

33

Abril
2016

REDE CÂNCER

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

PERSEVERANÇA DE OURO

ATLETAS OLÍMPICOS E PARALÍMPICOS QUE SUPERARAM
O CÂNCER E SE MANTIVERAM NO PÓDIO

#VacinaHPV

f /VacinacaoMS

t /PNI_MS

vacinação
contra o

HPV

PROTEJA HOJE PARA TER
MAIS SAÚDE AMANHÃ.

meninas de
9 a 13 anos
devem ser
vacinadas.

A VACINA É A PREVENÇÃO CONTRA O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.

O HPV é um vírus perigoso que pode provocar câncer. Para se prevenir, todas as meninas de 9 a 13 anos devem ser vacinadas. Esta faixa etária é ideal para a vacinação porque o organismo produz 10 vezes mais anticorpos contra o vírus.

Mas lembre-se: para se prevenir, é preciso tomar as **2 doses** da vacina. Fique atenta ao período de vacinação nas escolas ou procure uma unidade de saúde.

A vacina é segura, eficaz e gratuita.



É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

sumário



05

CAPA

A mais difícil das vitórias

10

POLÍTICA

Orgânicos contra o câncer

12

EDUCAÇÃO

Vagas para ciência

16

GESTÃO

Capacitação: remédio para a crise

22

SOCIAL

Amor eterno

25

ASSISTÊNCIA

Calor amigo

28

ENTREVISTA

Prioridade à prevenção

32

COMPORTAMENTO

Sem contraindicações

35

PERSONAGEM

“Quebrei o silêncio para alertar”

38

REDE

Solidariedade transcultural



REDE CÂNCER

2016 – 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** | Edição: **Nemézio Amaral Filho** | Secretaria-Executiva: **Daniella Daher** | Comissão Editorial: **Mônica Torres (chefe da Divisão de Comunicação Social), Fabio Gomes, Ronaldo Correa, Marcell Santos, Suse Barbosa, Alessandra de Sá Earp Siqueira, Laura Maria Campello Martins, Gustavo Advíncula, Adriana Atty, Rejane Reis, Carlos Henrique Debenedetto Silva e Cassilda dos Santos Soares** | Produção: **Conceito Comunicação Integrada** | Jornalista responsável: **Marcos Bin - JP23.958RJ** | Reportagem: **Carina Eguía, Daniela Rangel, Marianne Antabi, Roberta Simoni, Rosana Melo e Roseane Santos** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA, Roberto Bellonia, Adobe Stock, Can Stock Photo e Dollar Photo** | Revisão gramatical: **Anney Moraes** | Impressão: **Walprint** | Tiragem: **6.000 exemplares**.
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA - Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro - 20230-240 - Rio de Janeiro - RJ - comunicacao@inca.gov.br - www.inca.gov.br.



Ministério da
Saúde



Mais que campeões

Prezado leitor,

Em ano olímpico, o Brasil é o palco do maior evento esportivo do mundo. E há atletas que precisam se esforçar muito mais que os demais para garantir seu lugar no pódio: são competidores olímpicos e paralímpicos que enfrentaram o câncer e continuam conquistando vitórias. Conheça as emocionantes histórias de superação desses heróis que competiram em nome da vida em *Capa*.

É claro que há muita ciência por trás dessas conquistas. Por isso, a formação de novos pesquisadores é incentivada pelos programas de iniciação científica (IC). A bolsa dessa modalidade, concedida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, procura despertar jovens talentos para a ciência, também na Oncologia. Descubra como funcionam os programas de IC em *Educação*.

Educar-se, aliás, deve ser uma demanda contínua. Principalmente se a área de atuação for atravessada por outras especialidades. É esse o desafio de quem administra unidades de saúde. São profissionais que precisam de capacitação orientada para as transformações que a gestão em saúde vem enfrentando. Isso justifica a relevância dos cursos de capacitação. Veja mais sobre os investimentos em reciclagem e aprimoramento dos profissionais em *Gestão*.

O aprimoramento nunca deve ser apenas profissional; se possível, também deve nos transformar em seres humanos melhores. *As aventuras dos quimionautas no planeta Terra* é o livro escrito pela produtora artística Gizella Werneck, que descobriu estar com câncer durante a gravidez. Ela não desistiu da maternidade e ainda inspira pessoas para a valorização da vida e do amor,

principalmente aquele destinado às crianças. Não é preciso conter a emoção durante a leitura de *Social*.

A preocupação com o outro talvez seja uma das maiores energias que fizeram com que o Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) chegasse a 3,8 milhões de pessoas cadastradas, tornando-se o terceiro maior do mundo. Desde 2009 o Redome integra uma rede de registros internacionais, que permite procurar e também receber pedidos de doadores para pacientes de outros países. Em *Rede* você conhece um pouco mais a catarinense Odete Lopes de Lima, uma brasileira que já teve a medula exportada este ano.

Nessa linha, nota-se como os esforços coletivos são importantes para garantir o acesso da população a tratamentos de saúde de qualidade. Por exemplo, apesar da alta complexidade e do custo elevado, o INCA conseguiu realizar a primeira cirurgia de citorredução associada à quimio-hipertermia em um paciente pediátrico no Sistema Único de Saúde. A criança, agora bem e feliz, tinha um tumor raro, agressivo e poderia ter morrido. Descubra como a esperança se renovou em *Assistência*.

A atriz Françoise Forton entende bem de esperança. Em *Personagem* ela conta por que decidiu revelar ao público que teve um câncer do colo do útero e, a partir da sua experiência pessoal, alertar as pessoas que prevenir é preciso.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva*

capa

EM BUSCA DE VAGA NOS JOGOS RIO 2016, ATLETAS OLÍMPICOS E PARALÍMPICOS QUE SUPERARAM O CÂNCER CONTAM SUAS EXPERIÊNCIAS

A mais difícil das vitórias

Chegar ao pódio é o maior sonho de um atleta. Para Rosinha dos Santos (atletismo paralímpico), Wagner Domingos (atletismo) e Diogo Villarinho (maratona aquática), durante um período esse desejo veio acompanhado da vontade de superar o câncer. Destaques em suas modalidades, eles alcançaram resultados inesperados durante o tratamento da doença, conquistando medalhas e quebrando seus próprios records.

O desempenho de Villarinho no período em que se tratava de um câncer de tireoide, em 2015, superou as expectativas médicas. O nadador competiu no Mundial de Kazan, na Rússia, e chegou em segundo lugar na prova de 5 km por equipe. A poucos dias de sua cirurgia, ainda em 2015, foi bronze na Copa do Mundo de Natação.

Rosinha, ex-empregada doméstica que se tornou paratleta e compete pelo arremesso de peso e lançamento de disco, foi bronze no Parapan de Toronto em 2015, menos de um ano depois de ser diagnosticada com câncer de laringe.

Domingos, 11 vezes campeão brasileiro no arremesso de martelo, subiu sua marca em cinco metros na temporada de 2011, quando descobriu um câncer na bexiga. Hoje, é dono do recorde brasileiro, com 75,47 m, e treina na Eslovênia para superar esse resultado.

“O organismo de um atleta – indivíduo que pratica exercícios, tem preparo muscular, alimenta-se com orientação de nutricionista, faz hidratação

adequada, cuida do sono e não fuma – tem mais chances de responder melhor ao tratamento de qualquer tipo de doença, incluindo o câncer”, avalia Serafim Borges, médico do esporte, cardiologista e diretor-secretário do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj).

Livres da doença, hoje os três atletas trabalham para alcançar o índice de classificação para a Olimpíada e a Paralimpíada de 2016, que acontecem de 5 a 21 agosto e de 7 a 18 de setembro, respectivamente, no Rio de Janeiro. A confirmação acontecerá pouco antes dos eventos, entre junho e julho. Para dar conta do desafio, eles seguem uma rotina de treinamento intensa, que pode chegar a até seis horas de exercícios físicos por dia, concentração e alimentação especial para esportes de alta performance.

VITÓRIAS SUCESSIVAS

O atletismo é o esporte mais tradicional da Olimpíada – está presente desde a primeira edição do evento e é tratado como uma das modalidades mais nobres, tendo 47 provas em disputa. É o maior fornecedor de medalhas dos Jogos. Para a edição do Rio de Janeiro, são esperados astros como Usain Bolt, atual recordista mundial dos 100 m e dos 200 m. No paratletismo, a equipe brasileira briga para ter uma representante que tem trajetória de heroína.

Roseane Ferreira dos Santos, 44 anos, pernambucana de Recife, está quase sempre com um largo sorriso no rosto, o que surpreende quem conhece

Por que quem pratica atividade física reage melhor a doenças?

Evidências científicas comprovam que exercícios físicos e esportes promovem benefícios para qualquer indivíduo. Em caso de doenças, incluindo o câncer, o organismo estará preparado para reagir melhor. Atletas têm ainda a seu favor o estilo de vida saudável, com ausência de tabagismo, cuidados com o sono, alimentação balanceada e hidratação adequada.



CÉREBRO

A irrigação mais eficaz dos neurônios, que passam a receber maior quantidade de oxigênio e nutrientes, beneficia a coordenação motora, comandada pelo cérebro, retardando disfunções dessa ordem



ASPECTO PSICOLÓGICO

Eleva a autoestima, à medida que torna o indivíduo mais preparado para realizar tarefas cotidianas, e mantém o índice de massa corporal adequado



CORAÇÃO

Passa a bombear mais sangue e irriga melhor a musculatura. A mecânica de funcionamento do órgão melhora, e o risco de doenças cardiovasculares diminui, desde que o indivíduo não fume



SISTEMA LINFÁTICO

Fica mais gabaritado para a produção de linfócitos (células atuantes no sistema imunológico) e de outras células imunes que protegem o corpo contra micro-organismo invasores



PULMÕES

Melhora sua função, tornando a respiração mais potente. Certos exercícios fortalecem também a musculatura do tórax, peitoral e intercostal, o que contribui para a saúde dessa região



GLÂNDULA SUPRARRENAL

Produz mais endorfina, ajudando na resistência à dor e nas situações de estresse emocional



OSSOS E MÚSCULOS

A perda de massa é desacelerada. Assim, evita-se osteopenia, osteoporose e sarcopenia



seu passado. Rosinha era empregada doméstica quando foi atropelada, aos 18 anos, numa calçada, por um motorista de caminhão embriagado. Teve que amputar a perna esquerda, algo que ela mesma pediu aos médicos. “Sentia muita dor. Depois de algum tempo, chamei minha mãe e disse a ela que não queria mais sofrer. Tinha uma vontade enorme de viver”, recorda.

Com dificuldades para exercer sua profissão, passou a vender cocadas feitas por sua mãe, dona Doda. A irmã carregava o tabuleiro, e ela anunciava o doce, chamando as pessoas para comprar. Um dia, conseguiu que uma vizinha permitisse que limpasse seu quintal. “Ela precisava sair, e eu disse que poderia fazer o trabalho sozinha. O quintal estava cheio de galhos, muito sujo. Quando a mulher retornou, ficou impressionada com o resultado e perguntou quem tinha me ajudado. Fiz tudo sozinha, sentada em um banquinho, aos poucos”, conta Rosinha. O pagamento, feito parte em dinheiro, parte em alimentos, foi levado com muita alegria para a casa onde moravam 14 parentes. “Minha maior satisfação era ajudar minha mãe”, fala com carinho.

Em 1997, estava na porta de casa quando o técnico Francisco Raimundo Mathias, seu ex-treinador, estava passando de carro e a viu na rua. Perguntou se Rosinha gostaria de ser atleta e a convidou para fazer um teste na ADM-PE (Associação dos Deficientes Motores de Pernambuco), onde ela começou a praticar arremesso de peso e lançamento de disco e de dardo. “Nem sabia que existia esse tipo de esporte, não tinha a menor ideia do valor de uma medalha, um recorde, e até demorei a aprender isso”, lembra. Quando viu o potencial de Rosinha, o treinador disse que, se ela perseverasse, poderia se destacar nas provas e comprar uma casa para a mãe, o que foi seu maior incentivo.

Já na primeira competição, um aberto de atletismo paralímpico no Recife, ainda em 1997, Rosinha ganhou três medalhas de ouro nas categorias em que treinava.

A paratleta sonhava em viajar de avião para visitar uma tia em São Paulo, mas sua primeira experiência “nas alturas” foi a caminho da Inglaterra, onde estreou em provas internacionais. Em 2000, classificou-se para a Paralimpíada de Sydney e subiu no lugar mais alto do pódio, trazendo o ouro para o Brasil com a quebra de dois recordes mundiais. “Eu saí do nada e conquistei muita coisa. Viajei para vários países, conheci pessoas, fiz amizades. Mas o mais difícil não é ganhar a medalha, e sim saber conduzi-la com humildade. Não esqueço de onde



“Eu saí do nada e conquistei muita coisa. Viajei para vários países, conheci pessoas, fiz amizades. Mas o mais difícil não é ganhar a medalha, e sim saber conduzi-la com humildade. Não esqueço de onde vim. Existe ex-atleta, mas não ex-deficiente”

ROSINHA DOS SANTOS

vim. Existe ex-atleta, mas não ex-deficiente”, diz Rosinha, que soma mais de 60 medalhas conquistadas ao longo de sua carreira.

Em 2014, veio uma notícia difícil: com forte dor de garganta, foi diagnosticada com câncer de laringe. Teve recomendações médicas e de sua treinadora para não participar de competições no período em que realizaria a cirurgia e oito sessões de quimioterapia. “Fiquei desesperada, com medo do tratamento, mas tinha que ir adiante. Só não abri

mão de continuar treinando e competindo. Se acontecesse algo comigo, pelo menos estava fazendo o que me dava alegria”, afirma. Sua perseverança a levou a quebrar dois recordes brasileiros, no arremesso de peso e no lançamento de disco, durante o tratamento, no Circuito Caixa de Atletismo.

A alta médica foi no início de 2015, e hoje Rosinha se prepara para tentar uma vaga paralímpica nos Jogos Rio 2016. Treina durante a semana em uma praça perto de sua casa, no Recreio, bairro da Zona Oeste do Rio de Janeiro, e complementa o trabalho com musculação na academia. “Prometo aos brasileiros que, se eu for convocada, vou competir com muita alegria!”, garante. Rindo, é claro.

ACIMA DAS EXPECTATIVAS

Destaque do Brasil na maratona aquática – modalidade disputada em águas abertas, com percurso de 10 km, e que passou a fazer parte das competições olímpicas em 2005 –, Diogo Villarinho tem 22 anos.

“Ficar parado era necessário, mas meu emocional foi bastante prejudicado. Segui em frente, fiz o tratamento e, em dezembro, estava bem novamente”

DIOGO VILLARINHO



Jovem para ter um câncer de tireoide (a doença é incomum em homens, sobretudo nessa faixa etária), descoberto no início do ano passado. Por ser nadador, a região do pescoço tem grande influência em seu desempenho, e a notícia da necessidade de uma cirurgia veio duas semanas antes da seletiva, em Cancún, no México, para o Campeonato Mundial de Esportes Aquáticos de 2015, que reuniu os melhores atletas do mundo na cidade russa de Kazan. A competição também representava, naquele ano, a principal porta de entrada para os Jogos Olímpicos de 2016.

“Foi um período difícil, por ser importante para a classificação olímpica. Em Cancún, eu tinha que ficar entre os 10 primeiros colocados, mas fiquei na 21ª posição”, lembra Diogo. Uma decepção que durou apenas dois dias, pois o atleta competiu na prova dos 5 km em equipe, com Ana Marcela e Allan do Carmo, e conseguiu o segundo lugar e sua primeira medalha internacional. Uma semana depois, às vésperas da operação, foi bronze na prova de 10 km na etapa do Canadá da Copa do Mundo de Natação.

De volta ao Brasil para a cirurgia, Diogo estava mais confiante. O procedimento, que durou sete horas e meia, foi realizado em agosto de 2015, em Belo Horizonte, onde o atleta treinava pelo Minas Tênis Clube. Foram retirados um tumor maligno, 34 linfonodos e parte da musculatura do pescoço, além de ser feita a raspagem de vários nervos.

Contrariando as previsões dos médicos, que estimavam sua volta às piscinas em seis semanas, Villarinho começou a fazer treinos leves de musculação uma semana depois da cirurgia, em Goiânia, onde mora sua família. Com isso, pôde retomar a natação em duas semanas. “Sentia bastante incômodo, pois uso o pescoço em rotação o tempo todo. Mas isso foi passando e, em quatro semanas, já tinha voltado ao meu ritmo normal”, orgulha-se.

Em setembro, seis semanas após a cirurgia, treinou forte e viajou para Chun’An, na China, para competir nas duas últimas etapas da Copa do Mundo. Mesmo fora de forma, ficou em quarto lugar. Somando o resultado da segunda etapa, em Hong Kong, acabou o ano em quarto no ranking mundial de maratona aquática, na prova de 10 km.

Mas, no início de novembro, voltou a ter problemas. A tireoide estava desregulada, apresentando hipotireoidismo. Era necessário fazer sessões de iodoterapia e suspender os treinos, o momento mais difícil de 2015 para o atleta. “Ficar parado era necessário, mas meu emocional foi bastante prejudicado. Segui em frente, fiz o tratamento e, em dezembro, estava bem novamente”. Dias depois,

recebeu proposta do Sesi São Paulo e mudou-se para a cidade. “Foi um presente, que me deu novo ânimo, além de me colocar em contato com profissionais de saúde incríveis”, conta. Villarinho se prepara agora treinando seis horas por dia para o Troféu Maria Lenk, no Rio, em abril. “É a chance de eu me classificar para a Olimpíada e estou bastante determinado. Depois do que passei, sei que nada é impossível”, crava.

MONTANHA DE FORÇA

Wagner Domingos é o “Montanha” entre os amigos. Mas também “Waguinho” para sua família e os colegas da Eslovênia, onde participa de um estágio com Vladimir Kevo, técnico do campeão olímpico de arremesso de martelo Primož Kozmus. O apelido reflete o carinho com que Kevo o trata desde que começou a treinar nessa clínica, em 2009. “Sou muito bem acolhido aqui, tenho uma ótima estrutura para treinar e mais concentração, já que não há muitas opções de programação”, conta ele, direto da pequena cidade de Brežice, onde já enfrentou temperaturas de até 18°C negativos.

Onze vezes campeão no arremesso de martelo no Troféu Brasil de Atletismo, a mais importante competição do País, Montanha tem 1,87 m de altura, pesa 118 kg e tem 33 anos. Uma fortaleza que foi surpreendida por um câncer na bexiga, em 2011, apontado em um exame de rotina no clube em que treina no Brasil, BM&F Bovespa. “Tive a sorte de atrasar os exames em alguns meses por estar com viagem marcada para a Eslovênia. Se eu tivesse feito um pouco antes, talvez não aparecesse o tumor e só o descobrisse no ano seguinte, com a doença já avançada”, explica.

A recomendação foi que Wagner fizesse cirurgia para retirar o tumor, o que aconteceu, com sucesso, em junho, em São Paulo. Não foi necessário passar por quimioterapia. No mês seguinte, viajou para a Eslovênia, focando no Pan-Americano de Guadalajara, e voltou em agosto para participar do Troféu Brasil. Foi a única edição do evento, desde 2003, em que Montanha não ficou em primeiro lugar: foi o segundo colocado. “A cirurgia me deixou um pouco debilitado, fraco. Não tinha a mesma força para arremessar, mas depois fui retomando o ritmo normal e ficou tudo bem. Saí muito transformado dessa situação. Mudei minha forma de pensar e agir. Na época da recuperação, valorizava cada momento, dia, treino”, conta. Para surpresa de todos, na



Saí muito transformado dessa situação. Mudei minha forma de pensar e agir. Na época da recuperação, valorizava cada momento, dia, treino”

WAGNER DOMINGOS, O “MONTANHA”

temporada de 2011, Montanha aumentou sua marca no lançamento de martelo em cinco metros.

Hoje, treina para passar dos 75,47 m – sua marca atual, que também é o recorde brasileiro – para os 77 m exigidos para a classificação olímpica. Assim, no próximo Troféu Brasil de Atletismo, em julho, não basta repetir o feito de ser campeão, como nas 11 vezes anteriores. Ele terá que quebrar o próprio recorde. Mas para ele – e seus colegas de esporte que conhecemos nesta matéria – isso nem parece ser o mais difícil. ■

Orgânicos contra o câncer

Doze anos atrás, José Will, o Zeca, decidiu parar de cultivar tabaco. Agricultor do município de Nova Trento, no interior de Santa Catarina, enfrentou as primeiras dificuldades: na época, apenas ele e sua família plantavam verduras, além de prepararem conservas e geleias com alimentos orgânicos. “Começamos devagar e, aos poucos, a demanda foi aumentando. Meu irmão queria montar uma agroindústria, mas tinha receio.” Zeca chegou a tentar a sorte em Joinville, mas desistiu. “Voltei a trabalhar aqui e fizemos acontecer.” Logo, perceberam que precisariam de outras famílias de agricultores para ajudá-los, porque a demanda crescia. Atualmente, são dez as famílias que trabalham com os Wills, que trocaram a labuta na estufa de fumo pelo trabalho em cinco estufas de hortaliças orgânicas.

Já Antonio Gilmar Cognaco, outro agricultor da região, começou a produzir orgânicos em 2005. Antonio também buscava uma alternativa ao tabaco. Ele e sua família ficaram tão satisfeitos com os resultados que, desde 2007, cultivam apenas alimentos orgânicos (legumes, hortaliças e frutas, parte das quais transformam em geleias e suco de uva). “Hoje, fazemos parte de uma rede com cerca de 20 famílias que atuam na produção e venda de produtos orgânicos. No início, foi muito difícil pensar em como poderíamos vender nossos produtos, pois, com o tabaco, já tínhamos comprador certo e sabíamos mais ou menos quanto renderia. Vendemos em feiras, Cesa [Central de Abastecimento], mercados locais e temos trabalhado

com escolas. Com os orgânicos, nunca temos uma perda muito significativa. E o que sobra, consumimos em nossas casas”, explica o produtor. Antonio chegou a ter quase 200 mil pés de fumo. Agora, cultiva verduras e frutas orgânicas e coordena uma feira agroecológica no município catarinense de Brusque.

“Existe um projeto do governo para priorizar alimentos orgânicos nas escolas, e isso é muito bom, porque garante um mercado para a gente e sabemos o que as nossas crianças estão comendo: alimentos sem veneno”, comemora Gilmar. “Quem trabalha com veneno na plantação muitas vezes usa produtos muito tóxicos e que podem até ser proibidos no Brasil, como o glifosato. Isso faz muito mal para a saúde. Vemos cada vez mais como os plantadores adoecem de câncer e outras doenças”, ressalta.

Esses são apenas dois exemplos da experiência brasileira em diversificação em áreas cultivadas com tabaco. Em meados dos anos 2000, ambas as famílias fizeram a transição do cultivo de fumo para a agroecologia, por meio do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA). Os resultados têm sido significativos o suficiente para que, no final de março passado, uma comitativa composta por representantes dos governos do Brasil, Uruguai, Jamaica e Filipinas, além de membros do Secretariado da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco e da Organização Pan-Americana da Saúde, visitasse as duas propriedades.



COMERCIALIZAÇÃO ECOLÓGICA

Em Santa Catarina, 42 mil famílias vivem do tabaco. Nos últimos 10 anos, 3 mil aderiram a algum projeto de diversificação de cultura, viabilizado por cooperativas e pelo Centro de Estudos de Promoção da Agricultura de Grupos (Cepagro). Atualmente, cerca de 100 são assessoradas pelo Cepagro, que existe há 25 anos e tem na agroecologia sua base. Os projetos em andamento foram selecionados por meio de edital e recebem recursos do Fundo para Reconstituição de Bens Lesados, do Ministério Público de Santa Catarina. Tiveram início em 2014 e têm duração de dois anos, podendo ser prorrogados.

“O ideal seria que os projetos tivessem duração de cinco anos, para que houvesse tempo de o agricultor desenvolver o plano de manejo, sedimentar os canais de comercialização dos orgânicos e saldar as dívidas com a indústria do tabaco”, observa Charles Lamb, técnico agropecuário e coordenador do Cepagro.

Lamb destaca que após a visita às propriedades de Santa Catarina, os representantes do Uruguai já procuraram o Cepagro para obter mais informações sobre como implementar projetos de transição da fumicultura para a agroecologia. “Já temos cooperação com organizações da Alemanha e dos Estados Unidos”, completa.

O produtor Edegar Guginski, também de Santa Catarina, ainda planta tabaco, mas diversifica sua lavoura e obtém renda com plantação de morango e uva, além de fabricação de geleias. O processo se deu com o apoio da Cooperativa de Trabalho e Extensão Rural Terra Viva (Cooptrasc), que firmou contrato com o MDA. Ele também começou a promover atividades de turismo rural em sua propriedade. “Eu não gosto de plantar fumo; prefiro alimentos, como morango, feijão. Antes a gente só plantava tabaco porque não tinha alternativa. Hoje, eu já vivo praticamente do morango. Temos recebido muitas visitas de outros produtores de fumo para conhecer o que temos feito e saber como eles também podem sair do cultivo do tabaco”, diz.



Fotos: Divulgação/MDA

“Para nós foi muito gratificante ver que é possível, sim, ter alternativas à produção de tabaco e de forma alinhada aos princípios da segurança alimentar”, avalia a secretária executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq), Tania Cavalcante. “Vimos que além de deixar de produzir tabaco para abastecer uma indústria cujo produto final – cigarros, charutos etc. – é altamente letal para a humanidade, os agricultores optaram por cultivar alimentos orgânicos. Com essa iniciativa, primeiro eles derrubaram um mito disseminado no Brasil pela indústria do tabaco durante décadas – o de que nada é tão rentável para o agricultor como produzir tabaco. E segundo, essa iniciativa coordenada pelo Cepagro é a demonstração de que, de forma organizada e responsável, é possível produzir alimentos orgânicos de qualidade em escala para um mercado nacional cada dia mais consciente dos riscos que os agrotóxicos causam para o meio ambiente e para a saúde do consumidor.”

Por isso mesmo, Tania Cavalcante acha estratégica a recente parceria do INCA com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) na Campanha Brasil Saudável e Sustentável, que alerta para o risco do excesso de peso. “O acesso aos produtos é muito importante para que as pessoas possam fazer escolhas saudáveis”, destacou Laura Vasconcelos, do MDS, durante feira orgânica promovida pelo INCA para celebração do Dia Mundial da Saúde (7 de abril). ■

educação

PROGRAMAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA SÃO OFERECIDOS PARA AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO ANUALMENTE. SAIBA COMO PARTICIPAR

Vagas para ciência

A biomédica e doutora em Oncologia Gabriela Nestal de Moraes, que trabalha no Laboratório de Hemato-Oncologia Celular e Molecular do INCA, ainda estudava Ciências Biológicas – Modalidade Médica, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), quando ouviu falar pela primeira vez em Iniciação Científica. Na ocasião, a UFRJ oferecia a oportunidade de estágio curricular em três laboratórios com linhas de pesquisa distintas durante os dois primeiros anos do curso superior (denominados estágios rotatórios). Posteriormente, o aluno poderia escolher a linha que lhe interessava mais e que desejava seguir. “Fiz um desses três estágios no INCA e tive a certeza de que gostaria de fazer lá o meu trabalho de iniciação científica. Era a oportunidade de o aluno de graduação ingressar em uma linha de investigação num grupo de pesquisa já consolidado

e atuar num projeto como forma de desenvolver seu pensamento científico e sua capacidade de questionamento”, recorda.

Além disso, a experiência é remunerada. A bolsa de Iniciação Científica é uma modalidade concedida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) desde sua fundação, em 1951. Surgiu com o objetivo de despertar jovens talentos para a ciência, mas ao longo do tempo alcançou caminhos diversificados. Atualmente, é concedida por meio de programas institucionais, através de chamadas públicas em propostas lançadas periodicamente. Os interessados podem participar por meio das universidades que cursam ou até mesmo por outras instituições ligadas à pesquisa. Segundo a coordenadora substituta de Programas Acadêmicos do CNPq, Marilene Oliveira Campos, o Programa

Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) contempla 352 instituições.

Praticamente todas as universidades federais e muitas estaduais estão entre elas, além dos institutos federais e de instituições privadas. De acordo com Marilene, anualmente o CNPq concede 24.210 bolsas de Iniciação Científica por meio do Pibic. Para participar, o estudante de graduação deve procurar um orientador ou pesquisador com titulação de doutor em sua instituição de ensino ou pesquisa e discutir com ele um plano de trabalho. Quem solicita a bolsa é o orientador, obedecendo aos prazos e requisitos do edital publicado anualmente pelas instituições. Não há restrição quanto à idade do bolsista. A bolsa tem duração de 12 meses, podendo ser renovada mediante seleção da proposta do orientador para nova vigência.

PASSAPORTE PARA O FUTURO

O INCA é uma das instituições que possibilitam a Iniciação Científica. Segundo o chefe da Divisão de Pesquisa Experimental e Translacional do Instituto, João Viola, o investimento do Brasil em Iniciação Científica ainda é baixo, mas os alunos que participam colhem benefícios significativos. “Os estudantes desse programa são muito bem credenciados no exterior. Eles também chegam ao doutorado com muito mais base”, ressalta.

Gabriela corrobora as palavras de João Viola. Ela ingressou na Iniciação Científica do INCA em 2006, com bolsa de incentivo CNPq-Pibic, e terminou em 2008, quando se formou na UFRJ. Em março do mesmo ano, ingressou no mestrado dentro da própria Pós-Graduação do INCA, onde posteriormente concluiu o doutorado. Ainda no Instituto, cursa o pós-doutorado e é docente do Programa de Pós-Graduação. “Acredito que a iniciação científica foi o alicerce para minha formação de cientista e pesquisadora. Essa experiência mudou a minha forma de enxergar o mundo e fez com que eu tivesse a certeza, mesmo antes de ingressar na pós-graduação, de que a ciência era o caminho que eu gostaria de seguir”, afirma.

Um desafio da Iniciação Científica do INCA é captar os alunos, já que a instituição não tem curso de graduação. “Fica mais fácil a captação dos estudantes na faculdade. Por outro lado, o estudo do câncer hoje é muito chamativo, e o Instituto, muito bem conceituado nas universidades. Contamos também com um curso de verão [com 40 vagas e duração de duas semanas, em fevereiro], que apresenta os

Opções para iniciação científica

Os programas institucionais dirigidos aos estudantes do Ensino Superior são: Pibic, Pibic-Af, Picme e Pibiti.

1. O Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) atende instituições de Ensino e/ou Pesquisa públicas e privadas. As cotas de Iniciação Científica são concedidas diretamente às instituições por meio de Chamada Pública de propostas.
2. O Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (Pibiti) tem por objetivo estimular estudantes de graduação em atividades, metodologias, conhecimentos e práticas próprias ao desenvolvimento tecnológico e a processos de inovação.
3. O Programa Institucional de Iniciação Científica nas Ações Afirmativas (Pibic-Af), resultado de parceria entre o CNPq e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), concede bolsas para instituições públicas participantes do Pibic e que tenham implementado ações afirmativas para o ingresso no Ensino Superior. Somente poderão ser indicados estudantes beneficiários de ações afirmativas (políticas públicas, feitas pelo governo ou pela iniciativa privada, que visam a corrigir desigualdades raciais).
4. O Programa de Iniciação Científica e Mestrado (Picme), desenvolvido em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o Instituto Nacional de Matemática Pura e Aplicada (IMPA), concede bolsas a medalhistas da Olimpíada Brasileira de Matemática nas Escolas Públicas (Obmep) ou da Olimpíada Brasileira de Matemática (OBM) que estejam cursando graduação.

Nas três primeiras modalidades, a seleção dos projetos é feita pelas instituições. Já no Picme, a indicação dos bolsistas cabe ao IMPA.

Fonte: <http://www.cnpq.br/web/guest/piict>

Incentivo à pesquisa

O Pibic visa a apoiar a política de Iniciação Científica desenvolvida nas instituições de ensino ou pesquisa, por meio da concessão de bolsas a estudantes de graduação integrados na pesquisa científica. A cota de bolsas é concedida diretamente às instituições, que são responsáveis pela seleção dos projetos dos pesquisadores orientadores interessados em participar do Programa. Os estudantes tornam-se bolsistas a partir da indicação dos orientadores.



Objetivos do Programa

Contribuir para reduzir o tempo médio de titulação de mestres e doutores

Estimular maior articulação entre a graduação e a pós-graduação

Ampliar o acesso e a integração do estudante à cultura científica

Proporcionar ao bolsista, orientado por pesquisador qualificado, a aprendizagem de técnicas e métodos de pesquisa

Despertar vocação científica e incentivar novos talentos entre estudantes de graduação

Auxiliar a formação científica de recursos humanos que se dedicarão a qualquer atividade profissional

Ajudar na redução do tempo médio de permanência dos alunos na pós-graduação

Instigar pesquisadores produtivos a envolverem alunos de graduação nas atividades científica, tecnológica e artístico-cultural

Instigar o desenvolvimento do pensar cientificamente e da criatividade

Mais sobre as bolsas



DURAÇÃO

12 meses (se implementada a partir do primeiro mês de vigência do processo institucional), com início em 1º de agosto



VALOR

R\$ 400 (quantia que consta da Tabela de Valores de Bolsas no País)



REQUISITOS E CONDIÇÕES



INSTITUIÇÕES

Requisitos: devem ser públicas, comunitárias ou privadas, com ou sem curso de graduação; efetivamente desenvolver pesquisa e possuir infraestrutura para tal fim

Condições de participação: a chamada pública de propostas para o processo de inscrição ocorre no primeiro semestre de cada ano, geralmente entre março e abril, e é publicada no item Editais do site do CNPq (www.cnpq.br)



PESQUISADOR

Requisitos: estar vinculado à instituição de ensino ou pesquisa que participe do Pibic; desenvolver pesquisa científica e ser, preferencialmente, bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq

Condições de participação: atuar em processo de seleção realizado em sua instituição de vínculo. Os processos de seleção nas instituições ocorrem, geralmente, no primeiro semestre de cada ano. O pesquisador/orientador deve ficar atento aos prazos estipulados em sua instituição



ESTUDANTES

Requisitos: cursar graduação e dedicar-se integralmente às atividades acadêmicas e de pesquisa

Condições de participação: o estudante deve procurar, em sua área de interesse, um pesquisador que esteja disposto a integrá-lo em sua pesquisa e a orientá-lo

“Os estudantes desse programa são muito bem credenciados no exterior. Eles também chegam ao doutorado com muito mais base”

JOÃO VIOLA, chefe da Divisão de Pesquisa Experimental e Translacional do INCA

benefícios do programa”, indica. Atualmente, o INCA tem 43 alunos de Iniciação Científica no Programa de Formação em Pesquisa Oncológica. O plano para 2016 é chegar a 50, todos com bolsa.

PROCURA CRESCENTE

Cada instituição tem suas regras para a seleção dos candidatos. No caso do INCA, é analisado o currículo e solicitada uma carta de intenção, na qual o aluno mostrará seu interesse e os motivos que o levaram a concorrer à bolsa. Já na UFRJ, a discussão sobre Iniciação Científica e sua divulgação são feitas de forma descentralizada, por centro e unidade, e também durante a Jornada de Iniciação Científica e em seus eventos paralelos. Segundo o coordenador acadêmico de Iniciação Científica da UFRJ, Carlos Frederico Loureiro, é grande o interesse pelo programa da instituição. “Isso pode ser constatado em função do número de alunos envolvidos com apresentação de trabalhos na jornada, evento que vem se ampliando nos últimos anos”, afirma.

A Jornada de Iniciação Científica tem caráter obrigatório para os bolsistas e orientadores. A finalidade é divulgar a produção científica de graduação, promover a cultura de ciência e pesquisa na universidade, estimular a integração entre áreas distintas e o diálogo na comunidade acadêmica. Loureiro explica que o processo de seleção para o programa se inicia com a publicação de edital com todas as normas e a distribuição, para o professor ou funcionário interessado, de uma pontuação que contempla sua produção científica e seu histórico como pesquisador e orientador. Os participantes devem ter título de doutor. Cabe ao professor ou servidor contemplado indicar seus bolsistas. São mais de 1.200 laboratórios envolvidos e 1.800 bolsas (aproximadamente mil da UFRJ e 800 do CNPq). ■

gestão

INVESTIMENTO EM RECICLAGEM E APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
É FUNDAMENTAL PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE FINANCEIRA DE HOSPITAIS

Capacitação: remédio para a crise

Gerir de maneira competente uma unidade de saúde, seja um consultório ou um hospital, é uma tarefa complexa. Aspectos relacionados à macroeconomia, assim como questões específicas do setor – em que estão incluídos os avanços da tecnologia e da medicina, mudanças na legislação e movimentação dos *players* do mercado (em função do ingresso de grupos estrangeiros, fusões, incorporações e aquisições) – têm exigido profissionais cada vez mais capacitados e, portanto, provocado transformações profundas no perfil dos gestores e administradores da saúde.

Um breve olhar retrospectivo sobre a administração hospitalar é suficiente para lançar luz aos importantes avanços já conquistados. A evolução da gestão em saúde no Brasil, assim como em qualquer parte do mundo, está diretamente ligada à história da criação dos hospitais e ao desenvolvimento da medicina. Se no primeiro momento a liderança esteve nas mãos de religiosos e pessoas da comunidade (com a obrigatoriedade, no século IX, da construção de um hospital junto a cada catedral), atualmente, o mercado exige gestão profissional.

Embora esteja clara a importância da capacitação das equipes de gestão, ainda é possível observar diversos modelos gerenciais nas unidades de saúde brasileiras. Não há consenso sobre a melhor forma de se compor as equipes de liderança – uma divergência de opiniões que pouco tem a ver com o

tipo de atendimento (público ou privado) ou com aspectos regionalistas, estando mais atrelado ao perfil dos gestores atuais em cada organização.

“Não existe fórmula perfeita. Alguns hospitais priorizam médicos e enfermeiros na liderança considerando os conhecimentos técnicos desses profissionais. Nem sempre, entretanto, eles apresentam as aptidões gerenciais necessárias ao desempenho pleno do papel de líderes. Já indivíduos com outras formações, a exemplo de administradores e engenheiros, precisarão aprofundar seus conhecimentos na área de saúde a fim de legitimar suas decisões e conquistar o apoio e a adesão das equipes sob seu comando”, explica a coordenadora do MBA em Gestão da Saúde da Escola de Negócios/Coppead da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Claudia Araújo.

Na definição do superintendente de Gestão de Pessoas do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, Fábio Patrus, os gestores modernos “precisam compor um rol de características e capacidades específicas que lhes permitam estar alinhados com o mercado, desenvolvendo melhores práticas e contribuindo com toda a complexa rede que compõe o sistema de saúde”. De acordo com ele, durante muito tempo, acreditou-se que liderar era algo que se aprendia na prática. “Mas o fato é que liderar uma equipe ou gerir um centro de saúde exige que o profissional tenha plenamente desenvolvido um perfil de competências específicas essenciais”.



Essas características incluem a gestão de resultados e a capacidade de gerenciar e rever processos. O gestor deve apresentar alta capacidade estratégica, estar antenado com o mercado, possuir visão de futuro, buscar e concentrar, de maneira permanente, informações sobre as tendências do setor. É preciso, ainda, que sejam dotados de boa capacidade de relacionamento com seus pares e subordinados, possuam sensibilidade no trato com o cliente interno e com os demais *stakeholders*, atendendo às necessidades de cada um, além de conhecer o negócio e seus processos. “Tudo tem que se somar.”

O fato é que a administração da saúde apresenta um sem número de nuances – entre elas, o custo elevado da manutenção das unidades de atenção.

“Liderar uma equipe ou gerir um centro de saúde exige que o profissional tenha plenamente desenvolvido um perfil de competências específicas essenciais”

FÁBIO PATRUS, superintendente de Gestão de Pessoas do Hospital Sírio-Libanês

Todas as nuances esbarram na importância do atendimento digno e holístico de indivíduos fragilizados, exigindo que a liderança, além de conhecer o setor, seus processos operacionais e desafios assistenciais, apresente capacidade de ouvir a equipe sob as diversas óticas da assistência, uma vez que atuará com grupos multiprofissionais, e seja capaz de pensar pelo viés do paciente, desenvolvendo empatia às suas necessidades, medos e anseios.

Embora a saúde pública e a suplementar apresentem volumes de investimento bastante próximos, o Sistema Único de Saúde (SUS) conta com uma clientela de quase 150 milhões de pessoas, ante as 50 milhões atendidas pela saúde privada. “Ou seja, para 75% da população do Brasil usuária do SUS a receita é quase igual à da saúde suplementar que compreende a diferença dos 25%. Isso é suficiente para entendermos que, mesmo dispondo de equipes qualificadas, a conta não fecha em nenhum dos cenários. Imagine sem gestão...”, avalia o especialista em Gestão Executiva da Saúde e Acreditação Hospitalar e diretor institucional do Grupo Delfin, em Salvador (BA), Márcio Leão.

Conciliar esses fatores com processos cada vez mais eficientes (especialmente na área oncológica)

“Não existe fórmula perfeita. Alguns hospitais priorizam médicos e enfermeiros na liderança considerando os conhecimentos técnicos desses profissionais. Nem sempre, entretanto, eles apresentam as aptidões gerenciais necessárias ao desempenho pleno do papel de líderes”

CLAUDIA ARAÚJO, coordenadora do MBA em Gestão da Saúde da Escola de Negócios/Coppead da UFRJ

é um desafio que requer habilidades muito além daquelas adquiridas na graduação ou absorvidas na atuação técnica. Alberto Kaemmerer, doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor de gestão em saúde e diretor de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico do Hospital de Ensino São Vicente de Paulo, de Passo Fundo (RS), é enfático ao dizer que “os hospitais são as empresas mais difíceis de se gerir, uma vez que 75% de todos os custos passam pela mão do médico e apenas 25% pelo administrador tradicional. Nenhum profissional sem amplo domínio da epidemiologia, da demografia, da tecnologia e da economia em saúde deveria se aventurar na gestão de unidades de saúde. Somente com um perfeito entrosamento entre a academia e o mercado será possível alcançar o êxito”.

Um dos entraves para esse entrosamento pode estar no processo de formação técnica, ainda muito individualizado. “Para compreender o segmento de saúde de maneira mais completa, faz-se necessária uma reformulação imediata na grade curricular de todos os envolvidos (médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, biólogos, assistentes sociais, administradores, advogados, engenheiros, economistas, contabilistas, técnicos da informação, entre tantos outros)”, afirma Leão.

Para a médica e analista de Gestão Pública do INCA, Alessandra de Sá Earp Siqueira, toda vez que um profissional da saúde amplia seus conhecimentos em gestão, especialmente em administração e finanças, é possível perceber uma imediata mudança em sua atuação. “Há uma mudança de paradigma na forma de olhar para a assistência. Por isso, o tema da gestão precisa, urgentemente, entrar na pauta das universidades. Esse conhecimento faz toda a diferença no atendimento ao paciente”.

TEMPOS DIFÍCEIS

Nos últimos dois anos, a UFRJ tem sentido a queda geral na demanda pelos cursos de pós-graduação. “As empresas estão mais conservadoras nos investimentos para capacitação de seus colaboradores, e os alunos que buscavam complementar sua formação de maneira autônoma tem preferido poupar, justamente pela insegurança na manutenção de seus empregos”, afirma Cláudia Araújo. De acordo com ela, entretanto, o investimento em educação pode representar um importante diferencial competitivo para superar a dificuldade. “Ainda são poucos os que conseguem perceber

“Há uma mudança de paradigma na forma de olhar para a assistência. Por isso, o tema da gestão precisa, urgentemente, entrar na pauta das universidades. Esse conhecimento faz toda a diferença no atendimento ao paciente”

ALESSANDRA SIQUEIRA, médica e analista de Gestão Pública do INCA

a crise como uma oportunidade. De maneira geral, este é um momento de paralisia.”

“Com a crise, alcançar resultados positivos em negócios complexos fica cada vez mais complicado. Profissionais especializados, processos bem definidos e um planejamento estratégico bem feito, são ferramentas importantes para navegar nessas águas turbulentas”, afirma Arthur Accioly Rosa, diretor-médico da Delfin Radioterapia.

Não há dúvida de que quanto mais especializado o profissional, maior é sua remuneração – ou seja, o custo que ele representa para a organização. Entretanto, contar com esse suporte é essencial para minimizar riscos, e esse investimento pode proporcionar economia.

De acordo com o superintendente de Gestão de Pessoas do Sírio-Libanês, momentos de recessão exigem foco e consistência nos programas gerenciais. Mais do que isso, preveem a oferta de ferramentas e autonomia que permitam a aplicação dos conhecimentos obtidos. “Não adianta capacitar um grupo enorme de colaboradores se a organização não dispuser de processos gerenciais que permitam a implementação do aprendizado. Seria desperdiçar recursos.”

E quanto mais complexo o cenário econômico, mais difícil é a sobrevivência, exigindo uma gestão ainda mais aprimorada. “Contar com profissionais mais capacitados é essencial à sobrevivência de qualquer unidade de saúde, pública ou privada. O médico sem formação complementar tem grande dificuldade de enxergar gargalos e buscar soluções”, afirma Leonardo Rocha, médico com

LONGA ESTRADA

O caminho rumo à profissionalização da gestão da saúde tem sido bastante longo e sinuoso. Data de 1523 a criação da primeira “obra de Misericórdia” brasileira, por Braz Cubas: o Hospital de Todos os Santos, em São Vicente (SP). Nos séculos seguintes, multiplicaram-se os hospitais no Brasil, tendo como linha mestra de sua administração a caridade. Na década de 1920, em consequência dos processos de industrialização, e com a promulgação da Lei nº 4.682 (Lei Eloi Chaves) a responsabilidade pela assistência aos necessitados, antes uma exclusividade das comunidades, passou a ser dividida com as empresas. A partir de 1930, tem-se o nascimento do conceito de “administração hospitalar”, culminando, na segunda metade do século XX, com o surgimento dos primeiros cursos voltados à formação de administradores hospitalares (na Universidade de São Paulo, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, na Universidade de Ribeirão Preto e em entidades religiosas, como a da Ordem dos Camilianos).

A partir da década de 1980, em função da crise econômica que assolou o Brasil e outros países da América Latina –, o setor Saúde passou a ser considerado uma atividade comercial. Apenas a partir dos anos 1990 que o mercado começou a se preocupar com a profissionalização de seus gestores, essencialmente médicos que, por experiência na assistência, conheciam a dinâmica e a rotina de centros de saúde. Essa necessidade, porém, não foi suficiente para promover a revisão da grade dos cursos de graduação em Saúde, que ainda excluem módulos de gestão, administração e finanças. Na visão de especialistas, isso precisa ser revisto urgentemente. “O médico ainda não se dá conta do poder que possui quando está prescrevendo um simples medicamento no seu consultório ou no hospital. Todo remédio prescrito terá uma consequência financeira, mesmo que custeada pelo governo, como ocorre com os disponíveis na Farmácia Popular”, explica Alessandra Siqueira.

A opinião da especialista é compartilhada por, Fábio Patrus: “Não há boa assistência sem boa gestão; e não basta ter boa gestão para garantir boa assistência”. Mas ainda é comum encontrar gestores de unidades de saúde que alcançaram postos de liderança em decorrência de terem se destacado no exercício de suas atividades técnicas e/ou clínicas.

OPÇÕES DE CURSOS NO BRASIL

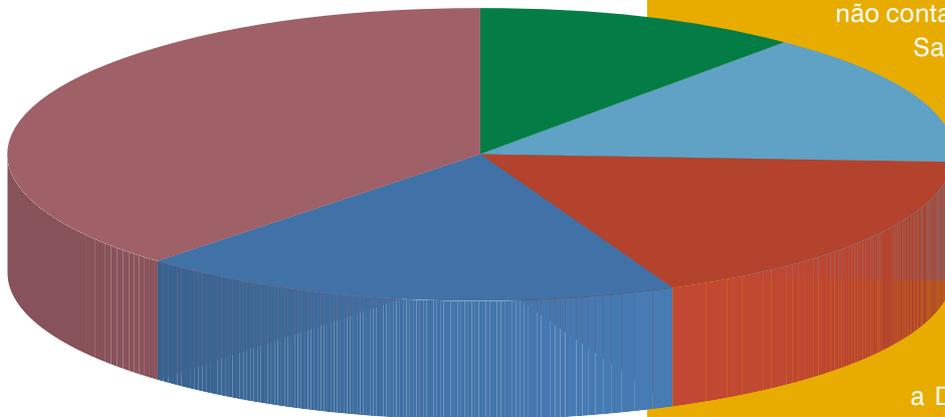
NORTE	Rondônia	2
	Roraima	2
	Acre	3
	Tocantins	3
	Pará	4

SUL	Rio Grande do Sul	6
	Santa Catarina	7
	Paraná	9

CENTRO-OESTE	Distrito Federal	8
	Goiás	5
	Mato Grosso do Sul	5
	Mato Grosso	8

NORDESTE	Alagoas	1
	Bahia	9
	Ceará	4
	Maranhão	4
	Paraíba	2
	Pernambuco	3
	Rio Grande do Norte	2
Sergipe	3	

SUDESTE	Espírito Santo	7
	Rio de Janeiro	9
	Minas Gerais	16
	São Paulo	25



MBA em Saúde com ênfase na Gestão de Clínicas e Hospitais e sócio de três centros de diagnóstico no interior de São Paulo.

De maneira geral, repensar processos gerenciais em função de arrocho econômico significa buscar a redução de custos. Em unidades de saúde, porém, há setores ou processos que podem representar prejuízo, mas seus custos ou investimentos não podem ser reduzidos. “Os planos de saúde atrasam o pagamento, os equipamentos precisam de manutenção corretiva e preventiva e o atendimento não pode ser interrompido, exigindo uma revisão do fluxo de caixa. Por isso, investir em gestão profissional compensa”,

Gestão se aprende na escola

Em 1997, a Escola de Negócios/Coppead da UFRJ lançou o primeiro MBA em Gestão da Saúde do Brasil, com um programa que aborda tendências da gestão, qualidade, economia, logística, gestão de processos intra-hospitalares, políticas públicas e sistema de saúde.

Atualmente, de acordo com o Ministério da Educação, o Brasil dispõe de 104 cursos de pós-graduação em nível de especialização ativos (88,4% criados a partir de 2010), disponibilizando 14.804 vagas. Embora o cenário pareça promissor – o Piauí é o único estado brasileiro a não contar com MBA em Gestão em Saúde – a oferta ainda está muito aquém das necessidades do País.

Os cursos estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste (75%), localizados nas capitais, grandes centros e regiões metropolitanas. A Educação a Distância ainda não é uma realidade na área: são apenas 24 os

afirma Marcio Reiner, diretor da radioterapia da Oncoclínica Rio de Janeiro.

As ações positivas adotadas refletem diretamente na qualidade da prestação de serviços. “É essencial que todos os que atuam na Gestão em Saúde tenham o conhecimento necessário para que o atendimento da população brasileira seja cada vez melhor, sem que o impacto financeiro se torne insustentável. Isso tem que ser feito diariamente, estimulando a busca pelo conhecimento de todos os profissionais. Cursos, seminários e rodas de conversa são apenas alguns dos vários modelos de educação que ajudam a disseminar o conhecimento”, explica Alessandra Siqueira.

MBA's disponíveis na modalidade, a maioria sem periodicidade bem definida.

“Infelizmente, essa ainda não é uma prática plenamente estabelecida. O Coppead não entrou nesse movimento, mas já há uma demanda percebida e estamos estudando como implementar a EAD”, diz Cláudia Araújo. Para ela, não se deve esquecer de opções como cursos de curta duração, que podem ser divididos em módulos, a fim de atender à disponibilidade orçamentária das organizações. Outras opções são palestras, seminários e workshops.

No Sírio-Libanês, programas de desenvolvimento gerencial priorizam a oferta de acordo com as competências mais afinadas com o desenvolvimento estratégico. Com o lançamento do programa “Trilhas de Aprendizagem”, este ano, o hospital procura aliar a proficiência do profissional que deseja aprimorar-se, indicando programas da grade para formação de competências nas áreas em que ele é mais deficiente. Também estão disponíveis projetos informais de aprendizagem, incluindo *mentoring* (com tutores) e *shadow* (aprendizado por observação).

A Oncoclínica Rio de Janeiro oferece cursos ou minicursos internos, presenciais ou por videoconferência, além de custear parte do investimento para ingresso em um programa de MBA.

O Hospital de Ensino São Vicente de Paulo oferece curso de extensão de Gestão em Saúde, com aulas quinzenais, além dos projetos voltados à área técnica/clínica. O programa de extensão engloba 18 temas que se tornam ferramenta valiosa de gestão nas áreas de Governança Clínica ou Corporativa. A partir deste ano, o programa está disponível para sextanistas de medicina, médicos residentes, gestores do hospital e outros profissionais selecionados.

Ela defende a atualização contínua, independentemente da área. Em medicina, especialmente, a falta de constante reciclagem pode significar prejuízo às boas práticas e prejuízos imensuráveis aos pacientes. A gestão em saúde, especialmente na área oncológica, esbarra na questão do custeio. “E o grande desafio é manter a qualidade do atendimento adequado sem grande impacto econômico.” Accioly Rosa complementa: “Há um questionamento diário de custo-efetividade dos tratamentos oferecidos. Ter na gestão profissionais que entendam do aspecto clínico é fundamental para tomada de decisões acertadas”. ■

O INCA mantém um programa de educação continuada liderado pela Coordenação de Gestão de Pessoas. O objetivo é envolver todos os servidores em programas de aprimoramento contínuo nas áreas de Gestão da Saúde.

MÉDICOS SÃO MAIORIA

O perfil profissional dos alunos das especializações em Gestão da Saúde reflete a realidade moldada pela história da administração hospitalar no Brasil. Na UFRJ, 80% dos matriculados são médicos que buscam adquirir ferramentas para atuar como gestores. Os outros 20% são compostos prioritariamente por profissionais de outras áreas da saúde, especialmente enfermeiros e farmacêuticos, e por administradores que buscam conhecimentos específicos sobre o setor.

A partir da década de 1990, as transformações no mercado e na macroeconomia nacional levaram a uma preocupação maior com a profissionalização da gestão. Isso fica evidente com o surgimento e a expansão dos MBAs que, neste momento, têm suas turmas formadas, basicamente, por diretores de instituições de saúde que precisam investir em sua própria capacitação para assegurar a competitividade e a saúde financeira de suas unidades. Nos anos de 2004 e 2005, transformações vivenciadas pelo setor, incluindo a verticalização dos hospitais e os processos de incorporação e fusão promovidos por grandes grupos nacionais e internacionais, levaram à necessidade de capacitação da média gerencial.

Dessa forma, a alta gestão passa não apenas a incentivar, como a investir no aprimoramento de coordenadores e gerentes, preparando-os para assumir responsabilidades maiores. A partir de 2007, nota-se o crescimento da procura pelo programa pelos próprios gerentes médicos.

social

VÍTIMA DE CÂNCER, ESCRITORA GIZELLA WERNECK DEIXOU LEGADO EM PROL DE CRIANÇAS COM A DOENÇA

Amor eterno

Essa é uma história tão bonita e encantadora que poderia ser uma fábula, mas não é. É a história real da vida de Gizella Werneck, escritora e produtora artística, que durante sua primeira gestação descobriu que estava com câncer, um sarcoma na parte muscular da perna.

O sarcoma atinge células da mesoderme, em contraste com os cânceres mais comuns, que afetam a parte mais superficial ou interna do tecido. Pode atingir osso, cartilagem, gordura, músculo, vasos sanguíneos ou tecidos moles. São os tipos de câncer que mais fazem metástase e, portanto, os mais nocivos e difíceis de serem tratados.

Diante da gravidade da doença, Gizella chegou a receber de alguns médicos a sentença de, no máximo, um mês de vida para ela e o bebê. Mesmo assim, decidiu seguir com a gravidez e, só depois que seu filho nasceu, iniciou o tratamento.

Durante os longos períodos em que Gizella permaneceu no hospital, um dos locais onde ficou internada foi batizado de “quarto do amor”. Ela era campeã absoluta de visitas. Parece difícil imaginar alguém fazendo tantas amizades, espalhando tanto amor e otimismo, idealizando e realizando vários projetos de dentro de um quarto de hospital, mas foi exatamente isso que ela fez.

Desde que descobriu que estava com câncer, Gizella decidiu encarar a doença como algo benigno de sua vida. Seu filho Gael, embora prematuro, nasceu saudável, trazendo-lhe muitas alegrias. A experiência de enfrentar o câncer durante a maternidade, uma fase tão linda e especial na vida da mulher, fez com que ela começasse a enxergar tudo ao seu redor de uma maneira completamente nova, como se estivesse vendo e sentindo tudo pela primeira vez, tal qual o olhar de uma



criança. Por conta disso, Gizella criou uma página no Facebook chamada Primeiro Olhar (www.facebook.com/PrimeiroOlhar.Gigi). A partir dessa experiência, veio a ideia de escrever um livro para crianças que estão passando por quimioterapia. E foi assim que nasceu “As aventuras dos quimionautas no planeta Terra”.

O livro é uma fábula de super-heróis repleta de fantasia e encantamento, com algumas lições importantes sobre a valorização da vida e a importância da fé e do amor. A proposta da leitura é servir como um bálsamo para amenizar a dureza de receber um diagnóstico de câncer e o tratamento quimioterápico em uma fase da vida na qual só deveria haver espaço para magia e alegria.

No livro, as crianças têm um encontro lúdico com o universo mágico dos quimionautas, os super-heróis carequinhas do Planeta Kura, que vêm à Terra, em sua nave KurAtiva, para trazer as poções mágicas que fabricam ensinamentos de amor e superação.

A obra foi produzida graças ao fundo de investimento de internet conhecido como *crowdfunding*. A produção editorial teve colaboração, revisão e



Foto: arquivo pessoal



sugestões de profissionais da equipe interdisciplinar que atua na Seção de Oncologia Pediátrica do INCA.

APENAS O COMEÇO

Em 19 de dezembro de 2014, dois dias após ter a alegria de ver seu projeto realizado e segurar em suas mãos os exemplares da primeira tiragem, que havia acabado de sair da gráfica, Gizella morreu. O sarcoma espalhou-se para os pulmões, duodeno e, por fim, generalizou-se. A última fotografia da autora – ainda desperta – é exatamente uma em que ela aparece sorridente, segurando os livros. Gael tinha 3 anos.

A morte de Gizella, apesar de, naturalmente, muito sentida por seus familiares, amigos e todos que acompanharam sua trajetória nos últimos anos de vida, não foi motivo para que os projetos dela fossem encerrados, tampouco que parassem de crescer.

Ricardo Gnecco Falco, editor do livro, conta que depois da partida de Gizella, ele – que a conhecia há mais de 20 anos – e outros amigos se uniram com um latente desejo de continuar espalhando aquela energia positiva, que começou a crescer no “quarto do amor”, para o maior número de pessoas possível.

“Dar continuidade ao projeto sonhado por ela é prosseguir com o brilho que emanava. A Gigi está viva dentro de cada um de nós, amigos que a acompanharam durante a vida toda e, em especial, durante os intensos nove meses que durou sua derradeira internação. O amor que ela transmitia transformou muitos corações e continua transformando, agora de diferentes formas”, conta Falco, que sempre fala do projeto com muito entusiasmo e emoção.

A distribuição do livro foi um sucesso. A primeira tiragem teve 3 mil exemplares, que foram enviados gratuitamente para hospitais, clínicas e casas de apoio a crianças com câncer de todas as regiões do Brasil. Uma nova arrecadação de fundos online, ainda mais bem-sucedida, possibilitou a segunda tiragem, com 5.500 exemplares, que estão sendo distribuídos.

O PODER DO LÚDICO

A ideia de transformar o livro em peça já habitava a mente fértil de Gizella. Seu desejo era que, durante a distribuição, fosse feita uma contação de história, com encenação teatral e música, para que o tratamento dos pequenos ganhasse um elemento lúdico. No longo período de sua última internação, ela criou um projeto chamado Tapete Mágico, que consistia no envio de pedaços de pano padronizados, de diversas partes do Brasil, para o quarto dela, no hospital. A intenção era juntar um pedacinho de pano de cada um que se propusesse a participar para, depois, costurá-los uns nos outros, formando então um tapete de retalhos, de diferentes origens e realidades, sobre o qual seria contada a história do seu livro para as crianças.

“A Gigi era muito inclusiva, gostava de unir as pessoas, de juntar diferentes estilos e mundos, formando um universo mágico, coletivo e único. E era exatamente isso que vivenciávamos no ‘quarto do amor’. Um mundo à parte, um universo todo especial, no qual a única regra era o amor ao próximo”, diz Falco.

Foi então que mais um projeto nasceu: Corações Solidários. Pessoas de todas as partes do País passaram a enviar corações de pano, com

“Saio de cada apresentação com a sensação de dever cumprido e muito agradecida por fazer parte de um projeto tão lindo e encantador. Sou transformada a cada visita que faço”

KARLA SANTOS, empresária e atriz

enchimento, para o “quarto do amor”. Eles são entregues aos pacientes, nas instituições visitadas, junto aos livros. Também recebem os corações os acompanhantes, profissionais de saúde, equipe de limpeza e quem mais estiver próximo das crianças.

E O LIVRO VIROU PEÇA

O desejo de Gizella se concretizou e a história do livro foi adaptada, dando início a uma oficina de teatro que prepara amigos e voluntários para as apresentações nos hospitais, realizadas desde o início de 2015. Por enquanto, elas acontecem somente na cidade do Rio de Janeiro, onde moram os colaboradores.

A peça já passou por diversas instituições: INCA, Casa de Apoio à Criança com Câncer Santa Teresa (CACST), Amigos da Infância com Câncer (Amicca), Casa Ronald McDonald, Hemorio, Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Clínica Cope, Prontobaby, entre outras.



A história criada por Gizella foi adaptada para o teatro

Segundo Rosane Martins dos Santos, responsável pela Classe Hospitalar da Pediatria do INCA, há uma conexão imediata da história com os pacientes. “A peça fala sobre o universo deles. São crianças que vão fazer quimioterapia, que têm a mesma doença. É uma forma de verem o tratamento de outra maneira”, conta.

Todos os envolvidos trabalham de maneira voluntária. E o grupo não para de crescer. Os ensaios acontecem toda semana. Alguns voluntários são atores e atrizes profissionais, enquanto outros se descobrem artistas durante os ensaios e as apresentações.

A empresária e atriz Karla Cristina Santos, também amiga de Gizella, conta que, a princípio, ficou um pouco assustada, pois não estava acostumada a ver de perto a realidade de pacientes com câncer. Mas toda vez que entra nos hospitais, ela é tomada por uma força enorme e se sente envolvida pelo amor da amiga. “Saio de cada apresentação com a sensação de dever cumprido e muito agradecida por fazer parte de um projeto tão lindo e encantador. A resposta das crianças é algo que me alimenta. Na verdade, não sei se sou eu que levo ou se recebo amor. Essa troca é única e enriquecedora. Sou transformada a cada visita e apresentação que faço”, relata.

“A forma como somos recebidos, tanto pelas crianças quanto pelos pais, acompanhantes e equipes médicas, é mágica. No começo, não imaginávamos como seria a recepção. Mas é tudo sempre muito lindo, inspirador e rico em aprendizado para todos nós. É uma experiência de troca. Aprendemos que o amor é uma via de mão dupla e, por mais que pensemos que somos nós a levá-lo para as crianças internadas, na verdade, nós é que saímos de lá renovados e transformados”, conta Ricardo, que atua também como músico na peça.

O plano da trupe é viajar pelo Brasil para disseminar a ideia de que o amor cura. Um documentário sobre a história de Gizella está em produção, a cargo de Liara Castro. Hoje, a equipe de contadores é formada por Renato Mosci, Ana Lígia Coradi, Karla Cristina Santos, Virgínia Martins, Adressa Koetz, Karina Merencio, Danielle Federici, Nina Tavares e Natália Silveira, além de outros voluntários que ajudam nos bastidores das visitas. Rodrigo Rosado, responsável pela adaptação da obra para o teatro, ministra as oficinas para os atores voluntários. A coordenação é de Katia Werneck, prima da Gizella e responsável legal e financeira do projeto.

Gael, o filho de Gizella, está com 4 anos e é um menino feliz e saudável, rodeado de muito amor. É criado pelo pai dele e pelo avô por parte de mãe. ■

assistência

CRIANÇA ATENDIDA NO INCA É PRIMEIRA A PASSAR POR CIRURGIA QUE USA QUIMIOTERAPIA MORNA PARA COMBATER CÉLULAS CANCERÍGENAS

Calor amigo

Um menino de 7 anos foi a primeira criança beneficiada pela cirurgia de citorredução associada à quimio-hipertermia, realizada de forma pioneira em um paciente pediátrico no Sistema Único de Saúde (SUS). A intervenção ocorreu em novembro passado, pelas mãos do médico Odilon de Souza Filho, especialista em cirurgia abdômino-pélvica e coordenador da Divisão de Cirurgia Oncológica do Hospital do Câncer I do INCA. A criança tinha um tumor raro e agressivo, com alto índice de mortalidade.

O tratamento consistiu na ressecção (remoção cirúrgica) completa do tumor instalado na cavidade abdominal. Em seguida, foi aplicado o quimioterápico aquecido a 43 graus, que dessa forma “lava” o abdome do paciente. A aplicação foi feita através de bomba de perfusão combinada à utilização de termômetros, que controlaram a temperatura durante o procedimento. O equipamento foi desenvolvido no INCA especialmente para essa intervenção.

Souza Filho relata que, no caso do menino, essa técnica foi indicada porque ele apresentou um tumor desmoplásico de pequenas células redondas,

neoplasia rara e que evolui para um tipo de câncer chamado sarcoma. Além disso, outros tratamentos empregados não obtiveram bons resultados.

“É o mais jovem paciente tratado com quimio-hipertermia intraperitoneal. No INCA, começamos a usar o método em 1998, mas como rotina ele foi implantado em 2000. Somos pioneiros no Brasil, já tratamos mais de 150 adultos com doença peritoneal. Pela primeira vez, a cirurgia foi indicada para uma criança”, destaca Souza Filho.

O menino recebeu alta médica sete dias após ser operado. “Ele está bem. Agora está sendo acompanhado em tratamento ambulatorial”, relata o cirurgião.

De acordo com Souza Filho, no INCA, como padrão, a quimio-hipertermia intraperitoneal é indicada a pacientes com doenças como pseudomixoma peritoneal – um tumor do apêndice, e mesotelioma peritoneal maligno, neoplasia que na maioria dos casos se dá pela exposição ao asbesto, mais conhecido como amianto, elemento que no passado foi muito utilizado na fabricação de telhas



e caixas d'água. O procedimento é contraindicado nos casos de sarcoma e câncer gástrico.

ESCOLHA RIGOROSA

O INCA realiza, no máximo, de duas a três cirurgias desse tipo por mês, e os pacientes são selecionados criteriosamente. Souza Filho conta que após a operação do menino, outras duas crianças com neoplasias semelhantes começaram a ser avaliadas. “Antes de o paciente ser encaminhado para mim, ele é examinado pelas equipes de pediatria oncológica e de cirurgia pediátrica oncológica”, detalha. A qualificação do profissional é fundamental para a realização desse tratamento de alta complexidade. Segundo o cirurgião, é necessário ter expertise com curva de aprendizado de pelo menos 150 casos.

Não há idade máxima para se submeter à técnica. Souza Filho lembra que já operou um paciente de 80 anos, com índice de carcinomatose elevado (uma característica que indica que a doença vai recidivar). “Hoje esse paciente nada, anda de bicicleta. Atualmente não se avalia mais a idade cronológica, e sim a biológica”, afirma.

O médico acrescenta que, se houver recidiva, o paciente pode voltar a ser operado. “Já operei três vezes o mesmo doente”, recorda. As chances de cura independem de faixa etária. Os fatores determinantes são o índice de carcinomatose e o tipo da doença, ou seja, o próprio tumor.

TRATAMENTO DE ALTO CUSTO

Além da alta complexidade, a citorredução quimioterápica hipertérmica é um procedimento caro. Segundo Odilon de Souza Filho, em centros especializados nos Estados Unidos, a intervenção é realizada ao custo médio de 100 mil dólares, e na França, por cerca de 60 mil euros.

Em relação ao tipo de tumor peritoneal, há uma avaliação diferente para prognóstico, de acordo com o estadiamento da neoplasia. “Por exemplo, no caso do câncer do colo do útero com implante peritoneal, se a paciente se encontra no estágio 1, vai ficar curada. No estágio 2, tem grande chance, mas nos estágios 3 e 4, ou seja, na doença avançada, os tumores apresentam respostas não muito boas”, explica o cirurgião.

Para avaliar o grau da doença, é utilizado o índice de carcinomatose peritoneal de Sugarbaker – médico que desenvolveu e disseminou a técnica nos Estados Unidos –, que varia de 1 a 39.

“Quantificamos as regiões pelo volume de tumores que existe nas áreas atingidas. Um dos

“No INCA, começamos a usar o método em 1998, mas como rotina ele foi implantado em 2000. Somos pioneiros no Brasil, já tratamos mais de 150 adultos com doença peritoneal. Pela primeira vez, a cirurgia foi indicada para uma criança”

ODILON DE SOUZA FILHO, coordenador da Divisão de Cirurgia Oncológica do HC I do INCA

fatores de prognóstico negativo é um elevado índice de carcinomatose peritoneal. A sobrevida também é prejudicada em cirurgias incompletas [é preciso fazer uma citorredução completa]. Outro fator de avaliação é o tempo de cirurgia: quanto mais longo, pior o prognóstico. O mesmo acontece com o número de ressecções. Quando há um índice de carcinomatose peritoneal elevado, é preciso fazer mais ressecções. Por isso, precisamos avaliar muito bem o quanto elas serão benéficas, já pensando no elevado risco de complicações”, pondera Souza Filho.

As chances de haver complicação eram elevadas no pós-operatório, por não haver conhecimento dos fatores de prognóstico. A mortalidade no pós-operatório, que era de 7% a 10%, hoje fica em torno de 3%, mantendo uma morbidade ainda elevada.

De acordo com o cirurgião oncológico Ademar Lopes, vice-presidente do A.C.Camargo Cancer Center – instituição privada de São Paulo que também atende pelo SUS –, entre as principais complicações do pós-operatório para a citorredução mais hipertermia estão infecções, leucopenia (redução dos leucócitos no sangue) e fístulas. “A taxa de complicações, se considerarmos desde os problemas mais simples até os mais graves, é de até 30%. Já a taxa de óbitos pode chegar a 10%”, afirma.

ALTO ÍNDICE DE CURA

O A.C.Camargo Cancer Center é um dos pioneiros, entre os centros oncológicos privados, na realização de cirurgias citorreductoras associadas à

quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. Desde 2001, foram realizados no hospital paulistano cerca de 300 intervenções. “O procedimento é indicado nos casos de implantes peritoneais [carcinomatose] de tumores mucinosos de apêndice e mesoteliomas, e, ainda, em alguns casos muito bem selecionados, de implantes peritoneais oriundos de tumores colorretais, de ovários e de estômago, e no tumor desmoplásico de pequenas células redondas, que é raro, agressivo e de prognóstico ruim”.

Para se ter uma ideia da raridade dessa neoplasia, Lopes aponta que das 300 intervenções realizadas no A.C.Camargo, somente três eram de tumor desmoplásico, todos em adultos jovens. O cirurgião explica que, assim como no INCA, o procedimento não é realizado com frequência, pois exige uma seleção muito rigorosa dos pacientes, primeiro fazendo a identificação do tipo de tumor e da quantidade de implantes peritoneais que eles têm. Além disso, são levadas em conta as condições clínicas do doente.

“A cirurgia citorredução tem por objetivo remover todos os implantes visíveis, deixando apenas a doença microscópica e usando o calor, que pode destruir as células neoplásicas e aumentar sua permeabilidade para a entrada do quimioterápico. A vantagem desse método, se comparado à quimioterapia intravenosa, é que nós obtemos maior concentração da droga na cavidade peritoneal”, salienta Lopes.

Segundo o cirurgião, o A.C.Camargo tem conseguido, através dessa intervenção, curar um alto percentual de pacientes com pseudomixoma peritoneal e aumentar a sobrevida de alguns com mesotelioma peritoneal. “Também conseguimos elevar a sobrevida em casos muito bem selecionados de câncer colorretal, de ovário e no tumor desmoplásico de pequenas células redondas.”

A quimioterapia intraperitoneal hipertérmica começou a ser usada de forma experimental na década de 1970, lembra Lopes. “Animais que tinham implantes peritoneais, quando tratados com uma solução contendo quimioterapia e usando-se a hipertermia, tiveram sobrevida maior do que os tratados com solução normotérmica [na temperatura corporal] ou sem quimioterápico. Tempos depois, essa técnica começou a ser difundida nos Estados Unidos pelo médico Paul Sugarbaker”, conta.

No Brasil, além de Rio de Janeiro e São Paulo, o tratamento é realizado em cidades como Salvador, Recife, Fortaleza e Porto Alegre. ■

entrevista

GULNAR AZEVEDO E SILVA MENDONÇA,
professora associada e diretora do Instituto de Medicina Social da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj)

Prioridade à prevenção

A médica epidemiologista Gulnar Azevedo e Silva Mendonça assumiu, há três anos, o desafio de coordenar um grupo de pesquisadores em um estudo para estimar os percentuais de 25 tipos de câncer que podem ser atribuídos a fatores de risco externos e modificáveis. A experiência como coordenadora de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva entre 2003 e 2007 foi essencial para o trabalho. Hoje, Gulnar é professora e diretora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), além de atuar como pesquisadora nas áreas de epidemiologia do câncer e fatores de risco para doenças não transmissíveis.

Pioneiro no Brasil, o estudo envolveu 17 autores. “Foi um trabalho coletivo de pesquisadores brasileiros, com a participação de um estrangeiro com experiência na metodologia e que ajudou na nossa discussão”, revela Gulnar. A pesquisa, cujos resultados foram publicados em fevereiro na revista científica internacional *Plos One*, mostrou que 34,2% dos casos de câncer e 42% das mortes pela doença estimados para 2020 são atribuíveis a fatores de risco externos modificáveis como baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física, tabagismo, infecções, excesso de peso e questões da vida reprodutiva.

O tabagismo é o principal fator de risco para a incidência de casos e mortes por câncer esperados para 2020. A segunda causa prevenível são as infecções, especialmente para as mulheres, em função dos casos do câncer de colo do útero. Pelo padrão de urbanização e industrialização dos países de média renda, como o Brasil, a baixa ingestão de vegetais e a falta de atividade física aparecem em terceiro lugar como fatores que vão levar a novos casos de câncer nos próximos anos. A conclusão dos pesquisadores é de que as políticas de controle de tabagismo poderiam ser replicadas para outros fatores de risco modificáveis, em especial na prevenção a infecções e no investimento em campanhas de estímulo a atividades físicas.



REDE CÂNCER – Como surgiu a ideia de realizar o estudo no Brasil?

Esse tipo de pesquisa já havia sido realizado em alguns países desenvolvidos, como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, França e Japão. Além desses, China e Coreia do Sul, países em desenvolvimento, também fizeram trabalho semelhante recentemente. Assim, era importante ter essa avaliação no Brasil, não só para comparar com os resultados de outros países, mas como forma de direcionarmos o trabalho de prevenção.

RC – Quem apresentou a proposta?

A iniciativa do estudo foi do Ministério da Saúde. Houve uma reunião em Brasília com pesquisadores ligados a informação e epidemiologia de doenças crônicas e a participação de Paolo Boffeta [do Tisch Cancer Institute, de Nova York], que falou de sua experiência em estudos similares dos quais participara na França, China e Coreia do Sul. No encontro, meu nome foi sugerido para coordenar o grupo que discutiria a realização do estudo no Brasil. Eu aceitei, com a condição de que todos os grupos de epidemiologia em câncer do País fossem consultados e enviassem profissionais para participar da pesquisa. Procedemos, então, dessa forma e acabamos fechando a participação de oito instituições do Brasil, mais uma internacional.

RC – De que modo foram as discussões para definir os fatores de risco que seriam incluídos no estudo?

O fato de termos pessoas de todo o País com experiência na área de epidemiologia

“Os fatores de risco mais importantes nem sempre são iguais, mesmo em locais com situações de pobreza semelhantes. Na discussão do estudo, fizemos um quadro comparativo com outros países, e é possível ver que a obesidade é um fator que no Brasil leva a mais casos de câncer do que no Japão ou na França, por exemplo”

de câncer ajudou bastante. Passamos a nos reunir periodicamente, com a preocupação de definir o que era importante, nacionalmente, para um estudo desse tipo, que é focado em fatores externos, e não genéticos, e também modificáveis. Assim, a primeira pergunta que nos fizemos foi: “Que fatores precisamos incluir no nosso estudo?” A resposta dependia não só da importância deles no Brasil, como também da disponibilidade que teríamos de medir a prevalência desses fatores no País. Essa foi uma grande discussão. Também debatemos quantos cânceres nós levaríamos em consideração. Inicialmente, pensamos em todos que, de fato, sofreriam influência desses fatores externos e modificáveis em seu desenvolvimento. Mas acabamos chegando a 25 tipos e incluímos alguns só femininos e outros só masculinos. Depois, organizamos grupos de pesquisadores para estudar cada fator de risco, uma vez que se tratava de um estudo muito longo e que demandava uma extensa revisão de literatura.



“Os resultados reforçam que precisamos priorizar as ações de prevenção. Uma informação muito importante mostrada pelo estudo é o papel que uma boa dieta pode ter. Investir em alimentação saudável e atividade física pode ajudar muito”

RC – Como foi dividido o trabalho entre os grupos?

Havia um grupo para alimentação, outro para atividades físicas e obesidade, além dos de ocupação, infecções, ambiente e fatores reprodutivos. As revisões da literatura foram com os estudos mais importantes em cada uma dessas áreas e com as melhores estimativas de efeito. Também revisamos todos os inquéritos brasileiros. Com esses dados, criamos uma metodologia aplicável ao nosso País. As frações atribuídas para cada fator de risco foram calculadas com base em uma equação que leva em consideração a prevalência de exposição na população e o risco relativo de câncer associado a essa exposição.

RC – Quais foram as principais dificuldades encontradas ao longo do processo?

Não tínhamos algumas informações relativas ao Brasil. Por exemplo, dos fatores ambientais, não sabíamos qual era a exposição real da população ao sol. Então, fizemos por estimativa. Nesse caso, estimamos quanto da população que é exposta ao sol tem maior risco de melanoma. Os fatores ligados a agentes ocupacionais também foram complicados. Precisávamos saber quantos trabalhadores foram expostos a amianto no Brasil em determinado ano. Utilizamos estatísticas oficiais para chegarmos a esse número, mas sabemos, como citamos no relatório do estudo, que muitos trabalhadores que atuam em atividades ocupacionais nas quais há exposição a fatores cancerígenos estão no mercado informal.

RC – O estudo menciona que os fatores de risco aplicados ao Brasil são característicos de países com condições de pobreza e existência de áreas de baixa renda. Os resultados obtidos poderiam ser aplicados a regiões com situação similar à nossa?

Seria preciso adaptar, pois os fatores de risco mais importantes nem sempre são iguais, mesmo em locais com situações de pobreza semelhantes. Na discussão do estudo, fizemos um quadro comparativo com outros países, e é possível ver que a obesidade é um fator que no Brasil leva a mais casos de câncer do que no Japão ou na França, por exemplo. Em relação ao percentual de casos atribuídos a fatores de risco externos e modificáveis, o número do Brasil [34,2%] é bem próximo ao da Austrália (32%) e bem inferior ao dos Estados Unidos (60%). Já nosso percentual da estimativa de mortes atribuída a esses fatores [42%] é mais alto que o da França (35%).

RC – De forma prática, como as conclusões da pesquisa podem ajudar nas políticas públicas de saúde?

Os resultados reforçam que precisamos priorizar as ações de prevenção. Uma informação muito importante mostrada pelo estudo é o papel que uma boa dieta pode ter. Investir em alimentação saudável e atividade física pode ajudar muito. Nos resultados aos quais chegamos, tão importante quanto o trabalho [de controle] do tabagismo são as ações para evitar infecções, estimular a atividade física e aumentar o consumo de frutas e vegetais. ■

Embalagens padronizadas

A Organização Mundial da Saúde (OMS) quer que todos os países instituem regulamentação que obrigue a padronização de embalagens dos produtos do tabaco. Esse é o ponto central deste ano do Dia Mundial sem Tabaco, celebrado em 31 de maio. A OMS pretende destacar os riscos à saúde associados ao tabagismo e defender políticas públicas eficazes para reduzir o consumo. As embalagens padronizadas de produtos do tabaco restringiriam ou proibiriam o uso de logotipos, cores, imagens de marca ou informações promocionais em maços e pacotes. No Brasil, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Senado 769, proposto por José Serra (PSDB), que obriga a padronização das carteiras de cigarro.

Câncer e masculinidades

Os impactos do adoecimento por câncer no público masculino é o tema do livro *Câncer e Masculinidades – o sujeito e a atenção à saúde*, organizado pelos pesquisadores Alberto Mesaque Martins e Celina Maria Modena, da Fundação Oswaldo Cruz Minas Gerais. A publicação traz dez artigos produzidos sob uma perspectiva psicossocial, destacando as experiências de homens que se deparam com a enfermidade e como eles lidam com o processo de adoecimento e com o tratamento oncológico. Para produzir os artigos, os autores se basearam em relatos de pacientes, obtidos por meio de pesquisas e intervenções, realizados em casas de apoio e hospitais mantidos pelo SUS.



Década de Ação pela Nutrição

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou, em abril, resolução que define o período de 2016 a 2025 como a Década de Ação pela Nutrição. O Brasil foi um dos 31 países que apresentaram a proposta. A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) reconhece que o Brasil é um dos países que mais reduziram a subalimentação nos últimos anos, tanto que saiu do *Mapa Mundial da Fome* em 2014. A resolução da ONU também alerta os países para a alimentação saudável. Segundo o Ministério da Saúde, um terço das crianças brasileiras está com sobrepeso e 56,9% da população adulta está com excesso de peso; destes, 20,8% estão obesos. Isso tem contribuído com a expansão de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e diversos tipos de câncer.



Brasil terá fábrica de acelerador nuclear

O Ministério da Saúde e a Varian Medical Systems lançaram em março, em Jundiá (SP), a pedra fundamental da primeira fábrica de aceleradores lineares da América Latina. A previsão é que o complexo seja concluído até o final de 2017. A fábrica aumentará o acesso e a qualidade do tratamento de radioterapia no Brasil. Atualmente, tanto os aceleradores lineares como suas peças e softwares utilizados nas sessões de radioterapia no País são importados. Essa ação faz parte do Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde, lançado em 2012, para a construção e aumento da capacidade de atendimento dos serviços de assistência oncológica.

comportamento

APROVADAS POR MÉDICOS E COM BENEFÍCIOS COMPROVADOS,
TÉRAPIAS COMPLEMENTARES AUXILIAM O TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Sem contraindicações

Práticas como Reiki, acupuntura e ioga agora são alvo de estudos para verificar que benefícios podem oferecer aos pacientes que enfrentam o câncer. São terapias classificadas como “complementares” aos tratamentos convencionais. Na verdade, nenhuma promete tratar a doença, mas elas podem trazer alívio dos efeitos colaterais e diminuir o estresse de um período tão difícil.

Essas terapias são bem aceitas ante uma nova abordagem, chamada medicina integrativa, que não coloca mais a doença como o principal foco de atenção, mas sim o paciente “inteiro” (mente, corpo e espírito). O conceito surgiu dentro de universidades norte-americanas a partir de meados dos anos 1970 e modifica toda a prática médica. O paciente passa a ser visto como agente responsável por sua melhora, a relação com o médico é fortalecida e a escolha de terapias se expande.

O médico Paulo de Tarso Lima, especialista em medicina integrativa pela Universidade do Arizona (Estados Unidos) e responsável por essa área no “Programa Saúde Além da Cura”, do Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo, afirma que mais da metade dos pacientes com câncer procura, nessas técnicas, bem-estar para superar as dificuldades durante o tratamento.

Foi o que aconteceu com Luciana Salomão, 37 anos, pedagoga na rede pública e moradora de Londrina, no Paraná. Em novembro de 2012, durante o período de amamentação e licença-maternidade, ela descobriu um câncer na mama esquerda, estágio III. No mês seguinte, passou por cirurgia para retirar metade do seio. Os exames apontaram para um câncer desenvolvido a partir de alterações hormonais. “Fiz sessões de quimioterapia de fevereiro de 2013 até novembro. Posteriormente, começaram



as radioterapias diárias, com 33 aplicações. A fim de amenizar os efeitos colaterais agressivos, especialmente os inchaços, me submeti a sessões de drenagem linfática semanalmente. Depois de três meses, pude aumentar para duas vezes na semana e até o final estava fazendo três vezes”, relata.

Há muitas técnicas complementares, mas Lima adverte que não se pode confundi-las com as terapias alternativas, que, diferentemente das primeiras, são entendidas pela medicina como práticas que substituem o tratamento convencional, o que pode trazer sérios riscos à saúde do paciente. “Algumas técnicas complementares têm comprovação científica. Por exemplo, a acupuntura e a musicoterapia trabalham as funções cognitivas, fisiológicas e psicológicas. Mas o paciente sempre deve pedir orientação ao seu médico”, alerta.

No caso de Luciana, o médico indicou hidroginástica para redução do inchaço, mas não foi possível, devido ao cansaço gerado pela medicação e à debilitação física. “As drenagens auxiliaram na redução do inchaço, na melhora da locomoção, na redução das dores corporais e no funcionamento do intestino. Também iniciei sessões de acupuntura, pois as dores, as enxaquecas e os enjoos eram muitos, e as medicações para controlar esses desconfortos não faziam os efeitos necessários, além de serem de alto custo. A acupuntura era feita semanalmente. Houve uma redução incrível de muitos incômodos”, avalia Luciana.

“As drenagens auxiliaram na redução do inchaço, na melhora da locomoção, na redução das dores corporais e no funcionamento do intestino”

LUCIANA SALOMÃO



Outro bom exemplo desses benefícios é relatado pela estilista e blogueira Marcella Meneghetti Duarte, 25 anos. Ela foi diagnosticada com linfoma de Hodking há dois anos, e há um fez transplante de medula óssea. Marcella pesquisou o que não prejudicaria seu tratamento e investiu na atividade física. “Sempre fiz Pilates, e essa foi a indicação médica para amenizar os efeitos colaterais do tratamento. Fiz um treino específico de fortalecimento muscular, que colaborou para aumentar a imunidade. A acupuntura também ajudou muito a aliviar os desconfortos”, lembra.

ALTERNATIVO X COMPLEMENTAR

O presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Sboc), Gustavo Fernandes, concorda que há terapias não tradicionais com efeitos positivos para os pacientes de câncer. “A atividade física e a acupuntura são bons exemplos, porque ajudam a mitigar efeitos colaterais. Existem dados científicos que comprovam a melhora do paciente com o uso dessas práticas”, diz.

Fernandes tem opinião contrária sobre métodos alternativos. “Esses podem ter efeitos terapêuticos que a ciência desconhece, tanto para o bem quanto para o mal. Plantas, as famosas ‘garrafadas’, ervas e complementos com múltiplas vitaminas em doses altas devem ser evitados. Mas Reiki, ioga, uso de florais e de energizações não atrapalham”, observa.

O oncologista do INCA Mário Zukin tem opinião parecida, apesar de não indicar nenhuma terapia extra para seus pacientes. “Não tenho uma visão radicalmente contra outras terapias, desde que o potencial de interação seja pequeno. Acupuntura pode ser usada contra dor, náuseas e outras indicações que não vejo como interagir com as medicações usuais. Outro exemplo, musicoterapia para relaxar: não costumo recomendar, mas pode ajudar, então não seria contra. O problema da terapia alternativa é o desconhecido, e, com isso, o potencial lesivo”, pondera.

Para Zukin, é um erro usar técnicas ou substâncias que não foram estudadas e são vendidas com a alegação de que “mal não vão fazer”. “Errado! Pode fazer muito mal. Nunca vou esquecer o caso de uma paciente jovem que resolveu tomar uma ‘garrafada de babosa’. A bebida deveria ser diluída em álcool destilado. Ao tomar a ‘garrafada’, a paciente teve uma pancreatite alcoólica e quase morreu”, recorda.



Foto: arquivo pessoal

“Sempre fiz Pilates, e essa foi a indicação médica para amenizar os efeitos colaterais do tratamento. A acupuntura também ajudou muito a aliviar os desconfortos”

MARCELLA MENEGHETTI DUARTE

Luiz Gonzaga Leite, coordenador de psicologia do Instituto de Oncologia Santa Paula, em São Paulo, ressalta que as terapias complementares não excluem o tratamento convencional. Ele afirma que técnicas realizadas por profissionais qualificados podem trazer bem-estar aos pacientes. “Essas terapias podem ser recomendadas dentro da visão de cuidados paliativos, ou seja, tratamentos que buscam proporcionar ao paciente qualidade de vida sem ter como foco a cura”, defende.

Para Leite, espiritualidade (cirurgias, rituais etc.), musicoterapia, imagens mentais, cromoterapia e tratamentos semelhantes podem ser utilizadas como “efeito psicológico – placebo”, desde que o paciente não abandone o tratamento convencional e que seu médico saiba dos procedimentos e intervenções a que será submetido. ■

personagem

APÓS ANOS GUARDANDO SEGREDO SOBRE CÂNCER QUE ENFRENTOU, ATRIZ FRANÇOISE FORTON CONTA SUA HISTÓRIA PARA AJUDAR NA PREVENÇÃO

“Quebrei o silêncio para alertar”



Quem passou pelos anos 1970 certamente vai se lembrar de *Estúpido Cupido*, novela da TV Globo na faixa das 19h. A mocinha da trama era uma jovem ruiva, Maria Tereza, que apresentava Françoise Forton para um sucesso que marcou sua carreira. Duas décadas depois, a atriz viveu um drama da vida real, comum a tantas mulheres – um câncer no colo do útero.

Fran, como é conhecida pelos amigos, costumava ir sempre ao ginecologista, mas admite que por algum tempo não fez o exame Papanicolaou com tanta frequência. “Eu fazia mais ou menos uma vez por ano, às vezes dava mais espaço. Na verdade, não tinha tanta preocupação com isso, porque nunca senti nada, nem dor, nem nenhum sintoma estranho, nada mesmo. Confesso que dei uma esquecida. Em 1991, eu ia fazer uma novela, mas antes resolvi tirar o DIU [dispositivo intrauterino para evitar a gravidez] e me deu vontade de pedir para fazer um Papanicolaou”, conta.

Françoise estava tão tranquila que até se esqueceu de pegar o resultado do exame. Foi quando a médica a procurou para dar uma notícia que ela jamais imaginaria. O diagnóstico foi câncer do colo do útero. “Foi um susto, eu não tinha histórico de câncer na família. Fiquei apavorada. A primeira coisa que veio à cabeça foi: ‘Isso mata e eu não quero morrer’”, lembra.

Quando saiu do consultório, andou pelas ruas de Botafogo, Zona Sul do Rio de Janeiro, pensando em como proteger duas pessoas daquilo que acabara de escutar. “Minha mãe estava internada, com artrite, nem conseguia andar, e meu filho tinha só 9 anos. Não queria que os dois soubessem.” Françoise resolveu enfrentar o tratamento sozinha,

TV Globo

e seu silêncio sobre a doença foi quase absoluto – não contou para os amigos, somente os médicos e o diretor da Globo Paulo Ubiratan sabiam. “Eu teria uma participação, que acabou se prolongando, na novela *Tieta*. Ele [Ubiratan] me perguntava: ‘E aí, você pode agora?’ Como meu tratamento era intercalado com períodos de repouso, planejamos e deu tudo certo.”

A atriz não lembra ao certo por quantas sessões de quimioterapia e radioterapia passou, mas foram seis meses de tratamento. Em conjunto, ela também procurou ajuda da medicina complementar, com uma acupunturista especializada em atender pacientes com câncer.

Apesar do incômodo comum ao tratamento, a atriz não contou com um dos temidos efeitos colaterais – a queda dos cabelos. Uma das piores lembranças foi a intervenção com césio. “Muito difícil. Colocavam um aparelho dentro de mim, e eu não podia me mexer. Foi uma semana terrível. Chegou uma hora em que eu queria parar de qualquer jeito, e uma medicação para dormir foi a solução encontrada para concluir a terapia”, conta.

PLANOS ADAPTADOS

Depois desses meses de tratamento, Françoise conseguiu ficar livre do câncer, mas não esperava passar por mais uma prova. “Pensei que estava tudo bem, e o oncologista me chamou para falar que era chegada a hora. Perguntei: ‘Hora? Mas hora de quê?’ Ele recomendou a retirada do útero, ovários e trompas, como medida preventiva”, diz.

A notícia caiu como uma bomba. Separada e com 38 anos, Françoise ainda planejava engravidar novamente. Àquela altura, a mãe e o filho já sabiam tudo que acontecia com a saúde da atriz. “Uma coisa é não engravidar por opção, e outra é não poder engravidar. Conversei com meu filho e perguntei o que

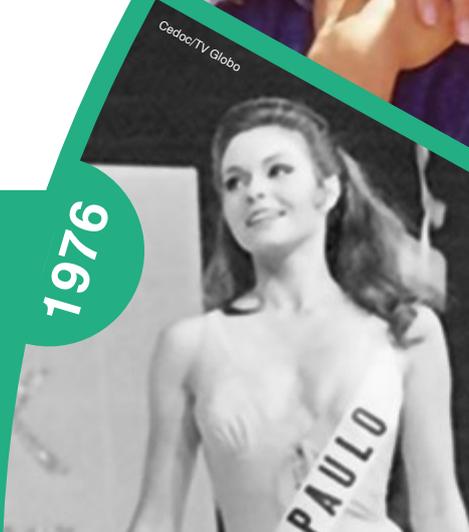
ele preferia: um irmão gerado fora do ventre, mas com a mãe saudável, ou que eu insistisse em lhe dar um irmão do meu ventre, mas correndo o risco de eu ter uma doença que poderia me levar à morte. Ele ficou com os olhos cheios d’água e disse que não se importava de ter um irmão adotado, desde que eu ficasse bem”, recorda.

Logo a cirurgia foi agendada, e a recuperação contou com novos desafios para Françoise. Como o início dos anos 1990 foi marcado por grandes índices de contaminação pelo vírus HIV, o médico optou em não fazer transfusão de sangue, para não colocar a atriz em risco. “O problema é que saí da operação muito anêmica e não tinha força para nada. Demorei para me restabelecer, tinha dificuldade em andar, sentar e levantar. Foi complicado, mas necessário”, frisa.

REFORÇO NUTRICIONAL

Depois de vencer o câncer, Françoise optou pelo silêncio. “Quería esquecer tudo aquilo. Foi muito difícil. Não queria falar nem transformar

1976



1988



1997



a doença em algo sensacionalista, tipo capa de revista”, confessa. Mas a atriz mudou de ideia por uma razão nobre. “Passei a ver muitos amigos que tiveram câncer falando sobre a doença e pensei que isso tem que servir de alerta. O número de casos de câncer feminino vem aumentando, e é possível prevenir. Eu poderia alertar sobre a necessidade de se cuidar, jovem ou não, casada ou não, com sexo ou não. Ninguém está livre. Aconteceu comigo, sem eu sentir nada e sem histórico familiar.”

Françoise mudou radicalmente o modo de cuidar de sua saúde. Os exames periódicos são realizados seguindo à risca todos os prazos e recomendações médicas. Ela também recebe orientações de um nutrólogo sobre alimentação. “Não posso fazer reposição hormonal, então passei a tomar chá de amora. Podemos conseguir muitos benefícios com os alimentos certos. Agora me cuido muito mais. A cada início de ano, tenho o que chamo de ‘pacotão de exames’, todos necessários”, diz. ■

Meio século de carreira

Françoise Forton celebrou 50 anos de carreira, em novembro de 2015, com uma apresentação comemorativa da peça Estúpido Cupido, encenada em Copacabana, Zona Sul do Rio. A comédia romântica musical foi adaptada da novela homônima, exibida entre 1976 e 1977.

A atriz atuou em vários outros folhetins globais, como Perigosas Peruas, Uga-Uga, Meu Bem, Meu Mal, Kubanacan, Amor à Vida e, mais recentemente, I Love Paraisópolis. Também trabalhou em novelas e séries de Record, Band e SBT, no teatro e em sete filmes.

Em 2015, Françoise surpreendeu o público com sua boa forma física durante o quadro “Dança dos Famosos”, no programa Domingo do Faustão. Durante uma gravação dos ensaios, ela se emocionou. “Já tive câncer e um dos meus medos era não poder mais dançar. Hoje estou aqui”, comemora.

Direto do túnel do tempo: em 2015, quase 40 anos depois da novela *Estúpido Cupido* (1976), Françoise Forton reprisou, no teatro, o papel de Maria Tereza. Nesse intervalo, atuou em obras como *Bebê a Bordo* (1988), *Por Amor* (1997), *Kubanacan* (2003) e *Amor à Vida* (2013)

2003

João Miguel Junior/TV Globo



2013

João Cabral/TV Globo



2015

Divulgação



rede

COMPATIBILIDADE PARA TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
AUMENTA COM REDE INTERNACIONAL DE REGISTROS

Solidariedade transcontinental

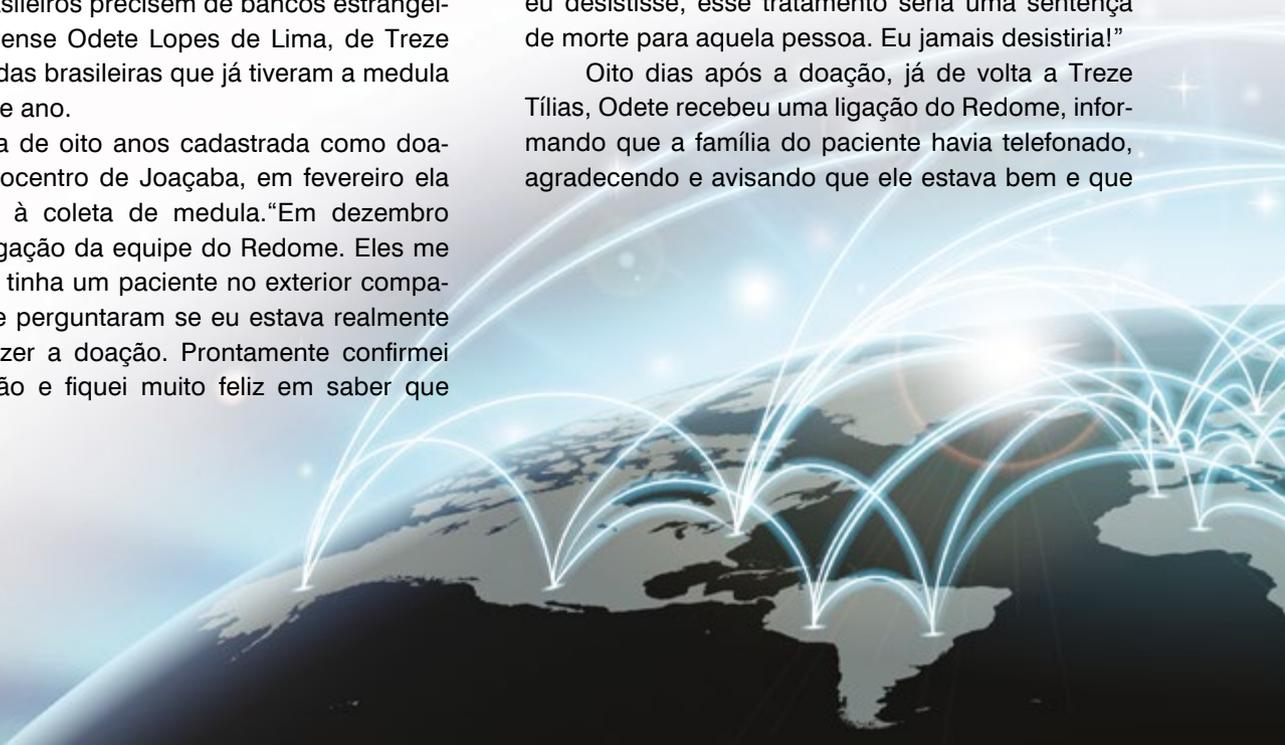
A doação de medula óssea é um ato de solidariedade e amor ao próximo, que, na verdade, pode estar a centenas de milhas de distância. Desde 2009, o Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) integra uma rede de registros internacionais que permite procurar e também receber pedidos de doadores para pacientes de outros países. Em 2015, 52 estrangeiros foram beneficiados pelo registro brasileiro, enquanto 130 brasileiros receberam medulas de doadores do exterior. Para 2016, a previsão é de que 60 a 70 voluntários doem medula óssea para o exterior e pelo menos 80 brasileiros precisem de bancos estrangeiros. A catarinense Odete Lopes de Lima, de Treze Tílias, é uma das brasileiras que já tiveram a medula exportada este ano.

Há cerca de oito anos cadastrada como doadora no Hemocentro de Joaçaba, em fevereiro ela se submeteu à coleta de medula. “Em dezembro recebi uma ligação da equipe do Redome. Eles me avisaram que tinha um paciente no exterior compatível comigo e perguntaram se eu estava realmente disposta a fazer a doação. Prontamente confirmei minha intenção e fiquei muito feliz em saber que

poderia ajudar alguém que encontrou em mim a sua oportunidade de vida”, conta Odete.

Comprovada a compatibilidade por uma série de exames complementares, a catarinense foi para o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte. “Fui duas vezes. Na primeira, porque o médico disse que queria olhar nos meus olhos e confirmar se eu realmente faria a doação. Ele me alertou que se eu dissesse que sim, o paciente do outro lado do mundo iniciaria um processo agressivo de quimioterapia para esperar o tratamento com as minhas células, mas se depois eu desistisse, esse tratamento seria uma sentença de morte para aquela pessoa. Eu jamais desistiria!”

Oito dias após a doação, já de volta a Treze Tílias, Odete recebeu uma ligação do Redome, informando que a família do paciente havia telefonado, agradecendo e avisando que ele estava bem e que



o transplante tinha dado certo. “Fiquei muito feliz em saber que doei alguma coisa, que não perdi nada e tudo deu certo. Me sinto pronta para uma próxima doação”, comemora.

O transplante foi possível porque Odete pôde ser localizada pelos dados cadastrais inseridos no Redome. O doador precisa manter seus dados atualizados para que seja localizado com rapidez, quando necessário. O portal do Redome (<http://redome.inca.gov.br>), lançado em setembro, possibilitou que 11 mil voluntários fizessem essa atualização desde então. Hoje, o registro brasileiro é o terceiro maior do mundo, com 3,8 milhões de cadastrados, atrás apenas de Estados Unidos (quase 7 milhões de doadores) e Alemanha (quase 5 milhões).

O médico pediatra e hematologista Luis Fernando Bouzas, diretor-geral do INCA e que desde 2003 coordena o Redome, explica que a dificuldade ou facilidade de encontrar doadores não aparentados varia conforme a diversidade genética ou a miscigenação do país e a representatividade da população no registro. Daí a importância de haver um registro nacional, refletindo essa miscigenação e aumentando a possibilidade de se encontrar um doador compatível. Antes da criação do Redome, não havia um banco nacional, e a doação só acontecia entre parentes, quando havia compatibilidade.

O Redome foi criado em 1993 por dois pesquisadores do INCA, os médicos José Roberto Moraes e Maria Elisa Moraes. Na época, o registro teve pouco apoio. “Só com a vinda para o Instituto Nacional de Câncer, em 1999, é que o banco passou a ter um tratamento diferenciado do Ministério da Saúde e começou a se desenvolver. Em 2002, o registro tinha em torno de 35 mil doadores. Mudamos a estratégia de comunicação e ampliamos a rede de atuação em todo o Brasil. Com isso, o registro passou para quase 4 milhões de doadores”, celebra Bouzas.

Antes de 2003, a possibilidade de se encontrar um doador era inferior a 15%, e o Brasil dependia



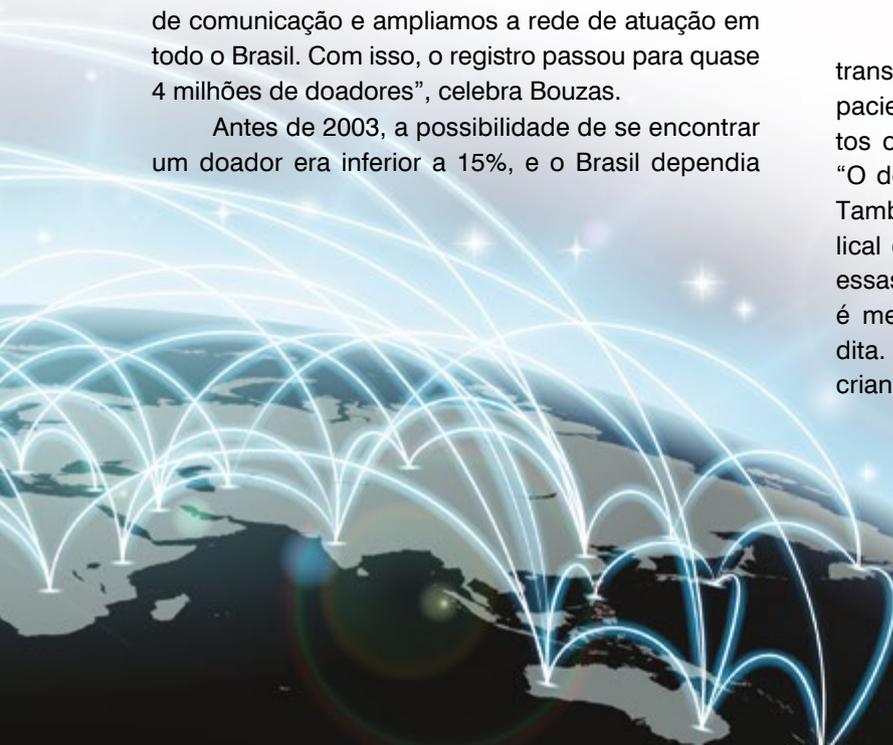
“Fiquei muito feliz em saber que doei alguma coisa, que não perdi nada e tudo deu certo. Me sinto pronta para uma próxima doação”

ODETE LOPES DE LIMA, doadora

muito dos registros internacionais. Hoje, há mais de 80% de chance de se encontrar um doador compatível.

OS PINGOS NOS IS

Mas encontrar um doador e ser submetido ao transplante não significa, necessariamente, que o paciente ficará curado. Bouzas explica que são muitos os fatores que podem determinar a sobrevida. “O doador pode ser da família ou não aparentado. Também podemos utilizar sangue de cordão umbilical como fonte da célula para o transplante. Com essas células, a necessidade de compatibilidade é menor, em comparação à medula propriamente dita. Além disso, o procedimento pode ser feito em crianças e adultos [até 70 anos] para tratar mais de



80 doenças em diferentes estágios. Ou seja, são vários fatores que interferem no resultado. Em média, a sobrevida gira em torno de 50% a 60%, com variações de acordo com os fatores citados. É importante que se tenha essa colocação porque cada caso é um caso e cada indivíduo é único, e assim ele deve ser tratado nas estatísticas”, pondera.

Outra questão é quanto ao possível retorno da doença, que, de acordo com o médico, pode ocorrer principalmente se o paciente for transplantado nas fases mais avançadas da enfermidade. “Isso pode significar maior resistência ao tratamento, e, nesses casos, a chance de recidiva aumenta.” Nos casos de recaída ou rejeição – outra possibilidade –, o paciente muitas vezes é submetido a um segundo transplante, mas, em geral, com resultados não tão bons quanto os da indicação primária, sustenta o médico.

Mesmo quando o transplante dá certo, a recuperação imunológica do paciente é delicada e pode levar de seis meses a um ano. Nesse período, ele ainda precisa utilizar drogas como imunossuppressores, antibióticos e antivirais, que vão protegê-lo contra infecções ou situações que o levem a risco. E voltando às suas atividades, precisa manter certo controle para que não haja complicações.

Bouzas também desmistifica a ideia de que todo paciente com leucemia precisará de transplante. Segundo ele, a intervenção tem indicações precisas. “Nem toda doença do sangue, em sua primeira linha de tratamento, tem como escolha o transplante. No caso das crianças com leucemia linfoblástica aguda, a maioria é tratada com quimioterapia. Só vamos selecionar para o transplante os pacientes que não obtiveram resposta ao tratamento de primeira escolha. São casos em que já se identifica um fator de risco e o paciente já tem indicação imediata de realizar um transplante. Essas decisões são tomadas durante o curso do acompanhamento.”

ATUALIZAÇÃO A ALGUNS CLIQUES

O Redome reúne todos os dados dos doadores de medula óssea, como nome, endereço, resultados de exames e características genéticas. Mas o cadastro precisa ser mantido atualizado, para que o voluntário seja localizado com rapidez, quando necessário. O motivo é que o potencial doador permanece no cadastro até completar 60 anos, salvo algum problema de saúde. “É essencial que todo doador atualize seu telefone, endereço e e-mail”, frisa Bouzas.

Depois do crescimento do registro, como forma de estimular essa atualização, o Redome lançou, no ano passado, seu portal. Nele há uma ferramenta

que permite ao doador atualizar seus dados online. “Isso ajudou muito a evolução desta fidelização do doador”, avalia Bouzas.

Alexandre Almada, gerente de relacionamento da Fundação do Câncer, que é responsável pela operação do Redome junto ao INCA, informa que estão cadastrados para busca 3.836.481 doadores (dados de dezembro de 2015). Na outra ponta, em fase preliminar, há cerca de 1.130 pacientes em busca ativa e uma média de 200 com doador compatível.

A compatibilidade genética entre o doador e o receptor pode chegar a uma em um milhão. Quanto menos diversificado o perfil genético do banco, maior a dificuldade de compatibilidade. “No Brasil, quando se fala em raça, está se falando um pouco mais da cor da pele: a indígena, a amarela, a parda e a negra, que precisam estar representadas no cadastro. Há um consenso no mundo de que o ideal [de acordo com uma base de cálculo que leva em conta a quantidade de doadores em relação à população] é que esses doadores estejam representados na faixa de 2,8% a 3% da população em qualquer etnia.”

Hoje já há uma boa representação em todo o País, afirma Bouzas. “Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde havia déficit, a representatividade melhorou muito. O maior número de cadastrados ainda continua nas regiões Sul e Sudeste, mas nas demais já melhorou bastante, o que aumenta as chances de se encontrar doadores brasileiros. Por outro lado, a nossa participação nos registros internacionais também

“O Redome é um patrimônio do governo e da sociedade brasileira. Esse é um ato de solidariedade. O importante é que continuemos fazendo parte e preservando esse programa, que é muito importante para o País e a nossa sociedade”

LUIS FERNANDO BOUZAS, diretor-geral do INCA

“O número de leitos vem aumentando bastante com as ações do Ministério da Saúde, e recentemente, a ANS passou a autorizar esse tipo de transplante na rede privada. Temos em torno de 35 centros credenciados para realização de transplantes não aparentados no Brasil”

ALEXANDRE ALMADA, gerente de relacionamento da Fundação do Câncer

ampliou essa probabilidade, porque atualmente, no mundo inteiro, são mais de 26 milhões de doadores cadastrados, e esses registros também são acessados pelo Redome. Quando não se encontra um doador no Brasil, mandamos buscar o material onde estiver.”

O coordenador do Redome diz que, anualmente, chegam 1.200 novos pacientes, dos quais 300 a 400 não têm indicação correta ou imediata de transplante. “Estamos trabalhando com um universo de 800 novos pacientes por ano, e o Redome tem encontrado doador para 600 a 650. Desses, por ano, 300 realizam o transplante; os demais ficam aguardando complementação de exames ou esperando um leito para a realização da cirurgia. Há pacientes que ficam aguardando já com doador identificado. Isso vai depender, por exemplo, de o médico determinar qual o momento ideal para realizar o transplante.” Bouzas reconhece que esse número pode melhorar com a agilização dos procedimentos, à medida que haja mais leitos e equipes e maiores possibilidades de encaixar esses pacientes com agilidade, o que, segundo ele, já vem acontecendo.

“O número de leitos vem aumentando bastante com as ações do Ministério da Saúde, e recentemente, a ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar] passou a autorizar esse tipo de transplante na rede privada. Temos em torno de 35 centros credenciados para realização de transplantes não aparentados no Brasil. Se colocarmos uma média de dois

REDOME EM NÚMEROS

Total: 3.836.481 doadores

Por região		Por etnia	
SE	45,84%	Branca	55,8%
S	22,9%	Parda	20,24%
NE	15,5%	N/I*	12,53%
CO	8,69%	Negra	7,26%
N	6,68%	Amarela	3,6%
N/I*	0,39%	Indígena	0,56%

*Não informado

a três leitos em cada um, já daria para fazer entre 600 e 650 transplantes por ano. O problema é que leva tempo para treinar uma equipe e aprimorar um centro de transplante não aparentado. Mesmo que um centro seja credenciado hoje, leva em torno de quatro a cinco anos para ter sua equipe totalmente treinada e capaz de realizar esse tipo de transplante, que é complexo e exige um treinamento maior”, explica o especialista.

Alexandre Almada diz que há uma lista de espera de cerca de 200 pacientes com doador identificado aguardando por leito, mas esse número é flutuante e pode variar muito, já que tanto a melhora como a piora do quadro geral pode provocar a saída do paciente da lista. “O estado do paciente pode melhorar e não ser mais necessário o transplante, ou piorar e ele não poder mais fazer o procedimento”, esclarece Almada. Essa fila é controlada por uma pontuação, que leva em conta tempo de cadastro, urgência e doença, entre outros requisitos, organizados pelo próprio sistema.

De 2014 a 2015, houve uma taxa de crescimento de 10% no número de transplantes, com a realização, nesse período, de 272 e 299 procedimentos, respectivamente, de acordo com Almada.

Bouzas conta que o registro só vem crescendo e que, anualmente, cerca de 300 mil voluntários se tornam doadores. “O Redome é um patrimônio do governo e da sociedade brasileira, que entendeu a necessidade de fazer parte desse banco. Esse é um ato de solidariedade. Em outros países, esses registros são mantidos pelo poder público e a iniciativa privada. No Brasil, é um esforço muito grande mantê-lo com esse tamanho e essa qualidade. O importante é que continuemos fazendo parte e preservando esse programa, que é muito importante para o País e a nossa sociedade”, frisa. ■

MAIS CONHECIMENTO

Venho através deste e-mail manifestar interesse em adquirir a revista, que tive o imenso prazer em conhecer em uma unidade básica de saúde. Vejo as matérias como uma grande oportunidade de obter conhecimento mais aprofundado e fidedigno sobre o câncer, que acomete tantas pessoas nas mais diversas faixas etárias. Abraços e parabéns a toda a equipe!

Charlie Paulina Ody – Boa Vista do Buricá, RS

Trabalho na Secretaria de Saúde do meu município, onde conheci a revista REDE CÂNCER. Interessei-me pelo conteúdo à primeira vista. Primeiramente, parablenizo a redação por matérias tão interessantes e de grande valor. Gostaria muito de receber exemplares na minha casa.

Michelle Antunes Ramos – Cascavel, PR

Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde, onde li a REDE CÂNCER. Achei interessante e proveitoso seu conteúdo. Tenho interesse em receber essa revista na minha casa.

Tony Leal Miranda Tenório – Águas Belas, PE

TAMBÉM QUEREMOS A RC

Sou nutricionista pós-graduada em Oncologia e gostaria de saber como faço para receber a revista REDE CÂNCER.

Bruna Balbino – São João da Boa Vista, SP

Sou enfermeira na área de Oncologia. Solicito o envio da revista REDE CÂNCER.

Priscila Supeleto Abílio – Cachoeiro de Itapemirim, ES

Solicito a inclusão do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (Cismepar), Unidade da Mama, na mala direta de distribuição da REDE CÂNCER.

Verushka Oliveira – Londrina, PR



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.

MUDANÇA DE ENDEREÇO

Sou residente em Oncologia Clínica e já recebo a REDE CÂNCER. Gostaria de alterar meu endereço para continuar recebendo a revista.

Karla Rodrigues Pinheiro – Belo Horizonte, MG

Gostaria de informar minha mudança de endereço para entrega da revista.

Sabrina Meira – Brumado, BA

ARTIGOS CIENTÍFICOS

Sou enfermeira do INCA alocada no setor de internação da Oncologia Clínica do Hospital do Câncer III e faço cursos de atualização e mestrado na Fiocruz. Tenho muito interesse em receber via correio a revista REDE CÂNCER. Costumo ler pelo site, mas gostaria de ter o exemplar na minha residência, para consultar as matérias no momento em que estiver desenvolvendo meus artigos científicos.

Renata Cabrelli – Rio de Janeiro, RJ

Agradecemos a todos pelas palavras e pelo interesse. A quem deseja começar a receber a REDE CÂNCER ou mudar seu cadastro, pedimos que envie endereço completo para o e-mail comunicacao@inca.gov.br.

#VacinaGripe

 /VacinacaoMS

 /PNI_MS



VACINE-SE CONTRA A GRIPE

E VIVA COM MAIS SAÚDE

Jovens acima de 60 anos

Crianças de 6 meses a 5 anos

Portadores de condições especiais

Doentes crônicos

Mães no pós-parto

Gestantes

Profissionais de saúde



30 de abril a 20 de maio

DISQUE SAÚDE
136
0800-015136
www.saude.gov.br

SUS 

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA



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 20230-240
comunicacao@inca.gov.br

www.inca.gov.br