”, comenta Evanius Wiermann, presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Sboc). Já os casos de descontinuação definitiva estão quase exclusivamente relacionados à motivação comercial. Dos 368 medicamentos na lista atual de descontinuação definitiva, 353 – ou mais de 95% do total – têm motivação comercial. A Anvisa revela que esses casos ocorrem quando o laboratório detentor do registro informa que não tem mais interesse na comercialização do medicamento, mas que se enquadram também nessa categoria os casos de transferência de titularidade ou de marca.

Foi motivação comercial a justificativa apresentada pelo laboratório Bagó para notificar, em 30 de julho de 2014, a descontinuação definitiva da



“Antes da RDC, a forma de comunicação não era completa e não havia divulgação sistemática. Agora, divulgamos mensalmente listas de medicamentos para os quais os laboratórios notificaram a descontinuação ou reativação da produção. Isso permite que os gestores se articulem para se evitar ou minimizar os possíveis impactos do desabastecimento”

RENATA PEREIRA, coordenadora de Informações Econômicas e Acompanhamento de Mercados da Anvisa

comercialização do actinomicina D no Brasil. Por conta do risco de desabastecimento, o laboratório precisou garantir o estoque nacional até julho deste ano. “Desde a notificação, temos nos articulado com o Ministério da Saúde para buscar a melhor maneira de enfrentar esse problema”, afirma o presidente da SboC. As possibilidades de solução são diversas, e incluem a compra centralizada no MS por meio da importação direta. “É isso que tem acontecido com a Mitomicina, utilizada no tratamento do câncer de borda anal, em Portugal. O Ministério da Saúde de lá passou a importar o remédio do Japão”, conta Wiermann.

No caso do actinomicina D, o MS do Brasil pretende utilizar o Fundo Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para garantir o abastecimento nacional. O Fundo oferece uma forma de assegurar o fluxo constante de medicamentos e suprimentos a custo reduzido para os programas

prioritários de saúde pública mediante um processo de aquisições que vincula a projeção da demanda futura, a aquisição e o fornecimento. “O ministério tem estudado utilizar o Fundo Estratégico para garantir a compra e também analisa a possibilidade de produzir a droga nacionalmente. O fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde é a principal resposta do governo brasileiro para enfrentar esse problema”, destaca Nascimento Junior.

MEDICAMENTO ‘MADE IN BRAZIL’ TEVE CUSTO REDUZIDO

A produção nacional torna o País menos vulnerável à instabilidade da economia e a outros problemas de importação, que envolvem a conservação e a manutenção dos produtos. Além disso, diminui o risco de o Brasil ser surpreendido pela suspensão da produção de um medicamento por um laboratório privado internacional. “Com o mesilato de imatinibe, o ministério negociou a compra centralizada, o que diminui custos, e permitiu a transferência de tecnologia”, observa o diretor do DAF. A produção nacional foi possível por meio de uma Parceria de Desenvolvimento Produtivo (PDP), que envolveu os laboratórios públicos Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto Vital Brazil, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, além de cinco empresas privadas. A parceria inclui a transferência de toda a tecnologia para a fabricação e distribuição do medicamento para os laboratórios públicos que ficarão responsáveis por abastecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

A PDP firmada em 2013 para produção da L-asparaginase foi suspensa pelo MS depois que uma análise apontou que o acordo apresentava dificuldade no processo de inovação para a produção do medicamento. Com isso, a droga foi recolocada na lista de produtos prioritários e será foco de transferência de tecnologia em 2015. O MS apresentou essa nova lista em dezembro de 2014, e os laboratórios públicos e privados têm até 30 de abril para apresentar propostas. De acordo com o diretor do DAF, há intenção de incluir o actinomicina D como produto prioritário para o desenvolvimento produtivo. “Entretanto, não podemos garantir que haverá interesse para estabelecimento de acordo para produção nacional. O ministério publica a lista e são os laboratórios que precisam demonstrar interesse. Portanto, essa é uma questão ainda indefinida e que será fruto de longas discussões”, prevê Nascimento Junior. ■

Escolhas saudáveis

Um encontro informal, mas com muita informação, marcou a comemoração pelo Dia Mundial do Câncer (4 de fevereiro), no Rio. Profissionais do INCA, do Sesc e convidados participaram de debate sobre as escolhas saudáveis para prevenir o câncer.



Alerta

De acordo com o nutricionista Fabio Gomes, do INCA, muitos produtos comestíveis anunciados como saudáveis nem sequer podem ser considerados alimentos: são uma mistura de farinha, gorduras e açúcares.

Exemplo de casa

A também nutricionista Gabriela Kapim, que apresenta o programa *Socorro! Meu filho come mal*, no canal GNT, frisou que para as crianças serem educadas a comer bem, a mudança tem que começar pelos pais.

Tolerância zero para o sol

Dolival Lobão, chefe do Serviço de Dermatologia do INCA, destacou que os raios UVB (ultravioleta B), os grandes vilões do câncer de pele, são mais incidentes das 10h às 16h, quando as pessoas nunca devem se expor ao sol. Já os raios UVA, responsáveis pelo envelhecimento precoce, estão presentes na mesma intensidade das 7h às 19h. Ou seja: sem proteção, tomar sol em qualquer horário faz mal para a pele. O médico lembrou que já existem roupas com a capacidade de filtrar a radiação.

Rotina

A prática de atividade física é importante fator de proteção contra o câncer, pois previne a

obesidade, que está, por sua vez, relacionada ao surgimento de diversos tipos da doença. O gerente de Esportes e Recreação do Sesc, Fernando Silva, recomendou que a atividade física seja incorporada à rotina desde a infância, tornando-se um hábito, assim como escovar os dentes.

Mais disposição

Para os adultos, Fernando lembrou que a atividade física dá mais disposição, reduz o estresse e previne dores. “Só não dá para pensar que esse ganho é imediato. No início, o corpo precisa se adaptar. Os benefícios virão no médio prazo”, acentuou.

Oxigênio x nicotina

A médica Cristina Cantarino, responsável pela área de tratamento do fumante no INCA, lembrou que em apenas 24 horas sem fumar a saúde já começa a melhorar, pois a nicotina do cigarro compete com o oxigênio dentro do organismo.

Dica prática

Uma dica prática da médica para quem quer parar de fumar é deixar o maço de cigarro, o isqueiro e o cinzeiro distantes. “A preguiça de levantar para pegar o cigarro ou o isqueiro vence a fissura [vontade muito forte] de fumar, que dura apenas cinco minutos”, explicou.

Sob nova direção

As diferentes realidades, culturas e línguas dos países que compõem a América Latina podem se transformar em grandes barreiras para o avanço de iniciativas regionais importantes para os seus povos. Mas quando o assunto é câncer, as dificuldades precisam ser superadas, e torna-se necessária a união de todos para discutir as melhores práticas de controle de uma doença com índices cada vez maiores de incidência e mortalidade. Segundo dados da revista *Lancet*, uma das mais importantes publicações científicas na área médica, estima-se, para a região da América Latina e do Caribe, que 1,7 milhão de casos serão diagnosticados até 2030 e que mais de um milhão de mortes por câncer ocorrerão anualmente. Por isso, durante a última reunião ordinária do Colegiado de Gestão da Rede de Institutos Nacionais de Câncer (Rinc), que aconteceu no Rio de Janeiro, nos dias 23 e 24 de fevereiro, os participantes apresentaram propostas para superar esse desafio.

No encontro, a coordenação da Rinc foi transferida oficialmente para Graciela Sabini, do Programa Nacional de Controle de Câncer do Ministério da Saúde do Uruguai. Desde a criação da Rede, em 2011, pelo Conselho Sul-Americano de Saúde – formado pelos 12 ministros da Saúde dos países que compõem a União de Nações Sul-Americanas (Unasul) –, a tarefa era exercida por Luiz Antonio Santini, diretor-geral do INCA. A decisão foi tomada pelos membros do colegiado, seguindo a orientação do regulamento da Rinc, que prevê que sua coordenação acompanhe a Presidência Pro-Tempore da Unasul, desde dezembro do ano passado sob a responsabilidade do Uruguai. A Secretaria

Executiva da Rede, que a partir de agora passa a se chamar Secretaria Técnica, foi mantida no Brasil e continua representada por Walter Zoss.

“Chegamos à conclusão de que, como Luiz Antonio Santini e Walter Zoss fizeram um trabalho excelente à frente da Rinc, não seria conveniente para a Rede que eles ficassem completamente de fora das ações”, diz Graciela, reforçando que a proposta da coordenação permanece sendo a busca do controle do câncer na região. Sobre as diferenças entre os países-membros, a nova coordenadora acredita que elas devem ser levadas em consideração, uma vez que a incidência de tipos de câncer varia de país para país. “A epidemiologia do câncer não é uniforme em toda a América Latina. Em alguns países, por exemplo, o câncer de colo uterino é mais preponderante, enquanto em outros, como o nosso, não é tanto. Em países da costa pacífica predominam os cânceres de estômago e vesícula, enquanto na costa atlântica, incluindo Brasil, Uruguai e Argentina, predominam os tumores de cólon, o que mostra que não há uniformidade.”

Santini considera a transferência da coordenação um importante passo para a Rinc. “O Uruguai tem larga tradição nas atividades de controle de câncer na região. E, em segundo lugar, isso representa a maturidade da Rinc. Significa que ela não depende de uma ou outra pessoa para conduzi-la, mas sim do funcionamento harmônico e adequado do colegiado. No meu caso, em especial, por ter tomado a iniciativa de construir essa rede, foi muito satisfatório poder viver esse momento de consolidação e de maturidade da Rinc.”

POR UMA REDE SUSTENTÁVEL

Durante os dois dias de reunião, os participantes avaliaram o trabalho realizado pela Rinc no último ano. As mudanças de alguns governos e as dificuldades financeiras enfrentadas pela Rede ao longo de 2014 anteciparam o evento para que seu colegiado pudesse planejar as estratégias para 2015 e 2016. Um dos maiores desafios para o funcionamento da Rinc é o seu financiamento. “A Unasul já dispõe de recurso específico para apoiar o funcionamento de redes. Então, nós precisaríamos apresentar para o Conselho de Ministros da Unasul um plano de ação para que se possa captar dinheiro tanto dessa quanto de outras agências”, conta Santini, lembrando que, até o momento, o aporte financeiro mais significativo tem sido feito pelo Brasil.

O financiamento contínuo da Rede permite sustentar suas atividades e provocar reuniões como essa, que teve representantes de Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Suriname e Uruguai e de entidades como o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), ministérios da Saúde do Brasil e do Chile, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), INCA e Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês).

Entre as iniciativas de cooperação regional previstas para 2015, está a participação da Rinc no Simpósio Internacional de Câncer, que será realizado pelo Ministério da Saúde do Chile nos dias 22 e 23 de abril, em Santiago. “O objetivo principal é reunir formuladores de políticas públicas, investigadores sociais e outros atores para conversar sobre as políticas de câncer que existem na região e em âmbito internacional. Começaremos, no simpósio, um plano sul-americano para o controle do câncer”, adianta Cristian Herrera Riquelme, do Ministério da Saúde do Chile. Segundo Cristian, o evento também será uma boa oportunidade para os membros da Rinc iniciarem a elaboração de um código latino-americano de câncer, nos moldes do que foi criado pela União Europeia.

ADAPTAÇÃO À REALIDADE LOCAL

O código europeu contra o câncer consiste em 12 recomendações que visam à proteção individual para diversos tipos da doença. Seu conteúdo principal cabe em um único folheto, frente e verso, e se pretende um forte instrumento de comunicação. Além do folheto, foi desenvolvido um site (<http://cancer-code-europe.iarc.fr>) com informações mais aprofundadas sobre as recomendações. Para se chegar a elas, um grupo multidisciplinar, incluindo pesquisadores,

“O Uruguai tem larga tradição nas atividades de controle de câncer na região. Em segundo lugar, isso representa a maturidade da Rinc. Significa que ela não depende de uma ou outra pessoa para conduzi-la, mas sim do funcionamento harmônico e adequado do colegiado”

LUIZ ANTONIO SANTINI, diretor-geral do INCA

cientistas sociais e profissionais de comunicação dos países-membros da União Europeia, reuniu-se sob supervisão da Iarc.

“Os representantes conseguiram equilíbrio, levando em conta aspectos culturais e socioeconômicos. Ao final, tentou-se formular as recomendações para que fossem suficientemente concisas e, ao mesmo tempo, amplas, de modo a englobar todas as características comuns aos países da União Europeia”, conta Carolina Espina-García, da Iarc. Ela explica por que algumas recomendações ficaram de fora do folheto impresso: “A hepatite C, por exemplo, tem importância em certos países como fator de risco para câncer, mas não é prioritária em outros. Por isso, está nas recomendações, mas em nível secundário, disponível na página web, em formato de perguntas e respostas.” Carolina acredita ser possível criar um código semelhante na América Latina, apesar das diferenças em relação à Europa. “Um potencial código latino-americano teria muito mais desafios. Vai requerer debate intenso e consenso. O mapa da incidência de câncer nos países da região é bastante variado”, pondera.

“O código apresentado pela Iarc é muito bom e sério, como tudo da Agência. Mas não é possível aplicá-lo como um molde à América Latina. Creio que se trata de um trabalho fundamentalmente da Rinc formar um comitê de especialistas, com representantes de todos os países, para poder adaptar e modificar o código para a nossa realidade”, avalia Graciela Sabini.



Graciela Sabini (D) afirmou que a proposta da coordenação continua sendo a busca pelo controle do câncer na região

AGENDA CHEIA

A apresentação do código europeu surtiu efeitos imediatos. Para desenvolver documento semelhante, os participantes da reunião propuseram a criação de dois novos grupos operativos para a Rinc: o de Comunicação, com o objetivo de facilitar o intercâmbio de informações, experiências e cooperação, e o de Gestão do Conhecimento, proposta que será desenvolvida pelo Peru. Outro tema do encontro foi o núcleo latino-americano para registros de câncer. Atualmente, o Instituto Nacional de Câncer da Argentina é o centro coordenador do núcleo e conta com o apoio de centros colaborativos, que são os institutos nacionais de câncer do Brasil, da Colômbia e do Uruguai. Segundo Gabriela Abriata, da Iarc, os países da região já apresentam bons níveis de registros, mas ainda há alguns cujos dados não estão acessíveis.

Os representantes do Chile acrescentaram nova proposta para que, durante o simpósio em seu país, a Rede elabore conjuntamente um Plano Sub-Regional para o Controle Integral de Câncer, voltado para a América do Sul. A ideia foi aceita pelos presentes, que decidiram criar um grupo de trabalho, formado por Colômbia, Peru, Chile e Paraguai, para elaborar o documento.

Os representantes incluíram na agenda do simpósio a questão do acesso universal a medicamentos e propuseram que seja feito um trabalho em conjunto com o Grupo Técnico de Acesso Universal a Medicamentos do Conselho de Saúde Sul-Americano.

Ao término da reunião, Luis Felipe Ribeiro Pinto, coordenador de Ensino do INCA e integrante do quadro de pesquisadores da Iarc, apresentou dados de pesquisas desenvolvidas pela Agência e incentivou outros países da Rinc a colaborar com o quadro de pesquisadores da Iarc. Atualmente, o Brasil é o único país da América Latina nessa situação. De acordo com Marisa Breitenbach, coordenadora de Pesquisa e Educação do INCA, já existe uma rede latino-americana de pesquisa em câncer, com pesquisadores de oito países, mas que ainda não se incorporou oficialmente à Rinc por não poder contar com estrutura de sustentação, captação de recursos e financiamento. “Acho que essa reunião vai ser emblemática no sentido de avançar na nossa organização e no futuro da Rinc, bem como na incorporação e no avanço de novos grupos”, acredita. ■

entrevista

CARY ADAMS,

diretor executivo da União Internacional de Controle do Câncer (UICC) e presidente da NCD Alliance

Um executivo contra o câncer



A inclusão do controle do câncer entre as prioridades para o desenvolvimento dos países fez com que diversas organizações repensassem suas estruturas e formas de atuação para se adequarem à nova realidade. Esse foi o caso da União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), que contratou um novo diretor executivo em 2009 para, juntamente com seu Conselho Diretor, inserir a organização nesse novo cenário. Cary Adams, que nunca havia trabalhado na área da saúde antes, tem, desde então, centrado seu trabalho em *advocacy* global para garantir que o câncer esteja presente entre as prioridades da agenda mundial de saúde. Ele também trabalha para unir uma comunidade de pessoas em distintas áreas, mas que têm em comum o objetivo de controlar o câncer. A rede de organizações membros da UICC reúne as principais instituições de controle da doença do mundo, ministérios da Saúde, grupos de pacientes, atores políticos influentes, pesquisadores e especialistas nessas mais diferentes áreas.

Nascido em Londres, Cary Adams se formou em Economia, Informática e Estatística pela Universidade de Bath, no Reino Unido, e depois concluiu mestrado em Administração de Empresas. Ex-aluno da Escola de Negócios de Harvard, onde cursou o programa de Gerência Executiva 2003, depois de muitos anos dedicados à gestão de negócios internacionais no setor bancário, Cary fez uma mudança de carreira para se tornar diretor da UICC, com sede em Genebra, na Suíça. Tal mudança ocorreu exatamente no momento em que as Nações Unidas começavam a discutir mais prioritariamente os efeitos das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), incluindo o câncer, no desenvolvimento dos países. Hoje, Cary também é presidente do NCD Alliance, uma coalizão de cerca de duas mil ONGs que trabalham com DCNTs.

REDE CÂNCER – Sair do setor bancário para o campo de controle do câncer deve ter sido bastante desafiador. Quais foram as maiores dificuldades?

Preciso confessar que nos primeiros anos eu penei para conseguir entender o que as pessoas estavam dizendo. Compreender a linguagem utilizada no campo do controle de câncer, além da dos organismos internacionais, como as Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde, foi um desafio pessoal. Cheguei a pensar que seria impossível. Tive que levar muito dever para casa, mas no final tudo deu certo.

RC – Você mencionou mudanças pelas quais a UICC passou desde 2009. Poderia falar um pouco mais sobre isso?

A UICC passava por mudanças que se refletiram principalmente na que partiu de uma organização preocupada com pequenos projetos para assumir a posição de uma organização internacional verdadeiramente global. Isso nos levou até mesmo a mudar nossa missão, que hoje é unir as pessoas interessadas no controle de câncer com o objetivo de reduzir a carga global da doença, promover maior equidade e integrar o controle do câncer na agenda de saúde e do desenvolvimento mundial.

RC – Nessa lógica, qual é hoje o principal papel da UICC no cenário global do controle de câncer?

Um dos principais focos atuais da UICC é o de *advocacy* global no intuito de incluir o câncer como prioridade na agenda mundial da saúde. Há uns cinco anos, quando as Nações Unidas e a OMS começaram a olhar mais atentamente para as doenças crônicas não-transmissíveis, as perspectivas do cenário global de controle de câncer se expandiram muito, e é preciso um trabalho intenso para se certificar de que todas as ações necessárias para tal controle sejam contempladas nas discussões desenvolvidas.

RC – A UICC, na verdade, conta com mais de 800 organizações-membros em 155 países. Como é articular toda essa rede?

Outro de nossos objetivos prioritários é realmente unir a comunidade global de pessoas interessadas no controle de câncer. Desenvolvemos diversas atividades, como o Congresso Mundial do Câncer e o Dia Mundial do Câncer, no intuito de fazer com que todos trabalhem juntos. Acreditamos que somente com nossos membros e principais

parceiros, como a OMS e o Fórum Econômico Mundial, por exemplo, será possível enfrentar a crise do crescimento do câncer em escala global.

RC – Em dezembro do ano passado foi realizada a 23ª edição do Congresso Mundial do Câncer. O que torna esse evento tão importante?

O campo de controle do câncer é bastante amplo. Há diversos congressos muito importantes para cada uma das diferentes áreas que compõem esse campo. Nosso objetivo com o Congresso Mundial do Câncer é colocar pessoas das diferentes áreas, mas que dividem o mesmo objetivo final, juntas para que elas possam se conhecer, aprender com as demais e construir parcerias. Os presidentes das organizações responsáveis pelo controle do câncer, por exemplo, precisam compreender e estar informados sobre as novidades de todas as áreas que compõem esse campo. Acredito que o último congresso em Melbourne, na Austrália, foi uma excelente oportunidade para isso.

RC – Falando sobre o Dia Mundial do Câncer, celebrado em 4 de fevereiro, como foram as comemorações pelo mundo?

Eu considero que foram extraordinárias. O sistema que nós temos para monitorar as citações sobre o Dia Mundial do Câncer nos mostra que ano a ano mais e mais organizações estão realizando comemorações para a data. Em 2015, o *slogan* “Ao nosso alcance” serviu para alertar milhares de pessoas no mundo inteiro de que há soluções ao alcance de todos para prevenir a doença, detectá-la precocemente, tratá-la e maximizar a qualidade de vida das pessoas afetadas pelo câncer.

“Somente com nossos membros e principais parceiros, como a OMS e o Fórum Econômico Mundial, por exemplo, será possível enfrentar a crise do crescimento do câncer em escala global”

RC – Durante o Dia Mundial do Câncer, a UICC divulgou informações que apontaram o subfinanciamento global do controle de câncer. Quais são os impactos dessa situação?

As informações mostram que um aumento anual do financiamento da comunidade internacional da ordem de US\$ 18 bilhões poderia salvar três milhões de vidas por ano no mundo, até 2030, e muitas mais em décadas sucessivas, por meio da prevenção, detecção precoce e melhoria dos cuidados para pacientes com câncer. O aumento do financiamento também proporcionaria alívio da dor para milhões de pessoas que vão morrer de câncer durante esse período. O acesso à morfina ainda é muito desigual mundialmente, e é preciso aprimorar os mecanismos para acesso a terapias de controle da dor.

RC – De onde poderiam vir os recursos para esse aumento?

A triplicação de impostos sobre o tabaco aumentaria as receitas fiscais disponíveis aos governos para US\$ 400 bilhões por ano e ainda poderia incentivar um terço dos fumantes a parar de fumar. Países de baixa renda, onde os serviços de saúde são menos desenvolvidos, nos quais unidades de tratamento do câncer são praticamente inexistentes e há escassez de especialistas treinados, teriam o apoio da comunidade internacional para desenvolver sua capacidade, um processo que é suscetível de demorar uma década ou mais.

RC – E como você acredita que poderia vir esse apoio da comunidade internacional?

Acredito que em 2015, quando os Objetivos do Milênio deveriam ser alcançados e devem ser revistos, o controle do câncer, juntamente com as demais doenças crônicas não-transmissíveis, passará a ter lugar de destaque. Com isso, acredito que haverá aumento da oferta de recursos em assistência internacional que poderão ser usados pelos países de baixa renda para construir mecanismos de controle de câncer. Houve avanços muito significativos em áreas como o controle da Aids e da mortalidade infantil, ambos incluídos entre os objetivos determinados no ano 2000, e eu acredito que o controle do câncer poderá seguir um caminho bastante semelhante.

RC – Quais serão os desafios para a UICC neste cenário?

A UICC precisará desenvolver ainda mais as suas capacidades de construção de parcerias. Precisaremos trabalhar de maneira muito próxima a diversas agências das Nações Unidas, não somente a OMS. Também precisaremos nos articular

“O Brasil é referência em uma área crucial do controle do câncer, que é o controle do tabagismo. A obesidade tem aumentado na população, mas o governo tem trabalhado e desenvolvido estratégias bastante interessantes. A oferta pública da vacina contra o HPV para meninas também é um grande avanço. Acredito que o Brasil tem um plano de controle de câncer bastante sensível”

com toda a nossa rede para garantir que todos os países estejam atentos para o problema do câncer. As soluções para o controle do câncer só funcionam realmente de maneira local. Apesar de todos os mecanismos globais, é localmente que as ações são postas em prática e cada país precisa adequar as recomendações à sua realidade.

RC – E o Brasil? Você acredita que está no caminho certo?

Acompanho bem a situação no Brasil, já que o diretor-geral do Instituto Nacional de Câncer, Luiz Antonio Santini, foi membro do Conselho Diretor da UICC nos últimos anos e, hoje, contamos com a presença de Maira Caleffi, presidente da Femama [Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama], nesse grupo. O Brasil é referência em uma área crucial do controle do câncer, que é o controle do tabagismo. A obesidade tem aumentado na população, mas o governo tem trabalhado e desenvolvido estratégias bastante interessantes. A oferta pública da vacina contra o HPV para meninas também é um grande avanço. Acredito que o Brasil tem um plano de controle de câncer bastante sensível. ■

Advertência mais evidente

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) colocou em consulta pública, em março, proposta para regulamentação de advertência sanitária que passará a ocupar 30% da face frontal das embalagens de derivados do tabaco, em cumprimento à Lei 12.564/2011 e ao Decreto 8.262/2014.

Após análise das contribuições, a Anvisa publicará o resultado da consulta pública em seu portal.

HPV 1

Depois de vacinar adolescentes de 11 a 13 anos contra o papilomavírus humano (HPV) no ano passado, o SUS imunizará, em 2015, meninas de 9 a 11 anos. A expectativa do Ministério da Saúde é alcançar 80% do público-alvo, ou 4,94 milhões de meninas. Outra novidade para este ano é a inclusão de 33,5 mil mulheres de 9 a 26 anos que vivem com HIV. Mais suscetível a complicações decorrentes do HPV, esse público tem probabilidade cinco vezes maior de desenvolver câncer no colo do útero do que o restante da população. A inclusão do grupo como prioritário segue recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

HPV 2

A Anvisa aprovou o registro da vacina do Instituto Butantan que protege contra quatro subtipos do vírus HPV (6, 11, 16 e 18). A ação é parte da Parceria de Desenvolvimento Produtivo (PDP) firmada entre o laboratório brasileiro e o laboratório Merck Sharp & Dohme (MSD). O Butantan poderá iniciar a fabricação nacional assim que a transferência da tecnologia avançar. É o primeiro laboratório nacional a obter um registro para essa vacina. As indicações de bula do produto nacional serão as mesmas da vacina da MSD.



Câncer é tema do Fórum Econômico Mundial

Líderes de todo o mundo discutiram a necessidade de uma ação corajosa, em resposta ao crescente impacto humano e econômico do câncer, durante o encontro anual do Fórum Econômico Mundial, em Davos, na Suíça. O tema dominou duas sessões: “O caminho para a cura do câncer – Quais são os progressos na prevenção e terapia de câncer?” e “A globalização de doenças não transmissíveis”. Franco Cavalli, presidente do Fórum Mundial de Oncologia (FMO), conduziu os debates para alcançar um acordo sobre ações que poderiam acelerar a descoberta de um tratamento ou o controle, em longo prazo, do câncer e aumentar significativamente o acesso global, não só à prevenção, mas também à detecção precoce, ao tratamento e à cura. O FMO é o grupo dos principais médicos, cientistas, pesquisadores, políticos e representantes de diferentes indústrias do mundo.

Essa foi a primeira vez que o tema câncer foi abordado no Fórum Econômico Mundial.

WORLD
ECONOMIC
FORUM

Açúcar onde menos se imagina...

Pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) constatou que o brasileiro consome 50% mais açúcar do que deveria. E para piorar, nem sempre sabe disso.

A recomendação da OMS é que o consumo diário de açúcar chegue no máximo a 50 gramas, o que cabe em cerca de cinco colheres de sobremesa.

O problema está no açúcar oculto nos produtos industrializados, até mesmo nos salgados, como pão e molho de tomate, e nos considerados saudáveis, como barrinhas de cereais e sucos.

Uma forma de verificar se há muito açúcar nos produtos é observar em que posição ele aparece na lista de ingredientes.

Se vier em primeiro ou segundo lugar, é sinal de que está presente em grande quantidade. O consumo excessivo de açúcar pode levar à obesidade, que é um fator de risco para o câncer.

Pesquisa clínica mais veloz

As pesquisas clínicas, necessárias para o desenvolvimento de medicamentos e produtos para a saúde, vão ganhar mais agilidade. As Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) números 09/2015 (Medicamentos) e 10/2015 (Produtos para Saúde/Dispositivos médicos) devem permitir maior inserção do País na área de pesquisas clínicas.

Uma das novidades é a definição de prazo fixo para que a Anvisa avalie os Dossiês de Desenvolvimento Clínico de Medicamento (DDCM) contendo projetos de ensaios clínicos a serem realizados no Brasil. Os estudos de fase III, com medicamentos sintéticos e realização em outros países contidos em um DDCM, terão prazo máximo de 90 dias para avaliação. Cerca de 60% dos estudos analisados hoje se enquadram nessa regra.

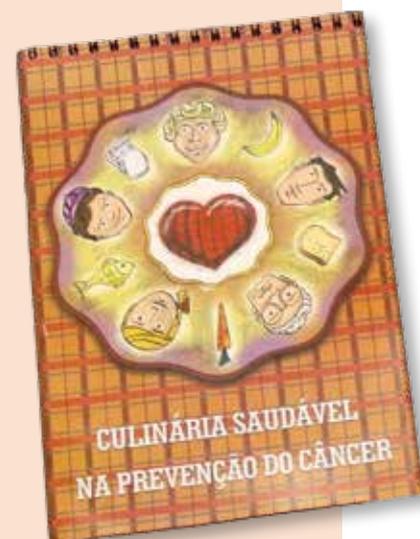
Já os estudos de fase I e II, com medicamentos biológicos ou realizados apenas no Brasil, terão prazo de 180 dias para avaliação.

Culinária saudável previne o câncer

A Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará lançou, em parceria com o INCA, a cartilha *Culinária saudável na prevenção do câncer*. A publicação traz recomendações importantes e receitas com ingredientes regionais de baixo custo que auxiliam na prevenção da doença.

A iniciativa é fruto do trabalho que vem sendo executado desde 2012 – a formação de tutores. “Capacitamos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica para que se tornem multiplicadores, visando à promoção da alimentação saudável como forma de prevenção do câncer”, explica Rahilda Tuma, coordenadora estadual de Nutrição.

Durante as oficinas de formação de tutores, foram discutidos vários instrumentos para a divulgação das recomendações. A oficina de culinária foi escolhida pelos participantes como estratégia mais eficaz para conscientizar a população sobre a importância de uma refeição saudável.



REDE CÂNCER E EDUCAÇÃO

Parabenizo-lhes pela publicação da revista REDE CÂNCER, por sua leitura tão elucidativa e facilitada! Tenho me dedicado a uma pesquisa sobre o câncer, conduzida na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, a qual ganhará, em muito, com as análises em questão. Estudei a edição 23 (dezembro de 2013), mas gostaria de conhecer as anteriores e posteriores, se ainda se encontrarem à disposição. Há possibilidade de doação? O mencionado material será oferecido à biblioteca da PUC-Minas, após análise, para que outros desfrutem de suas importantes informações.

Caso as edições antigas não estejam mais à disposição, é possível que o meu nome seja incluído para o recebimento das novas?

Parabéns, mais uma vez!

**Elton Carlos de Oliveira Borges –
Belo Horizonte, MG**

Prezado Elton,

*Ficamos felizes que nossa revista
tenha sido útil na sua pesquisa.*

*Todas as edições encontram-se disponíveis
online no site do INCA, no link
www.inca.gov.br/revistaredecancer.*

*Seu nome já foi incluído no mailing para que
você passe a receber as próximas edições.*

REVISTA PARA TODOS

Sou cancerologista cirúrgico e solicito o envio desta grande revista para o meu endereço residencial. Parabéns e muito obrigado!

Pedro Ricardo de O. Fernandes – Campinas, SP

Olá, sou enfermeira na área de Oncologia hospitalar e na docência. Gostaria de receber a REDE CÂNCER para me atualizar e compartilhar com meus alunos.

Juliana Ferreira Santos – Itabuna, BA

Sou enfermeiro supervisor de uma Estratégia de Saúde da Família do município de Miracema. Gostaria de receber a REDE CÂNCER.

Leandro Sabino – Miracema, RJ

Tive câncer de tireoide em 2013, com retirada total da glândula. Gostaria de receber a revista.

Kátia Regina de Sales Costa – São Gonçalo, RJ

Estou envolvida em uma ONG que ajuda pessoas com câncer e gostaria de receber a revista.

Silvia Regina Dalcol – Piraí do Sul, PR

Sou cirurgião-dentista com doutorado em estomatologia e trabalho no setor de Oncologia no Hospital de Aracaju, além de coordenar o curso de Odontologia da Faculdade Ages. Gostaria de receber a REDE CÂNCER no meu endereço e também para a Biblioteca da Ages.

Allan Ulisses Carvalho de Melo – Aracaju, SE

Sou enfermeira e atuo também como instrutora de um curso técnico. Gostaria de receber a REDE CÂNCER para trabalhar os artigos e as reportagens com meus alunos.

Jordana Alves de Aguiar – Goiandira, GO

Sou nutricionista e estou me especializando em Oncologia. Leio a REDE CÂNCER no site do INCA e a cada edição vejo excelentes conteúdos. Gostaria de receber a revista impressa.

Angélica Berenice Martins – Curvelo, MG

*Prezados leitores: enviem nome e endereço
completos para o e-mail comunicacao@inca.gov.br
para serem incluídos no mailing e
receberem as edições trimestralmente.*



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.



A infecção pelo HPV é a principal responsável pelo câncer do colo de útero. A cada ano, no Brasil, surgem 15 mil novos casos e 5 mil mulheres morrem. A vacina é a principal forma de prevenção, por isso, é importante que toda menina de 9 a 11 anos receba as três doses da vacina contra o HPV. Ela é segura, de graça e está incluída no Calendário Nacional de Vacinação. Atenção: meninas de 12 a 13 anos que ainda não foram vacinadas devem procurar uma Unidade de Saúde do SUS para receber a vacina. Lembre-se: a proteção só acontece com a 2ª dose.

1ª DOSE



2ª DOSE
6 meses depois



3ª DOSE
60 meses depois
da primeira dose

Procure uma Unidade de Saúde do SUS ou fique atenta ao período de vacinação na escola.

Leve a caderneta de vacinação.





Ministério da
Saúde



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