

35

Outubro
2016

REDE

CÂNCER

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

IDENTIDADE SECRETA

MÁSCARAS DE SUPER-HERÓIS SÃO PODEROSAS ALIADAS
EM SESSÕES DE RADIOTERAPIA INFANTIL



CÂNCER
DE
MAMA

Vamos
falar sobre
isso?

CÂNCER DE MAMA: VAMOS FALAR SOBRE ISSO?

A descoberta do câncer de mama no início aumenta as chances de tratamento e cura. Mulheres de qualquer idade podem reconhecer o que é e o que não é normal sentir em suas mamas. É preciso valorizar a descoberta de quaisquer alterações mamárias.

Os principais sintomas são:

- Carço (nódulo) fixo, endurecido e geralmente indolor;
- Pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja;
- Alterações no bico do peito (mamilo);
- Pequenos nódulos na região embaixo dos braços (axilas) ou no pescoço;
- Saída espontânea de líquido dos mamilos.

Em caso de suspeitas na mama, procure o serviço de saúde. Lembramos que a mamografia como rotina é recomendada apenas para mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos.

Divulgue essas informações para as mulheres na sua casa, trabalho e vizinhança. É muito importante falar sobre o câncer de mama.

Para saber mais, acesse: www.inca.gov.br/outubro-rosa.

sumário



05

PREVENÇÃO

Boa alimentação na rede

08

CAPA

Máscaras superpoderosas

14

ARTIGO

Conscientização sobre os linfomas de Hodgkin e não Hodgkin

16

CIÊNCIA

Tratamento iluminado

19

ENTREVISTA

Quando menos é mais

24

SOCIAL

Direito de brincar

30

DEBATE

Decisão compartilhada?

33

EDUCAÇÃO

Oncologia além-mar

38

PERSONAGEM

Corra, Cristina, corra



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** | Secretária 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: **Daniela Rangel, Giovani Lettiere, Marianne Antabi, Rodrigo Feijó, Rosana Melo, Roseane Santos e Verônica de Oliveira** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA e Can Stock Photo** | Revisão gramatical: **Anncy 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



editorial

Para o alto... e avante!

Prezado leitor,

Para que serve a figura do herói? Para inspirar grandes atos. Uma vez que sua máscara é colocada, ele está pronto para enfrentar os maiores perigos. Muitas crianças – e até adultos – se valem dessa força simbólica há muito tempo, buscando incentivo para ações do dia a dia. Foi essa intuição que levou uma dupla de técnicos em radioterapia do INCA a confeccionar máscaras com os personagens da Marvel e da DC e oferecê-las a pacientes infantis do Instituto. Os resultados positivos são surpreendentes. Mergulhe nessa saga na nossa reportagem de *Capa*.

Aventuras heroicas também vivem três instituições brasileiras que desenvolveram um projeto de capacitação em oncologia voltado para médicos de Maputo, capital de Moçambique, no sudeste africano. Descubra que instituições são essas, as dificuldades enfrentadas e alguns resultados do compartilhamento de informações em *Educação*.

Ninguém aguenta tanta aventura sem uma boa alimentação. E se ela for gostosa e saudável, melhor ainda, não é mesmo? Para conscientizar e fornecer informações sobre a importância de uma alimentação saudável, o INCA lançou em julho uma ferramenta de pesquisa on-line destinada ao assunto. A preocupação é válida porque metade da população adulta brasileira está com excesso de peso,

o sedentarismo é grande e o consumo de bebidas e alimentos ultraprocessados só cresce. Conheça mais da nova ferramenta em *Prevenção*.

Cristina Torres, estrela da seção *Personagem*, não pode ser acusada de sedentarismo. Depois de enfrentar o primeiro câncer de mama, passou a participar de maratonas pelo mundo. Foram essas provas que lhe deram forças para superar um novo câncer na outra mama – ela obteve nas corridas a determinação que todos os maratonistas sabem que precisam ter para alcançar a linha de chegada. Corra e veja como Cristina conquistou as mais importantes vitórias de sua vida.

Também obtiveram sucesso, mas na área da pesquisa para tratamento de males do HPV, físicos, farmacêuticos, médicos e engenheiros das empresas parceiras do Grupo de Óptica do Instituto de Física de São Carlos, que desenvolveram uma nova (e mais barata) proposta para o tratamento de lesões pré-malignas no colo do útero causadas pelo vírus. Saiba por que a nova técnica está sendo tão festejada em *Ciência*.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva*

prevenção

INCA LANÇA SITE COM DICAS DE NUTRIÇÃO PARA AJUDAR A PREVENIR VÁRIOS TIPOS DE CÂNCER

Boa alimentação na rede

Não é de hoje que existem evidências convincentes da relação entre a alimentação e o câncer. Mas a população ainda não reconhece que um cardápio adequado, a prática regular de atividade física e a manutenção do peso corporal podem prevenir vários tipos da doença. Por outro lado, uma nutrição pobre em alimentos de origem vegetal e rica em gordura predispõe ao desenvolvimento de tumores malignos. Quem deseja saber mais sobre o consumo correto dos alimentos pode contar com uma ferramenta de pesquisa confiável: uma área no site do INCA dedicada à alimentação, lançada no dia 25 de julho.

No link <http://www.inca.gov.br/alimentacao>, profissionais de saúde e o público em geral terão acesso a recomendações atualizadas para a prevenção do câncer. “Temos ainda um cenário epidemiológico preocupante, no qual mais da metade da população adulta brasileira está com excesso de peso, a prevalência de sedentarismo é elevada

e o consumo de alimentos e bebidas ultraprocessados é crescente. Somos referência em câncer e é nosso papel transmitir essas informações de forma transparente”, explica a nutricionista Thainá Alves Malhão, da Unidade Técnica de Alimentação, Nutrição e Câncer.

O site tem diversas seções, como “Mitos e verdades”, sobre a relação entre alimentação e o desenvolvimento de câncer, um conteúdo rápido que esclarece dúvidas frequentes e traz dicas para ajudar a população a identificar a quantidade de açúcar nos alimentos industrializados e a ter uma alimentação saudável, economizando nas compras. De acordo com informações do site, a alimentação e a nutrição inadequadas são a segunda causa evitável de câncer, sendo responsáveis por até 20% dos casos da doença nos países em desenvolvimento, como o Brasil, e por aproximadamente 35% das mortes por câncer.

ALIMENTOS E BEBIDAS QUE MERECEM ATENÇÃO

SAL

O excesso de sal está diretamente associado ao câncer de estômago, de acordo com pesquisa recente da Universidade do Texas. Segundo Thainá Alves Malhão, o sal é essencial na dieta em pequenas quantidades. Porém, em excesso, pode causar câncer no estômago. Apesar de os mecanismos não serem totalmente compreendidos, evidências sugerem que sua ingestão elevada pode danificar o revestimento do órgão, levando à inflamação e atrofia. Tais danos para a mucosa podem aumentar a colonização pela bactéria *H. pylori*, o que constitui fator de risco para o câncer de estômago.

Para adultos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o consumo de, no máximo, cinco gramas de cloreto de sódio por dia. Considerando que cerca de 2 g estejam presentes naturalmente nos alimentos, sobram apenas 3 g (duas colheres de chá rasas) para serem acrescentados no preparo das refeições em um dia. Cada grama de sal contém 400 mg de sódio. Portanto, a

AÇÚCAR

Nessa mesma pesquisa, o consumo de açúcar é associado ao câncer de mama e à metástase pulmonar. Índícios sugerem que sacarose e frutose – presentes no açúcar –, quando ingeridas em grandes quantidades, seriam as responsáveis pelo desenvolvimento dessas doenças.

Em pequenas quantidades, como parte de uma dieta saudável, a ingestão de açúcar não promove o câncer. O consumo exagerado, no entanto, pode aumentar o risco da doença por meio de dois mecanismos.

Uma dieta rica em açúcar pode levar a índices elevados de glicemia (açúcar no sangue) e ao conseqüente aumento dos níveis de insulina. Estes, por sua vez, podem aumentar o risco de câncer de cólon e, talvez, de outros tipos da doença. Esta cadeia



ÁLCOOL

O consumo de álcool está diretamente relacionado à ocorrência de sete tipos de câncer, segundo revisão de estudos publicada em julho pela revista científica *Addiction*. Feita por uma pesquisadora da Universidade de Otago, na Nova Zelândia, a revisão avaliou dados de pesquisas sobre álcool e câncer publicadas nos últimos 10 anos. Os cânceres que podem ser diretamente provocados pelo consumo de álcool, segundo o estudo, são os de orofaringe, laringe, esôfago, fígado, colorretal e mama feminina. A revisão concluiu que o álcool causou cerca de 500 mil mortes por câncer em 2012, 5,8% do total de mortes por câncer no mundo.

Mesmo o consumo baixo e moderado pode representar risco. “Quando pensamos na prevenção do câncer, não há níveis seguros. A recomendação é que nenhuma bebida alcoólica – fermentada ou destilada – seja ingerida”, explica a nutricionista do INCA.

ingestão diária máxima recomendada de sódio é de 2.000 mg. Para saber a quantidade de sal presente nos alimentos ultraprocessados, deve-se multiplicar o valor encontrado no rótulo por 0,0025 (caso a quantidade de sódio esteja em mg). Por exemplo: um produto com 500 mg de sódio contém 1,25 g de sal.

Segundo o Ministério da Saúde, um alimento é rico em sódio quando contém 1 mg ou mais da substância por 1 kcal (quilocaloria) do produto. Entre os alimentos ricos em sódio, destacam-se: carnes processadas, como mortadela, presunto, bacon, salame, linguiça, patê e peixe defumado; queijos com adição de sal, como parmesão, muçarela, prato, minas padrão e minas frescal; alimentos prontos para consumo ou para aquecer, como hambúrguer, macarrão

instantâneo, sopa em lata ou pacote, legumes em conserva, pão de queijo, pães embalados, biscoitos, salgadinhos de milho, batata frita ondulada e batata palha; maionese, temperos, caldos e molhos prontos.

A adição de sódio ocorre também em alimentos doces, como bebidas industrializadas adoçadas com açúcar ou adoçante, biscoitos, caramelos, chocolates, leite ou iogurte com açúcar e cereais matinais. Portanto, comer mais alimentos *in natura* ou minimamente processados, tirar o saleiro da mesa e temperar a comida com ervas naturais são medidas que podem ajudar a reduzir o sal na alimentação.



indireta de eventos é vista mais comumente entre pessoas acima do peso e sedentárias, ou entre aquelas que apresentam resistência à insulina ou diabetes na família.

O outro mecanismo se dá pelo aumento do peso e da gordura corporal, devido ao recorrente consumo de uma dieta com excesso de calorias. Nada menos que 11 tipos de câncer estão associados ao excesso de peso: esôfago, estômago, pâncreas, vesícula biliar, fígado, colorretal, rim, mama (na pós-menopausa), ovário, endométrio e próstata (avançado).

De acordo com a OMS, no máximo 10% das calorias diárias devem vir do consumo de açúcar. Considerando uma dieta de 2.000 calorias, esse percentual equivaleria a 50 gramas de açúcar (cerca de 10 colheres de chá). Reduzir esse índice para 5% (25

gramas ou cinco colheres de chá) é ainda melhor para a saúde. Esse limite inclui tanto os açúcares dos alimentos industrializados – como o adicionado em casa, no consumo de café e sucos ou no preparo de sobremesas – quanto os naturalmente presentes nos alimentos (mel, frutas, entre outros).

Para o Fundo Mundial para Pesquisa contra o Câncer (WCRF, na sigla em inglês), ainda não há evidência direta de que o açúcar refinado favoreça o câncer de mama e a metástase de pulmão. “Precisamos limitar o uso de alimentos processados. Frutas em calda ou cristalizadas, por exemplo, podem ser ingredientes de preparações culinárias ou parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados”, indica Thainá.

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, em inglês), da OMS, corrobora esses achados, ao classificar o álcool como um agente comprovadamente carcinogênico para seres humanos (Grupo I). O WCRF e o Instituto Americano de Pesquisa em Câncer (AICR, em inglês) apontam que há fortes evidências de que o etanol, em quaisquer quantidades, pode causar câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, cólon e reto e mama (pré e pós-menopausa).



Isso acontece porque, quando processado pelo organismo, o etanol gera um metabólito chamado acetaldeído, com alto potencial carcinogênico. Além disso, o álcool age como um solvente das membranas, favorecendo a penetração de outras substâncias carcinogênicas nas células. É o caso da combinação de bebidas alcoólicas com tabagismo. O tabaco induz danos ao DNA da célula que são menos eficientemente reparados na presença do álcool. Dessa forma, aumenta o risco de cânceres de boca, faringe e laringe.

capoa

ACESSÓRIOS DE SUPER-HERÓIS MOTIVAM CRIANÇAS
A DISPENSAR ANESTESIA EM SESSÕES DE RADIOTERAPIA

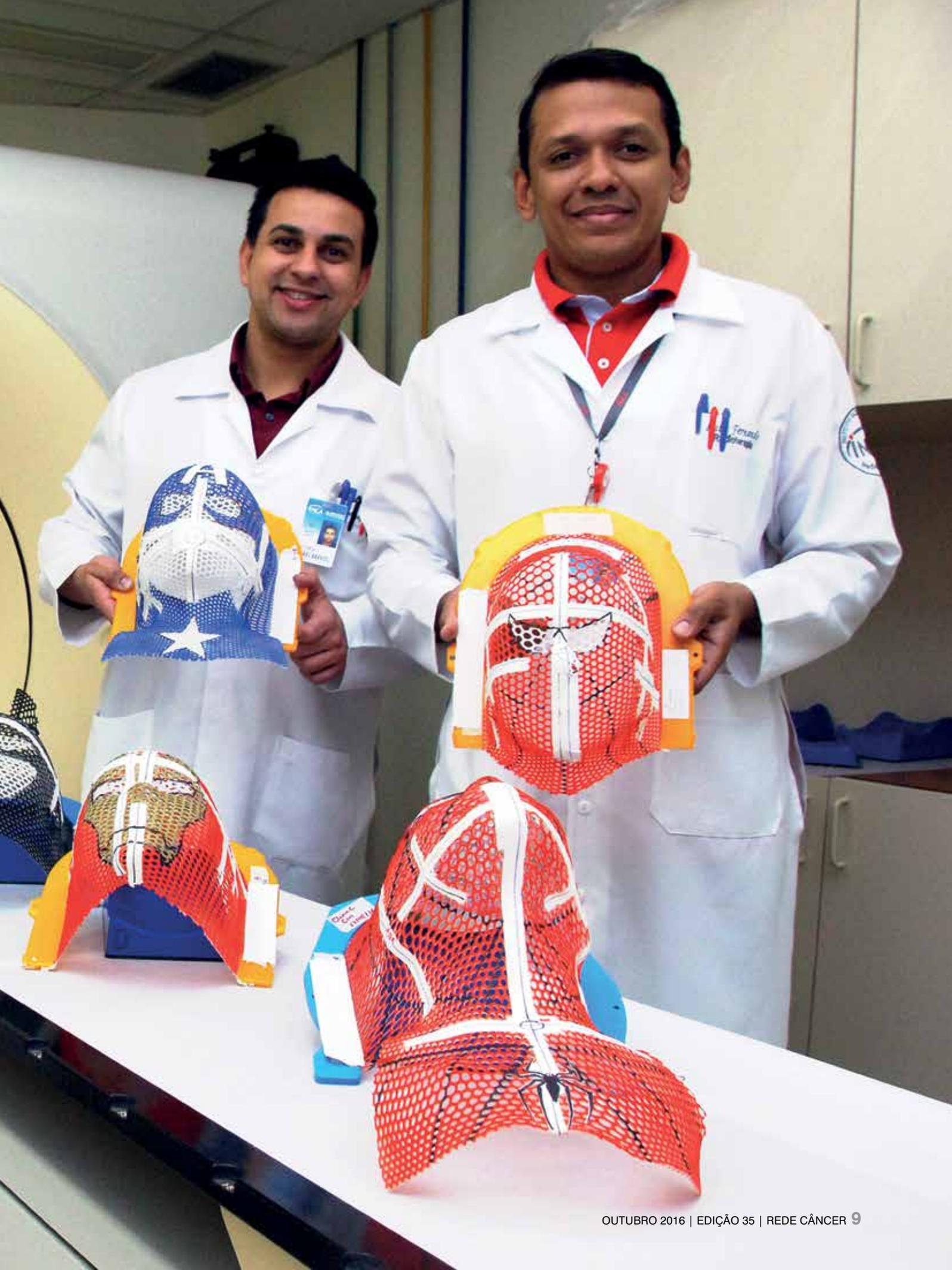
PHILIPS

Máscaras superpoderosas

Eles são corajosos, lutam contra vilões terríveis, pondo em risco a própria vida, e, no final, sempre vencem. Homem-Aranha, Batman, Capitão América e outros super-heróis estão saindo dos quadrinhos e das telas para estampar máscaras usadas no tratamento de radioterapia infantil. Por trás dessa iniciativa, no INCA, estão os técnicos em radioterapia Rafael Frederico de Barros e Luiz Fernando Silva de Souza, que queriam de alguma forma aliviar o sofrimento dos pequenos e deixar a assistência mais humanizada. E parece que conseguiram. Depois que começaram a usar as máscaras de super-heróis pintadas pela dupla, as crianças estão mais calmas, e algumas vêm dispensando a sedação durante o tratamento.

Para a médica rádio-oncologista e pediatra Denise Magalhães, isso não é pouca coisa: uma criança submetida à anestesia demora, em média, 40 minutos na sessão de radioterapia, que, por mais monitorada que seja, sempre traz algum risco. Sem a sedação, o paciente fica livre do jejum e em 20 minutos é liberado. A redução do tempo no atendimento tem grande importância: o Instituto pode tratar duas pessoas nesse período e aliviar a demanda de rotina.

Eles têm a força: Rafael (E) e Luiz Fernando usam tinta guache para pintar as máscaras, que não fazem mal à saúde



Rafael e Luiz Fernando se inspiraram na iniciativa do Hospital de Câncer de Barretos (SP) – ver *box* abaixo. Numa conversa informal, eles ficaram sabendo da estratégia paulista e resolveram adotá-la para dar mais leveza ao tratamento, que é penoso e pode ser longo (pode durar de 25 a 30 sessões). No INCA, a ideia começou a ser posta em prática em maio, com o apoio das chefias e da direção do Instituto.

A máscara utilizada na radioterapia é feita de material termoplástico, pesa menos de 100 gramas e visa a imobilizar o paciente durante a aplicação da radiação. Para evitar que as crianças se mexam durante o tratamento e garantir que a radiação atinja o campo exato, a máscara fica justa no rostinho delas, o que pode incomodar um pouco.

SOLUÇÃO CASEIRA PARA DRIBLAR ALTO CUSTO

A iniciativa de customizar e pintar as máscaras termoplásticas no Hospital de Câncer de Barretos partiu da dosimetrista do serviço de radioterapia da unidade Rose Marta dos Santos Silva, que foi também quem inspirou os técnicos do INCA. Ela conta que viu na internet a foto de uma máscara pintada com um personagem e se sentiu motivada. “Procurei informações com colegas, que me disseram que o produto era importado e caro”, conta.

Ela, então, resolveu pintar três máscaras como modelo, utilizando tinta guache, e mostrou aos médicos rádio-oncologistas da pediatria e à gerente do setor, Talita Lozano Vanizelli do Carmo. Talita submeteu os acessórios ao serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Com a liberação para o uso, a ideia começou a ser posta em prática em abril deste ano.

No dia em que fazem a simulação do tratamento, as crianças, entre 2 e 10 anos, dizem qual personagem querem na máscara, e os pedidos são atendidos. Rose já pintou 13 máscaras com personagens como Galinha Pintadinha, Homem de Ferro, Chaves e a porquinha Peppa. A dosimetrista observa um comportamento positivo das crianças depois que começaram a usar as máscaras pintadas. “Elas passaram a aceitar melhor as sessões e têm oferecido menos resistência à radioterapia. Após o término do tratamento, re cortamos a máscara, amarramos um elástico e entregamos para as crianças”, revela.

Rafael explica que a máscara vem rígida e reta, e é colocada em água morna para que possa ser moldada no rosto do paciente. “Quando a criança vem fazer a tomografia e a simulação do tratamento, sugerimos a pintura da máscara com a imagem do super-herói. A criança escolhe seu herói preferido, e a gente pinta.”

Luiz Fernando destaca que a máscara é pintada com tinta guache, é atóxica e não faz mal à saúde. A pintura é resistente e só sai se for lavada, durando até após o fim do tratamento. “De maio a agosto, todos os pacientes que tiveram a opção de usar uma máscara [portadoras de câncer de cabeça e pescoço com idade de 4 a 12 anos] representando um super-herói ou personagem de desenho animado aceitaram. Fizemos a décima e já há mais três pedidos”, contabiliza.

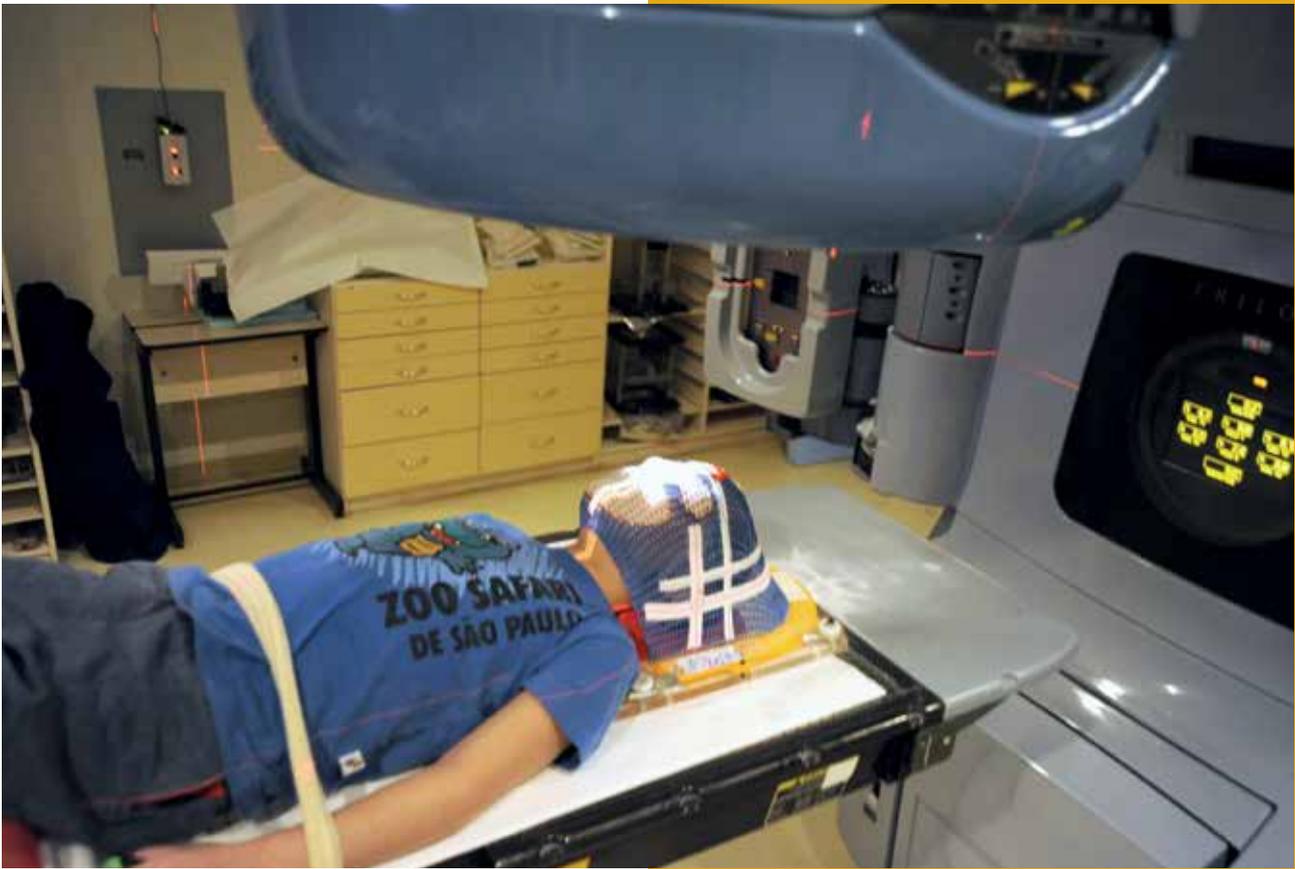
A dupla atesta que as crianças se sentem mais corajosas “encarnando” um super-herói. “É natural que [as crianças] fiquem com medo, vendo aquele monte de pessoas de jaleco. São médicos e outros profissionais acompanhando o tratamento, e eu entendo que é bem difícil para elas. Quando a máscara está pintada, elas querem logo ver como ficou, pedem para colocar, e aí passam a confiar mais na gente”, comenta Luiz Fernando.

Nesse mundo de fantasia, a identificação com os super-heróis ajuda a criança a superar seus medos, já que esses personagens demonstram que os perigos podem ser enfrentados e vencidos.

PARA TODOS OS GOSTOS

O campeão na preferência é o Homem-Aranha, mas não faltam máscaras do Batman, Super-Homem, Capitão América e até do monstro Hulk. As meninas não foram esquecidas e também têm suas sugestões atendidas. Elas escolhem personagens como Hello Kitty e Marceline, da série de animação *Hora de Aventura*.

O pequeno Vítor, de 6 anos, surpreendeu a técnica em radioterapia Gláucia Cavalcante, que vem acompanhando o dia a dia dos pacientes antes e depois do uso da máscara. “O Vítor quase não sorria. Peguei uma autorização para tirar foto dele e pedi que segurasse a máscara. Ele se recusou e disse que sem usar o acessório não poderia ser fotografado, porque iam descobrir sua identidade secreta: ‘Sem máscara não, todo mundo do INCA vai saber que eu sou o Capitão América’. Com a máscara no rosto, ele deixou que eu tirasse suas fotografias. Ele



Para o alto e avante: o acessório deixou as crianças mais confiantes nos profissionais da assistência

“É natural que [as crianças] fiquem com medo, vindo aquele monte de pessoas de jaleco. São médicos e outros profissionais acompanhando o tratamento, e eu entendo que é bem difícil para elas. Quando a máscara está pintada, elas querem logo ver como ficou, pedem para colocar, e aí passam a confiar mais na gente”

LUIZ FERNANDO SILVA DE SOUZA,
técnico em radioterapia

acredita plenamente que é o Capitão América. Hoje é outro menino, sorri, brinca e abraça”, observa.

A mudança no comportamento dos pacientes também é percebida por Denise Magalhães na hora das consultas. “Eles vêm para a revisão e me contam que agora são super-heróis e estão numa nave espacial. Antes, para colocar a máscara, era um sacrifício, eles [os pacientes] se sentiam presos. São crianças, a máquina de radioterapia é muito grande e só por isso eles já ficavam com medo. Agora pegam a máscara, olham para a imagem do super-herói e colocam logo no rosto. O que antes era tão difícil agora ficou fácil”, empolga-se.

Alguns já chegam ao atendimento totalmente personificados, vestidos com a fantasia de seu super-herói predileto. Os técnicos não têm dúvidas de que conseguiram que os pequenos pacientes desviassem o foco da doença. “Ficamos surpresos com o resultado”, admite Luiz Fernando.

SEM REAÇÕES ADVERSAS

As sessões de radioterapia sem anestesia oferecem muitas vantagens. “Às vezes, após a anestesia inalatória, a criança pode ter enjoo e vômito. Sem anestesia, não terá nada disso e ainda ficará dispensada do jejum de 12 horas”, afirma Gláucia.

Para a técnica em radiologia, a ação dos colegas Luiz Fernando e Rafael extrapola suas funções e está imbuída de generosidade. “Uma vez por semana, eles ficam depois do horário, fazendo cada máscara minunciosamente”, revela. “É muito bacana ver o cuidado e a habilidade que eles têm. Mais do que tudo, estão vibrando com o resultado”, completa Denise.

Para que as crianças aceitem passar pela radioterapia sem anestesia, é preciso um trabalho de convencimento. Não é incomum que, ao assistirem outro paciente fazendo o procedimento sem o anestésico e usando a máscara, elas se sintam encorajadas. De oito pacientes que dependiam da anestesia, três já pararam.

Cristian, de 7 anos, é uma delas. Ele já fez cinco sessões de radioterapia sem anestésico e terá que chegar a 30 para completar o tratamento, iniciado no final de 2015, contra um tumor no cérebro. O menino já foi submetido a seis cirurgias e no momento está internado no Centro Pediátrico da Lagoa, indo ao INCA somente para as sessões de radioterapia.

Como outros pais de pacientes, Fernanda Rodrigues Barbosa, mãe de Cristian, tem percebido



‘Girl power’: as meninas também são atendidas e escolhem personagens como a Hello Kitty

FUNCIONÁRIOS, ATIVAR!

Em Belém (PA), uma vez por mês, funcionários do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo trocam seus uniformes por fantasias coloridas de super-heróis. Logo que entram no hospital, as crianças se deparam com uma legião composta por Super-Homem, Mulher-Maravilha, Batman e Homem-Aranha, que circulam entre os vários ambientes da unidade. O objetivo, segundo a psicóloga Paula Viana, coordenadora de humanização do hospital, é integrar pacientes, usuários e trabalhadores.

“Queremos promover a aproximação e a interação entre os colaboradores e as crianças. Desejamos que essa pessoa que fica dentro de sua sala vá lá conhecer a criança, saber para quem está trabalhando. Quando o profissional conhece a criança, brinca com ela e vê seu sorriso, com certeza muda um pouquinho e percebe que seu trabalho é realmente importante”, avalia. É nesse dia festivo que acontece o projeto “Sou Super-Herói”, no qual médicos, psicólogos, técnicos e funcionários administrativos mergulham na imaginação para tornar um pouco mais lúdico o ambiente hospitalar. Os pequenos, munidos de acessórios

distribuídos pelo próprio hospital, como a “capa mágica”, interagem e passam a “ser” também super-heróis. “Sabemos que as crianças estão em fase de desenvolvimento da personalidade, experimentando o imaginário e fantasiando. Escolhemos o simbolismo do super-herói porque é aquele ser que tem superpoderes, é mágico, consegue vencer as batalhas. Pensamos em usar essas figuras justamente para encorajar as crianças a se sentirem também poderosas e pensarem que, por mais que tenham de lutar, elas podem vencer, como os super-heróis”, compara Paula. A oncopediatra Alayde Vieira garante que a ação lúdica é um poderoso antídoto contra um dos principais inimigos do tratamento: o absenteísmo. “Muitas vezes, o tratamento é doloroso, cansativo, repetitivo, e um projeto como esse faz a família aderir mais e reduz a ausência. Os pais se afligem ao ver os filhos chorando e sofrendo por conta dos efeitos colaterais. Então, essa é uma oportunidade de deixar a criança ser criança, levando a elas o que chamamos de ‘comprimidos de alegria’. Quando os super-heróis aparecem, alegam o ambiente hospitalar, e isso ajuda a fortalecer o vínculo com o paciente e a família, o que é de grande importância.”

“Antes, para colocar a máscara, era um sacrifício, eles [os pacientes] se sentiam presos. São crianças, a máquina de radioterapia é muito grande e só por isso eles já ficavam com medo. Agora pegam a máscara, olham para a imagem do super-herói e colocam logo no rosto. O que antes era tão difícil agora ficou fácil”

DENISE MAGALHÃES, médica rádio-oncologista e pediatra

o impacto positivo da ação desenvolvida pelos técnicos do INCA. Ela conta que o estratagema da máscara serviu de estímulo para que o filho ficasse quietinho na hora da sessão. “Essa coisa de super-herói, de vencedor, foi uma grande motivação para que ele superasse todas as reações do tratamento, que é muito agressivo”, diz Fernanda.

Nesse universo lúdico, o garoto escolheu “interpretar” dois super-heróis. “Ele é uma mistura de Homem-Aranha com Capitão América e vai revezando. Cristian gostou tanto da máscara que toda vez quer levá-la com ele. Conversamos com ele e explicamos que não pode, só quando terminar o tratamento”, relata a mãe do menino.

A ideia dos profissionais do INCA é, ao término do tratamento radioterápico, cortar a máscara, colocar um elástico e entregar às crianças. Gláucia quer incrementar ainda mais a iniciativa dos técnicos: ela está elaborando projeto para conseguir patrocínio que permita aos pacientes ganhar a fantasia completa do herói. Muitos não têm condições financeiras de comprar esses acessórios, e a luva, especialmente, é importante para que as crianças se segurem à maca e não mexam as mãos na hora do tratamento. ■



Os resultados do projeto já começam a aparecer. Alayde cita o caso de um paciente de 12 anos que tinha crises frequentes de ansiedade e agressividade. “Em outros hospitais por onde passou, ele ficava contido no leito e sob medicação antipsicótica. Depois que veio para cá e participou do projeto, ele mudou. Ficou tão

amigo do Batman que se sentiu em casa. Com isso, as crises de agressividade diminuíram, e as doses de medicamento controlado foram reduzidas”, conta. A médica observa que a mãe do menino ficou mais tranquila em relação à assistência, não houve mais interrupções e o tratamento oncológico prosseguiu sem problemas.

Conscientização sobre os linfomas de Hodgkin e não Hodgkin

Sexta-feira, 11h30. Sou avisada de que meu último paciente acaba de chegar para atendimento no Ambulatório de Linfomas do INCA. X. é meu paciente há 14 anos, quando descobriu ser portador de linfoma folicular (LF) de baixo grau. Aos 49 anos, servente em um prédio da Zona Sul do Rio, hoje chegou um pouco cabisbaixo. Perguntei o que havia acontecido, já que sempre o via sorrindo, feliz por mais uma consulta. Sua doença permanecia sob controle. Normalmente, eu me despedia dele com um “Até daqui a quatro meses, X.!” Mas dessa vez ele me disse: “Doutora, acho que meu linfoma voltou”.

O LF é o mais comum entre todos os linfomas não Hodgkin (LNHs) de baixo grau. O pico de incidência acontece entre a quinta e a sexta décadas de vida, mas o intervalo é bem amplo – a doença pode se manifestar até antes dos 30 anos. De maneira geral, os pacientes com LF se apresentam ao diagnóstico com doença avançada. Apesar de o tratamento inicial levá-los a remissões parciais ou completas com a terapia atual disponível – baseada, na grande maioria das vezes, na imunoterapia –, a resposta terapêutica e sua duração vão declinando com o passar do tempo e com os sucessivos tratamentos. O que

faz do LF uma condição ainda incurável. Em média, passados 10 anos, mais da metade dos pacientes já morreu em decorrência de complicações da doença ou do tratamento.

Aos 35 anos, recém-casado, X. chegou à primeira consulta relatando ter encontrado um caroço no pescoço ao se barbear. Observamos que não só no pescoço, mas em todas as cadeias linfonodais, X. apresentava aumento dos linfonodos. No exame físico inicial e pela história clínica, ainda foram documentados aumento do baço e perda de peso de mais de 10 kg em seis meses. Após biópsia de um linfonodo do pescoço e exames de estadiamento, que incluíram tomografias computadorizadas e biópsia de medula, X. teve seu diagnóstico estabelecido. Era portador de um LNH chamado de LF grau I, estadiamento IV A, com doença infiltrando a medula óssea.

Desde 2002, foi submetido a três linhas terapêuticas e participou de dois estudos clínicos no INCA, o que comprova o que dissemos acima: X. tem uma doença incurável. Mas se não fosse pela sua participação em estudos clínicos, tendo recebido algumas opções terapêuticas mais modernas, disponíveis no Brasil apenas em caráter experimental, é bem provável que a evolução de sua patologia tivesse um desfecho diferente. Ao examiná-lo na última consulta,

* Hematologista e oncologista clínica do INCA.

comprovei que o linfoma está retornando. X. estava sem evidências de doença na consulta de quatro meses antes. Fiquei surpresa quando ele me perguntou se não havia um novo estudo clínico aberto. Felizmente, sim. E já levou um termo de consentimento livre e esclarecido para ler e avaliar se participará de mais uma oportunidade terapêutica, para uma patologia que ainda não tem uma terapia curativa.

X. é a exceção, não a regra. A maioria dos pacientes que chega à nossa instituição com doença avançada não tem a mesma chance. Com frequência, são idosos e, por isso mesmo, portadores de comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes, insuficiência renal e problemas pulmonares, que agravam muitas vezes sua condição clínica oncológica. Não infrequente, observamos que a história clínica começou oito ou 10 meses antes do diagnóstico.

O que podemos fazer para mudar esse cenário? Como os pacientes podem ter seu diagnóstico feito mais precocemente e, com isso, serem encaminhados para tratamento com doença menos avançada, com maior possibilidade de controle?

INFORMAÇÃO: PEÇA-CHAVE PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE

Em 2004, um grupo pequeno de pacientes de mais de 40 países iniciou o que hoje conhecemos como Dia Mundial de Conscientização sobre Linfomas. Desde então, em todos os anos essa data é lembrada no dia 15 de setembro. A finalidade é mobilizar a população e esclarecer o que são os linfomas de Hodgkin e não Hodgkin, difundindo informações que facilitem o reconhecimento de sinais e sintomas da doença, esclareçam como buscar o diagnóstico precoce e indiquem os tratamentos disponíveis.

É uma doença que, de fato, vem apresentando aumento de incidência, principalmente nas últimas duas décadas, e, por vezes, pode ser fatal. Conscientizar a população a reconhecer com mais rapidez os principais sinais e sintomas é tarefa primordial, pois leva potencialmente a um diagnóstico mais precoce e, em consequência, a melhores resultados com a abordagem terapêutica inicial disponível.

Embora muita gente já tenha ouvido falar de linfoma – até porque, bem recentemente, pessoas públicas como o governador do Estado do Rio de Janeiro, Luiz Fernando Pezão, e o ator Edson Celulari foram diagnosticadas com a doença (e alguns anos atrás também a ex-presidente da República Dilma Rousseff e o ator Reinaldo Gianecchini) –, a grande maioria das pessoas sabe muito pouco ou quase nada sobre o assunto.

“Conscientizar a população a reconhecer com mais rapidez os principais sinais e sintomas é tarefa primordial, pois leva potencialmente a um diagnóstico mais precoce e, em consequência, a melhores resultados com a abordagem terapêutica inicial disponível”

Os primeiros indícios podem não despertar a suspeita; por isso, é importante ampliar esse debate para a população. O LNF pode se apresentar com diferentes sinais e sintomas, dependendo da localização no corpo, como o aumento dos gânglios do pescoço, das axilas ou da virilha; inchaço no abdômen; sensação de empanzimento após a refeição; pressão ou dor no peito; falta de ar; febre; perda de peso; sudorese noturna e fadiga. É uma doença que pode se desenvolver lenta ou agressivamente, com crescimento rápido, dependendo do caso.

Esse tipo de linfoma teve índice de crescimento de 100% no País nos últimos 25 anos, especialmente entre pessoas com mais de 60 anos, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A estimativa de novos casos para 2016 é de 5.200 em homens e 5 mil em mulheres.

O LNF é um tumor linfático maligno, que surge em decorrência da modificação e multiplicação desordenada dos linfócitos (células que têm a função de combate às infecções no sistema linfático). Acomete desde crianças até idosos, sendo responsável por cerca de 90% dos casos de linfoma diagnosticados.

Exemplos bem-sucedidos de pessoas públicas que venceram ou estão enfrentando o linfoma não Hodgkin funcionam como poderosas armas, pois popularizam a doença, tendo a mídia como aliada.

Dessa forma, uma ação como a proposta anualmente no Dia Mundial de Conscientização sobre Linfomas pode capacitar os cidadãos, quer sejam eles doentes, familiares ou amigos de alguém com suspeita de uma neoplasia maligna como o linfoma, a procurar um especialista mais adequado para o tratamento dessa patologia. ■

ciência

TERAPIA FOTODINÂMICA DESENVOLVIDA NO BRASIL TRATA COM SUCESSO LESÕES PRÉ-MALIGNAS DO COLO DO ÚTERO

Tratamento iluminado

Uma nova proposta para o tratamento de lesões pré-malignas no colo do útero causadas pelo papilomavírus humano (HPV) recebeu, em junho, o Prêmio Mercosul de Ciência e Tecnologia 2015 (categoria “Integração”), promovido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. A técnica, uma modalidade de terapia fotodinâmica, consiste na aplicação, na área afetada, de um creme que reage quimicamente após determinado tempo e quando exposto à luz de LED (diodo emissor de luz, na sigla em inglês), destruindo as células da lesão. Todas as 70 pacientes tratadas com o método, entre 2012 e 2014, foram curadas. As mulheres tinham entre 14 e 58 anos e diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC 1), estágio da lesão no colo do útero que pode tanto regredir naturalmente (o que acontece, em média, em 57% dos casos) como evoluir para as lesões de alto grau (NICs 2 e 3), até o câncer.

O creme e o aparelho que emite a iluminação foram desenvolvidos por empresas parceiras do Grupo de Óptica do Instituto de Física de São Carlos (IFSC/USP), formado por físicos, farmacêuticos, médicos e engenheiros. A pesquisa, conduzida pela equipe sob coordenação do professor e físico Vanderlei Salvador Bagnato, teve início em 2011 e recebeu apoio da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Inicialmente, em 2008, a pesquisa abrangeu as lesões do tipo condiloma (verrugas benignas

em áreas externas), manifestações de subtipos de HPV que não causam câncer, mas que, se não forem removidas, podem alcançar grandes extensões, provocando alterações anatômicas na região afetada, dor e incômodo. Nessa fase, participaram 60 pacientes de duas unidades públicas municipais do interior paulista: o ambulatório da Unidade de Ginecologia e Obstetria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP/USP), sob responsabilidade da ginecologista Silvana Quintana, e o Ambulatório

Saúde da Mulher, de Araraquara, com o também ginecologista Wellington Lombardi. A técnica proposta teve êxito em todos os casos e se mostrou uma boa alternativa para prevenir a evolução da lesão.

“Os condilomas podem ser facilmente tratados se identificados em estágio inicial. Mas muitas mulheres, principalmente as que têm menos acesso aos tratamentos, já chegam para o atendimento médico em estágio avançado, e a cirurgia se faz necessária. Nossas pacientes apresentavam condilomas extensos, e fazer a excisão [remoção cirúrgica] por laser ou bisturi causaria severas alterações anatômicas e muita dor. Com a terapia fotodinâmica, evitamos esse transtorno”, explica a farmacêutica Natalia Mayumi Inada, responsável pelo estudo.

As mulheres que participaram da investigação tiveram acompanhamento clínico durante 36 meses, quando pôde ser confirmada a eficácia do tratamento. A equipe de pesquisadores constatou que as lesões não só regrediram, como também não retornaram.

METADE DO CUSTO DA CIRURGIA

O custo do novo procedimento também se mostrou um ponto favorável para o avanço da pesquisa. A economia estimada seria de aproximadamente 50% em relação à cirurgia invasiva, facilitando sua aplicação no sistema público de saúde.

Os pesquisadores passaram, então, a aplicar a técnica em lesões de baixo grau do colo do útero, a NIC 1. Foi desenvolvido um novo protótipo do

“Nossas pacientes apresentavam condilomas extensos, e fazer a excisão [remoção cirúrgica] por laser ou bisturi causaria severas alterações anatômicas e muita dor. Com a terapia fotodinâmica, evitamos esse transtorno”

NATALIA MAYUMI INADA, farmacêutica responsável pelo estudo

equipamento, além de um protocolo clínico para o tratamento de 70 pacientes de Araraquara. Essa fase do estudo aconteceu entre 2012 e 2014, novamente com sucesso na totalidade dos casos.

“Nosso objetivo foi o desenvolvimento de equipamento e protocolo seguros, atuando, inicialmente, na prevenção, para que a NIC 1 não se transformasse em lesões de graus 2 ou 3, que têm grandes chances de virar câncer”, ressalta Natalia.

Hoje, a recomendação do Ministério da Saúde é fazer o acompanhamento e monitorar se haverá regressão espontânea ou evolução para NICs de alto grau (2 ou 3). Após 24 meses de acompanhamento, sem regressão ou evolução para formas mais graves, a conduta tanto pode ser continuar seguindo quanto optar pelo procedimento cirúrgico, a depender da conversa entre médico e paciente. No caso de evolução para NICs 2 ou 3, a cirurgia tradicional (conização) é indicada, mas, em muitos casos, ela também é realizada para NIC 1. “Isso nos preocupa, pois é uma conduta que vai de encontro às recomendações do Ministério da Saúde”, observa Natalia.

ESTUDO ESTENDIDO PARA NIC 2

A terapia fotodinâmica é um procedimento simples, realizado no consultório ginecológico. Não causa dor e evita que parte do útero seja removida, o que poderia prejudicar mulheres que desejam engravidar. “A cirurgia remove, em média, 1,5 cm do colo do útero, o equivalente a um terço do órgão. No caso de uma gravidez após a excisão, é necessário

realizar um acompanhamento mais cuidadoso”, esclarece Natalia.

Para essa fase do estudo, o critério de seleção das pacientes foi o diagnóstico de NIC 1 pelo exame Papanicolaou. Foram excluídas as grávidas e HIV-positivas. Todas as mulheres selecionadas aderiram ao novo tratamento e não houve relatos de desconforto durante a terapia, a não ser, em alguns casos, uma leve cólica, típica de qualquer manipulação realizada no colo do útero e que também acontece em exames simples, como o preventivo.

No momento, o estudo está sendo ampliado para o tratamento de NIC 2. Os testes foram iniciados em 2014 pela farmacêutica Fernanda Carbinatto, pós-doutoranda do Grupo de Óptica, sob responsabilidade da ginecologista Renata Belotto, do hospital paulistano Pérola Byington, e de Welington Lombardi, em Araraquara. Até o fechamento desta edição, 21 pacientes haviam sido submetidas ao

tratamento e, em 70% dos casos, houve regressão das lesões.

Dois protocolos clínicos estão sendo testados. Um preconiza que a paciente aplique o creme que contém a substância precursora do fotossensibilizador em casa, antes de dormir, e realize a terapia fotodinâmica durante 20 minutos, pela manhã, logo ao chegar ao ambulatório. No outro, o creme é aplicado no ambulatório, três horas antes da terapia, e o procedimento é repetido uma semana depois. Nesse caso, o tempo de exposição ao LED é de 25 minutos, proporcionando maior dose de luz. Para efeito de comparação, um terceiro grupo está sendo submetido à cirurgia.

“Só teremos uma análise mais precisa dos testes com NIC 2 em dezembro, seis meses após a realização do tratamento utilizando a terapia fotodinâmica. Até agora os resultados têm sido promissores”, diz Fernanda, acrescentando que as pacientes serão acompanhadas por um período de dois anos.

Outro aspecto ainda em fase de desenvolvimento é a adaptação do equipamento, para que possa tratar tanto condilomas como NICs, já que hoje existem aparelhos com desenhos anatômicos diferentes para cada caso. ■



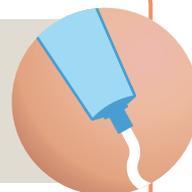
COMO FUNCIONA A TERAPIA FOTODINÂMICA

O tratamento das lesões de condiloma e NIC 1 acontece em ambulatório, não exige anestesia e não gera dor. A técnica já é estabelecida nos Estados Unidos e em alguns países da Europa.

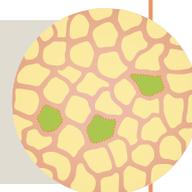
O equipamento, chamado CerCa 150 System, o protocolo clínico e o creme utilizados neste estudo foram desenvolvidos integralmente no Brasil.

O CerCa 150 System já possui certificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e foi patenteado internacionalmente. O creme encontra-se em fase de aprovação para tratamento do câncer de pele do tipo não melanoma. Até o momento, a licença para uso ginecológico foi concedida apenas para pesquisas clínicas.

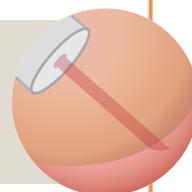
1 Na região afetada pela lesão, é aplicado um creme que contém a substância aminolevulinato de metila (MAL-PDTPharma).



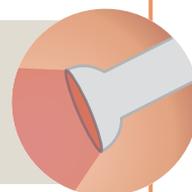
2 Ao entrar em contato com as células do organismo, ela é convertida em outra substância fotossensibilizadora, a protoporfirina IX.



3 Antes de iniciar o tratamento com LED, o profissional verifica se o creme foi aplicado com precisão no local lesionado. Para isso, é utilizada uma ponteira de laser, que faz parte do equipamento.



4 Após a confirmação de que a aplicação do creme foi adequada, o local é iluminado com a ponteira de LED, que induz a geração de espécies reativas de oxigênio, responsáveis por destruir as células lesionadas.



entrevista

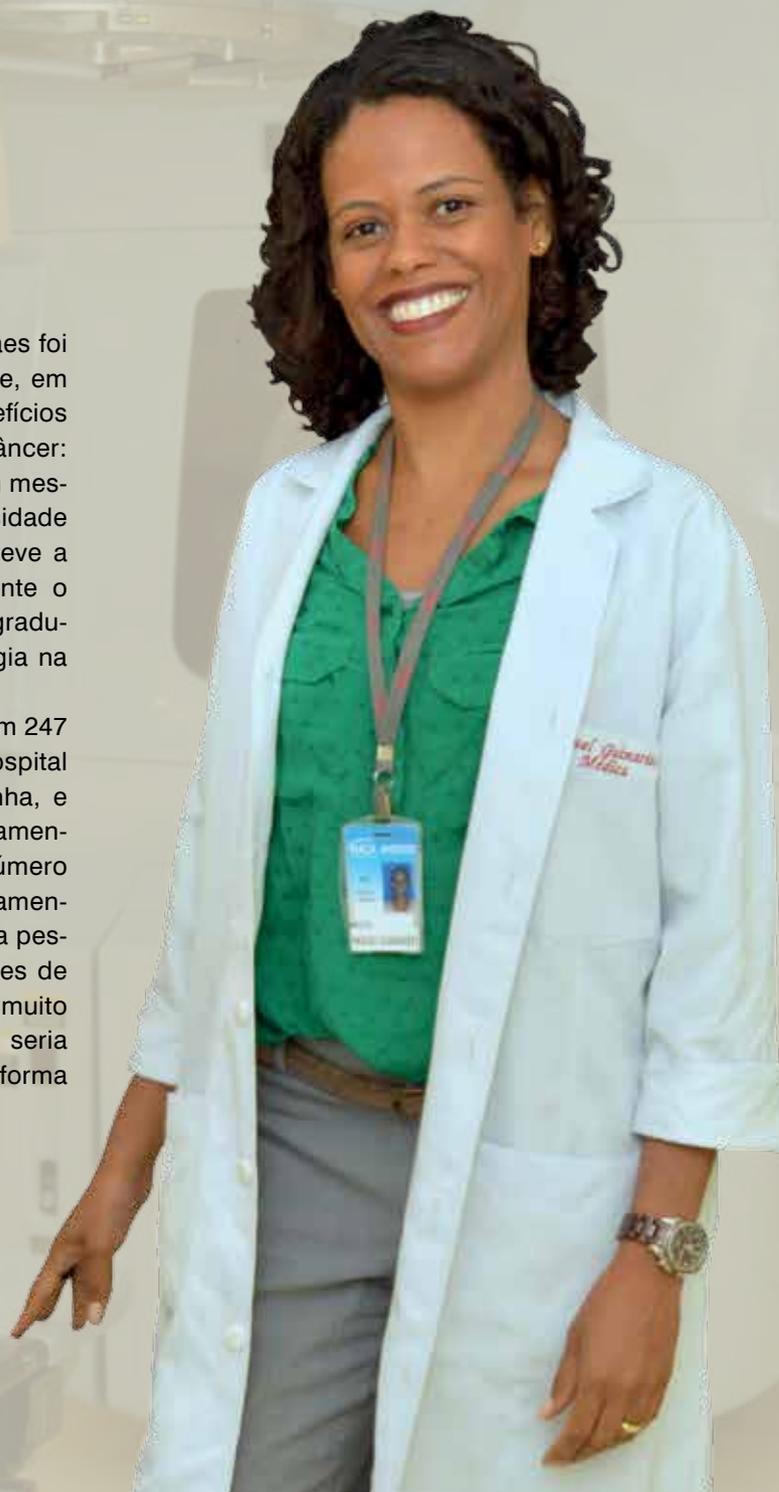
RAQUEL GUIMARÃES,

médica rádio-oncologista do INCA, mestre em Oncologia pela Universidade CEU San Pablo e em Saúde Coletiva pela UFRJ

Quando menos é mais

A rádio-oncologista Raquel Guimarães foi à Espanha para estudar uma técnica que, em sua avaliação, pode trazer vários benefícios para o tratamento de alguns tipos de câncer: o hipofracionamento. Apesar de já ter um mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ela teve a oportunidade de morar em Madri durante o ano de 2015 para fazer uma outra pós-graduação, desta vez o mestrado em Oncologia na Universidade CEU San Pablo.

O estudo de Raquel foi realizado com 247 pacientes de câncer de próstata do Hospital Universitario HM Sanchinarro, na Espanha, e os resultados mostram que o hipofracionamento seria uma forma de atender a um número maior de pacientes sem prejuízo do tratamento. A médica agora quer desenvolver uma pesquisa semelhante no INCA, com pacientes de câncer de mama. “Temos uma demanda muito grande, e o tratamento hipofracionado seria uma maneira de atendermos a todos de forma mais rápida”, acredita.



“Para o paciente considerado apto ao hipofracionamento, pode significar a redução do número de deslocamentos até o hospital, trazendo economia de tempo e dinheiro e evitando ainda mais desgaste no aspecto psicológico. Para a instituição, a diminuição do número de sessões impacta positivamente na fila de espera, pois mais pacientes poderão ser tratados”



REDE CÂNCER – O que exatamente é o hipofracionamento?

No tratamento radioterápico, normalmente, são realizadas sessões todos os dias, de segunda a sexta, e o paciente deve comparecer ao hospital um número X de vezes. No hipofracionamento, em vez de fazer o tratamento com esse X, o número de sessões é reduzido, mas a dose de radiação, por sessão, é maior. Uma analogia para se entender melhor: se o paciente estivesse fazendo uso de antibiótico e precisasse tomar um comprimido por dia, durante dez dias, esse seria o método convencional. No tratamento hipofracionado, o paciente tomaria dois comprimidos por dia, durante cinco dias. Reduz-se o número de dias e aumenta-se a dose por sessão. Claro que não é uma simples questão de cálculo matemático – o hipofracionamento envolve uma série de questões, como o cálculo da dose equivalente, o tipo de tumor irradiado e as consequências desse aumento da dose para os tecidos adjacentes a ele.

RC – Como você chegou a esse tema para sua pesquisa de mestrado?

Eu queria que a pesquisa fosse relacionada à área de radioterapia, minha especialidade. E como tinha muito interesse em trazer um benefício para o INCA, pensei em um tema voltado para isso. Percebi que existiam diferenças no tratamento radioterápico dos pacientes no hospital universitário onde eu trabalhava, em Madri, e o que mais despertou meu interesse foi justamente a questão do hipofracionamento. O assunto é muito bem estabelecido na Espanha – os pacientes de lá, normalmente, são tratados com um número menor de sessões do que os daqui do INCA, por exemplo. Nós já tínhamos conhecimento da técnica, não é uma novidade completa, mas existem certas dificuldades para a implementarmos no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse tema me chamou a atenção. Então, foi uma conjunção de interesse pessoal e conhecimento que eu poderia trazer para a instituição.

RC – Quais os benefícios de se adotar o tratamento hipofracionado?

Para o paciente considerado apto ao hipofracionamento, pode significar a redução do número de deslocamentos até o hospital, trazendo economia de tempo e dinheiro e evitando ainda mais desgaste no aspecto psicológico. Para a instituição, a diminuição do número de sessões impacta positivamente na fila de espera, pois mais pacientes poderão ser tratados.

RC – Como saber se o paciente está apto a passar por esse tratamento? E quais as principais barreiras para adotá-lo?

Para todas as alterações de fracionamento, primeiro é necessário fazer um estudo e verificar se o resultado seria o mesmo do tratamento convencional e em que contexto pode ser empregado. Muitos estudos realizados em outras instituições utilizam um parque tecnológico mais sofisticado e pacientes com um perfil diferente. Outra questão é que, quando se aumenta a dose por fração para tratar um câncer, também se aumenta a dose de radiação nos tecidos próximos ao tumor, ou seja, nos tecidos saudáveis. Então, existe uma preocupação de que o tratamento hipofracionado seja mais tóxico. Embora ele possa ter a mesma eficácia, pois o médico consegue o mesmo controle da doença, é possível que se esteja oferecendo mais toxicidade ao paciente. Entretanto, isso não ficou constatado no meu estudo, considerando as técnicas empregadas na Espanha e o treinamento do pessoal envolvido.

RC – Como foi desenvolvida sua pesquisa?

No hospital em que eu trabalhava, havia pacientes que faziam o tratamento convencional e outros que faziam o hipofracionado. Meu estudo comparou se havia diferença de toxicidade aguda e subaguda entre as duas modalidades. Dividi 247 pacientes com câncer de próstata em três grupos. Um recebia a dose convencional do tratamento, com duas unidades. O outro, duas unidades e meia, e o terceiro, três. Avaliei se havia diferença entre os grupos quanto às queixas urinárias e intestinais. Comparando os três, não houve diferença nenhuma, todos toleraram muito bem o tratamento – e o terceiro grupo ainda teve seu número de sessões reduzido para quase metade do primeiro. Claro

“Existem diferentes sensibilidades e respostas dos tecidos às alterações de fracionamento. Os principais estudos envolvem câncer de mama, próstata e reto”

que, como toda pesquisa feita em um período curto, os resultados devem ser colocados em contexto. Dessa forma, a conclusão a que cheguei é que o hipofracionamento seria uma opção para esse grupo de pacientes, usando os equipamentos do hospital onde o estudo foi realizado, já que as investigações anteriores da instituição mostraram resultados semelhantes também no controle da doença. Os resultados a que cheguei foram apresentados este ano no congresso da Sociedade Europeia de Radioterapia, e os pacientes continuam em seguimento.

RC – O hipofracionamento pode ser adotado em todos os tipos de câncer?

Não. Existem diferentes sensibilidades e respostas dos tecidos às alterações de fracionamento. Os principais estudos envolvem câncer de mama, próstata e reto.

RC – Quais as dificuldades de se adotar o tratamento hipofracionado no INCA?

Na Europa e nos EUA, o hipofracionamento, para a maioria dos casos de câncer de mama, é uma conduta totalmente estabelecida, é o padrão atualmente. Já existem estudos com mais de 15 anos de seguimento. Mas o hipofracionamento requer alguns requisitos básicos. É necessário um treinamento dos físicos, técnicos e médicos, bem como uma reformulação de cálculos matemáticos, com criação de novos protocolos.

RC – Mas há projeto de se adotar o hipofracionamento no Instituto?

Há intenção de que seja feito no câncer de mama. Já estamos redigindo um protocolo. Mas não é um trabalho rápido. Vamos precisar recrutar as pacientes que têm melhor prognóstico e aguardar a aprovação do Comitê de Ética. Para câncer de próstata, que foi o foco da minha pesquisa, os estudos ainda são preliminares e controversos.

RC – Como foi o mestrado?

O volume de aulas teóricas é muito grande, mas como elas são realizadas nos finais de semana, é possível desenvolver os projetos de forma prática no horário de expediente da instituição. Foi assim comigo no Hospital HM Sanchinarro, associado à Universidade CEU San Pablo. Eu ficava de segunda a sexta no hospital e estudava no fim de semana. Foram nove meses de aulas, depois um período menor de prática, e, por fim, o tempo para escrever a dissertação. ■

Pela primeira vez, Direção-Geral do INCA é de uma mulher

A médica Ana Cristina Pinho foi nomeada, no dia 28 de setembro, para exercer o cargo de diretora-geral do INCA. Servidora do Instituto desde 2011, é a primeira mulher a assumir sua Direção-Geral. Entre 1997 e 2011, trabalhou na instituição por meio da Fundação do Câncer. Graduada em Medicina em 1992 pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Ana Cristina possui Residência Médica em Anestesiologia pelo próprio INCA e Especialização em Anestesiologia pela Associação Médica Brasileira, sendo responsável pelo programa de Residência Médica em

Anestesiologia do Instituto. É membro da Comissão de Educação Continuada (CEC) da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e foi presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro (Saerj) no biênio 2013/14.



30 anos do Dia Nacional de Combate ao Fumo

“Mostre atitude: sem o cigarro, sua vida ganha mais saúde.” Esse foi o tema escolhido pelo INCA para comemorar os 30 anos do Dia Nacional de Combate ao Fumo, celebrado em 29 de agosto. A campanha aproveitou os Jogos Olímpicos e



Paralímpicos Rio 2016 para mostrar como o esporte pode ser um aliado na prevenção da iniciação e no apoio para quem quer deixar de fumar.

“A ideia é mostrar aos jovens que uma atitude positiva, a de não fumar, traz uma série de benefícios, como mais disposição para a prática de atividade física e de esportes, estimulando outras formas de socialização”, explicou o então diretor-geral do INCA, Luis Fernando Bouzas, no evento realizado na Casa Brasil, no Boulevard Olímpico, na cidade do Rio de Janeiro.

O evento contou com a presença de esportistas e profissionais de saúde. Vinícius Pontes Matos, atleta paralímpico de rugby e tênis adaptado, contou que, ao parar de fumar, ganhou disposição e conseguiu fortalecer a prática esportiva. “Os benefícios são muito maiores”, garantiu.

Quiz sobre câncer do colo do útero

Doze perguntas sobre causas, sintomas e formas de tratamento do câncer do colo do útero integram o mais recente *quiz* criado pelo INCA. O objetivo é difundir, de forma lúdica, informações a respeito da prevenção, do diagnóstico precoce da doença e de terapias disponíveis. Para responder, basta acessar: <https://goo.gl/Ykrhxf>.





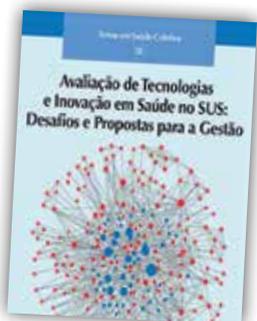
Pacientes da Pediatria na Paralimpíada

Os pacientes da Pediatria do INCA assistiram a uma partida de basquete feminino em cadeira de rodas, durante a Paralimpíada. O passeio foi promovido pela Seção de Oncologia Pediátrica e pelo projeto INCAvoluntário em Ação – Cultura e Lazer. A chefe da Seção, Sima Ferman, doou os ingressos.

A equipe dos Jogos Rio 2016 recebeu o grupo, formado por 36 pessoas, entre pacientes, acompanhantes, profissionais de saúde e voluntários. Minicarros transportaram os convidados até a Arena Olímpica do Rio, onde aconteceu a partida.

Prata da casa

O seminário *Avaliação de Tecnologias e Inovação em Saúde no SUS: Desafios e Propostas para a Gestão*, promovido pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, resultou num livro de mesmo nome. O chefe do Serviço de Assessoria Técnica do INCA, Almir Fernando Correia da Silva, participa da publicação por ter sido autor do painel seis (“Processos Bem-Sucedidos”), um dos oito apresentados no evento e que deram origem à obra. “Foram convidadas pessoas com grande experiência nos temas abordados. O desejo é que as experiências e reflexões registradas no livro sirvam de inspiração e apoio aos profissionais da pesquisa e da gestão que trabalham com avaliação de Tecnologias de Saúde e Inovação”, disse.



Comitiva francesa no INCA

Uma comitiva do Gabinete Parlamentar de Avaliação das Escolhas Científicas e Tecnológicas da França visitou o INCA a convite do pesquisador João Viola, chefe da Divisão de Pesquisa Experimental e Translacional e do Programa de Biologia Celular. O objetivo do encontro foi discutir questões relacionadas à ferramenta de manipulação genética Crispr Cas9. A missão francesa era formada pela senadora Catherine Procaccia, pelo deputado Jean-Yves Le Deaut, pelo adido parlamentar Daniel Bokobza, pelo conselheiro de Cooperação e Ação Cultural adjunto da Embaixada da França no Brasil, Philippe Martineau, e pelo assessor de Cooperação Científica da Embaixada da França no Brasil, Julien Roques.

Por parte do INCA, participaram, além de Viola, o coordenador de Ensino, Luis Felipe Ribeiro Pinto, e o pesquisador Martin Bonamino. Amílcar Tanuri, professor titular da UFRJ e chefe do Laboratório de Virologia Molecular, também esteve presente. Membros da comitiva quiseram saber dos pesquisadores do INCA e da UFRJ sobre a aplicação da Crispr Cas9 – sigla em inglês para clustered regularly interspaced short palindromic repeats/associated protein 9. Seu uso visa a modificar genes, corrigindo danos celulares ou atribuindo novas funções às células. A pesquisa no Brasil, até o momento, é feita em animais e plantas. Apesar das barreiras ainda a serem vencidas, Bonamino tem uma visão otimista. “O câncer tem um apelo muito forte. Acredito que em cinco anos a terapia de manipulação genética esteja em uso experimental em humanos.”



Social

ATIVIDADES LUDICAS, RECREATIVAS E PEDAGÓGICAS DESENVOLVIDAS EM BRINQUEDOTECAS ATENUAM IMPACTO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO INFANTIL

Direito de brincar

Um dos mais importantes pensadores do século 20, Jean Piaget classificou o brincar na fase infantil como “uma forma de assimilar o real e adaptar-se ao mundo social dos adultos”. De acordo com o educador, nesse mundo do “faz de conta” a criança consegue suprir as suas necessidades afetivas e cognitivas.

Em momentos de fragilidade, quando é preciso enfrentar o tratamento oncológico, o brincar não representa somente um recurso lúdico que permite aos pequenos se ausentarem da realidade, mas também um apoio psicológico. Por meio do brincar, eles também podem retomar a sua rotina e desfrutar de novo do convívio social.

Há 11 anos, a Lei 11.104 determinou a obrigatoriedade de brinquedotecas em unidades de saúde, o que só passou a valer com a regulamentação da lei – *ver box*. Porém, antes disso, muitos hospitais já haviam despertado para a importância da hora de brincar em meio às sessões de rádio e quimioterapia.

Os 120m² da brinquedoteca Brincar é Viver, do Hospital do Câncer em Uberlândia (MG), recebem, em média, 12 crianças diariamente. Ao chegar à unidade, elas se dirigem aos chamados “cantinhos específicos”, onde encontram brinquedos e jogos, e também a outros espaços destinados à biblioteca e informática. No ambiente repleto de cores, as crianças são incentivadas por funcionários e voluntários com diferentes formações a se divertir, o que as deixa mais calmas para os procedimentos.

Atividades de apoio pedagógico, artístico e cultural, coordenadas por um profissional formado em Psicologia e com especialização em Psicopedagogia, possibilitam a realização de oficinas. Nas chamadas

Criates, os pacientes aprendem a produzir brinquedos com materiais recicláveis, o que estimula a imaginação dos pequenos e desenvolve sua coordenação motora e consciência ambiental. Outras oficinas, como as de fotografia e pintura, também acontecem no local.

Datas como Halloween e festa junina são comemoradas na brinquedoteca, que recebe decoração temática. A equipe organiza também eventos fora do ambiente hospitalar, como na Páscoa, no Dia das Crianças e no Natal, realizados em salões de festa, em espaços amplos, devidamente decorados e com direito a doces e bolos. E, em alguns casos, a ação da brinquedoteca se estende à casa do paciente, por meio do atendimento pedagógico domiciliar, composto por cinco profissionais (quatro pedagogos e uma psicopedagoga).

No momento, a brinquedoteca conta apenas com o apoio financeiro do Guaraná Mineiro, classificado como “investidor solidário”, categoria em que o empresário escolhe um projeto específico de atuação.

PIONEIRISMO PAULISTANO

O Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (Graacc), de São Paulo, é pioneiro na adoção da brinquedoteca como um importante aliado no tratamento oncológico infantil. Criado em 1998, o espaço registra um balanço positivo nestes 18 anos. “Para nós, todos os pacientes infantis são crianças que gostam de brincar como quaisquer outras. Por isso, pensamos em atividades que agradem a todas, independentemente do fato de estarem doentes”,

No Hospital de Câncer do Acre, o tratamento
ocorre também entre sorrisos



diz a coordenadora Patrícia Pecoraro. “É muito mais fácil trazer os pacientes para o tratamento com uma brinquedoteca completa, pensada e idealizada para esse fim”, acrescenta.

Fruto de parceria entre o Graacc e o Instituto Ayrton Senna, a Brinquedoteca Terapêutica Senninha é considerada pelos profissionais que nela trabalham como “a grande sala de espera”. Logo que chega ao hospital do Grupo, o Instituto de Oncologia Pediátrica (mantido em conjunto com a Universidade Federal de São Paulo – Unifesp), a criança é encaminhada à brinquedoteca. O objetivo é diminuir a ansiedade que antecede os

“Pensamos em atividades que agradem a todas [as crianças], independentemente do fato de estarem doentes. A ideia é tornar a brinquedoteca um espaço dentro do hospital onde a criança pode escolher o que fazer, ao contrário dos outros lugares, em que escolhem por ela”

PATRÍCIA PECORARO, coordenadora da Brinquedoteca Terapêutica Senninha (Graacc)

Divulgação



Os pacientes são estimulados a se divertir no Hospital do Câncer em Uberlândia

Ana Mussalém



Com mais de 1.500 itens, a Brinquedoteca Terapêutica Senninha ocupa um andar inteiro do hospital do Graacc

procedimentos aos quais será submetida. No espaço, o paciente encontra uma variedade de brinquedos e atividades, além de mais de 1.500 itens para empréstimo, como tablets, DVDs portáteis e filmes. Também são desenvolvidas brincadeiras livres, jogos, oficinas de artes, contação de histórias, música, teatro e sapateado.

Os dois funcionários e as 45 voluntárias têm formação universitária e experiência com crianças, pré-requisitos para que a brinquedoteca seja, nas palavras de Patrícia, “um espaço vivo, rico e brincante”. A parceria de mais de 20 anos com o Instituto Ayrton Senna contemplou a reforma de um andar inteiro do hospital para abrigar a brinquedoteca, além de treinamento e capacitação de vários colaboradores que nela atuam. Tudo isso tendo como alvo a humanização hospitalar. “A ideia é tornar a brinquedoteca um espaço dentro do hospital onde a criança pode escolher o que fazer, ao contrário dos outros lugares, em que escolhem por ela”, salienta a coordenadora.

NO HOSPITAL TAMBÉM SE APRENDE

Não são poucas as histórias de ajuda no enfrentamento da doença pelo ato de brincar. Uma delas vem do Hospital de Câncer do Acre, contada pela gerente-geral da unidade, Mirza Vany Mesquita Félix. Um menino de 12 anos, a quem Mirza prefere chamar de Antônio, era tímido, triste e introspectivo, mas havia um jogo que lhe arrancava o sorriso: damas. E foi por meio dessa brincadeira que ele ganhou novo ânimo no tratamento de um câncer ósseo e passou a interagir não só com outros pacientes, mas com os pais de seus colegas, desafiando-os e vencendo-os no jogo. “Por fim, Antônio era um garoto renovado. Sorria, brincava e conversava, apesar de tímido. Seu sorriso e o talento no jogo de damas ficaram gravados na memória de muitos que frequentam o hospital”, lembra Mirza.

Inaugurada em 2013, a brinquedoteca Sarah Assis Felício foi construída e vem sendo mantida por doações de empresários do setor industrial do Acre. O espaço dispõe de um amplo salão, onde ficam os brinquedos, televisão e computador, além de sala de aula, banheiros e copa. Diariamente, de 10 a 15 crianças frequentam o local. Os pacientes são atendidos por quatro professoras, todas cedidas pela Secretaria de Educação do estado, onde trabalhavam com coordenação especial e crianças com deficiência. No total, estão cadastradas no hospital – e, automaticamente, na brinquedoteca – 100 crianças, em tratamento ou que já concluíram o ciclo e fazem retorno semanal, quinzenal, mensal ou anual.



No INCA, pacientes internados participam das atividades conforme suas condições clínicas

“A criança hospitalizada tem desejos e medos. O ato de brincar no ambiente hospitalar resgata os jogos simbólicos, em que o faz de conta ocupa um lugar importante”

MIRZA VANY MESQUITA FÉLIX,
gerente-geral do Hospital de Câncer do Acre

Nesse espaço, os pacientes têm acesso a uma infinidade de brinquedos: bonecas, carrinhos, velocípedes, bolas e jogos de tabuleiro, de montar e de mesa, além de computadores e revistas de histórias em quadrinhos. Tudo para estimular a imaginação e esquecer o ambiente hospitalar. Também são trabalhadas a coordenação motora, a percepção espacial e as emoções, como forma de tornar o tratamento menos traumático. “A criança hospitalizada tem desejos e medos. O ato de

brincar no ambiente hospitalar resgata os jogos simbólicos, em que o faz de conta ocupa um lugar importante”, explica Mirza.

Na brinquedoteca, as crianças também desenvolvem atividades escolares e podem ser alfabetizadas. Existem ainda sessões semanais com contação de histórias folclóricas e bíblicas. No Dia das Crianças e no Natal, algumas instituições e pessoas físicas promovem festas para os pacientes, com doação de presentes e lanche. O hospital mantém um programa de madrinhas, que ficam encarregadas de fornecer material didático e brinquedos para o espaço.

ATIVIDADES INCLUEM OS ADULTOS

No Hospital do Câncer I (HC I), do INCA, existem dois espaços voltados para o paciente oncológico infantil. O primeiro, a sala de recreação, é coordenado por voluntários e destina-se às crianças em tratamento ambulatorial (vão ao hospital fazer o tratamento e voltam para casa). Já na brinquedoteca, orientada pelas terapeutas ocupacionais Livia Cooper e Mariana Simonato, as crianças internadas participam das atividades do espaço de acordo com suas condições clínicas. Caso estejam inviabilizadas por algum motivo, as profissionais vão até o leito.

Para acompanhar o estado de cada criança, logo pela manhã, Livia e Mariana passam nas enfermarias. Essa troca com as equipes médica e de enfermagem permite saber a condição de cada uma e ver quem pode brincar naquele dia. A partir daí, é feita uma lista com nome, diagnóstico e a programação médica do dia. Se o paciente está em jejum para fazer alguma cirurgia ou exame, mas puder ser transportado até a brinquedoteca, o maqueiro do hospital faz a locomoção.

O espaço atende, em média, 36 crianças por dia. Elas têm à disposição bonecas, carrinhos,

“A criança não deixa de ser criança quando vira paciente. E nós dizemos aos pais que, se ela brinca em casa, tem que continuar brincando no hospital”

LIVIA COOPER, terapeuta ocupacional do HC I/INCA

Divulgação FMABC



Na FMABC, a brinquedoteca no ambulatório espanta a tensão e a chaticice

dinossauros, bolas, instrumentos musicais, jogos interativos, de montar e eletrônicos. Os materiais trabalham o desejo da criança, que, muitas vezes, chega tímida ao local. Para isso, Livia e Mariana procuram conhecer os gostos de cada uma e trabalhar sua confiança. Mas elas reiteram que brincar ou não fica a critério do paciente. O importante é que os pequenos se sintam à vontade. “A criança não deixa de ser criança quando vira paciente. E nós dizemos aos pais que, se ela brinca em casa, tem que continuar brincando no hospital”, destaca Livia.

Os pais também são incluídos no atendimento. Eles, muitas vezes, participam de brincadeiras e atividades. Duas que agradam dos 8 aos 80 anos são pintura e confecção de pulseiras e chaveiros de contas. Todo o material utilizado vem de doações ao INCAvoluntário. O mobiliário e alguns equipamentos da sala foram doados pelo laboratório Sanofi Aventis.

INTERAÇÃO A PARTIR DA MÚSICA

A brinquedoteca do Ambulatório de Oncologia Pediátrica da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), em São Paulo, foi montada em 2014 com a finalidade de potencializar a principal atividade

“Em nosso dia a dia, pode-se dizer que o brincar prepara com alegria nossas crianças e seus familiares para as consultas e as sessões estafantes de quimioterapia”

JAIRO CARTUM, oncologista pediátrico da FMABC

da criança, o brincar, enquanto aguarda a consulta. Coordenado pelo oncologista pediátrico Jairo Cartum e pelas terapeutas ocupacionais Natasha Carreño, Marjorie Heloíse Masuchi e Andreia Zarzour Abou Hala Corrêa, o espaço conta com bonecas, carrinhos, móveis, quebra-cabeças, jogos e peças de encaixe. Todos doados pela empresa de brinquedos Mattel/Fisher Price.

A parceria possibilitou a montagem de uma brinquedoteca dentro do ambulatório, com o desafio principal de promover a interação social das crianças. De acordo com Cartum, muitas queriam brincar sozinhas ou somente com uma criança específica. Com a descoberta de um ponto em comum entre elas, a música, todas se uniram nas brincadeiras e passaram a colaborar no repertório musical, trazendo novidades de casa.

O espaço também favorece que a criança manifeste suas potencialidades e necessidades lúdicas, por meio de jogos variados e materiais que estimulam a criatividade. Toda semana acontecem sessões com palhaços, *pet* terapia (visita de animais de estimação) e, com participação de familiares, oficinas de música e de artesanato.

Alguns recursos utilizados durante as brincadeiras facilitam a aceitação dos procedimentos. Usar uma boneca para que a criança conheça o local de sua doença torna mais fácil a hora de colocar o acesso venoso para injetar a medicação, por exemplo. “Em nosso dia a dia, pode-se dizer que o brincar prepara com alegria nossas crianças e seus familiares para as consultas e as sessões estafantes de quimioterapia”, relata Cartum. ■

TÁ NA LEI

O brincar é reconhecido pela Convenção Internacional dos Direitos da Criança, em seu artigo 31, e pelo artigo 227 da Constituição Federal. Já a regulamentação da Lei nº 11.104/2005, em 2015, tornou obrigatória a instalação de brinquedotecas em unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. De acordo com a Associação Brasileira de Brinquedotecas (ABBri), essa lei, além de ser um avanço para as crianças que se encontram internadas em hospitais, representa também um reconhecimento à importância do profissional brinquedista.

Membro do Conselho da ABBri e coordenadora do Serviço de Psicologia da Saúde de São Caetano (SP), Rosely Perrone realizou alguns estudos sobre o lúdico na saúde. A pesquisadora relata que o adoeecer traz graves prejuízos para o desenvolvimento biopsicossocial da criança, sobretudo a internada. Entretanto, em estudos que desenvolveu entre 2011 e 2014 na brinquedoteca de um hospital infantil público de São Caetano, ela constatou que a brincadeira compensa e reequilibra o organismo em situações de frustração, tensão e conflito. Além disso, o brinquedo “aumenta as defesas imunológicas da criança, facilitando a recuperação da alegria inerente à infância, e promove uma evolução clínica favorável, o que diminui o tempo de internação”.

De acordo com o pediatra Drauzio Viegas, referência nacional em brinquedoteca e humanização, a presença desses espaços nos hospitais tem sido uma peça fundamental no tratamento oncológico infantil. “As brinquedotecas mantêm o desenvolvimento social, mental e educacional, facilitando procedimentos e tratamentos médicos, mesmo os mais complexos. Também tranquilizam familiares e acompanhantes, aumentando a frequência de retornos para seguimento médico”, afirma.

debate

EMBORA ESTEJA MAIS ENGAJADO, PACIENTE NEM SEMPRE PODE OU MESMO QUER PARTICIPAR DAS RESOLUÇÕES SOBRE SEU TRATAMENTO

Decisão compartilhada?

Em um mundo hiperconectado, no qual todo tipo de conhecimento está a um clique de distância, a saúde também vem mudando de cara. Os profissionais da área não são mais os detentores de todas as informações. Ao contrário: cada vez mais, as decisões clínicas são tomadas entre médico e paciente, numa conversa em que ambos têm poder decisório. A chamada “decisão compartilhada” vai além do consentimento informado ou da exposição

de aspectos positivos e negativos de determinado procedimento. O objetivo, nesse caso, é analisar as opções e seus possíveis efeitos, levando em consideração as preferências dos pacientes. A decisão compartilhada é o reconhecimento de que o doente é um sujeito ativo nos rumos do tratamento e, assim, deve ter acesso a informações sobre os benefícios e os efeitos adversos das terapias disponíveis e as consequências do não tratamento.



Transmitir conhecimento científico a um público leigo, de forma clara e racional, diante das incertezas das opções terapêuticas e dificuldades de cada alternativa, é o desafio dos profissionais que atuam na área de saúde, atualmente. O médico Guilherme Almeida Rosa da Silva, professor de Clínica Médica da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), diz que a decisão compartilhada deve ser uma prática adotada em algumas situações específicas. O médico precisa ter a sensibilidade de identificar se o paciente é capaz de decidir sobre questões-chave de seu tratamento. O método se mostraria útil em situações em que a incerteza é alta, ou seja, quando não há uma opção qualitativamente melhor. “Hoje não é mais possível tomar uma decisão levando em conta somente a técnica. Por exemplo, eu posso considerar um remédio o mais adequado para um paciente, mas vou conversar para saber se ele pode comprá-lo. Além dos efeitos adversos, a questão do custo dos medicamentos é a que mais influencia nas decisões médicas atualmente”, afirma Guilherme.

Reconhecer que o doente é um indivíduo inserido em um contexto sociocultural é o primeiro passo para chegar ao diálogo necessário para as decisões compartilhadas. No dia a dia, o procedimento é adotado em casos em que há algumas opções de tratamento. Assim, para doenças como câncer de mama e de próstata, especialmente em estágios iniciais, essa prática vem sendo adotada. Além disso, discute-se, em todo o mundo, o rastreamento desses tipos de câncer, uma vez que se reconhece que os exames preventivos envolvem riscos e benefícios. Gustavo Gusso, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC), acredita que a decisão compartilhada para o câncer de próstata deveria ser sempre adotada: “Cada um, profissional e paciente, tem sua própria agenda com pontos comuns e divergentes. Até mesmo um exame mais simples, como o PSA [antígeno prostático específico, proteína medida no sangue], tem seus riscos, que precisam ser discutidos, bem como os benefícios.”

O profissional de saúde baseia a tomada de decisão em três contextos: sob certeza, quando uma ação sempre acarreta determinado ganho com 100% de chance; sob incerteza, quando as ações possíveis levam a um conjunto de ganhos possíveis, mas com probabilidades desconhecidas; e sob risco, quando existe possibilidade de ocorrerem eventos e fenômenos benéficos, indesejados ou adversos.

Dessa forma, a relação profissional-paciente da medicina contemporânea é baseada na comunicação de riscos. As decisões mais simples, conhecidas como efetivas, ocorrem quando o benefício é comprovadamente superior ao prejuízo. Já as decisões centradas nas preferências envolvem fatores que levam a um risco-benefício estreito. Nesse último caso, a tomada de decisão deve ser compartilhada com o paciente.

QUERER X PODER

Envolver o paciente nas decisões traz a expectativa de que ele estará mais engajado no tratamento; afinal, quem vai conviver com as consequências da escolha é o próprio. Porém, é necessário considerar se o procedimento vai criar ansiedade no doente. Assim, essa prática democrática não é para todos. Alguns pacientes podem simplesmente não querer se envolver nas decisões, deixando para o médico toda a responsabilidade.

A servidora pública Maria Lúcia Santos da Silva, de 59 anos, foi diagnosticada com câncer de

“Hoje não é mais possível tomar uma decisão levando em conta somente a técnica. Por exemplo, eu posso considerar um remédio o mais adequado para um paciente, mas vou conversar para saber se ele pode comprá-lo. Além dos efeitos adversos, a questão do custo dos medicamentos é a que mais influencia nas decisões médicas atualmente”

GUILHERME ALMEIDA ROSA DA SILVA,
professor de Clínica Médica da Unirio

“Cada um, profissional e paciente, tem sua própria agenda com pontos comuns e divergentes. Até mesmo um exame mais simples, como o PSA [antígeno prostático específico, proteína medida no sangue], tem seus riscos, que precisam ser discutidos, bem como os benefícios”

GUSTAVO GUSSO, presidente da SBMFC

mama em julho de 2013. Passou por cirurgia e radioterapia. Durante todo o processo de tratamento, os médicos indicaram o que deveria ser feito, e ela apenas seguiu as recomendações, sem questionar. “Não queria parecer que estava me lamentando se ficasse fazendo perguntas. Sabia que tinha que me tratar e que ficaria boa. Então, não quis saber sobre outras possibilidades ou sobre os efeitos do tratamento, apenas confiei no que os médicos disseram”, relata.

Mais uma vez, é uma questão de percepção do profissional de saúde, como ressalta Guilherme: “O médico não deve expor pontos do tratamento além do necessário se o paciente não quer saber. Em casos emergenciais, ou quando o paciente está muito abalado e não vai ter condições de compreensão, o profissional deve resolver tudo.” Gusso discorda. Para ele, “a exceção seria nos casos de risco eminente de morte”.

Pesquisa publicada no *Journal of Clinical Oncology* mostrou que a maioria das mulheres diagnosticadas com câncer de mama em estágio inicial gostaria de participar das decisões acerca de seu tratamento, mas apenas uma minoria realmente alcança o nível de envolvimento que pretendia. O estudo, realizado em 2012, ouviu 683 mulheres de cinco países, antes e depois de consultas clínicas, e avaliou o grau de participação que gostariam de

ter na definição de seu tratamento: controle total, papel compartilhado com o médico ou delegação completa ao profissional. Inicialmente, 28% queriam delegar o poder de decisão, mas 46% afirmaram que o médico tomou todas as decisões sozinho. Após a consulta, 43% das entrevistadas gostariam de ter controle total do seu tratamento, o que comprova que os pacientes desejam se envolver nas definições terapêuticas.

Também foi constatado que um terço das mulheres que antes da consulta desejavam que o profissional decidisse sozinho mudou de opinião após o encontro com o médico e optaria por decisão compartilhada. A pesquisa mostrou ainda que as pacientes com poder de decisão maior do que esperavam tiveram menos conflito em aceitar o tratamento.

INSUMOS PARA O CONHECIMENTO

A fim de facilitar o diálogo e expor os riscos e benefícios de determinada tomada de decisão, o médico pode utilizar instrumentos como cartilhas, vídeos, palestras e folhetos. O importante é que o material apresente informações de maneira clara, atualizada e com base em evidências clínicas. O conteúdo deve mostrar as vantagens e os riscos de determinado procedimento terapêutico, bem como as consequências de não realizá-lo.

Utilizar os materiais mostra-se especialmente importante porque, caso o paciente não encontre as orientações com o profissional de saúde, irá buscar em outras fontes, especialmente na Internet, onde nem sempre as informações são baseadas em dados científicos e conhecimento técnico. Segundo Gusso, hoje os profissionais estão mais abertos à troca e não há mais espaço para a antiga relação paternalista, em que o médico falava e o outro lado apenas obedecia. “Ainda há muito o que melhorar, mas as faculdades foram obrigadas a se adaptar à autonomia do paciente”, explica.

A decisão compartilhada pressupõe uma medicina centrada na pessoa, baseada no respeito, na preferência e na compreensão. É um relacionamento médico-paciente diferente, no qual não só o poder é dividido, mas também as responsabilidades. Para o profissional, nem sempre é fácil reconhecer que há incerteza nas evidências científicas; porém, na prática médica, é preciso identificar cada paciente como um indivíduo, dentro de um cenário único, com perdas e ganhos específicos. ■

educação

INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS CRIAM PROJETO DE CAPACITAÇÃO QUE FAVORECE O ATENDIMENTO A PACIENTES DE CÂNCER EM MOÇAMBIQUE

Oncologia além-mar

A colonização portuguesa e o idioma são pontos que ligam os 25 milhões de habitantes da República de Moçambique, país no sudeste da África, aos brasileiros. Há anos, porém, algo une esses povos. Com apenas sete oncologistas, Moçambique não tem recursos essenciais ao tratamento de pacientes com câncer. Três instituições brasileiras – A.C.Camargo Cancer Center, Hospital de Câncer de Barretos e Hospital Israelita Albert Einstein, todas de São Paulo – desenvolveram em conjunto um projeto de capacitação em oncologia voltado para os médicos do Hospital Central de Maputo, capital do país africano.

O grupo foi organizado em 2014, depois que a então primeira-dama de Moçambique, Maria da Luz Guebuza, fez um pedido ao hospital MD Anderson Cancer Center, dos Estados Unidos, durante a iniciativa Global Academic Programs (GAP), que promove projetos em pesquisa e educação com o objetivo de diminuir a incidência de câncer. O pedido foi aceito e o hospital americano estendeu a solicitação às suas instituições parceiras no Brasil.

Inicialmente, o objetivo era o tratamento de pacientes com cânceres de mama e do colo do útero. As reuniões iniciais foram por videoconferência. Ao final de 2015, depois de uma viagem de profissionais brasileiros a Moçambique, começou a ser discutida a inclusão de outras especialidades. Em janeiro deste ano, uma equipe das quatro

instituições envolvidas foi a Maputo. Formavam o grupo quatro médicos do Albert Einstein (oncologista clínico, mastologista, rádio-oncologista e ginecologista oncológico), um do A.C.Camargo (cirurgião de cabeça e pescoço), quatro de Barretos (ginecologista oncológico, mastologista, oncopediatra e diretor de pesquisa) e duas médicas do MD Anderson (ginecologista e diretora do programa de *telementoring* – tutoria a distância).

Até o momento, cinco especialidades estão incluídas: mastologia, ginecologia, cabeça e pescoço, oncopediatria e radioterapia. Está em implantação uma equipe de cuidados paliativos. “A enfermagem também está sendo envolvida, pois entendemos que a oncologia é uma especialidade que demanda multidisciplinaridade. O A.C.Camargo ainda enviará um membro de sua equipe a Moçambique para entender a realidade do país e, a partir disso, delinear estratégias de atuação”, conta Thiago Celestino Chulam, cirurgião oncologista do Departamento de Cabeça e Pescoço e coordenador do Programa de Prevenção do Câncer da instituição paulistana.

O projeto contempla três momentos: *telementoring*, em que se discutem casos de cada especialidade e acontecem aulas didáticas nos principais temas de cada uma; missões, nas quais os especialistas estarão *in loco*, reforçando as relações interpessoais com os participantes do projeto e estimulando

“Os recursos materiais são bastante escassos [em Moçambique]. Há ainda significativa carência de especialistas em oncologia, visto que os egressos das faculdades de medicina do país não querem seguir essa especialidade, já que a veem como a ‘especialidade para cuidar daqueles que morrerão’”

JOSÉ HUMBERTO FREGNANI, diretor executivo do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos

melhorias nas ações já implementadas; e, em seguida, treinamento de longo prazo, para profissionais de saúde a serem escolhidas pelos mentores locais do projeto. A intenção é que, no futuro, eles repliquem o conhecimento adquirido.

DA TEORIA À PRÁTICA

Na viagem no início deste ano, todos os médicos e residentes dos departamentos envolvidos tiveram oportunidade de acompanhar as atividades do grupo. “O corpo clínico do Hospital Central de Maputo assistiu a aulas sobre temas gerais em oncologia, como quimioterapia e radioterapia. Os médicos dos departamentos de Ginecologia e Mastologia tiveram aulas específicas. Houve ainda atendimentos aos pacientes nos ambulatórios, visitas diárias às enfermarias e cirurgias de casos previamente selecionados e discutidos”, detalha José Humberto Fregnani, diretor executivo do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos.

Cirurgia de cabeça e pescoço no Hospital Central de Maputo: especialidade incluída após visita de brasileiros



Representantes do projeto tinham previsão de voltar a Maputo no período de 10 a 17 de setembro, com especialistas das áreas de oncologia clínica, ginecologia, mastologia, cabeça e pescoço, radiologia, enfermagem, física médica, *telementoring* e pesquisa. O financiamento da viagem será, em boa parte, por conta do MD Anderson Cancer Center, por meio da GAP. Mas as instituições envolvidas também utilizarão recursos financeiros próprios. “Desta vez teremos também a colaboração da chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Mila Salcedo”, informa Fregnani.

De acordo com o cirurgião, o projeto pretende ir além da assistência, contribuindo para a prevenção e pesquisa do câncer em Moçambique. “Os recursos materiais são bastante escassos [no país africano]. Há, ainda, significativa carência de especialistas em oncologia, visto que os egressos das faculdades de medicina do país não querem seguir essa especialidade, já que a veem como a ‘especialidade para cuidar daqueles que morrerão’”, relata. De fato, muitos casos de câncer são diagnosticados em estágio avançado, sem possibilidade de tratamento algum. Uma realidade que os brasileiros, com apoio do Ministério da Saúde e da atual primeira-dama do país africano, Isaura Nyusi, tentam reverter.

CONHECIMENTO TIPO EXPORTAÇÃO

A parceria entre Brasil e Moçambique na oncologia não é recente. O Decreto nº 89.929, de 9 de julho de 1984, deu início a um projeto chamado Fortalecimento das Ações de Prevenção e Controle do Câncer de Moçambique, do qual participaram o INCA, o Ministério de Relações Exteriores do Brasil e o Governo da República de Moçambique. As



Profissionais de Moçambique tiveram aulas gerais e específicas sobre oncologia

atividades envolviam apenas aprendizagem, sem atendimento médico.

Em 1º de dezembro de 2010, esse acordo ganhou um termo de ajuste complementar para incremento das ações de aprendizagem. O INCA recebeu de Moçambique cinco médicos, um físico e seis técnicos, que participaram de treinamentos e cursos de atualização, especialização e aperfeiçoamento (*ver tabela*). O Instituto, por sua vez, enviou à África dois médicos e um enfermeiro para ministrarem curso de cuidados paliativos, com duração de nove dias e carga horária de 40 horas.

De acordo com o chefe da Divisão de Ensino do INCA, Mario Jorge Sobreira, as ações terminaram no final do ano passado. ■

Curso	Participantes	Duração
Treinamento para registradores de câncer	3 técnicos	80 horas (12 dias)
Aperfeiçoamento em radioterapia	1 médico	3 anos
Aperfeiçoamento em anatomia patológica	1 médico	8 meses
	2 médicos	5 meses
Aperfeiçoamento em física médica	1 físico	2 anos
Citologia	1 técnico	3 meses
Especialização de nível médio em radioterapia	2 técnicos em radiologia	1 ano
Atualização em radiologia (mamografia)	1 médico	3 meses



Redome no Dia Mundial do Doador de Medula Óssea

O Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) e o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) lançaram, em setembro, campanhas de incentivo à doação de órgãos no País. A divulgação, realizada no auditório do Espaço Casa Brasil, no Rio de Janeiro, marcou o mês de comemoração do Dia Nacional da Doação de Órgãos e do Dia Mundial do Doador de Medula Óssea – World Marrow Donor Day (WMDD), celebrado todo terceiro sábado de setembro.

O registro brasileiro já conta com mais de 4 milhões de doadores cadastrados e é o terceiro maior do mundo. Em comemoração à data, o Redome lançou um vídeo lembrando aos cadastrados a necessidade de manterem seus dados pessoais atualizados, pois a doação pode ser realizada a qualquer momento, até o doador completar 60 anos.

Publicação padroniza diretrizes clínicas

A publicação *Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Diretrizes Clínicas* é a primeira do País a padronizar métodos para elaboração, adaptação e avaliação da qualidade de diretrizes clínicas. Além disso, serve como instrumento de apoio para a elaboração e a implementação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Considerada um marco, a publicação é resultado de parceria da Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica do Ministério da Saúde (Conitec) com o INCA, o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).



Sobrepeso, obesidade e 13 tipos de câncer

Uma nova avaliação realizada pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês), da Organização Mundial da Saúde (OMS), concluiu que o peso corporal adequado contribui para a redução do risco de desenvolver 13 tipos de câncer. A avaliação anterior da Iarc, de 2002, já indicava que o peso adequado diminuía o risco de desenvolver câncer de cólon e reto, esôfago, rim, mama na pós-menopausa e endométrio. Na análise divulgada em agosto, a mesma associação foi encontrada para tumores de estômago, fígado, vesícula biliar, pâncreas, ovário, tireoide, meninge e plasmócitos.

3ª Onda da Pesquisa ITC-Brasil

O INCA, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, Fundação do Câncer e outras organizações, iniciou, na última semana de setembro, a 3ª Onda da Pesquisa Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco (Pesquisa ITC-Brasil).

A Pesquisa ITC-Brasil é um estudo de seguimento sobre o uso de produtos de tabaco que acompanha os mesmos entrevistados por um período de tempo. O objetivo é medir o impacto psicossocial e comportamental das principais políticas de controle do tabaco adotadas no País – advertências sanitárias, política de preços e taxação dos cigarros, promoção de ambientes livres da fumaça do tabaco e proibição da publicidade dos produtos de tabaco, entre outras – e, assim, subsidiar gestores públicos para a evolução das ações.

A 3ª Onda da pesquisa será realizada até dezembro, por telefone, com 1.600 moradores das cidades do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Porto Alegre. Mais informações nos sites do Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco (www.inca.gov.br/observatoriotabaco) e do ITC Project (<http://www.itcproject.org>).



INCAvoluntário: campanha por alimentos na rede

O INCAvoluntário, responsável pelo planejamento de ações voluntárias no INCA, lançou campanha de doação de bolsas de alimentos no portal de uma rede de supermercados. Os interessados devem acessar o endereço <https://goo.gl/8EN6Sm> e escolher a cesta que achar mais adequada (valores de R\$ 20 a R\$ 100).

Cada kit contém vários tipos de produtos, de acordo com as orientações do INCAvoluntário, que distribui cerca de 800 bolsas de alimentos por mês para pacientes em condições socioeconômicas adversas, beneficiando também os familiares envolvidos no tratamento.

Interessados de todo o País podem participar. Os moradores da cidade do Rio de Janeiro podem doar utilizando o CEP próprio. Já os doadores de outras cidades terão que usar o CEP da Central de Doações do INCAvoluntário: 20230-024.

O Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) da rede de supermercados está preparado para informar sobre o processo de doação das bolsas de outros estados, pelo telefone 21 4020-4149.



Saúde bucal

Em novembro será realizada, pela segunda vez, a Semana Nacional de Prevenção do Câncer de Boca. Promovida pelo Ministério da Saúde e executada pelo INCA, a iniciativa tem como objetivo estimular ações preventivas e educativas relacionadas à doença.

A campanha tenta alertar a população quanto aos fatores de risco e orientar os profissionais de saúde bucal no esclarecimento de seus pacientes. Pesquisas sugerem, por exemplo, que há forte relação entre o câncer de boca e o consumo associado de álcool e tabaco.

O Fundo Mundial para Pesquisa em Câncer aponta que 63% dos casos de tumores de boca, faringe e laringe no Brasil poderiam ser prevenidos se padrões saudáveis de alimentação e nutrição fossem seguidos pela população.

personagem

CONSULTORA EM GESTÃO PÚBLICA CRISTINA TORRES, 60 ANOS, ENFRENTOU DOIS CÂNCERES DE MAMA COM DETERMINAÇÃO DE MARATONISTA

Corra, Cristina, corra

Cristina Torres já havia passado por um câncer de mama quando, em 2002, começou a participar de maratonas pelo Brasil e mundo afora, incluindo uma das mais famosas, a de Berlim, na Alemanha. Mas a consultora em gestão pública, nascida em Belo Horizonte há 60 anos, mal poderia imaginar que as corridas dariam a força necessária para ela superar a volta da doença na outra mama, em 2004. “Tinha 46 anos quando comecei a correr maratonas, e minha participação não teve ligação com a doença. Mas quando tive o segundo câncer, já corria, e isso foi uma grande força para mim. Me agarrei mesmo. Faria minha primeira meia maratona naquele ano e tive que adiar. Tentei, mas não consegui. A gente fica muito frágil fisicamente”, lembra Cristina.

Durante o tratamento, ela foi obrigada a parar de correr. Foram sete longos e saudosos meses fora das pistas. Mas bastou ficar um pouco mais forte para retomar a prática. Quatro meses após o fim de todas as terapias, Cristina participou de uma prova de 10 quilômetros. Depois, passou para 21, até chegar, em 2011, aos 42,195 quilômetros (percurso de uma maratona), em Berlim. “Nunca me imaginei correndo uma maratona, ainda mais com 55 anos, na época. Participo de um grupo de corrida, e a gente se ajuda e se diverte bastante nas competições. Há muitas forças emocionais e físicas na corrida. É uma mágica”, sentencia ela, que estava em trânsito para Petrolina (PE) para participar de uma corrida de 16 quilômetros, dentro de uma vinícola, quando deu a entrevista para a REDE CÂNCER.

Cristina acumula mais de 80 medalhas, conquistadas em provas de 5, 10, 15, 18, 21 e 42 quilômetros. O próximo feito será participar da São Silvestre, a mais tradicional corrida de rua do Brasil, que acontece em 31 de dezembro, em São Paulo. “Será minha primeira vez. A Meia Maratona do Rio já fiz cinco vezes; a Volta da Pampulha, em Belo Horizonte, sete. Já corri também em Nova York, Paris, Budapeste, Praga...”, enumera Cristina, que conjuga as férias do trabalho com as provas internacionais. “Escolho os destinos de acordo com a época das corridas.”

Além do esporte, Cristina se apegou ao bom humor para enfrentar a doença. Foi assim que lidou com um dos aspectos mais afetados pelo câncer: a vaidade. “É um murro na cara se olhar no espelho sem cabelo. Por isso, o bom humor é fundamental para ter mais esperança. Ainda bem que tenho uma família alegre e um namorado alto-astral”, diz a consultora, lembrando uma história engraçada com seu par, Ruben Myrha. “Eu pendurava a peruca no banheiro antes de dormir. Para não deixá-la jogada, pois iria amassar, colocava no suporte da toalha de rosto. Um dia, estava escuro, ele se enxugou na peruca e achou que era uma lontra. Tomou um susto, mas levou na brincadeira, na gozação”, conta a mineira, mãe de Eduardo, 28 anos, e Patrícia, 25, de seu primeiro casamento.

Outro episódio tragicômico aconteceu quando ela foi assaltada, em Belo Horizonte, durante o tratamento do segundo câncer, 12 anos atrás. “O bandido queria a minha bolsa, mas tinha um remédio muito importante nela. Daí tirei a peruca para o



assaltante e falei que estava doente. Ele olhou para mim e saiu correndo!”, conta, rindo, a maratonista, que deixou os filhos, então adolescentes, fazerem uma tatuagem de brincadeira na cabeça raspada. “Encarei como um desafio que eu tinha de passar e superar. Brincava muito com o meu namorado sobre a queda de cabelo, falando coisas do tipo ‘ou caía meu cabelo ou o Galo [o Atlético Mineiro, time pelo qual ela torce] para a segunda divisão do Brasileiro’. Me divertia com isso. Ajuda muito falar sobre o assunto, e não tratá-lo como uma coisa escondida. É preciso encarar o medo. E tive muito apoio dos amigos e da família”, comemora Cristina, que há um ano mora em Natal (RN).

A religião também contribuiu com a recuperação. Nascida no catolicismo, hoje ela se diz “mais espiritualista”. O que importa, ressalta, é a fé. “A religião nos dá um norte. Procuro essa força dentro de mim para poder encarar as dificuldades. A minha força está nas minhas mãos e nas mãos de Deus também”, analisa. O trabalho foi mais um incentivo. “Fui servidora pública por 35 anos. Não fiquei muito

“Nunca me imaginei correndo uma maratona, ainda mais com 55 anos, na época [2011]. Participo de um grupo de corrida, e a gente se ajuda e se diverte bastante nas competições. Há muitas forças emocionais e físicas na corrida. É uma magia”

tempo afastada. Me sentia útil e viva. Agora sou aposentada do estado, mas continuo trabalhando.”

Hoje, Cristina redobra os cuidados. Faz exames de seis em seis meses, por orientação médica, pratica esportes, cuida da alimentação e não esquece os lados espiritual e emocional. “São fatores que fazem aparecer as doenças”, acredita. “Estou livre do câncer, mas me cuido muito, já que existe a possibilidade de ter um novo tumor. Enfrentei a doença duas vezes e venci.”

PRIMEIRO CÂNCER ANTES DOS 40

Cristina tinha 38 anos quando foi diagnosticada com câncer de mama. O primeiro sintoma foi um nódulo que ela mesma sentiu, mas que não



apareceu na mamografia. “O médico concluiu que era uma aderência, já que eu tinha tido um caroço aos 18 anos”, explica. A morte de uma amiga por câncer, logo em seguida, ligou o sinal de alerta. “Resolvi procurar um mastologista. Fiz outro exame e apontou que era câncer. Foi um horror. Tinha dois filhos pequenos e perdido uma amiga havia um mês. E isso há mais de 20 anos. Não conhecia ninguém que tivesse sobrevivido à doença, que tem um estigma muito forte.”

Na hora, Cristina pensou no pior. “Achei que a doença estava ligada a uma sentença de morte. E não queria morrer! Foi muito difícil, mas meu pai e meu irmão são médicos e me ajudaram muito. Tomaram a frente do processo e falaram que eu teria de operar e tirar a mama. Um mundo de

informações e de providências. Entreguei a eles e na mão de Deus. Tem a opção de desistir. Mas preferi lutar.”

O tratamento foi muito difícil, recorda Cristina. Além das sessões de quimioterapia, ela precisou se submeter à mastectomia total. Outro duro golpe na vaidade e na autoestima. “A retirada da mama é uma violência no seu corpo. Eu passava o dia me olhando no espelho. Mas a gente vai lidando. Passa mal durante três dias, depois vai melhorando”, lembra a consultora, que teve a mama reconstruída com músculo da barriga. No segundo câncer, surgido 10 anos depois do primeiro, Cristina fez químico e radioterapia. Não houve necessidade de reconstrução mamária, porque a cirurgia removeu somente um quadrante do seio.

Para quem está em tratamento hoje, enfrentando essas mesmas dificuldades, a consultora indica: “Tenha fé e tente buscar a tranquilidade interna, sempre com o maior bom humor que conseguir. Sei que não é fácil, mas é possível. Quando eu adoeci, achava que não havia muitas pessoas na minha condição. Hoje sei que há muitas, já que se tem mais informação. Não deixe de se tratar, de se cuidar e de se fortalecer espiritualmente para enfrentar o desafio. Quando a gente está mais forte, passa essa força para quem está sofrendo do nosso lado também. É muito importante.” ■

“Estou livre do câncer, mas me cuido muito, já que existe a possibilidade de ter um novo tumor. Enfrentei a doença duas vezes e venci”



PARA QUEM PRECISA DE REDE CÂNCER

Sou graduanda em Nutrição e desenvolvo um projeto no Instituto de Oncologia Pediátrica do Hospital das Clínicas de São Paulo. Gostaria de receber exemplares da revista REDE CÂNCER em minha casa. As informações têm me ajudado muito.

Rosineide Avelino Ueda – São Paulo, SP

Sou psicóloga do Instituto do Câncer de Três Lagoas e tenho interesse em receber a revista REDE CÂNCER para me manter atualizada com os temas referentes à oncologia.

Tatiane Cristine de Souza Lima – Três Lagoas, MS

BOM GOSTO

Primeiramente, gostaria de parabenizar os responsáveis pelo excelente trabalho realizado na REDE CÂNCER. Sou estudante de Enfermagem na Universidade de Brasília e fui completamente contemplada com o conteúdo abordado. Além disso, graficamente falando, é um belo trabalho, de muito bom gosto! Gostaria de solicitar o cadastro para recebimento da revista.

Rayanne da Silva Queiroz – Brasília, DF

Sou estudante de Enfermagem e tenho interesse em trabalhar na área oncológica. Ganhei um exemplar antigo da revista e adorei o conteúdo e os assuntos abordados. Gostaria de saber como faço para receber a REDE CÂNCER em minha residência.

Luana de Oliveira – Rio de Janeiro, RJ

Desejo receber as edições da revista REDE CÂNCER. Sou da área de saúde e já trabalhei no INCA.

Raquel de Araújo – Angra dos Reis, RJ

INTERESSE MULTIPROFISSIONAL

Sou odontólogo e residente multiprofissional em saúde, com área de concentração em Oncologia, no Hospital Universitário João de Barros Barreto, da Universidade Federal do Pará. Desejo receber a revista REDE CÂNCER distribuída pelo Instituto, caso seja possível.

João Mateus Mendes Cerqueira – Belém, PA

Sou acadêmica do curso de Enfermagem e gostaria de receber a revista.

Simone Rodrigues dos Santos – Capão do Leão, RS

Sou enfermeira e gostaria de receber a revista REDE CÂNCER.

Adriana Duarte Oliveira – Jequié, BA

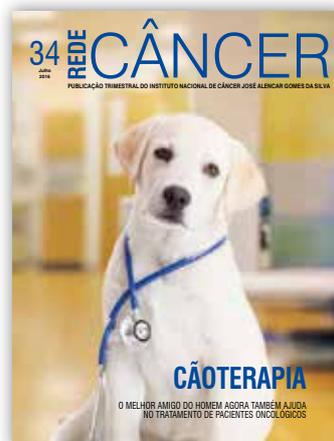
Sou estudante de Serviço Social e faço estágio na área de saúde. Estou interessada em receber a revista REDE CÂNCER.

Henriette Martins Fernandes – Rio de Janeiro, RJ

Sou graduanda de Medicina e gostaria de receber os exemplares da revista. Como faço?

Caroline Del Carmen – Rio de Janeiro, RJ

Agradecemos a todos pelos elogios e pelo interesse na REDE CÂNCER. Para se cadastrar em nosso mailing e receber a revista, basta enviar endereço completo para o e-mail comunicacao@inca.gov.br.



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.

Atualize o seu Cadastro

Você pode salvar uma vida em qualquer lugar do mundo



Marcus D'Almeida
Arqueiro olímpico brasileiro
apoiar o WMDD



#thankyoudonor

redome.inca.gov.br/doador

Apoio



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





MINISTÉRIO DA
SAÚDE



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

www.inca.gov.br