

30

Julho
2015

REDE CÂNCER

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

TRIM-TRINTA!

NA EDIÇÃO COMEMORATIVA DE SEU 30º NÚMERO,
A REDE CÂNCER DESTACA 30 CONTRIBUIÇÕES
PARA O CONTROLE DO CÂNCER



Promoção da Saúde – SUS

Das Escolhas Certas se Cuida Todos os Dias

Escolha viver bem. Não importa o preço ou a procedência, o consumo do cigarro faz mal à saúde.

Ao oferecer cigarros com preços mais baixos, o comércio ilegal incentiva a experimentação por jovens, além de diminuir o estímulo dos fumantes que desejam parar de fumar. Quando os cigarros se tornam menos acessíveis, as chances de os fumantes reduzirem o consumo ou pararem de fumar aumentam.

O tabagismo pode provocar diversos tipos de câncer, outras doenças do coração e pulmão, além de prejudicar a prática de atividade física.

Da Saúde se Cuida Todos os Dias.



Conheça as medidas de controle do tabagismo e todas as outras ações de promoção da saúde no www.saude.gov.br/promocaodasaude, pela [#promocaodasaude](https://twitter.com/promocaodasaude) ou em toda a rede SUS.

Tenha uma vida mais saudável sem o cigarro. O tratamento é um direito seu garantido pelo SUS.

É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.

sumário



05

PREVENÇÃO

Mexa-se!

08

SOCIAL

De bem com a vida

11

ASSISTÊNCIA

Direto no alvo

14

PERSONAGEM

Dia de ser feliz

18

ENTREVISTA

Uma década de reação

22

CAPA

...28, 29, 30!

28

EDUCAÇÃO

Olhar estrangeiro

33

COMPORTAMENTO

De volta ao prazer

38

POLÍTICA

Evidência e decisão



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: **Gustavo Barbosa**, **Gustavo Sirelli**, **Rodrigo Feijó**, **Rosana Melo e Roseane Santos** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA**, **Can Stock Photo**, **Dollar Photo e SXC** | Revisão gramatical: **Annecy 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



editorial

Parabéns!

Prezado leitor,

Ufa! Chegamos ao número 30 de um projeto que nasceu enfrentando desconfiças e obstáculos – mas chegamos. Afinal, quem apostaria na perenidade de uma publicação de jornalismo científico voltado para o câncer, doença ainda cercada de mitos, que mesmo muitos profissionais de Saúde evitam abordar?

O INCA apostou na ideia, ainda que, bem entendido, a revista REDE CÂNCER não seja um veículo para falar do Instituto, mas para ser uma ampla fonte de debate e de divulgação de fatos da pesquisa, da prevenção, da assistência e da gestão relacionados ao controle da doença no Brasil.

Até por isso, nesta edição comemorativa, optamos por listar 30 fatores relevantes para o enfrentamento do câncer. São itens que vão das investigações científicas às políticas públicas em favor dos usuários do SUS. Descubra mais em *Capa*.

E nada mais relevante do que não permitir que o câncer afete os prazeres da vida. O sexo é um deles. Mas como casais lidam com o problema entre quatro paredes? É possível superar sequelas e ter uma vida normal? A resposta está *Comportamento*.

Superação, aliás, é uma palavra que parece ter sido talhada para Bruna, que tem a história contada

em *Personagem*. Ela perdeu uma filha com menos de dois anos para o câncer e transformou a própria dor em solidariedade inspiradora e emocionante na forma de uma ONG.

Pessoas como Bruna, a beleza do Brasil, o fortalecimento de suas instituições, a importância do INCA. Tudo isso e mais um muito são fatores que trouxeram estudantes de outros países para o Programa de Pós-Graduação em Oncologia do Instituto. De quais países eles vêm, o que esperam encontrar e as lições em terras tupiniquins podem ser conhecidos em *Educação*.

Como proteger as crianças é preciso, para encerrar, uma boa notícia: a quimioterapia para o tratamento de tumor ocular que afeta os pequeninos nos primeiros anos de vida tem obtido resultados promissores, como o aumento da taxa de preservação do olho. O tratamento já é possível pelo SUS. Os detalhes estão em *Assistência*.

Agora, você já tem mais do que 30 motivos para aproveitar esta edição.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva*

prevenção

ATIVIDADE FÍSICA E NUTRIÇÃO ADEQUADA PREVINEM APARECIMENTO DE DIVERSOS TIPOS DE CÂNCER

Mexa-se!

Evidências científicas comprovam que a atividade física pode, sim, prevenir o aparecimento de vários tipos de câncer. Desde 2010, revisões de literatura publicadas por pesquisadores do National Cancer Institute, dos EUA; Cancer Epidemiology Health Services Research Group, do Reino Unido; e Regensburg University Medical Center, da Alemanha, entre outras instituições, encontraram relação entre a atividade física e a redução do risco de câncer de endométrio, próstata, rim, pâncreas e bexiga.

O médico João Felipe Franca, especialista em exercício e esporte pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, diz que evidências científicas nacionais e internacionais corroboram que a atividade física é benéfica na prevenção do câncer. “Estudos sugerem que quanto maior a atividade aeróbica, menor o risco de câncer. Isso pode ter a ver com a melhora da respiração celular e do sistema imunológico. Um sistema imunológico bem modulado, por conta do exercício, não deixa as células cancerígenas aparecerem.”

A atividade física mais eficiente na prevenção do câncer deve ser intensa, com 75 minutos por semana, ou moderada, com 150 minutos por semana. “A definição de moderado e intenso é muito particular, porque andar rápido para mim pode ser pouco, e para outra pessoa, não. A orientação deve ser feita de forma individual”, recomenda o médico. De acordo com Franca, é esperado que até os 70 anos o ser humano ainda consiga correr alguns minutos. Se puder correr, o benefício é maior.

EXERCÍCIOS DO DIA A DIA

A capacidade da atividade física de prevenir o câncer não está associada apenas à prática de esportes competitivos ou de exercícios pesados. Fazer caminhadas, subir escadas e passear com o cachorro, por exemplo, também são eficientes e contribuem de várias formas, porque controlam o peso, ajudam a manter o funcionamento do intestino e reequilibram os hormônios, que poderiam estimular o desenvolvimento de tumores.





Uma das explicações para os benefícios dos exercícios na prevenção do câncer colorretal é que ele melhora o trânsito intestinal, ou seja, o tempo de contato entre o conteúdo alimentar (o bolo fecal) e o órgão é menor. Com isso, diz o médico, diminui o risco de aparecer alguma célula cancerígena no intestino. Manter-se ativo fisicamente também protege contra outras neoplasias. “Há benefícios para o câncer de pulmão, em ambos os sexos, e de mama, na mulher. Os estudos com câncer de mama são muito bem estabelecidos”, destaca.

Franca acrescenta que o obeso possui maior suscetibilidade ao câncer, porque tem uma resposta inflamatória mais exacerbada do que as pessoas que estão no peso ideal.

O educador físico Leandro Fórniás Machado de Rezende participa, juntamente com o nutricionista Fábio Gomes, do INCA, e outros pesquisadores, de um estudo que pretende estimar o número de casos de câncer no Brasil decorrentes de má alimentação, falta de atividade física, tabagismo e outros fatores de risco, que deve ser publicado ainda este ano. “Pesquisas como essa são importantes, pois fornecem elementos fundamentais para planejamento de ações de prevenção e controle de doenças. Além disso, mostram o impacto potencial de programas de prevenção e intervenções em saúde pública”, avalia.

Mestre em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e doutorando no mesmo programa, Rezende afirma que a associação entre a prática de atividade física e a redução do risco de câncer pode ser explicada por potenciais biológicos que favorecem a diminuição da inflamação, redução do estrogênio, da resistência à insulina, do estresse oxidativo e

do tempo no trânsito intestinal. Também favorece a modulação da função imune, o aumento de vitamina D e outros mecanismos mediados pela redução da gordura corporal.

150 MINUTOS POR SEMANA

Dados da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês) apontam a associação da prática de atividade física à redução do risco de câncer de mama, colorretal e, possivelmente, outros tipos, através da redução da obesidade.

“Estudos sugerem que quanto maior a atividade aeróbica, menor o risco de câncer. Isso pode ter a ver com a melhora da respiração celular e do sistema imunológico. Um sistema imunológico bem modulado, por conta do exercício, não deixa as células cancerígenas aparecerem”

JOÃO FELIPE FRANCA, médico especialista em exercício e esporte



“No mundo, o câncer colorretal é o terceiro mais incidente entre homens [10% do total de casos] e mulheres [9,2% do total]. E o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres (25,2% do total). Recentemente foi estimado que 10% dos casos de câncer de mama e de cólon e reto seriam evitados no mundo se toda a população atingisse a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física por semana”, informa o educador físico.

Estudo de Rezende, em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul e a Universidade de Harvard e publicado este ano no *Journal of Physical Activity and Health*, mostra que 5,2% dos casos de câncer de mama e 5,9% de câncer de cólon por ano seriam evitados com a inclusão de alguma prática de atividade física na rotina. Já em um cenário baseado na recomendação semanal de atividade física, seriam evitados 13,4% e 14,6% dos casos de câncer de mama e cólon por ano, respectivamente.

Por outro lado, o excesso de peso (Índice de Massa Corporal entre 25 e 29,9 kg/m²) e a obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) são importantes fatores de risco para diversos tipos de câncer. Estudos epidemiológicos mostram que ambos estão associados com o aumento no risco de câncer de esôfago, cólon (em homens), pâncreas, mama (em mulheres na pós-menopausa), endométrio e rim.

Entre os principais mecanismos que ampliam o risco da doença associada ao excesso de peso estão: aumento na prevalência de refluxo ácido crônico (câncer de esôfago), aumento na circulação do hormônio estradiol (câncer da mama) e redução na produção do hormônio progesterona (câncer de endométrio). ■

DUPLA AUMENTA SOBREVIDA

E a dupla alimentação saudável e exercícios físicos é capaz, ainda, de aumentar a sobrevivência de pacientes diagnosticados com câncer. Estudo recente realizado por pesquisadores da Universidade de Vermont, nos Estados Unidos, sugere que a combinação de alimentação saudável e atividade física frequente aumenta as chances de sobrevivência em homens, no caso de eles serem diagnosticados com câncer colorretal ou de pulmão. A pesquisa destaca ainda que pequenas melhoras na rotina de exercícios já podem reduzir os riscos de desenvolver a doença.

O estudo analisou 14 mil homens entre 46 e 50 anos no estado do Texas. Eles tiveram seu condicionamento físico testado à exaustão, numa corrida em esteira. A cada seis anos e meio, entre 1971 e 2009, esses voluntários tiveram a forma física avaliada. Entre 1999 e 2009, 1.310 homens tiveram câncer de próstata, 200, de pulmão e 181, colorretal.

De acordo com os pesquisadores, homens com alto nível de atividade física na meia-idade reduziram seu risco de câncer de pulmão em 55% e o colorretal em 44%, em comparação a homens sedentários – especificamente os que demoraram mais de 12 minutos para correr ou andar 1,6 km.



social

COMO A MAQUIAGEM TEM AJUDADO MULHERES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO NA RECUPERAÇÃO DA AUTOESTIMA

De bem com a vida

“Sempre fui uma mulher muito vaidosa, caprichava nos lenços, brincos. Mulheres carecas ficam lindas maquiadas e com brincos. Descobri uma nova mulher, mesmo no meio desta doença”, diz em alto astral a programadora Ariane dos Santos Silva, 40 anos. “Quando nos arrumamos e nos maquiemos, as pessoas à nossa volta olham e falam: ‘Nossa, como você está bonita, como você está bem, nem parece que está doente’. Isso é muito importante para não nos deixarmos abater.” Como tantas outras mulheres, Ariane teve câncer de mama e participou do projeto De Bem com Você – A Beleza contra o Câncer, associado ao Look Good, Feel Better, programa de responsabilidade social surgido nos Estados Unidos em 1989. O objetivo é a recuperação da autoestima por meio de oficinas de automaquiagem, com produtos doados por empresas patrocinadoras e profissionais voluntários.

No Brasil, o projeto é realizado pela Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos (Abihpec) e está em execução desde novembro de 2011 em instituições de saúde parceiras, quase todas no Estado de São Paulo. Em uma delas, o Hospital Pérola Byington, na capital paulista, já foram realizadas quatro oficinas, por maquiadores e assistentes voluntários. Nos espaços dedicados à iniciativa em todos os parceiros, as pacientes recebem dicas de como se maquiar, utilizar lenços e turbantes de variadas formas e se divertir com as mudanças de visual graças aos diversos modelos de perucas, entre outras informações que destacam positivamente

a mulher, mesmo durante um tratamento delicado e agressivo como a quimioterapia.

Além das orientações passadas pelos voluntários, nas oficinas acontece uma integração natural entre as participantes. “Durante aquele momento lúdico, elas trocam experiências, superam juntas algumas barreiras, como a eventual vergonha da cabeça sem cabelos e o uso da peruca, e, felizes, concluem as oficinas”, conta Claudio Viggiani, presidente do Instituto Abihpec. “Sempre notamos

Vaidosa, Ariane descobriu “uma nova mulher” nas oficinas do projeto



uma transformação que vai além do uso de maquiagem, perucas e turbantes. Por diversas vezes, nos deparamos com mulheres que chegam tristes, cabisbaixas, mas saem do projeto com um sorriso e um brilho especiais. Isso é muito gratificante para todos nós”, acrescenta.

No início de 2015, esse projeto social passou a contar com uma agenda dedicada especialmente às mulheres de Campinas e região, por meio de um novo parceiro na cidade, o Hospital das Clínicas da Unicamp. Em abril, começaram as oficinas no Hospital de Câncer de Barretos. Todas são gratuitas, e é o próprio hospital parceiro que seleciona as participantes. Segundo a assessoria de comunicação da Abihpec, do lançamento do projeto até fevereiro de 2015, foram realizadas 240 oficinas, atendendo a 2.018 pacientes. A expectativa de Viggiani é atender cerca de 2 mil pacientes por ano.

BELEZA NA PRÁTICA

Para ser voluntário na oficina é necessário fazer um curso, que é coordenado pelo maquiador Tony Borba. Os participantes recebem orientações como a forma correta de se apresentar às pacientes, exposição do kit de produtos, instruções sobre realização da maquiagem e dicas de uso de acessórios para a cabeça, a exemplo de lenços e turbantes.

A história de Tony com o De Bem com Você começou com um convite que recebeu da coordenadora Impéria Calazans. Antes, ele já exercia atividades de responsabilidade social de forma independente, como as oficinas do projeto Domingo de Corte, no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, de São Paulo. Para participar, os profissionais deveriam doar um quilo de alimento não perecível, que era destinado a asilos e instituições infantis.

“É muito comum, em qualquer adversidade, que a mulher perca sua autoestima, principalmente quando se depara com um diagnóstico tão difícil e com um tratamento que, muitas vezes, faz a pele ressecar e a cor natural se perder. Trazer à tona essa autoestima pode ser fundamental na percepção de





“Por diversas vezes, nos deparamos com mulheres que chegam tristes, cabisbaixas, mas saem do projeto com um sorriso e um brilho especiais”

CLAUDIO VIGGIANI, presidente do Instituto Abihpec

que ela está viva e é bela, até sem os cabelos ou as sobrancelhas. A beleza existente e revelada através da maquiagem anima, traz uma motivação a mais para seguir em frente, lutar pela vida de forma mais veemente”, afirma Tony.

O maquiador dá uma dica para as mulheres, em especial às pacientes em tratamento oncológico: “O importante é sentir-se bonita, valorizar sempre aquilo de que mais gosta em seu rosto. Beleza é uma questão muito subjetiva – o que é bonito para uns pode não ser para outros, mas valorizar-se e sentir-se viva é sempre um passo bem maior para a cura de qualquer mal.” Será que Tony poderia dar um exemplo? “Gosta do seu olho? Então, valorize-o através dos recursos de maquiagem. Gosta mais da sua boca? Então, mãos à obra e capriche no batom!” Segundo ele, sempre é hora de se maquiar, até para ir à padaria ou ao açougue. ■

COMO PARTICIPAR

Hoje, o De Bem com Você conta com 18 instituições parceiras. Para aderir à iniciativa, basta entrar em contato com o Instituto Abihpec, pelo telefone (11) 3372-9866, e procurar a coordenação do projeto.

MOTIVOS PARA SORRIR

Por Tony Borba

Certa vez, em uma das primeiras oficinas de que participei, palhaço como sempre fui, pedi um sorriso para uma aluna que aqui vamos chamar de Maria. Prontamente ela me respondeu dizendo que não havia motivos para sorrir. Como poderia, sendo portadora de câncer? Aquilo me chocou profundamente, pois foi uma resposta muito direta e incisiva. Pedi aos assistentes que continuassem a oficina e fui ao banheiro para que ninguém percebesse que eu estava chorando. Me recompus e retornei à aula de forma ainda mais alegre e palhaço. No final da oficina, ao perceber a naturalidade daquele sorriso que a Maria abriu, a emoção tomou conta de mim, pois pude perceber o quanto a beleza, mesmo em sua forma mais simples, pode beneficiar as pessoas, motivá-las a seguir em frente, lutar pela vida e aceitar a atual condição sem se entregar, sem desistir.

Me dirigi a ela de forma discreta, sem que qualquer outra pessoa percebesse o que estava acontecendo ali, e agradei muito a oportunidade de mostrar que ela está viva, é bonita, e tem, sim, motivos para sorrir. Sorrir sempre e continuar se acariciando e se agradando em cada passo da maquiagem, pois era importante não só para ela, mas para todas as pessoas com quem convivia. Até hoje, volta e meia recebo mensagens da Maria em minha caixa de e-mails.



assistência

QUIMIOTERAPIA INTRA-ARTERIAL PRESERVA OLHO E VISÃO EM TUMOR OCULAR COMUM NA INFÂNCIA

Direto no alvo

A quimioterapia intra-arterial para tratamento de retinoblastoma, tumor ocular que acomete crianças nos primeiros anos da infância, tem obtido resultados promissores, preservando o olho e a visão. O procedimento está sendo realizado com sucesso no INCA desde 2012. Desde então, 19 crianças foram tratadas. Esse tipo de neoplasia é altamente curável se detectado precocemente.

“Antigamente, tinha-se uma taxa de preservação do globo ocular em torno de 25% a 30% somente. Então, 70% das crianças eram submetidas à enucleação, que é a retirada do globo ocular. Ou seja, elas perdiam o olho e a visão. Se a doença fosse bilateral (nos dois olhos), perdiam totalmente a visão”, explica o radiologista Hugo Gouveia, responsável pela implantação do procedimento no Instituto.

De acordo com o médico, os sinais da doença são bem difíceis para os pais identificarem, mas há um deles, a leucocoria, que é uma mancha branca na íris, também conhecida como “olho de gato”, que chama a atenção em fotografias – na imagem, o olho da criança aparece com essa mancha branca. Outro sinal é o estrabismo. Em estados mais avançados, há aumento do volume do olho.

Nesses casos, muitas crianças eram submetidas à radioterapia para tentar salvar o olho. Mas o tratamento causa um efeito colateral grave, que é a deformidade da face. “A quimioterapia intra-arterial veio justamente para tratar essas crianças que têm doença avançada, embora ainda com potencial de preservação do globo ocular”, ressalta Gouveia.

Antes de iniciar o tratamento, a criança é avaliada pela Pediatria e pela Oftalmologia e é estadiada, ou seja, é determinado o grau de disseminação do tumor – que, de acordo com regras

internacionais, pode ser classificado em A, B, C, D e E. O ideal é que a quimioterapia intra-arterial seja feita, somente, a partir de 6 meses, porque nessa idade a criança apresenta um peso seguro para a realização do procedimento.

Gouveia destaca que a criança dos grupos A e B ainda consegue se tratar com oftalmologia, laser e crioterapia, a fim de queimar o tumor. Os grupos C e D são os estádios intermediário e intermediário avançado, os que mais se beneficiam da quimioterapia intra-arterial. Os casos mais graves são os inseridos no grupo E, no qual a criança precisa passar pela cirurgia de retirada do olho, que para ela significa a preservação da vida.

PLANEJAMENTO INDIVIDUALIZADO

A quimioterapia intra-arterial é um procedimento minimamente invasivo, que age diretamente no tumor. Trata-se de um microcateterismo da artéria oftálmica, por onde é colocado o agente quimioterápico. Após a primeira sessão, o oftalmologista faz um exame de fundo de olho no paciente. A resposta ao tratamento é acompanhada pela equipe médica. “Como a maioria dos pacientes do INCA já chega em estado muito grave, fazemos uma média de cinco a seis sessões por olho doente. Algumas crianças fazem três sessões e conseguem se curar. Outras precisam de mais e chegam a oito”, conta Gouveia.

O procedimento, embora pouco invasivo, requer uma equipe altamente capacitada em cateterismo, radiologia intervencionista e neurorradiologia intervencionista. Além disso, é necessária a presença de um anestesista com experiência em pediatria. “A Farmácia é o setor-chave, o coração

do procedimento. O quimioterápico usado precisa ser manipulado praticamente na hora da aplicação. Quando me entregam o remédio, eu tenho até 30 minutos para injetá-lo. Depois desse tempo, o medicamento representa risco para o paciente”, detalha Gouveia.

Desde a implantação do método até abril de 2015, o INCA realizou 100 aplicações. Não houve nenhum episódio de reação adversa grave. Na verdade, o perfil de toxicidade (efeitos colaterais) do método é muito baixo. “Os nossos resultados são equiparáveis aos dos melhores centros do mundo”, garante.

A oncologista pediátrica Nathalia Grigorovskii de Almeida Kuyven, da equipe do INCA que trata o retinoblastoma, também atesta que o resultado da quimioterapia intra-arterial é bem eficiente. “Existe uma classificação inicial feita pela Oftalmologia, que define a forma de tratar essa criança. Ela é estadiada e, a partir daí, a Oncologia Pediátrica e a Oftalmologia elegem a forma mais adequada de tratar o olho doente. O primeiro objetivo é preservar a vida, e o segundo, a visão. Antigamente, tínhamos dificuldade de oferecer um tratamento adequado”, diz a médica.

Natalia conta que a quimioterapia intra-arterial também é eventualmente utilizada em crianças nos estádios A e B que não responderam ao tratamento inicial ou recaíram na doença. “Quando falha outro tratamento, pode-se indicar a quimioterapia intra-arterial como alternativa à enucleação.” Nesses casos, a faixa etária é diferente, geralmente entre 4 e 5 anos de idade, e os pacientes já estavam sendo tratados no Instituto com outros métodos, como radioterapia venosa e laser, sem sucesso.

A quimioterapia intra-arterial foi desenvolvida nos Estados Unidos, e os primeiros casos, publicados em 2005 e 2006. Depois, o método foi difundido pelo mundo. “Aqui na América do Sul, o Brasil é um dos países com maior experiência na técnica, ao lado de Argentina e Colômbia”, completa Gouveia.

QUANTO ANTES, MELHOR

O retinoblastoma é uma neoplasia que tem o seu prognóstico (curso ou evolução provável da doença) muito ligado ao diagnóstico precoce, explica a oftalmologista Clarissa Campolina de Sá Mattosinho, da Oncologia Ocular do INCA. Em sua dissertação de mestrado “Diagnóstico do retinoblastoma: sinais de apresentação e intervalos diagnósticos”, que foi orientada pela chefe da Oncologia Pediátrica do Instituto, Sima Ferman,

“Aqui na América do Sul, o Brasil é um dos países com maior experiência na técnica, ao lado de Argentina e Colômbia”

HUGO GOUVEIA, radiologista do INCA

ela constatou que as crianças chegam ao INCA numa fase avançada da doença, depois de terem peregrinado por várias unidades de saúde.

Clarissa analisou os casos de 85 crianças, matriculadas no INCA entre 2006 e 2013, e entrevistou seus pais sobre os vários aspectos da trajetória delas, desde o momento em que perceberam que havia algo errado nos olhos das crianças até a chegada ao Instituto. No estudo, a médica conseguiu relacionar esse tempo, chamado intervalo diagnóstico, com o prognóstico. Clarissa constatou que as crianças que tinham intervalo de diagnóstico curto foram as que tiveram prognóstico melhor, tanto de sobrevida quanto de estadiamento. Além disso, dentro do intervalo diagnóstico, a pesquisa extraiu o intervalo familiar, que vai do momento em que a família percebe o problema até a primeira consulta. Esse tempo foi, em média, de 1,8 mês.

“O tempo da primeira consulta até a chegada ao INCA, chamado de intervalo médico e de responsabilidade dos profissionais, é, em média, de 5,8 meses. Essas crianças ficam peregrinando de médico em médico”, afirma Clarissa. Seu estudo apontou que 30% dessas crianças foram a mais de quatro médicos para conseguir o diagnóstico. “Esse é o X da questão. É importante que as crianças cheguem em estádios iniciais.”

Clarissa acrescenta que 50% dos pacientes com retinoblastoma que chegam ao INCA estão no estágio E. “Nesse estágio já não há mais o que fazer a não ser retirar o olho, porque o retinoblastoma é fatal em 100% dos casos”, esclarece. Essa demora de quase oito meses para chegar a um diagnóstico final é muito grande se comparada a países como Estados Unidos e Inglaterra, onde ele é feito num período de dois meses.

Embora o Ministério da Saúde preconize o “teste do olhinho” em todas as consultas pediátricas de puericultura, ele geralmente só é feito na maternidade. “Nas minhas entrevistas para a dissertação, as mães disseram que o ‘teste do olhinho’ foi feito junto

com o do pezinho, na hora do nascimento, e depois não mais. É importante observar que o retinoblastoma raramente está presente no nascimento, ele vai se desenvolvendo nos primeiros meses de vida”, salienta Clarissa.

O teste do olhinho é um exame simples, rápido e indolor, que consiste na identificação de um reflexo vermelho, que aparece quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê. O fenômeno é semelhante ao observado nas fotografias. Para que esse reflexo possa ser visto, é necessário que o eixo óptico esteja livre, isto é, sem nenhum obstáculo à entrada e à saída de luz pela pupila. Isso significa que a criança não tem nenhum obstáculo ao desenvolvimento da sua visão. O exame pode detectar, além do retinoblastoma, outras doenças, como catarata e glaucoma congênito, cuja identificação precoce possibilita o tratamento no tempo certo.

Para conscientização do diagnóstico precoce, Clarissa pretende organizar um evento no INCA no dia 18 de setembro. A data marca o Dia Nacional de Conscientização e Incentivo ao Diagnóstico Precoce de Retinoblastoma, instituído em 14 de maio de 2012, através da Lei nº 12.637, sancionada pela presidente Dilma Rousseff.

ATENÇÃO SALVADORA

Em 18 de junho de 2014, Leila Gabriel de Souza brincava com o filho Artur, de 3 anos, no quintal de casa. De repente, quando ele se virou e olhou para a mãe, a claridade do sol bateu em seu olho, e ela percebeu uma bolinha branca. “Eu fiquei incomodada com aquilo e fiz um teste, brincando de pirata com ele. Primeiro, tapei o olhinho direito para ele enxergar com o esquerdo. Quando peguei minha mão e tapei o olho esquerdo para que enxergasse com o direito, ele, irritado, começou a gritar, pedindo que eu parasse”, lembra.

Leila percebeu que havia alguma coisa errada e levou o filho a um hospital, onde recebeu encaminhamento para o INCA. Conseguiu uma vaga em 1º de julho, e começaram as consultas com pediatra e oftalmologista. Foram realizados vários exames até a confirmação de que se tratava de um câncer. “A pediatra conversou comigo e disse que o processo de tratamento era ótimo, mas que se houvesse uma falha, meu filho poderia ter um AVC ou ir a óbito. Ela contou que o tumor estava com cinco milímetros e aumentava a cada dia. Fiquei apavorada e conversei com a família. Aí resolvemos que o Artur deveria começar a fazer a quimioterapia intra-arterial”, relata.



Artur com a família: olho salvo pelo diagnóstico precoce

“A pediatra contou que o tumor estava com cinco milímetros e aumentava a cada dia. Fiquei apavorada e conversei com a família. Aí resolvemos que o Artur deveria começar a fazer a quimioterapia intra-arterial”

LEILA DE SOUZA, mãe de Artur

Em agosto, Artur iniciou o procedimento em seis sessões, uma por mês. “Na primeira, ele passou cinco horas na sala de cirurgia. Não houve queda de cabelo, e somente na primeira sessão meu filho teve febre e diarreia, depois foi tudo normal”, descreve Leila.

A grande felicidade para ela veio durante uma visita de sua madrasta à família. Leila conta que antes do tratamento, como sabia que Artur não estava enxergando do olho direito, evitava brincadeiras como aquela que a fez descobrir a doença do filho. “Mas, incentivada pela minha madrasta, fizemos um teste. Tapei o olhinho dele, e ela ficou a um metro de distância. Segurou uma banana e perguntou ao Artur o que tinha nas mãos. Ele respondeu: ‘É banana, vó’.” Leila diz que ficou muito feliz ao perceber que o menino estava enxergando e agradeceu a Deus.

Atualmente, Artur faz a manutenção do tratamento. Leila elogia a equipe médica e diz não ter dúvidas de que foi muito importante ter descoberto cedo a doença e comparecido a todas as consultas e sessões. ■

personagem

MÃE TRANSFORMA DOR PELA PERDA DA FILHA EM ONG QUE LEVA MOMENTOS DE ALEGRIA A CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Dia de ser feliz

Sabe aquela típica família italiana vista em filmes e novelas, com todo mundo junto e misturado, participando e se metendo nas vidas uns dos outros, para o bem e para o mal? E quando nasce uma criança, a bagunça e a festa que acontecem, com todo mundo criando e educando a prole e, invariavelmente, a “nonna” sempre sabendo o que é melhor para os pequenos? Clichê? Claro que sim. E é real.

É o caso da família Mauro, da designer Bruna, gerente comercial em uma agência de gestão de imagem. Ela é mãe de Larissa, de 12 anos, e Bento, de 9 meses. E de um anjo chamado Alicia.

Alicia nasceu em 2010 e foi a segunda filha de Bruna. Desde a gravidez até o parto, tudo transcorreu muito bem. Xodó de toda a família, especialmente de Larissa, que – primeira filha, neta e bisneta – deixou de ser a única criança em um mundo de adultos. E seu crescimento e desenvolvimento foi mais do que normal. Até completar 1 ano e 6 meses.

Os primeiros sintomas apareceram cerca de 20 dias antes do diagnóstico de câncer. “Na época, soaram para nós como virose ou reação às vacinas do calendário. Febre, episódios de vômito e um volume abdominal que para nós não era nada mais do que a famosa barriga de ‘peixinho de vala’”, conta Bruna.

Do diagnóstico de neuroblastoma à morte, foram apenas seis dias, vividos entre UTI, CTI e quarto de dois hospitais. Apesar do prognóstico ruim, naturalmente a esperança de que tudo desse certo era grande. E no sexto dia, após passar por cirurgia, os médicos comemoraram o sucesso

do procedimento. “Ao encontrar o anestesista, ele falou que Alicia estava ótima, de perninhas cruzadas, segurando sua chupeta e chamando mamãe”, lembra.

No mesmo dia, no fim da tarde, Alicia morreu. Oficialmente, devido à hemorragia digestiva ocasionada por estresse traumático, devido ao pavor que viveu nos últimos dias e pela separação da mãe na entrada do centro cirúrgico.

CANTO DE BRINCAR

Durante os dias em que Alicia passou internada, Bruna criou no quarto do hospital um cantinho de brincar. “Montamos um espaço para ela se lembrar de casa e ter seus brinquedos por perto. Estar presa naquele ambiente era algo tão novo e tão apavorante que encontramos naquele espaço a solução para fazermos com que ela continuasse sendo apenas criança. Lá brincamos, cantamos e dançamos juntos pela última vez.”

Cerca de um mês após a partida de Alicia, ainda entre o choque da perda e tentando entender o que tinha realmente acontecido, Bruna pediu ao oncologista indicação de um hospital em que pudesse fazer algum tipo de trabalho voluntário.

“Foi assim que decidi criar um dia de ser feliz, um dia de ser simplesmente criança, no qual eu pudesse proporcionar às crianças que lutam contra essa doença tão covarde os mesmos momentos de alegria que proporcionamos para Alicia no seu cantinho de brincar, dentro daquele quarto de hospital.”



“Decidi criar um dia de ser feliz, um dia de ser simplesmente criança, no qual eu pudesse proporcionar às crianças que lutam contra essa doença tão covarde os mesmos momentos de alegria que proporcionamos para Alicia no seu cantinho de brincar, dentro daquele quarto de hospital”

Alicia em três momentos: no colo da mãe, com Bruna e a irmã Larissa e no “canto de brincar”

200 CRIANÇAS E MUITOS ANJOS

Além de ser realizado no Dia das Crianças, o Dia de Alicia também acontece no Natal, além de em algumas ocasiões pontuais para atender crianças internadas em estado terminal. Hoje são 200 crianças assistidas pela ONG. A maior parte está em tratamento em quatro instituições do Rio de Janeiro: INCA, Clínica de Oncologia Pediátrica (Cope), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) e Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE).

Todos que colaboram passam a ser os “anjos” do Dia de Alicia, o que, para Bruna, é um conceito importantíssimo. Ela conta que poder se sentir parte e receber o título como mérito por seus gestos é fundamental para cada participante. “As pessoas se identificam, se aproximam, iniciam e estabelecem vínculos afetivos. Alicia é um anjo, não tenho dúvidas. Despertar isso em todas as pessoas e proporcionar a essas famílias o apoio de que precisam é a certeza de que o Dia de Alicia transformou muitas pessoas em verdadeiros anjos.”

O primeiro Dia de Alicia aconteceu no Dia das Crianças de 2012. O de 2015 já está chegando e é muito fácil se transformar num anjo. A campanha de arrecadações e participações já está de vento em popa e há postos de coleta em vários bairros do Rio de Janeiro.

Para “ganhar asas”, basta se cadastrar em www.diadealicia.org.br. O site informa como doar brinquedos, livros e roupas novas, como ser voluntário da ONG, como estabelecer parcerias e doar produtos e serviços ou, ainda, ser contribuinte mensal ou anual.

Também é possível acompanhar as atividades do Dia de Alicia pelo Facebook (www.facebook.com/diadealicia) e pelo Instagram, no perfil @diadealicia. Dúvidas e mensagens podem ser enviadas pelo formulário do site ou pelo e-mail contato@diadealicia.org.br.

“Conheci pessoas incríveis, histórias de luta e superação, outras com fins trágicos, que me fizeram ver de perto a crueldade com que muitas crianças são vencidas pelo mesmo neuroblastoma. Fiz bons e verdadeiros amigos, me sustentei com a ajuda de muitas pessoas especiais e comecei a entender com outros olhos tudo o que aconteceu”

Esse dia de ser feliz foi batizado de Dia de Alicia. Bruna conta que não viveu o luto como deveria ou é normalmente esperado, como fuga em busca de uma salvação para algo que não suportava enfrentar. Depois do choque, ocupou-se em realizar o que imaginou. Associou o aniversário da filha ao Dia das Crianças, e a primeira edição de um projeto que um dia se tornaria uma ONG aconteceu apenas cinco meses após a partida de Alicia.

“Conheci pessoas incríveis, verdadeiros gigantes, histórias de luta e superação, outras com fins trágicos, que me fizeram ver de perto a crueldade

Muitas celebridades estão entre os “anjos” do Dia de Alicia





Além do Dia das Crianças, o Dia de Alicia também acontece no Natal

com que muitas crianças são vencidas pelo mesmo neuroblastoma. Fiz bons e verdadeiros amigos, me sustentei com a ajuda de muitas pessoas especiais e comecei a entender com outros olhos, até um pouco menos egoísta, tudo o que aconteceu.”

CORAGEM PARA RECOMEÇAR

Bento é o terceiro filho de Bruna e é apontado pela mãe como o “meu recomeço”. Mas como foi lidar com o medo depois de tudo o que aconteceu? O mesmo oncologista que atendeu Alicia orientou a família a não procurar um geneticista, pois seria “sofrer e procurar pelo em ovo”. Estudos afirmam que o neuroblastoma não é hereditário, e o médico contou que em toda sua carreira nunca viu um caso de dois irmãos com o mesmo problema.

Mesmo assim, Bruna se dedicou para não correr riscos. “Li tudo sobre o câncer, os efeitos teratogênicos da hiperdosagem de vitamina A, de descolorir os cabelos, de uso de hormônios e medicações durante a gravidez e qualquer outro comportamento que pudesse ter sido uma falha na

gravidez da Alicia, que não cometeria de maneira nenhuma na gestação do Bento.”

Para a mãezona, gerar o terceiro filho foi o maior ato de coragem que pôde ter. “A vida do Bento foi um presente para mim! Confirmar a gravidez foi emocionante demais. Guardei como segredo durante 12 semanas para ter certeza de que ele vinha para ficar e que não perderia mais uma vez um grande amor. Não queria que minha família sofresse outra vez. Larissa chorou muito, de tão feliz e emocionada, quando contei para ela.”

Na música *Pedaço de mim*, Chico Buarque escreve “Oh, pedaço de mim / Oh, metade arrancada de mim”, e Bruna confirma os versos. “Quando você perde um filho, enterra com ele a sua vida. Um vazio se instala e você se vê à beira de um abismo, onde o que ecoa é o som do seu grito de desespero. A saudade esfolia a alma. Alicia não voltará e levou consigo uma grande e preciosa parte de mim. Bento não a substitui, de forma alguma, mas preenche um pouco o vazio que ficou e tira do primeiro plano a dor para dar lugar, mais uma vez, ao amor.” ■



entrevista

TÂNIA CAVALCANTE,

secretária executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

Uma década de reação

O tabagismo, maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo, tem um claro vetor: a indústria do tabaco. Preocupada em aumentar seus lucros, essa indústria desenvolve, de maneira globalizada, diversas estratégias de marketing para aumentar as vendas do único produto no mundo que mata metade de seus consumidores. Apesar das inúmeras iniciativas para controlar o tabagismo conduzidas por diversos países, estava claro para os responsáveis por políticas públicas que as estratégias da indústria também precisavam ser atacadas de forma global. Por isso, há 10 anos, entrava em vigor a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. O tratado é uma resposta ao marketing da indústria e serve como incentivador para estratégias de controle do tabagismo em todo o mundo.

No Brasil, a implementação desse tratado é liderada por Tânia Cavalcante. Médica e mestre em Saúde Pública, desde 1993 trabalha com o desenvolvimento de estratégias de controle do tabagismo no INCA. Em 2001, passou a chefiar a Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco do Instituto. Durante o processo de negociação da Convenção-Quadro, teve como função alinhar o posicionamento dos diferentes setores do governo brasileiro. A partir de 2003, tornou-se secretária executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq). A Comissão tem como objetivos articular uma agenda intersectorial de Estado para implementação do tratado, mobilizar a colaboração dos setores do governo e monitorar a prática e os resultados em nível nacional. Tânia também é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Oncologia do INCA. A seguir, ela faz um panorama dos obstáculos e das vitórias da Convenção e aponta os próximos desafios.



REDE CÂNCER – Quais foram os principais motivadores da criação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?

Desde a década de 1970, a Assembleia Mundial da Saúde já vinha discutindo a necessidade de aprimorar as medidas para o controle do tabagismo de maneira global. As indústrias de produtos de tabaco desenvolvem suas estratégias de maneira globalizada, e era preciso responder da mesma forma. O conhecimento acumulado mostrava que a dinâmica de mercado trazia determinantes transnacionais que deviam ser combatidos da mesma maneira. Assim, em 1999, teve início o processo de negociação do primeiro tratado internacional de saúde pública da Organização Mundial da Saúde.

RC – Como se deu esse processo de negociação?

O processo teve início em fevereiro de 1999, a partir da decisão da Assembleia Mundial da Saúde de estabelecer um tratado internacional para conter a epidemia global do consumo de produtos de tabaco. Foi um trabalho bastante complexo, no qual sempre esteve presente a tensão entre os interesses da saúde e do comércio. Ao todo, foram seis rodadas de negociação, que terminaram em 2003, quando o texto final da Convenção foi aprovado.

RC – Qual foi o papel do Brasil na negociação?

O Brasil era visto como um país em desenvolvimento, que, de um lado, era o segundo maior produtor e maior exportador de tabaco, mas, de outro, contava com um forte programa de controle do tabagismo. Éramos considerados um caso de sucesso e uma referência mundial. Tal fato, atrelado à reconhecida qualidade dos diplomatas brasileiros, levou os países a eleger o Brasil para a presidência desse processo de negociação.

RC – Mesmo tendo liderado o desenvolvimento da Convenção, o Brasil demorou para ratificá-la. O que houve?

Depois de aprovada a Convenção-Quadro, era preciso iniciar a tramitação interna do texto, para que o tratado pudesse ser aprovado pelo Poder Legislativo. Em agosto de 2003, o Executivo deu início ao processo de ratificação, que sofreu reação forte por parte da indústria do tabaco. Houve uma distorção do real significado da Convenção, por meio da disseminação da ideia de que ela proibiria o plantio do tabaco e, com isso, traria desemprego para as mais de 200 mil famílias de agricultores que dependiam dessa lavoura.

“As indústrias de produtos de tabaco desenvolvem suas estratégias de maneira globalizada, e era preciso responder da mesma forma”

RC – E como essa situação foi revertida?

O lobby da indústria só conseguiu retardar a ratificação. Imaginávamos que essa aprovação ocorreria em seis meses, e o processo levou dois anos. Os vários mitos criados eram disseminados entre os agricultores, que eram convocados a participar de audiências públicas e se posicionar contrariamente à ratificação. Participamos de todas essas audiências e tentávamos desconstruir todos esses mitos. Foi um processo difícil, mas bastante enriquecedor, porque trouxe o tema da diversificação de culturas à tona. No final, o Legislativo aceitou ratificar a Convenção a partir do comprometimento do Executivo de desenvolver o Programa Nacional de Diversificação das Áreas Cultivadas com Tabaco, sob coordenação do Ministério do Desenvolvimento Agrário.

RC – Qual a importância desse Programa?

Desde a negociação do tratado, o Brasil destacou a importância de os países desenvolverem estratégias de diversificação de culturas. A partir do aprimoramento das estratégias de controle do tabagismo de maneira global, ficava claro que haveria uma retração do mercado, e as famílias de agricultores, o elo mais frágil na cadeia produtiva do tabaco, precisavam estar protegidas. No Brasil, em 2003, eram 200 mil famílias dependentes do cultivo do tabaco; hoje são 150 mil. O problema é que o Programa tem avançado com muitas dificuldades e não conseguiu absorver todas as 50 mil famílias que saíram da produção do tabaco. Esse é um tema central para países produtores de fumo, como é o caso do Brasil.

RC – É por isso que o Brasil assumiu a liderança na discussão de atividades alternativas economicamente viáveis à cultura do tabaco?

Esse tema sempre ficou um tanto quanto à margem na agenda de prioridades para elaboração de diretrizes e protocolos da Convenção. O Brasil, que historicamente tem papel fundamental para ressaltar a importância dessa questão, se comprometeu

a financiar e sediar encontros do grupo de trabalho instituído para discutir o tema. A minuta com opções de políticas e recomendações para diversificação de culturas cultivadas com tabaco foi finalmente aprovada no ano passado e segue os princípios adotados pelo Programa brasileiro.

RC – Já a eliminação do comércio ilícito, tema do último Dia Mundial sem Tabaco, foi sempre uma prioridade. Por que é tão difícil avançar nesse tema?

Em 2012, foi aprovado um protocolo dentro da Convenção visando à eliminação do comércio ilícito de tabaco. Até agora, muito pouco se avançou, e apenas oito países ratificaram esse protocolo. Trata-se de um tema muito complexo, que envolve estratégias nas áreas de segurança e economia, completamente fora do setor de saúde. São ações que devem ser implementadas pela Polícia Federal, Alfândega e outras áreas e que requerem forte intersetorialidade. Isso tem dificultado maiores avanços nessa área.

RC – Qual é a dificuldade em colocar a intersetorialidade em prática?

A Convenção-Quadro tem servido como catalisador do entendimento de que a promoção da saúde requer intersetorialidade. Cada vez fica mais clara a necessidade de atuar em fatores sociais que estão fora do setor de saúde. Entretanto, poucos países contam com uma estrutura definida que seja responsável por fomentar o trabalho intersetorial, como é a responsabilidade da Conicq no Brasil.

RC – Em que áreas o Brasil mais avançou graças a esse trabalho?

Na política de preços e impostos. O aumento do preço de cigarros, por meio da elevação de impostos, é a medida mais custo-efetiva para reduzir o consumo, especialmente entre jovens e populações de camadas mais pobres. Em 2011, o Brasil alterou a sistemática de tributação e instituiu uma política de preços mínimos para os cigarros. Essa medida só não tem trazido resultados ainda melhores por conta do comércio ilícito.

RC – No mundo, parece que a Convenção-Quadro serviu para alavancar as políticas de ambientes livres do fumo. Você concorda?

Sim. As diretrizes para promoção de ambientes livres do fumo presentes na Convenção deixam claro que não há nenhum sistema de ventilação capaz de proteger contra a fumaça do tabaco. Como todas essas diretrizes são baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, os países conseguiram

desconstruir o mito da convivência em harmonia disseminado pela indústria. A partir daí, começou uma verdadeira competição saudável entre os países para ver quem era o primeiro a se tornar 100% livre da fumaça do tabaco. O Uruguai conseguiu esse título, mas o Brasil se tornou o primeiro grande país a seguir por esse caminho.

RC – Quais são os principais desafios no momento?

A questão do comércio ilícito é um deles. Além disso, no Brasil, precisamos avançar no que se refere à promoção de produtos derivados do tabaco. Proibimos a publicidade, mas, com isso, a indústria tem investido muito no design dos maços, criando embalagens cada vez mais lindas, e nos *displays* dos produtos nos pontos de venda. No último dia 31 de maio, o deputado Darcisio Perondi protocolou projeto de lei determinando a adoção de embalagens padronizadas, assim como fez a Austrália. Além disso, de uma maneira mais global, precisamos discutir a responsabilização civil das indústrias produtoras de tabaco. Estudos mostram que os Estados Unidos gastam US\$ 290 bilhões com o tratamento de doenças relacionadas ao tabaco e arrecadam apenas US\$ 10 bilhões em impostos. No Brasil são gastos US\$ 21 bilhões com essas doenças e arrecadados somente US\$ 6,2 bilhões.

RC – E o questionamento na Justiça das políticas de controle do tabagismo? Como isso tem afetado o trabalho de quem cuida de políticas públicas?

Além de todo o *lobby* contra a implementação de políticas de controle do tabagismo, as indústrias ainda têm recorrido à Justiça para impedir que políticas já aprovadas sejam colocadas em prática. A proibição ou restrição da publicidade de tabaco, por exemplo, já foi objeto de litígio no Uruguai, Colômbia, África do Sul e Reino Unido, com decisões favoráveis às medidas de controle. A novidade é que agora os produtores têm recorrido a acordos de comércio internacionais para questionar tais políticas.

RC – Como isso tem ocorrido?

No caso da Austrália, depois de o Supremo Tribunal ter decidido que a adoção de maços padronizados era uma medida constitucional, a indústria recorreu [representada por pequenos países produtores de tabaco, já que ela não pode fazê-lo diretamente] à Organização Mundial do Comércio. A indústria alega que a medida viola acordos de comércio internacional. Já no Uruguai, a Phillip Morris afirma que o governo viola um acordo de investimento feito com a



“Além de todo o *lobby* contra a implementação de políticas de controle do tabagismo, as indústrias ainda têm recorrido à Justiça para impedir que políticas já aprovadas sejam colocadas em prática”

Suíça ao determinar a inclusão de advertências sanitárias em quase 100% da área dos maços de cigarro.

RC – E como é possível combater esses ataques?

Essa é uma nova ciência, e os países estão se articulando para pensar a melhor forma de agir. Há vários advogados engajados e estudando os casos. No Uruguai, a Iniciativa Bloomberg [programa de uma organização filantrópica internacional que financia ações para o controle do tabaco] contratou um advogado para cuidar do processo. A indústria tem investido muito dinheiro nesse caso, para que ele funcione como exemplo e sirva para intimidar outros países. Precisamos responder à altura.

RC – No Brasil há algum exemplo nesse sentido?

Ainda não houve nenhum questionamento internacional, mas há pelo menos seis ações diretas de

inconstitucionalidade movidas por diferentes confederações, defendendo os interesses das empresas produtoras de tabaco. No caso dos aditivos, por exemplo, a indústria tentou de tudo para atrapalhar a resolução da Anvisa [Agência Nacional de Vigilância Sanitária] que proibia seu uso. Durante todo o processo de consulta pública, a Associação dos Fumicultores do Brasil, que defende os interesses da indústria, fez uma enorme mobilização e argumentava que, sem a adição de açúcar, era impossível produzir cigarros com o tipo de tabaco cultivado no Brasil, por ter um gosto mais amargo. A Anvisa, então, retirou o açúcar da lista e manteve a proibição para os aditivos que dão sabor aos cigarros. Ainda assim a indústria entrou na Justiça contra a resolução.

RC – Como está esse processo no momento?

O caso encontra-se parado no Supremo Tribunal Federal. Enquanto isso, a indústria conseguiu uma liminar que permite continuar utilizando os aditivos normalmente. Documentos internos da indústria mostram que essa medida [uso de aditivos] só é utilizada para facilitar a iniciação por crianças e adolescentes. O Brasil está perdendo uma grande oportunidade de defender seus jovens dos malefícios do cigarro ao manter esse processo parado.

RC – Qual foi o maior ganho que a Convenção-Quadro trouxe para a Política Nacional de Controle de Tabagismo do Brasil?

Acho que a determinação de que a indústria do tabaco é uma inimiga e não pode fazer nenhum tipo de acordo com os governos. Hoje estamos respaldados, já que a Convenção determina que as políticas públicas estejam protegidas dos interesses das empresas produtoras. Além disso, o controle do tabagismo tornou-se uma questão de Estado e não somente do setor de saúde. Com isso, conseguimos aprimorar e fortalecer as medidas de uma Política Nacional que já era referência para outros países.

RC – E em nível global? O que a Convenção trouxe de mais positivo?

Acredito que o engajamento entre os países. O tratado deixou clara a necessidade de articulação e fomentou o trabalho colaborativo. A troca de experiências entre os países tem sido muito rica e criado condições para o controle do tabagismo inimagináveis no passado. Hoje, não só os 180 países que ratificaram a Convenção, mas muitos outros estão trabalhando juntos para conter a epidemia global do consumo de produtos de tabaco. ■

capa

A REVISTA REDE CÂNCER COMEMORA SUA TRIGÉSIMA EDIÇÃO LISTANDO 30 FATOS RELEVANTES PARA O CONTROLE DA DOENÇA

...28, 29, 30!

Em 2007, o INCA completava 70 anos de existência. A data foi marcada com a criação de uma revista de jornalismo científico que nasceu com o objetivo de mostrar aos profissionais e gestores da saúde, além da população em geral, os avanços e entraves ao controle do câncer em uma linguagem leve e acessível, mas sem perder, é claro, a densidade do tema. Porém, a publicação da revista REDE CÂNCER mostrou um dado imprevisto: uma demanda reprimida por informações a respeito da doença em todas as regiões do País, algo que pode ser aferido pelo grande número de e-mails recebidos a cada edição da publicação, que aborda um assunto quase sempre árido, mas que a sociedade brasileira não pode se furtar a debater. Para comemorar suas 30 edições, REDE CÂNCER consultou especialistas direta e indiretamente envolvidos nas ações de enfrentamento da doença para montar o texto abaixo. A pergunta que norteou nossa enquete foi: “Quais as 30 ações, pesquisas, políticas, inovações, invenções mais relevantes no controle da doença?” Não sem riscos de alguma injustiça por critérios diferentes de escolhas de nossos entrevistados, as 30 menções a seguir foram as mais lembradas. Será que essa lista se mantém por mais uma trinca de edições? Só há um jeito de descobrir. Boa leitura e até lá.



Apresentação pela presidente Dilma Rousseff, na Assembleia das Nações Unidas, em setembro de 2011, da Política Nacional de Controle de Câncer no Brasil, elaborada pelo Ministério da Saúde, com apoio do INCA.



Reconhecimento, em 2011, pela OMS, de que o sedentarismo é um fator de risco para câncer.

A Política Nacional para o Controle do Câncer de Mama, em 1986, e definição da faixa etária de rastreamento, em 2003, com a publicação do Consenso.



Criação da Pós-Graduação (mestrado e doutorado) em Oncologia do INCA, em 2005.



Em 1937, Getúlio Vargas publicou decreto de criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, que deu origem ao INCA, resultado da visão estratégica dos cirurgiões Mario Kröeff e Antonio Prudente quanto à necessidade de haver um órgão nacional, público, que coordenasse uma política de combate à doença, com prevenção, diagnóstico e tratamento usando novas tecnologias (diatermocirurgia e radioterapia).

Criação da *Revista Brasileira de Cancerologia* (RBC), em 1947. Editada pelo INCA, a RBC publica artigos sobre todas as áreas da oncologia.



Ampliação do investimento, a partir de 2012, pelo Ministério da Saúde, de recursos na prevenção do câncer, em especial no controle do consumo de álcool e do excesso de peso na população. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 30% dos casos de câncer podem ser prevenidos com a adoção de bons hábitos alimentares.



Adesão pelo governo brasileiro e posterior ratificação pelo Congresso Nacional, em 2005, à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. O consumo de tabaco é responsável por cerca de 20% das mortes por câncer.



Aprovação, regulamentação e entrada em vigor da Lei Nacional dos Ambientes Livres da Fumaça do Tabaco. A lei, de dezembro de 2011, entrou em vigor três anos depois.

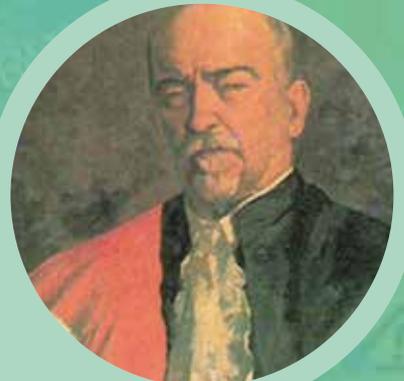


Ampliação do investimento nos registros de câncer, desde 2013. Ampliar e qualificar os registros possibilita analisar a magnitude da doença no País, além de fornecer informações essenciais para avaliar as ações de controle do câncer.

Incorporação, em 2013, ao Programa Nacional de Imunizações, da vacina contra o HPV.



O caso foi relatado nas revistas da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro pelo oftalmologista brasileiro Hilário de Gouveia: ele operou um retinoblastoma em um menino de 2 anos, em 1872. O paciente sobreviveu, casou-se aos 21 anos e teve sete filhos. Duas meninas nasceram com retinoblastoma. Foi a primeira vez, na história da medicina moderna, que se levantou a hipótese de a doença ter origem genética.





Lançamento da primeira *Estimativa de Câncer*, há 20 anos. O INCA apresenta a cada dois anos estimativa dos principais tipos de câncer para fornecer a gestores, serviços de saúde, universidades, centros de pesquisas e sociedades científicas informações atualizadas que possam auxiliar na tomada de decisão sobre políticas públicas relativas à doença.

Publicação da primeira Política Nacional de Atenção Oncológica, em dezembro de 2005.



Introdução da cirurgia robótica no tratamento do câncer de cabeça e pescoço pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2012.

Criação do exame Papanicolaou, em 1941 (no Brasil, a citologia como ferramenta diagnóstica foi instituída na década de 1950), e da política nacional de rastreamento do câncer do colo do útero, em 1998. O nome do exame traz a identidade de seu idealizador, o médico grego Geórgios Papanicolaou, considerado o pai da citopatologia.



Criação, em 1986, do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que desde 1989 é coordenado pelo INCA. Entre outras ações, o PNCT prevê o acesso ao tratamento gratuito, no SUS, para deixar de fumar.



Desenvolvimento do transplante de medula óssea, em 1958.

Criação da Comissão Nacional para a Implantação da Convenção-Quadro (Conicq), em 2003, responsável por articular a agenda de outros setores do governo no cumprimento da Convenção-Quadro.

Criação do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome), em 1993. O registro reúne as informações (nome, endereço, resultados de exames, características genéticas) de pessoas que se dispõem a doar medula para o transplante quando não há um doador aparentado (irmão ou outro parente próximo, geralmente um dos pais). Foi instalado no INCA em 1998.

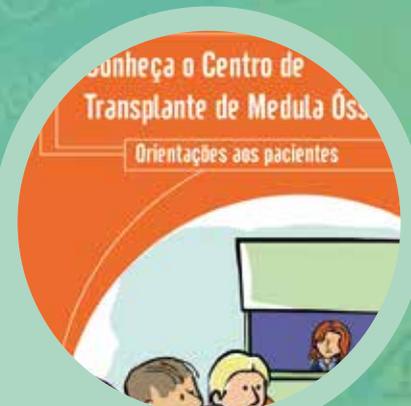


Assinatura, pelo Brasil, do Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Criação da Rede BrasilCord de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, em 2004.

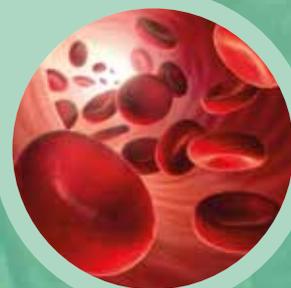


Criação do Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo), há 32 anos.



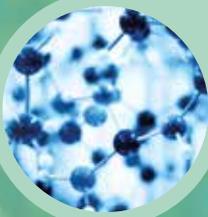


Hormonioterapia: inicialmente utilizada no câncer de mama, foi sendo subsequentemente aplicada a outros tumores que mostravam hormoniossensibilidade incontestável.



Criação do Doutorado Interinstitucional em Pernambuco e no Pará, o que capilarizou a formação do conhecimento em câncer em regiões menos favorecidas nessa área.

Desenvolvimento dos sistemas informatizados para registro de câncer, em 2002.



Incorporação de terapêutica-alvo no SUS, em abril de 2011, para alguns tipos de câncer, como o trastuzumabe, para tratamento de câncer de mama HER-2 +, e imatinibe, para leucemia. As chamadas terapias-alvo compreendem substâncias que agem destruindo células tumorais através de moléculas específicas envolvidas no crescimento do tumor.

Início da implantação do Sistema de Informação de Câncer (Siscan), a partir de 2013.



Lançamento da revista de jornalismo científico REDE CÂNCER, em 2007.

As redes de pesquisa organizadas pelo INCA: Rede Nacional de Câncer Familiar, desde 2006; Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) para o Controle do Câncer, a partir de 2008; e Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPC), formada em 2011.

educação

DE ONDE VÊM, QUEM SÃO E O QUE SONHAM OS ESTUDANTES ESTRANGEIROS QUE CHEGAM À PÓS-GRADUAÇÃO DO INCA

Olhar estrangeiro

A cada ano é maior o número de estrangeiros que chegam de todas as partes do mundo para fazer mestrado ou doutorado no INCA. Esse crescente interesse tem relação direta com o grau de excelência obtido pelo Programa de Pós-Graduação em Oncologia do Instituto, na avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), vinculada ao Ministério da Educação. Hoje, o INCA é reconhecido internacionalmente como um dos principais centros de referência em produção de conhecimento na área oncológica.

Mas quem são esses pesquisadores estrangeiros? Que tipo de pesquisa estão desenvolvendo? Por que escolheram o Instituto? Pensaram em outro país antes de se decidirem pelo Brasil? O que faziam antes? Como lidam com a questão do idioma? Sentem saudade da família? O que pretendem fazer após a conclusão do curso? Voltarão para seus países? Para responder a essas e outras perguntas, a REDE CÂNCER conversou com alguns desses alunos.

“Aqui nós temos muitas possibilidades de estudar em bons laboratórios, com diferentes linhas

Vivendo no Brasil desde 2010, Cintia estudou em São Paulo antes de vir para o INCA



de pesquisa. Essa é uma vantagem importante”, observa a biotecnóloga argentina Cintia Elisabeth Gomez Limia, que cursa doutorado no INCA. “Os professores oferecem aulas de alta qualidade para melhorar a especialização dos alunos e têm disponibilidade para acompanhá-los nas diferentes etapas da aprendizagem”, acrescenta. Cintia fez licenciatura em Biotecnologia na Argentina e já estava no Brasil desde 2011, cursando o mestrado em Biologia Funcional e Molecular na Unicamp, em Campinas (SP), quando um professor sugeriu que ela fizesse doutorado no INCA.

Enquanto isso, na Áustria, Gerhard Fuka, biólogo formado na Universidade de Viena, leu um trabalho da brasileira Maria do Socorro Pombo-de-Oliveira, e escreveu para a médica-pesquisadora do INCA falando sobre seu interesse em desenvolver um projeto de pesquisa no Brasil na área de leucemias em crianças. Marcaram, por e-mail, uma entrevista em maio de 2011, durante um congresso de Oncologia em Frankfurt, na Alemanha, e no ano seguinte ele começou o pós-doutorado no INCA. Gerhard tinha vindo ao País a passeio no verão de 2008. Depois de curtir as praias do Rio de Janeiro, Búzios e Fortaleza, voltou para a Áustria com muita vontade de morar aqui. Poucos anos depois, a perspectiva de um pós-doutorado em sua especialidade uniu o útil ao agradável.

Dois fortes motivos também fizeram com que a cubana Amelia Gutierrez Pérez viesse para o Brasil. Sua tia é professora de Medicina em Havana, capital de seu país de nascimento, mas ela optou por Bioquímica, porque se interessava desde cedo pelas pesquisas relacionadas ao câncer. Sempre teve muitos amigos brasileiros, incluindo alunos de sua tia, que lhe falavam sobre o INCA, e um estudante de Economia, por quem se apaixonou. Já estava formada e trabalhava como pesquisadora no Centro de Imunologia Molecular de Cuba, onde tinha uma trajetória profissional garantida, mas resolveu se mudar para o Rio de Janeiro, casar-se com Marcos e fazer mestrado no INCA.

UM LUGAR NO MUNDO

O idioma não foi problema para Amelia, que desde criança gostava de MPB e sabia de cor as canções de Zeca Pagodinho, Caetano Veloso e Zé Ramalho, entre outros ícones da música popular do Brasil, além de acompanhar o repertório de cantoras como Maria Rita e Vanessa da Mata. Nos tempos de universidade, a cultura brasileira estava sempre presente nas conversas com amigos. “Se



Gerhard não sabe se voltará à Áustria quando concluir o curso

havia um lugar no mundo que eu queria conhecer, era o Brasil”, diz.

Porém, ao desembarcar no Rio, sua primeira impressão não foi boa. Achou feio o trajeto pela Avenida Brasil até Seropédica, Região Metropolitana do Estado do Rio, onde morava Marcos. Espantou-se com as pichações por toda parte. Ficou chocada ao ver tantos moradores de rua e crianças pedindo dinheiro, coisas que jamais havia visto em seu país. Depois, conheceu o centro da cidade e o comércio popular; mais tarde, a Zona Sul, e o gosto pela cidade foi evoluindo. “A violência incomoda, não estou acostumada, mas o Rio tem lugares lindos. É a cidade que escolhi para viver”, comenta. Atualmente, ela e o marido moram perto do INCA.

Amelia tem muita saudade da família e do seu país. “Havana sempre estará no meu coração”, emociona-se ao lembrar. Mas está contente por fazer parte da pós-graduação do INCA. A rotina é bem

O QUE ELES PESQUISAM



AMELIA GUTIEREZ PÉREZ

País de origem: Cuba. Formada em Bioquímica pela Universidade de Havana. Fez pesquisas sobre imunoterapia contra o câncer no Centro de Imunologia Molecular de Cuba. Cursa mestrado no INCA.

Pesquisa: Como a N-glicosilação regula a expressão de proteínas componentes das uniões intercelulares em câncer colorretal (CCR). A perda das uniões intercelulares é um processo que tem sido descrito em diferentes tipos de tumores, como o CCR, e que está muito relacionado com a progressão e a malignidade tumorais. Estudar esse processo pode contribuir para o conhecimento sobre a biologia dos tumores, dando suporte para o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas.



GERHARD FUKA

País de origem: Áustria. Formado em Biologia pela Universidade de Viena. Faz pós-doutorado em Biologia Molecular. Trabalha no Programa de Hematologia e Oncologia Pediátricos do INCA (PHOP).

Pesquisa: Subtipo de leucemia linfoblástica aguda de células precursoras B. Utilização de alterações genéticas específicas para o rastreamento de casos novos que chegam ao laboratório. Descrição de particularidades moleculares que podem influenciar a biologia dessas leucemias.

CINTIA ELISABETH GOMEZ LIMIA

País de origem: Argentina. Tem licenciatura em Biotecnologia pela Universidade Nacional do Litoral, na província de Santa Fé. cursou mestrado na Unicamp (SP). Faz doutorado no Programa de Carcinogênese Molecular do INCA.

Pesquisa: Atualmente, o transplante de medula óssea (TMO) é a única alternativa curativa para os pacientes com mielofibrose primária (MF). A tecnologia das células-tronco pluripotentes induzidas (iPSCs), que apresentam características muito parecidas com as células-tronco pluripotentes extraídas de embriões, pode ser utilizada para geração de um modelo in vitro eficiente para estudar os mecanismos epigenéticos na MF.



corrida, e ela procura se organizar para aproveitar o tempo da melhor forma possível. Tem aulas geralmente três dias por semana e, quando não está em sala, trabalha no laboratório. Após a conclusão do mestrado, pretende começar imediatamente o doutorado, na mesma linha de pesquisa.

CENÁRIOS CARIOCAS

Grande parte da rotina de Gerhard Fuka no INCA é trabalhar na bancada, fazendo experimentos. Isso quando não está no computador, preparando seu próximo projeto, orientando um aluno de mestrado ou envolvido com os alunos do seu laboratório. O austríaco desenha projetos para os estudantes que trabalham com ele, a fim de contribuir para um entendimento melhor do câncer.

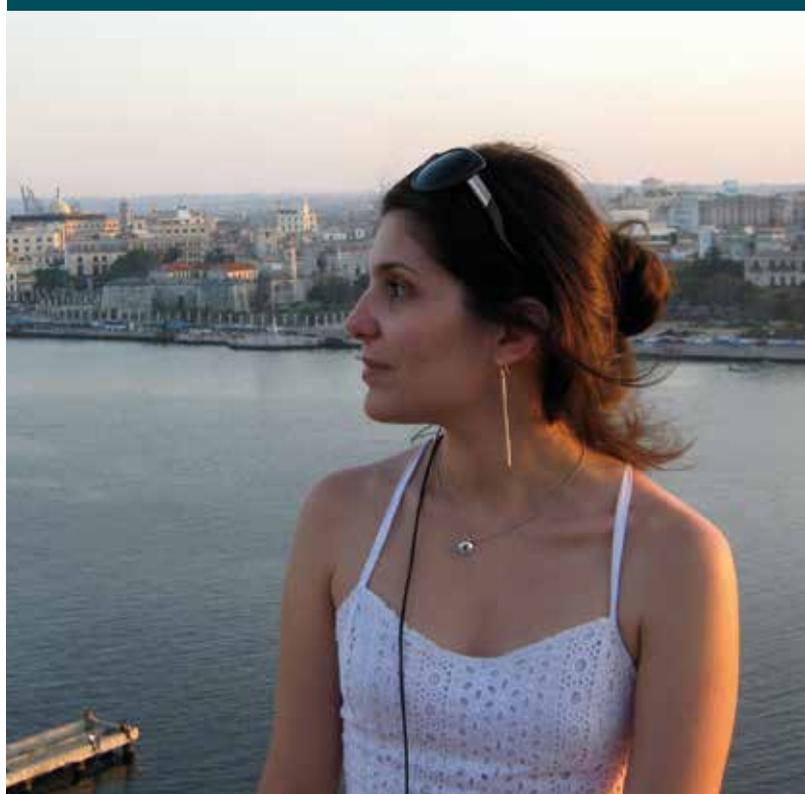
Antes de vir para o Brasil, ele estudou português em Viena durante um ano, mas a fluência no idioma só aconteceu depois de algum tempo no Rio de Janeiro. “No início, foi bem difícil entender as pessoas falando. Senti que precisaria de mais ou menos um ano para conseguir falar e entender bem”, diz ele. Tudo ficou mais fácil quando conheceu sua atual namorada brasileira, em uma animada noite na Lapa, bairro boêmio carioca, bem próximo ao Instituto.

Fuka viaja para a Áustria uma ou duas vezes por ano. “De vez em quando sinto falta da minha família, da minha cidade e de pessoas que são mais parecidas comigo”, relata. Também sente falta de pratos típicos da sua terra, como porco assado e chucrute. Aqui, aprecia um bom churrasco, mas não gosta de feijoada. Mora na região central e, nas horas de lazer, gosta de ir à praia ou fazer caminhadas em trilhas.

Após a conclusão do curso, quer continuar a trabalhar na área de pesquisa. Mas ainda não sabe se vai voltar ao seu país. “Meu prazo atual é até março de 2016, mas se tiver oportunidades profissionais no Brasil, eu fico por aqui”, garante.

FUTURO INCERTO

Para Cintia, a decisão de morar em outro país não foi fácil, principalmente por ter de ficar longe da família e dos amigos. “Sinto muitas saudades e gostaria de compartilhar momentos importantes, mas eles acompanham a distância os meus progressos e dificuldades, especialmente minha mãe”, conta. Mas ela agradece aos amigos que encontrou no Rio de Janeiro e em Campinas, que a ajudam a fazer deste período “uma experiência de lindas lembranças e muitas alegrias”.



Fã de MPB, Amelia sente falta de sua cidade natal, Havana

Morando há cinco anos no Brasil, desde 2009 Cintia aprendeu a falar português com professores da Unicamp, em um intercâmbio com sua universidade, e gostou muito do idioma e da cultura. Após essa experiência, vir estudar no Brasil – inicialmente na Unicamp, depois no INCA – tornou-se um importante desafio.

Tenta viajar uma vez por ano à Argentina, mas nem sempre consegue. Além das aulas da pós-graduação e da participação em seminários, discussões em grupos, congressos e cursos, os experimentos do seu projeto de pesquisa demandam tempo e concentração, com cuidados diários, inclusive nos fins de semana. Ainda não sabe quanto tempo ficará no Brasil, porque pretende cursar pós-doutorado e já está atenta às oportunidades.

“A globalização tem oferecido mais possibilidades de escolha para fazer estudos ou trabalhar em empresas. Portanto, tudo depende dos objetivos que temos”, acredita Cintia, ainda indefinida quanto aos próximos passos. “O Brasil sempre oferece grandes oportunidades de crescimento profissional. Por outro lado, a Argentina vem mostrando novos investimentos tanto na indústria, principalmente em Biotecnologia, quanto na área acadêmica. Voltar ao meu país sempre será uma opção.” ■

Fumantes no Brasil: menos 30,7%



O número de brasileiros que fumam caiu 30,7% nos últimos nove anos. Segundo dados do Vigitel 2014, apresentados no Dia Mundial sem Tabaco, 31 de maio, atualmente, 10,8% da população fuma. Em 2006, esse índice era de 15,6%. A redução no consumo é resultado de uma série de ações desenvolvidas pelo Governo Federal para combater o uso do tabaco. A mais recente foi a entrada em vigor da Lei dos Ambientes Livres da Fumaça de Tabaco, em dezembro.

Diretrizes para câncer de cabeça e pescoço

Os cânceres de cabeça e pescoço já são abordados em uma portaria que dispõe sobre diretrizes nacionais, diagnósticas e terapêuticas, aprovadas em junho pela Secretaria de Atenção à Saúde/MS. A portaria nº 516 inclui critérios de diagnóstico e tratamento, bem como mecanismos de regulação, controle e avaliação que devem ser seguidos pelas secretarias de Saúde estaduais e municipais.

Medicamentos essenciais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu 16 novos remédios para o tratamento de câncer na *Lista Modelo de Medicamentos Essenciais para Adultos e Crianças*. A sugestão veio de um grupo de 90 médicos de vários países, incluindo o Brasil, que fez um estudo sobre os fármacos. Agora, são 46 os medicamentos considerados essenciais para o tratamento oncológico que devem ser distribuídos nos sistemas públicos de saúde de todo o mundo. Entre os medicamentos sugeridos pela força-tarefa que já foram incorporados ao SUS estão o anticorpo monoclonal trastuzumabe, contra câncer de mama HER-2 positivo, e o inibidor de tirosina quinase imatinibe, para leucemia mieloide crônica.

Opas premia brasileiros

O trabalho de fortalecimento da política de preços e impostos no Brasil e o papel de destaque na negociação do Protocolo sobre a Eliminação do Comércio Ilícito de Tabaco levaram a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a premiar o coordenador-geral de Fiscalização da Receita Federal do Brasil, Marcelo Fisch, no Dia Mundial sem Tabaco. Representante do Ministério da Fazenda na Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq), Fisch foi um dos responsáveis pelos recentes avanços do governo no cumprimento do artigo 6º da Convenção. Desde 2011, o Brasil conta com uma política de preços mínimos sobre cigarros, além da elevação nos impostos incidentes sobre os produtos.

A enfermeira brasileira Stella Aguinaga Bialous também foi premiada por suas pesquisas sobre os documentos internos da indústria do tabaco, que vieram a público graças a decisões judiciais nos EUA e ajudaram a revelar as estratégias da indústria na captação de novos consumidores e no comércio ilícito de produtos de tabaco.

Normas para doação de sangue

O Ministério da Saúde lançou, por ocasião do Dia Mundial do Doador de Sangue, 16 de junho, o *Manual de orientações para a promoção da doação voluntária de sangue*. O objetivo da publicação (disponível em <http://editora.saude.gov.br/livros>) é atualizar os profissionais de saúde que atuam diretamente com os doadores de sangue nos serviços de hemoterapia do País, além de uniformizar as práticas do setor nacionalmente, respeitando as diversidades regionais.



comportamento

ASPECTOS FÍSICOS E EMOCIONAIS PODEM COMPROMETER A VIDA SEXUAL DEPOIS DO CÂNCER, MAS NEM TODA SEQUELA É IRREVERSÍVEL

De volta ao prazer

Ador e uma série de medos e perdas causados pelo câncer e seu tratamento impedem que boa parte dos pacientes viva os prazeres do dia a dia. Algumas questões passam a ter mais importância, outras até perdem o valor. Como exemplo, uma pergunta é lançada: “Em meio a essa tempestade, alguém ainda pode pensar em sexo?”. A resposta vem de uma mulher de 34 anos que se apresenta como Mariana. “Eu tinha 31 anos quando iniciei a luta para derrotar o câncer de mama. Conversava bastante com meu marido. Ele temia ter relações, mas eu queria. Não desejava mudar

tanto assim a nossa rotina. Além disso, era uma forma de conhecer o meu ‘novo corpo’, aquele que me acompanharia por, pelo menos, um ano. Fomos fazendo novas descobertas e testando os nossos limites”, conta.

De acordo com a presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Sboc), Andréia Melo, “não há nenhuma razão médica para deixar de ter relações sexuais durante o tratamento de um câncer”. Mas, segundo ela, enquanto para alguns pacientes é natural continuar com sua vida sexual habitual, para outros o tratamento interfere na



PALAVRA DE HOMEM

O propagandista capixaba Fernando César Maia Toledo, autor do blog “Eu tive câncer de próstata” (<http://eutivecancerdeprostata.blogspot.com.br>), resolveu enfrentar as consequências da doença de forma corajosa. Ele fez questão de escrever um depoimento para a REDE CÂNCER contando como foi sua experiência.

“Meu câncer de próstata foi muito precoce e aconteceu quanto eu tinha 46 anos.

Foram decisões difíceis que tive de tomar, não só pelo que fazer, mas o que iria acontecer depois! E isso incluía a minha vida sexual. Conheço diversos casos de homens que tomaram a decisão pelo lado contrário, ou seja, pensaram primeiro na sexualidade e depois em se livrar da doença. Isso, infelizmente, leva a situações trágicas.

Hoje, três anos após minha cirurgia, que foi um sucesso no quesito cura, ainda sofro com a parte sexual. Mas ressalto que não me arrependo, pois estou vivo e sem o câncer.

Faço controle de meu PSA [antígeno prostático específico] de três em três meses, e há três anos ele dá zero. Nesse período, venho trabalhando pacientemente minha recuperação sexual de forma sistemática, com muita paciência e autocontrole.

Meu casamento de 28 anos foi fundamental para estar bem psicologicamente. Tenho uma esposa guerreira, compreensiva e que está sendo imprescindível em minha recuperação.

Por algum tempo, fiz tratamento diário com sildenafil, adaptei o sexo para minha condição atual (você acaba conhecendo novas formas de fazer sexo) e, após esses três anos, em comum acordo com meu urologista, comecei a repor testosterona, pois a minha está muito baixa.

Em meu blog, onde tenho um relato bem preciso de minha experiência, falo uma frase que para a grande maioria dos homens é impensável: “Antes brocha temporariamente que morto definitivamente”.

forma como eles se sentem emocional ou fisicamente. “O paciente fica cansado, ansioso, deprimido... Alguns efeitos colaterais do tratamento podem causar desconforto, dor e sangramento durante a relação sexual, como a inflamação das mucosas”, exemplifica.

CARÊNCIA DE INFORMAÇÃO

A atitude de Mariana, que encarou com tranquilidade as alterações corporais e o tratamento do câncer de mama, no entanto, é mais uma exceção do que a regra. De acordo com a fisioterapeuta Fátima Bussinger, do Serviço de Integração Humana do INCA, a retomada da vida sexual durante e depois do câncer costuma ser mais complicada. Fátima foi responsável por implantar na instituição a fisioterapia aplicada à disfunção do assoalho pélvico. Uma das principais funções dessa especialidade é ajudar pacientes de câncer

“Eu tinha 31 anos quando iniciei a luta para derrotar o câncer de mama. Conversava bastante com meu marido. Ele temia ter relações, mas eu queria. Não desejava mudar tanto assim a nossa rotina. Além disso, era uma forma de conhecer o meu ‘novo corpo’, aquele que me acompanharia por, pelo menos, um ano. Fomos fazendo novas descobertas e testando os nossos limites”

MARIANA, ex-paciente de câncer de mama

ginecológico a resgatarem o direito de exercer sua sexualidade.

Ao longo de quase 20 anos de experiência, Fátima acompanhou histórias de mulheres que tentavam se recuperar e de outras que abriam mão de sua sexualidade. “Apesar de muitos avanços, nosso País ainda é carente de informação. Já escutei casos de parceiros se negarem a ter relações sexuais com medo de serem contagiados com o câncer”, revela.

Outra barreira para restabelecer a intimidade está no medo de machucar a parceira. Também há quem acredite que a doença poderá voltar com a prática sexual. De acordo com Fátima, algumas mulheres, por causa de crenças religiosas, não consideram adequados os métodos empregados para retomar o prazer, que utilizam estimuladores mecânicos. “Muitas pacientes se negam a fazer o tratamento e preferem anular sua vida sexual. Há também aquelas que se preocupam somente com o prazer do homem. Outras entram em uma espécie de autopunição, achando que se não tivessem

“Muitas pacientes se negam a fazer o tratamento e preferem anular sua vida sexual. Há também aquelas que se preocupam somente com o prazer do homem. Outras entram em uma espécie de autopunição, achando que se não tivessem tido tantos parceiros durante a vida, não estariam naquela situação”

FÁTIMA BUSSINGER, fisioterapeuta do INCA



tido tantos parceiros durante a vida, não estariam naquela situação”, relata.

A fisioterapeuta acrescenta que hoje o tratamento do câncer ginecológico (que inclui tumores malignos do colo do útero, ovário, endométrio, vagina e vulva) está bem mais avançado. “Existe um esforço para que a cirurgia nessa região seja menos mutiladora. Mesmo assim, sequelas acontecem. O ideal é que o tratamento seja planejado, antes de o procedimento cirúrgico acontecer”, recomenda.

Mesmo sem ter tido câncer, a jornalista Maria Júlia* experimentou as consequências da

doença sobre sua vida sexual. Quando conheceu seu ex-companheiro, ele lhe disse que tinha “um probleminha de saúde”. Ela insistiu para saber o que era e ele falou que se tratava de uma fissura no ânus e por isso tinha vergonha de falar. Depois de quatro meses morando juntos, Maria Júlia começou a reparar que o companheiro estava nervoso, inquieto e que as relações sexuais entre o casal eram raras.

“Ele escondeu ao máximo do que se tratava, até eu notar algumas mudanças físicas. O emagrecimento, a queda de cabelo. Ele inventava

EXERCÍCIO PARA ELAS, DELICADEZA PARA ELES

Entre as sequelas mais comuns nas mulheres com câncer ginecológico estão a incontinência urinária e fecal, o vaginismo (contração dolorosa da vagina) e a dispareunia (dor na relação). “Muitas pacientes passam a sentir vergonha, porque perdem um pouco o controle e podem urinar durante a relação sexual, por exemplo”, diz Fátima Bussinger. A radioterapia, segundo a fisioterapeuta, também pode afetar a vida sexual. “Ocorre uma morte celular que provoca fibrose (espessamento e endurecimento do tecido) e causa estreitamento vaginal. Além disso, se a radioterapia for local, a mulher entra em menopausa induzida. Não produzindo mais hormônios nos ovários, ela sofre consequências, como secura vaginal”, explica.

A fisioterapia aplicada à disfunção do assoalho pélvico tem o objetivo de restabelecer a função dos músculos dessa região, conhecidos como MAP. Antes de iniciá-la, as pacientes passam por avaliação, em que são conferidos a força, a resistência e o tônus do assoalho pélvico. Várias técnicas são usadas pelos fisioterapeutas. Uma das mais empregadas são os exercícios de Kegel (ginecologista californiano que, em 1948, foi o primeiro a compreender a função no mecanismo da continência e prescrever exercícios diários de contrações voluntárias desses músculos para as mulheres incontinentes). Outros recursos também são importantes na reabilitação, como uso da estimulação elétrica de baixa voltagem, toque vaginal ou retal, palpação da região do períneo e uso do aparelho de biofeedback. O universo masculino também é delicado quando o assunto é sexo e câncer. O diretor da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) – Seccional RJ, Juan Renteira, esclarece que o principal efeito colateral da cirurgia e da radioterapia no tratamento do câncer de próstata é na potência sexual. Em ambas as terapias pode haver lesão dos nervos responsáveis pela ereção. Há também a possibilidade de diminuição ou perda do desejo sexual, provocadas por medicação hormonal.

“O câncer de próstata geralmente não tem relação causal com a disfunção erétil. É mais o tratamento que está relacionado com a impotência. Quando o paciente é submetido a uma prostatectomia radical [retirada de toda a próstata e das vesículas seminais], existe uma chance considerável de ele ficar impotente”, informa Renteira. A disfunção erétil pode ser parcial ou total. “Também pode melhorar com o tempo, mas frequentemente será permanente”, completa o especialista.

O tratamento da disfunção erétil após a prostatectomia radical inicia com comprimidos, mas é comum eles não serem eficazes nessa situação. Outras medidas incluem bomba a vácuo, injeção intracavernosa (no pênis) e prótese peniana.



Resgate da sexualidade:
Fátima Bussinger aplica a fisioterapia em pacientes de câncer ginecológico

“É preciso paciência de ambos os lados.

Uma das principais atitudes é não deixar o assunto se tornar um tabu entre o casal.

A verdade é uma aliada nesses casos”

LUCIANA HOLTZ, presidente do Instituto Oncoguia

viagens, sumia. Raspou a cabeça e disse que era por causa do calor. Depois de eu descobrir várias mentiras e de nós já estarmos muito afastados, ele confessou que estava se tratando de um câncer de próstata. Nem sei se posso falar que ele ficou impotente, por que ele sequer tentava algum contato físico. A convivência ficou insuportável. Ele se negava a tocar no assunto e quando eu insistia, ainda disparava que eu só pensava em sexo e não respeitava a dor dele. O problema maior foi ele achar que qualquer contato físico era sexo e que não poderia encostar-se a mim, por não ‘poder terminar o que começou’. Fiquei seis meses sem abraço, sem beijo. Um dia, tentei abraçá-lo e ele me empurrou com força. Foi o fim, não conseguia mais viver daquele jeito”, relata.

COMPROMETIMENTO DO CASAL

Especializada em Psico-Oncologia e presidente do Instituto Oncoguia, Luciana Holtz explica que a sexualidade é uma das primeiras áreas afetadas com o diagnóstico do câncer. “O impacto de um diagnóstico desses faz a pessoa ficar desligada de todos os prazeres, grandes ou pequenos, da vida. Ela não sabe o que vai acontecer, o medo da morte é maior que tudo”, opina.

Luciana esclarece que, no que se refere ao exercício da sexualidade, o comprometimento dos parceiros é fundamental durante as diferentes etapas do tratamento. “Todas as fases são delicadas. É preciso paciência de ambos os lados. Uma das principais atitudes é não deixar o assunto se tornar um tabu entre o casal. A verdade é uma aliada nesses casos. Se estiver com dor na hora do sexo,

fale. Se estiver sem vontade, revele”, aconselha. A especialista acrescenta que o tratamento psicológico pode ajudar muito, principalmente se o parceiro acompanhar o paciente na terapia. “O corte é muito grande e se torna necessário trabalhar a sexualidade de novo, aprender sobre seu corpo, reconquistar a confiança, mas tudo com paciência, sabendo respeitar os limites de cada um. Quem não está com câncer, mas convive com quem está, pode sofrer e estar com muito medo”, avalia.

AMOR A TODA PROVA

A psicóloga do Hospital do Câncer III (HC III), especializado no atendimento de pacientes com câncer de mama, Márcia Regina Costa explica que não existem diferenças quanto a mudanças no comportamento sexual em função do gênero do paciente, ou seja, quando o doente é homem ou mulher. O que muda é o sentido que cada pessoa dá à sua experiência depois do diagnóstico e do tratamento oncológico. “Culturalmente, sabemos que os homens exigem mais da sua performance na cama, enquanto as mulheres dão valor maior à relação afetiva com o parceiro.”

Ela acrescenta que na cultura brasileira ainda existe a visão de que a mulher seja aquela que “sirva ao homem”, sob o risco de perdê-lo. “No entanto, ouvindo parceiros de algumas pacientes, eles não trazem essa preocupação, o que evidencia uma dificuldade de comunicação entre o casal”, avalia. Márcia Regina ressalta que a vida sexual deve ser consequência de uma vida afetiva que inclua a cumplicidade entre os parceiros.

Confirmando o que a psicóloga fala, Mariana completa: “Meu marido conhecia a esposa como uma empresária, uma pessoa superativa, firme, vaidosa, com um cabelo enorme e sexualmente ativa. E, de repente, se viu com uma mulher cheia de cicatrizes, sem cabelo, sem cílios, sem sobrancelhas, com pouca energia e pouco vigor sexual. No início isso me aterrorizou. ‘Será que ele não vai me amar mais?’, ‘Ele é jovem, pode encontrar outra mulher facilmente!’ Coisas bobas que chegaram a pipocar na minha cabeça. Em nenhum momento o meu marido me olhou com um olhar menos apaixonado. Parecia até que o amor dele por mim ia aumentando. Ele olhava para mim com o coração. E isso só prova que somos nós que escolhemos como olhar para as situações e para as pessoas. O mundo e a vida são do jeito que nós escolhemos ver”, opina. ■

* Nome fictício

Evidência e decisão

O tratamento do câncer é uma das áreas da medicina que mais sofrem pressão para introdução de novas terapias ainda pouco estudadas. A promessa de uma última esperança para pacientes acaba influenciando a incorporação precoce e acrítica de tecnologias não seguras e pouco eficazes. No campo das políticas públicas, esse cenário é agravado devido ao alto impacto financeiro dos novos tratamentos. Essa tem sido uma das grandes preocupações da comunidade científica internacional, que tem se dedicado a impulsionar a transformação da melhor evidência científica em prática clínica. Por isso, desde 2010, o Ministério da Saúde (MS) vem, de forma estruturada, se dedicando a desenvolver protocolos e diretrizes clínicas voltados à qualificação do cuidado dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS). Em abril, uma nova publicação foi lançada compilando protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em oncologia. O objetivo é garantir eficácia, segurança, efetividade e reprodutibilidade de procedimentos de diagnóstico e tratamento de determinados tipos de câncer.

O envolvimento mais recente do MS com a publicação de diretrizes e protocolos teve origem em uma audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em 2009, para discutir a judicialização da saúde. Na ocasião, o ministério se comprometeu a desenvolvê-los para servirem como base em processos que exigiam a compra de medicamentos. A última vez que um protocolo de assistência farmacêutica havia sido publicado fora sete anos antes, em 2002. “Assim, os médicos ficavam com a voz final e podiam solicitar a compra de medicamentos ainda sem efetividade comprovada”, comenta Maria Inez Gadelha, diretora-substituta do

Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (Dahu) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Entre demandas externas e prioridades do MS, 116 temas foram elencados para serem frutos de diretrizes e protocolos, sendo 23 na área oncológica.

Esse trabalho foi desenvolvido no âmbito dos Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), por meio de uma parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc). Devido a sua classificação como Hospital de Excelência filantrópico, o que garante isenção de uma parcela de impostos a seus doadores, o Haoc é obrigado a aplicar parte de seus recursos na melhoria do SUS. O projeto “Elaboração, Revisão e Implementação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas” integra esse programa e visa à qualificação da assistência e à orientação da organização dos fluxos, otimizando o uso de recursos em correspondência ao quadro epidemiológico, assim como o uso racional dos medicamentos de alto custo.

No caso dos protocolos e diretrizes em oncologia, o Haoc funcionou como Secretaria Executiva do projeto, que foi fruto de um trabalho das áreas técnicas da SAS e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec), em parceria com o INCA, núcleos universitários e



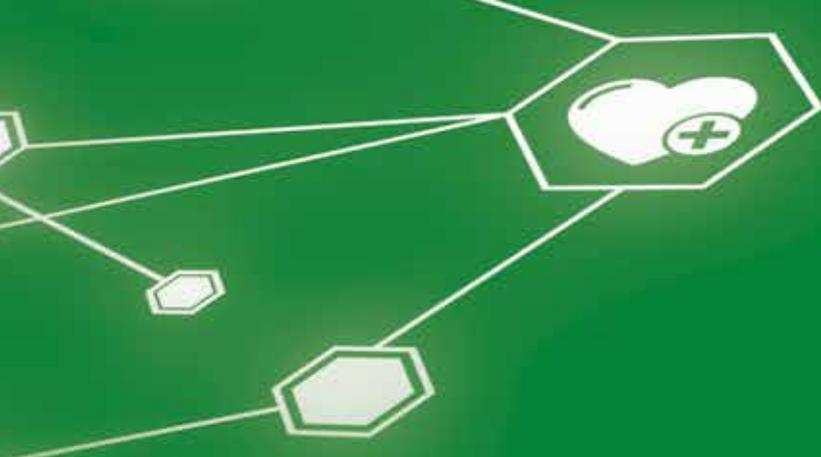
sociedade civil. A publicação de protocolos e diretrizes na área oncológica começou em 2010; desde então, novos documentos vêm sendo incorporados, e os antigos, atualizados. “A compilação em uma publicação é importante porque ajuda a normatizar a informação com modelo único de apresentação e também a qualifica, uma vez que as buscas das informações científicas e a linguagem são parametrizadas de acordo com padrões internacionais”, comenta Gustavo Advíncula, analista de Ciência e Tecnologia da Coordenação Geral de Gestão Assistencial do INCA.

PROTOSCOLOS X DIRETRIZES

Inez Gadelha, uma das editoras da publicação, lembra que protocolos na área oncológica já haviam sido publicados previamente, mas sem sistematização. “Em 2001, foi publicado o primeiro, para tratamento da leucemia mieloide crônica, que permitiu a incorporação do mesilato de imatinibe ao SUS. Em 2002, uma nova portaria definiu protocolos

para tratamento de tumores do estroma gastrointestinal, incorporando o Glivec. Em 2007, dois outros protocolos foram publicados, em relação à hormonioterapia para tratamento de câncer de tireoide e de próstata.” Dentro do novo projeto, desde 2010, 16 diretrizes e seis protocolos foram publicados. “No caso da oncologia, dada a diversidade de opções terapêuticas, diretrizes são mais comuns que protocolos”, informa a diretora-substituta do Dahu.

Um protocolo define como o tratamento deve ser feito e estabelece o padrão a ser adotado. Nesses casos, as unidades de saúde que prestam serviços ao SUS são obrigadas a segui-los, e o MS assume os custos de tudo o que está definido. “As instituições podem ir além do que está publicado, mas nunca aquém”, destaca Inez Gadelha. Em função da grande variedade de situações tumorais e clínicas em que se podem encontrar os pacientes com um determinado tipo de câncer e a disponibilidade de múltiplas escolhas terapêuticas para uma mesma situação tumoral, na maioria dos casos, torna-se impróprio, se não indevido, estabelecer protocolos em oncologia. Recomenda-se então a



adoção de diretrizes terapêuticas, que apontam o que é válido técnico-cientificamente, para orientar condutas e protocolos institucionais.

Assim como no financiamento para a assistência oncológica no SUS, que abrange todo o tratamento do paciente e não paga por um medicamento de forma isolada, o que possibilita maior autonomia para as unidades assistenciais, as diretrizes e protocolos extrapolam a assistência farmacêutica e definem um conjunto de ações que incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia e todas as demais terapias de suporte. A publicação estabelece padrões para tratamento de pacientes com câncer, deixando de fora as políticas de rastreamento que são desenvolvidas para serem aplicadas a pessoas saudáveis. “Devido a essa grande abrangência, a publicação não serve apenas para oncologistas clínicos, mas pode ser usada por qualquer profissional de saúde, além de ser uma importante ferramenta para os gestores”, declara Gustavo Advíncula.

FINANCIAMENTO DIRECIONADO

Antes da definição de protocolos e diretrizes nacionais, o que se observava no Brasil era a publicação de condutas institucionais, que estão relacionadas ao porte tecnológico da instituição e, por isso, nem sempre são aplicáveis a outras realidades. No caso do INCA, por exemplo, até 2002 o Instituto publicava suas condutas institucionais na *Revista Brasileira de Cancerologia*, e depois disso passou a publicá-las como cartilhas internas. “Como não se tratavam de padrões nacionais, isso dificultava a defesa em questões de judicialização. A partir da publicação das diretrizes e protocolos nacionais, as secretarias estaduais e municipais de Saúde passaram a financiar apenas o que está estabelecido nesses documentos”, explica Inez Gadelha.

A liderança no processo de elaboração de protocolos e diretrizes para cada tipo de tumor foi dividida entre instituições de referência, que foram as universidades federais do Rio Grande do Sul e de Brasília e o INCA. Os textos dos protocolos e

“No caso da publicação brasileira, o documento, também baseado em evidências, vai além e detalha todos os procedimentos envolvidos no tratamento dos pacientes”

MARIA INEZ GADELHA, diretora-substituta do Dahu

diretrizes são escritos por especialistas nas áreas específicas da oncologia, com a assessoria direta de médicos internistas com experiência em Medicina Baseada em Evidências, cirurgiões, radioterapeutas, oncologistas clínicos e uma equipe de farmacêuticos, todos externos ao Ministério da Saúde. A revisão da literatura é feita de maneira estruturada, ou seja, pela revisão ampla nas bases Medline (a maior base de dados disponível), no Embase e Cochrane. São enfatizadas a busca e a leitura de ensaios clínicos randomizados metodologicamente bem planejados e conduzidos, com desfechos relevantes para os pacientes.

Os protocolos e diretrizes ainda passam por consulta pública, durante a qual recebem contribuições da sociedade. Mesmo internacionalmente, há poucas experiências como essa. A National Comprehensive Cancer Network (NCCN), uma aliança sem fins lucrativos de 26 centros oncológicos líderes no mundo e referência na elaboração de orientações para o tratamento de câncer, publica apenas linhas gerais, baseadas em evidências. “No caso da publicação brasileira, o documento, também baseado em evidências, vai além e detalha todos os procedimentos envolvidos no tratamento dos pacientes”, compara Inez Gadelha. Os protocolos e diretrizes brasileiros trazem textos abrangentes, em que a prevenção, detecção, redução de risco e tratamento ativo ou paliativo são abordados de acordo com a necessidade e com a neoplasia maligna em foco. ■

A publicação pode ser acessada em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf>

Redome entre emoção, debates e conhecimento

O Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) organizou seu oitavo Encontro junto com a 13ª Jornada de Atualização em Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, em junho, no Rio de Janeiro.

Na ocasião, o paciente Matheus Corrêa, de 10 anos, transplantado em 2010, após ser diagnosticado com leucemia mieloide aguda, encontrou o doador que ajudou a salvar sua vida, Francisco Morais, de 34 anos, registrado no Redome desde 2006. Profissionais de todo o País envolvidos no trabalho de transplante de medula óssea com doadores não aparentados participaram de palestras e workshops.



Premiação

O INCA foi contemplado com o Prêmio Destaque na Iniciação Científica e Tecnológica, na categoria Mérito Institucional, na 12ª edição da iniciativa. A premiação é atribuída anualmente a bolsistas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a instituições participantes do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic).

A cerimônia de entrega do prêmio será durante a Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em julho.

Câncer bucal

A Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA realizou, em junho, o I Encontro sobre Câncer de Lábio e Cavidade Oral, reunindo representantes das áreas de saúde bucal de 23 estados e de controle do tabagismo de quatro estados dentre os que apresentam maior incidência da doença. O objetivo foi o fortalecimento das ações de prevenção e detecção precoce desse grupo de cânceres, que é o quinto mais frequente entre os brasileiros e o 12º entre as brasileiras.



INCA tem novo diretor-geral

O professor Paulo Eduardo Xavier de Mendonça (à direita) é o novo diretor-geral do INCA desde junho. Ele substituiu Luiz Antonio Santini, que ficou nove anos no cargo. O ministro da Saúde, Arthur Chioro, empossou pessoalmente o novo diretor e agradeceu a Paulo Eduardo por ter aceitado o convite, destacando a enorme responsabilidade de dirigir o INCA.

A cerimônia contou, ainda, com a presença da secretária de Atenção à Saúde, Lumena Furtado; do secretário estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Felipe Peixoto; do presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha; do presidente do Conselho de Curadores da Fundação do Câncer, Marcos Moraes; de secretários de Saúde de municípios do estado do Rio e diretores de hospitais federais da capital fluminense, entre outras autoridades.





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.

REDE CÂNCER PARA TODOS

Sou farmacêutico analista clínico especialista em citologia clínica e fiquei bem entusiasmado em ler a matéria *Boas de Boca*, da edição 29 da REDE CÂNCER, sobre câncer bucal, assunto que permeia minha defesa de trabalho da pós-graduação. Gosto desse tema e gostaria de receber a revista, que me manterá atualizado sobre os diferentes tipos de câncer, principalmente o de boca e lábios.

Francisco Juscelino Martins

Sou aluna do 6º semestre do curso de Enfermagem da Faculdade Santa Marcelina e objetivo fazer mestrado em Oncologia. Soube da revista REDE CÂNCER através da internet e gostei muito. Gostaria de receber os exemplares em minha casa.

Elisangela de Paula Silva

Olá, Francisco e Elisangela. Para receberem os exemplares da REDE CÂNCER, vocês devem enviar seus endereços completos para o e-mail: comunicacao@inca.gov.br.

Sou enfermeira em Canguaretama (RN) desde 2008 e responsável técnica pela vigilância epidemiológica do município. Gostaria de receber a revista REDE CÂNCER, pois nem sempre

tenho oportunidade de ler. As reportagens são maravilhosas, enriquecem demais o trabalho e nos fornecem base para a construção de indicadores e ações relacionados à promoção da saúde.

Emanuelle Kalyne Barbosa Spencel Teixeira – João Pessoa, PB

Sou enfermeira graduada recentemente e estou cursando especialização na área de Oncologia. Venho solicitar o recebimento da revista REDE CÂNCER.

Maria Edwiges Ferreira Santos – Rio de Janeiro, RJ

Sou nutricionista com especialização em Oncologia pelo Hospital Israelita Albert Einstein e gostaria de receber exemplares da revista REDE CÂNCER.

Cristina Borsatto Guedes – Santa Rita do Sapucaí, MG

Gostaria de receber periodicamente a revista REDE CÂNCER. Venho acompanhando esse periódico através da secretaria de saúde e uso com frequência os assuntos em minhas palestras.

Marcelo Bezerra Nogueira – Fortaleza, CE

Sou nutricionista oncológica e leio a revista REDE CÂNCER na biblioteca da universidade. No entanto, gostaria de recebê-la em casa.

Bárbara Bezerra S. V. Pires – Natal, RN

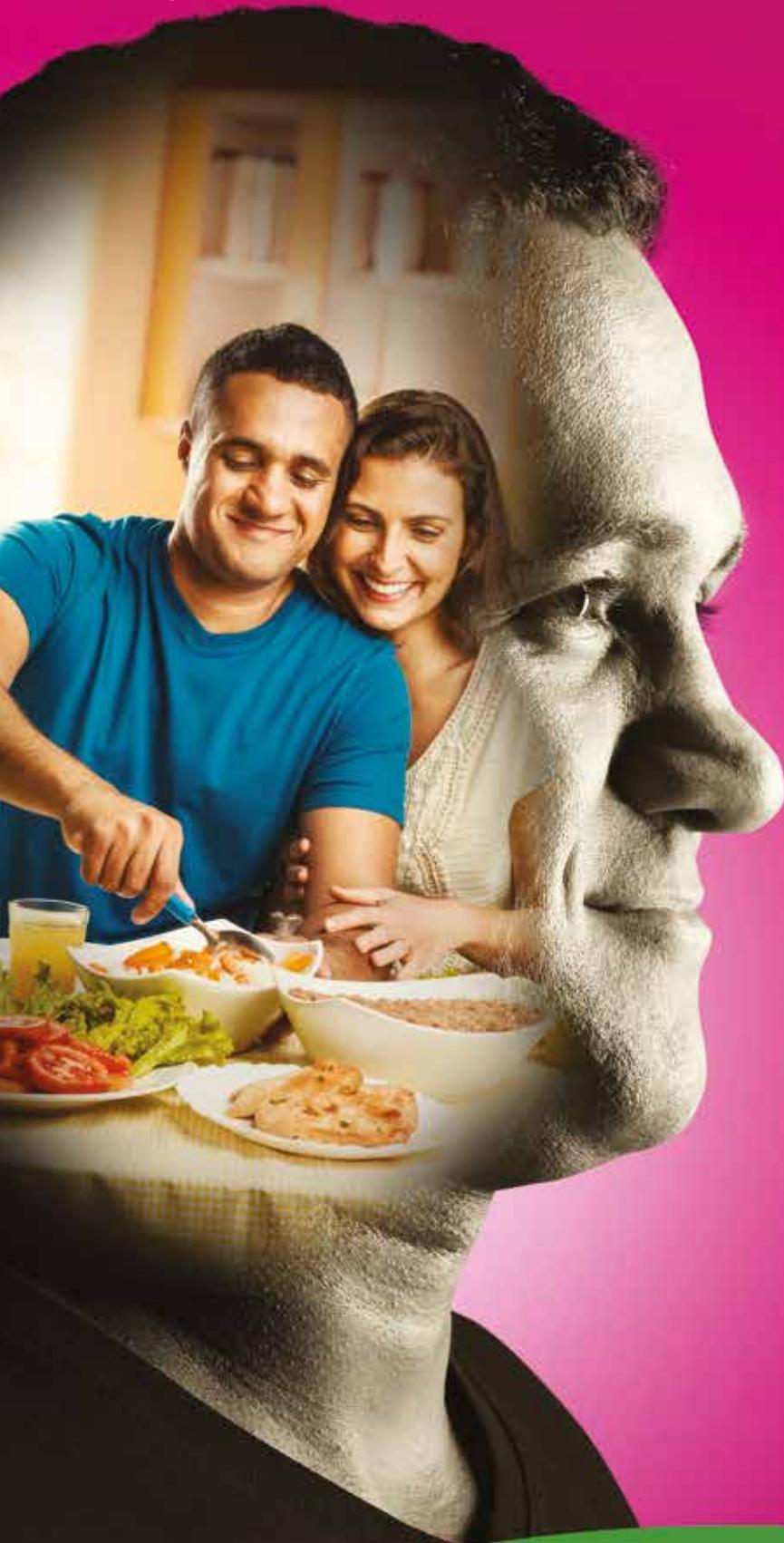
Prezados leitores, seus endereços já foram acrescentados ao nosso mailing.

MUDANÇA DE ENDEREÇO

Venho recebendo com êxito as edições da revista REDE CÂNCER em minha residência, porém me mudei e gostaria que meu endereço fosse atualizado.

Rosembergue Lopes Evangelista – Araraquara, SP

Prezado Rosembergue, seu endereço foi atualizado no nosso mailing.



Promoção da Saúde - SUS

Da Alimentação se Cuida Todos os Dias

Uma alimentação equilibrada é fundamental para uma vida com mais qualidade. Por isso, estão sendo propostas diversas ações que facilitam escolhas alimentares mais saudáveis por todas as pessoas, valorizando os alimentos em todas as regiões e fortalecendo a cultura alimentar brasileira. Com essas orientações, podemos viver com mais qualidade, saúde e bem-estar, além de evitar doenças crônicas, como diabetes, doenças do coração, hipertensão e obesidade.

Da Saúde se Cuida Todos os Dias.



Baixe o guia alimentar
e o livro de receitas no
www.saude.gov.br/promocaodasaude

Conheça as ações de Incentivo à
Alimentação Saudável e todas as
outras ações de Promoção da Saúde em
www.saude.gov.br/promocaodasaude.

É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.



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