

41

Junho
2018

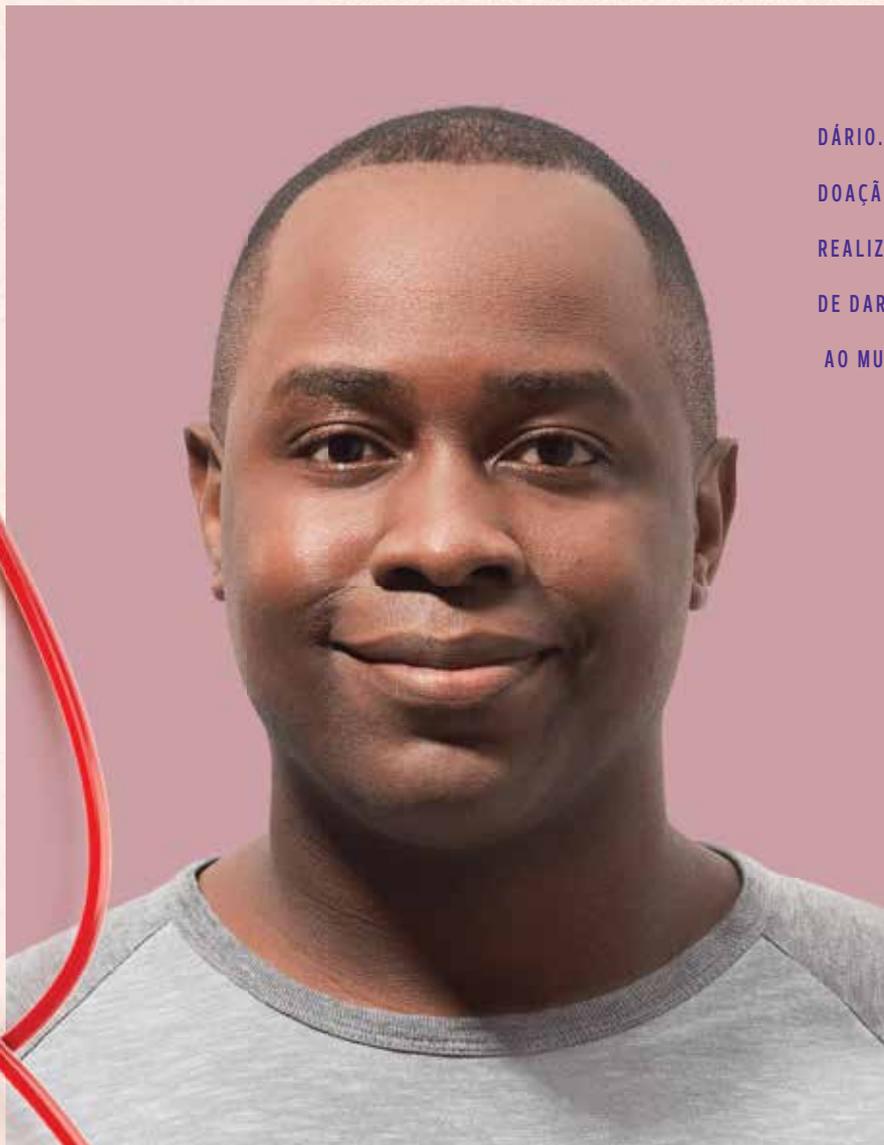
REDE CÂNCER

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



VOZES DA SUPERANÇA

COMO PACIENTES QUE TIVERAM CÂNCER
NA LARINGE HOJE CANTAM EM CORAIS



DÁRIO. GRAÇAS À
DOAÇÃO DE SANGUE,
REALIZOU SEU SONHO
DE DAR A VOLTA
AO MUNDO.

JUNHO/2018

DOE SANGUE REGULARMENTE.

TEM SEMPRE ALGUÉM PRECISANDO DE VOCÊ.

Procure o hemocentro mais próximo e seja um doador regular.
Acesse saude.gov.br/doesangue e saiba mais.



sumário



05

CAPA

Soltando a voz

11

PERSONAGEM

*“Sem forças,
mas com fé”*

14

PREVENÇÃO

*O que você sabe
sobre câncer?*

18

CIÊNCIA

*Esperança
para todos*

24

SOCIAL

*Quer que
eu desenhe?*

29

ASSISTÊNCIA

Dignidade até o fim

35

REDE

Quem avisa...

40

EDUCAÇÃO

*Aperfeiçoamento
de especialistas*



REDE CÂNCER

2018 – 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 de jornalismo científico, 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 do Serviço de Comunicação Social do INCA** | Edição: **Nemézio Amaral Filho** | Secretaria Executiva: **Daniella Daher** | Comissão Editorial: **Mônica Torres (chefe do Serviço de Comunicação Social), Adriana Tavares de Moraes Atty, Alessandra de Sá Earp Siqueira, Andreia Cristina de Mello, Carlos José Coelho de Andrade, Fabio E. Leal, Fernando Lopes Tavares de Lima, Juliana Garcia Gonçalves, Marceli Oliveira Santos e Ronaldo Correa Ferreira da Silva** | Produção: **Conceito Comunicação Integrada** | Jornalista responsável: **Marcos Bin - JP23.958RJ** | Reportagem: **André Luís Câmara, Daniela Rangel, Ellen Bessa, Rosana Melo e Roseane Santos** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Hugo Pereira e Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA, Adobe Stock, Can Stock Photo, Depositphotos, Dollar Photo, Fotos Públicas, Pexels, Shutterstock e Stock Unlimited** | Revisão gramatical: **Anney Moraes** | Impressão: **WalPrint** | Tiragem: **6.000 exemplares.**

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



GOVERNO FEDERAL
Ministério da Saúde

editorial

Um novo brado

Prezado leitor,

Você sabe o que é tentar falar e não conseguir? Para além dos problemas psicológicos provocados por esse impedimento, as sequelas físicas do paciente submetido à remoção total da laringe por causa de um câncer decididamente não são uma situação fácil de lidar. A boa notícia é que, na maioria dos casos, é possível superar o problema com uma das três opções de reabilitação: voz esofágica, laringe eletrônica e prótese traqueoesofágica, além, claro, de acompanhamento fonoaudiológico. Alguns desses pacientes hoje se apresentam em corais. Não acredita? Então se surpreenda com nossa *Capa*.

Surpreendente também é saber que uma nova opção de tratamento pode reduzir o problema de não encontrar doadores compatíveis de medula óssea entre familiares e nos cadastros nacional e internacional de voluntários: o transplante haploidêmico, feito com células de familiares parcialmente compatíveis. Os resultados do procedimento têm sido similares aos de células de doadores não aparentados compatíveis. Descubra mais sobre essa revolução em *Ciência*.

Já o tabagismo não é nada amigo da laringe nem de vários outros órgãos do corpo humano. E os mais vulneráveis à tentação do tabaco são os jovens. Por isso mesmo, a rede multinacional Educação contra o Tabaco, formada por estudantes de Medicina e médicos de quase 900 universidades espalhadas

pelo mundo, tenta evitar a iniciação por meio de campanhas e aconselhamentos dirigidos a crianças e adolescentes de 10 a 16 anos nas escolas. No Brasil, a rede atua desde 2016 e já tem o que comemorar. Saiba o porquê em *Rede*.

E não é apenas no ambiente escolar que a temática do câncer vem ganhando espaço. A incidência mundial da doença cresceu 20% na última década, o que explica em parte o destaque que tem recebido em várias formas de expressão, até mesmo nas histórias em quadrinhos. São várias as iniciativas, em todo o País, que usam essa linguagem para transmitir informações sobre prevenção, controle e tratamento do câncer. Vire as páginas até *Social*.

Infelizmente, nem sempre os esforços terapêuticos são suficientes para salvar o paciente de câncer. Nessa situação, é importante garantir que sua partida se dê com o mínimo de dor e o máximo de dignidade possíveis. Em *Assistência*, você poderá conhecer um pouco do trabalho e das histórias dos profissionais que cuidam de pacientes sem possibilidade de cura e da dor daqueles que ficam. E que precisam seguir em frente.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva*

capa

COM TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO, PESSOAS QUE PERDERAM A LARINGE POR CAUSA DO CÂNCER REAPRENDEM A FALAR E ATÉ A CANTAR

Soltando a voz

Quem vê, hoje, o recifense Wellington*, mecânico aposentado de 59 anos, cantando em um coral, não imagina o que ele passou. Diagnosticado, em 2014, com câncer na laringe, Wellington chegou a fazer um ano de tratamento com químico e radioterapia no Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), mas o tumor voltou. A solução foi se submeter a uma laringectomia total, cirurgia de remoção do órgão. Após o procedimento, além de perder a voz, o paciente passa a respirar definitivamente por um orifício feito no pescoço, chamado traqueostoma.

A guinada positiva, porém, começou antes mesmo da operação, quando Wellington conheceu a equipe de fonoaudiologia do HCP, que o preparou

para o procedimento. A partir da primeira revisão médica depois da cirurgia, já começava o processo de reabilitação fonoaudiológica, introduzindo aos poucos uma série de exercícios para fazer com que as palavras, a partir de então, saíssem pelo esôfago.

O treino de voz esofágica envolve técnicas de aspiração, deglutição e ejeção do ar no órgão. Esse treino é feito por meio de sons facilitadores (inicialmente priorizando os fonemas /p/, /t/ e /k/) e de uma boa articulação, estimulada a partir de palavras monossílabas e dissílabas, e gradativamente, de sequências e frases coloquiais curtas e longas, até chegar ao momento de conversação com fala espontânea.

Andressa Freitas
com paciente
laringectomizado do INCA



“O sucesso da reabilitação vocal com a técnica de voz esofágica não é garantido a todos os pacientes, mas, no nosso serviço, é fato que os pacientes que se dedicam diariamente em casa e comparecem à reabilitação duas vezes por semana têm aumentada a chance de adquirir fluência de voz e de melhorar seu padrão de comunicação”, explica Roberta Borba, coordenadora do Serviço de Fonoaudiologia do HCP.

As sessões de reabilitação, segundo a fonoaudióloga, consistem de exercícios com movimentos de relaxamento e alongamento do complexo cervical, que trabalha a musculatura dos ombros e pescoço, e orofacial, que trabalha a tonicidade, mobilidade e sensibilidade dos órgãos fonoarticulatórios (língua, lábios, bochechas, palato e véu palatino). Os atendimentos são realizados em ambulatório, individualmente, e no Ressoar, grupo de apoio ao paciente laringectomizado, que conta com profissionais de diferentes áreas da saúde, sempre levando

informações sobre o processo de reabilitação, além de atividades com músicas e canto.

Após a cirurgia, o paciente permanece de 15 a 20 dias se alimentando por sonda. Nesse período, ele já é acompanhado pela fonoaudióloga. Porém, só passará por uma avaliação fonoaudiológica da deglutição, com saliva e alimentos líquidos e pastosos após a cicatrização da região operada.

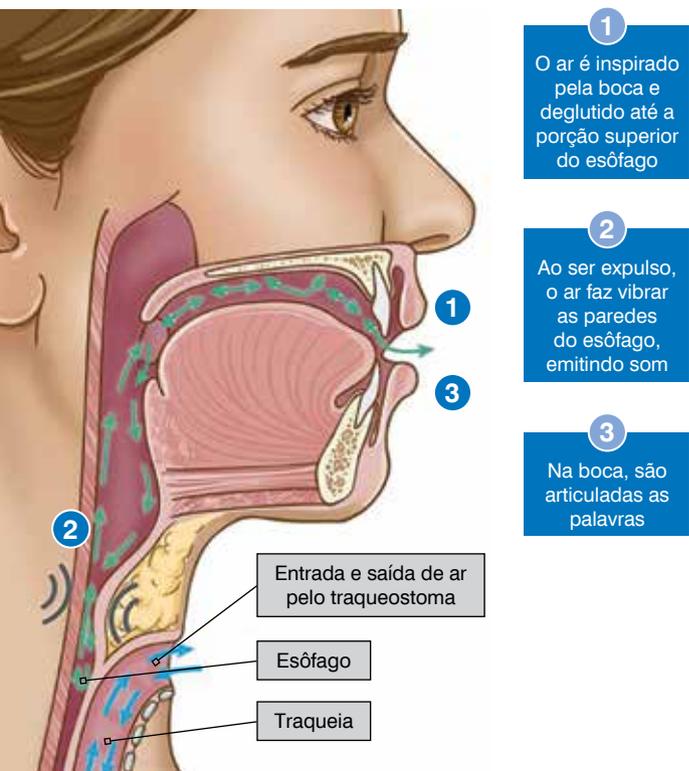
“Gradativamente vamos progredindo essa consistência para pastoso e sólidos macios. Nesses casos, não recomendamos a ingestão de alimentos sólidos secos”, diz a fonoaudióloga.

Tamanho dedicação, de ambos os lados, rende bons frutos. Wellington, por exemplo, hoje integra o Coral Ressoar, formado por pacientes laringectomizados do HCP. E é dono de uma qualidade vocal em voz esofágica excelente e completamente fluente, segundo Roberta. “O auge de sua reabilitação acontece agora. Ele se alegra e se sente estimulado pelo reconhecimento de quem o vê cantar”, comemora.

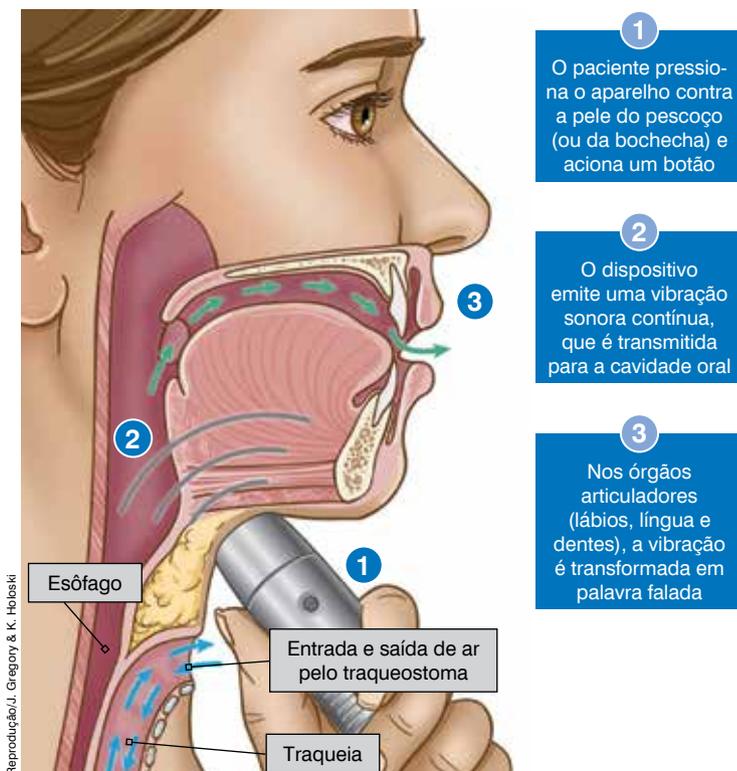
Tipos de reabilitação

Como o paciente laringectomizado pode se comunicar oralmente

VOZ ESOFÁGICA



LARINGE ELETRÔNICA



“Procuramos garantir alguma forma de comunicação e, sempre que possível, o paciente participa ativamente dessa escolha, como uma forma de valorizar sua autonomia. No que se refere à deglutição, é feita uma avaliação morfológica e funcional para averiguar as funções remanescentes e as potencialidades que podem ser trabalhadas em terapia”

ANDRESSA FREITAS, fonoaudióloga do INCA

DE VOLTA À VIDA

Até o início dos anos 1990, a voz esofágica era a única forma de reabilitação vocal disponível para pacientes laringectomizados atendidos no INCA. Com o tempo, outros dois métodos passaram a ser oferecidos: a laringe eletrônica, aparelho que produz uma vibração mecânica, transferida para o sistema fonoarticular ao ser colocada em contato com a pele do pescoço ou da bochecha e que produz uma voz robotizada e monótona, mas compreensível; e a prótese traqueoesofágica, que tem qualidade sonora parecida com a do método pioneiro, porém, em vez de o ar ser deglutido, usa-se o ar dos pulmões, o que aumenta a capacidade de modular a intensidade e a duração da fala.

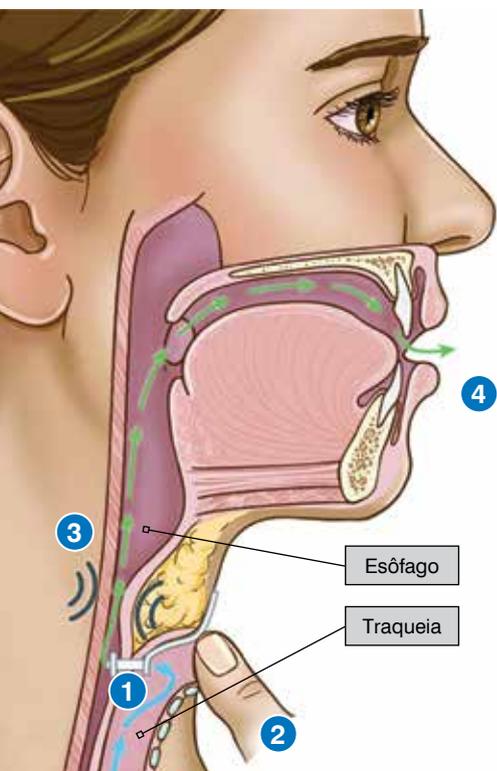
A prótese, introduzida em 2006, foi a solução para a carioca Miriam*, 68, voltar a falar. Há cerca de dez anos, ela passou por uma laringectomia total que, nas palavras da paciente, “acabou” com sua vida, embora tenha removido o tumor. Miriam não conseguia se reintegrar à sociedade, pois, diferentemente de Wellington, não se adaptou à voz esofágica – e não gostava do som produzido pela laringe eletrônica.

Andressa Freitas, fonoaudióloga do INCA, relata como foi o trabalho com Miriam: “Nós procuramos seguir um protocolo de atendimento, desde o pré-operatório, respeitando o fato de que cada pessoa reage de uma maneira ao tratamento. A partir das respostas do paciente, nós avançamos ou retroagimos, para tentar novas abordagens. Nesse caso específico, a paciente procurou se dedicar ao que foi proposto, mas não conseguia aprender a falar pela voz esofágica nem aceitava o uso da laringe eletrônica, cujo som a incomodava. Assim, a prótese, para ela, foi o método ideal.”

Hoje, também nas palavras de Miriam, ela “voltou à vida”. Mesmo idosa, trabalha como governanta, casou-se novamente, integra a Área de Ações Voluntárias do INCA (INCAvoluntário) e permanece no Grupo de Apoio aos Laringectomizados (GAL). Coordenado pelo INCAvoluntário, em parceria com o Serviço de Integração Humana, composto pela Fisioterapia e a Fonoaudiologia do Instituto, o GAL se reúne semanalmente para a prática de exercícios de reabilitação da voz, troca de experiências e ensaio do Coral dos Laringectomizados, do qual Miriam também participa. A iniciativa, pioneira no Brasil, foi da fonoaudióloga aposentada Célia Schwarz Seif, que criou o grupo em 1993.

“O GAL oferece um ambiente de integração social para reforço das informações relativas ao

PRÓTESE TRAQUEOESOFÁGICA



1

Por meio de cirurgia, é feito um orifício entre a traqueia e o esôfago, onde se insere uma pequena prótese com uma válvula unidirecional

2

O paciente respira pelo traqueostoma e, em seguida, cobre-o com o dedo

3

Pela válvula, o ar é redirecionado para o esôfago, fazendo-o vibrar

4

A voz é formada nos órgãos articuladores

Esôfago

Traqueia

processo de reabilitação após o câncer. Nele, também é desenvolvida e treinada a nova forma de comunicação desses pacientes, seja por voz esofágica, laringe eletrônica ou prótese traqueoesofágica”, relata Andressa.

SEQUELAS CIRÚRGICAS

A fonoaudióloga do INCA enfatiza que o tratamento do câncer de laringe, principalmente em estágios avançados, é bastante agressivo. “Há muitas mudanças fisiológicas na deglutição e na fala. Quanto mais avançada for a doença, maiores serão os impactos funcionais, e isso vai determinar diretamente o tempo de reabilitação”, explica Andressa, acrescentando outro fator crítico para a recuperação: o método vocal adotado. “Com a laringe eletrônica, é possível que o paciente consiga se comunicar no primeiro dia da terapia. Já a voz esofágica costuma exigir meses para o aprendizado. A prótese traqueoesofágica é considerada o método ouro para reabilitação vocal. No entanto, nem sempre ela pode ser colocada logo após a retirada da laringe.”

O trabalho com laringectomizados é uma importante vertente da atuação fonoaudiológica em oncologia, mas não a única. De modo bem amplo, o profissional da área é o responsável pela comunicação humana – tanto a fala quanto a audição – e pela deglutição. Pacientes de câncer podem ter essas funções comprometidas antes, durante ou depois do tratamento.

“Procuramos garantir alguma forma de comunicação e, sempre que possível, o paciente participa ativamente dessa escolha, como uma forma de valorizar sua autonomia. No que se refere à deglutição, é feita uma avaliação morfológica e funcional para averiguar as funções remanescentes e as potencialidades que podem ser trabalhadas em terapia. O retorno total da alimentação por via oral nem sempre é possível para todos os pacientes oncológicos. No entanto, a alimentação é muito mais do que fonte de nutrição, é garantia de prazer e qualidade de vida, até mesmo para o paciente em fim de vida”, observa Andressa.

A maior parte das sequelas que necessitam do trabalho do fonoaudiólogo oncológico é decorrente de cirurgias de tumores de cabeça e pescoço. Profissional do Hospital de Amor (HA) – antigo Hospital de Câncer de Barretos, no Estado de São Paulo –, Gisele Giroldo conta que recebe muitos pacientes com problemas na fala. “A cirurgia é um

tratamento invasivo, e as alterações causadas por ela dependem da extensão da área seccionada. Após uma glossectomia parcial [remoção de parte da língua], por exemplo, o paciente passa a apresentar alterações na fala, pois a língua é um dos órgãos responsáveis pela articulação dos sons”, explica.

O procedimento pode levar também a problemas na fase oral da deglutição (que acontece na boca), levando, em diferentes graus, à dificuldade para engolir, chamada disfagia orofaríngea. “A língua é responsável pela manipulação, pelo controle e pela ejeção do alimento, bem como pela gustação e propriocepção”, detalha. A propriocepção é a sensibilidade do músculo, que permite perceber diferentes temperaturas, sabores e texturas.

A fonoaudióloga acrescenta que, nos casos de glossectomia total, é necessário pedir ao serviço de odontologia a confecção de próteses de cavidade oral, a fim de adequar a fala e a deglutição do paciente.

Cirurgias labiais, mandibulectomia (indicada para remoção de tumor em parte ou na totalidade da

Cantei, cantei...

CORAIS HUMANIZAM AMBIENTE HOSPITALAR

A participação em corais é uma atividade bastante estimulada nos tratamentos fonoaudiológicos para pacientes submetidos à cirurgia de remoção da laringe. No Hospital de Amor, o nome escolhido para o grupo evidencia o bom humor dos participantes: Papo Furado. “O coral é uma iniciativa do Departamento de Fonoaudiologia a favor da humanização dos pacientes e desde 2004 é oferecido àqueles que fizeram laringectomia total. Nas reuniões, os participantes trocam experiências para lidar melhor com o tratamento”, conta Gisele Giroldo.

Mensalmente, acrescenta a fonoaudióloga, os integrantes do Papo Furado aprendem a interpretar músicas por meio de voz esofágica ou prótese traqueoesofágica. As apresentações são no próprio hospital. “O intuito maior desse grupo é mostrar para os pacientes que eles não estão sozinhos. É nítida a superação de cada um”, orgulha-se.



Belo Oliveira

No HCP, o Coral Ressoar também segue esses objetivos. “Temos a difícil tarefa de unificar as vozes reabilitadas individualmente, buscando harmonia de entonação e melodia, por meio de músicas regionais e grandes sucessos. Hoje já temos, entre os integrantes, pacientes que fazem uso de laringe eletrônica, voz esofágica e prótese traqueoesofágica. A cada ano o número de convites para novas apresentações só aumenta, e os pacientes se sentem extremamente lisonjeados. Sem falar no impacto positivo que isso traz na ressocialização e qualidade de vida de cada um”, diz Roberta Borba.

Já no INCA, as apresentações públicas do Coral dos Laringectomizados acontecem nas enfermarias e nos ambulatórios, em datas comemorativas ou eventos da instituição. Eventualmente são feitas apresentações externas. O coral passou por uma evolução curiosa, como descreve Andressa Freitas: “No início do GAL, em 1993, havia somente a voz esofágica como método de reabilitação. Essa fala faz com que o repertório se restrinja a músicas de frases e notas mais curtas, com mais pausas para a respiração. Com o tempo, o serviço passou a oferecer a laringe eletrônica. Apesar de o dispositivo produzir uma voz monótona, permite um tempo de sustentação muito maior, o que aumentou as possibilidades no



Divulgação

repertório. A partir de 2006, o INCA passou a implantar a prótese traqueoesofágica. Assim, hoje temos um coral com os três métodos de reabilitação e a possibilidade de um repertório mais amplo, já que os grupos podem se intercalar no canto.”

Andressa destaca que alguns pacientes terminam a fase de reabilitação com a fonoaudiologia e permanecem no coral, para socialização e aprimoramento da comunicação. “O grupo é composto por uma parcela antiga e fiel, mas temos sempre novos integrantes, como acontece na maior parte dos coros tradicionais brasileiros. Como dizia a pioneira Célia Schwarz Seif, o canto facilita o refinamento da voz e a reintegração social.”

“A fonoterapia consiste em adaptações quanto à consistência alimentar, às manobras posturais e aos exercícios de mobilidade de órgãos fonoarticulatórios. Em alguns casos, há necessidade de sugerir uma alimentação alternativa, com base no que for indicado por médicos e nutricionistas”

GISELE GIROLDO, fonoaudióloga do HA

mandíbula) e pelveglossectomia (para tratamento de câncer do assoalho bucal) são outros procedimentos que podem levar a alterações na fala e na deglutição. Em todos esses casos, segundo Gisele, o acompanhamento fonoaudiológico é fundamental. “A fonoterapia consiste em realizar adaptações para cada paciente quanto à consistência alimentar, às manobras posturais e aos exercícios de mobilidade de órgãos fonoarticulatórios. Em alguns casos, há necessidade de sugerir uma alimentação alternativa, com base no que for indicado por médicos e nutricionistas”, esclarece.

ADAPTAÇÕES ALIMENTARES

Embora com menor frequência, a quimioterapia e a radioterapia também podem ocasionar sequelas. Algumas delas são mucosite (inflamação da mucosa interna da cavidade oral e da garganta, que pode levar a feridas), alteração da qualidade vocal (como rouquidão), odinofagia (dor ao deglutir), xerostomia (redução da saliva), disgeusia (alteração e possível ausência de paladar) e disfagia (dificuldade de engolir, impossibilitando que o paciente se alimente de maneira segura por via oral). “O fonoaudiólogo deve acompanhar o paciente durante todo o tratamento químico e radioterápico”, ressalta Gisele Giroldo, que, no HA, trabalha ao lado de sete titulares e sete

residentes da fonoaudiologia não só com portadores de câncer de cabeça e pescoço, mas de todos os serviços que encaminham pacientes com alterações fonoaudiológicas.

Roberta Borba lembra que, na quimio e na radioterapia, o profissional busca minimizar qualquer seqüela que interfira na qualidade da voz e no processo de deglutição. “Muitas vezes, para manter a alimentação por via oral de forma segura e confortável, é necessário realizar adaptações de consistência, volume, temperatura e velocidade de oferta e até manobras de cabeça. Nos casos em que a dificuldade de deglutir é mais intensa e envolve riscos de aspiração ou broncoaspiração, desnutrição ou desidratação, cabe ao fonoaudiólogo, juntamente com a equipe multiprofissional, principalmente médico e nutricionista, sugerir uma via de alimentação alternativa segura, que pode ser a sonda nasoesférica, a gastrostomia (GTT) ou a nutrição parenteral total (NPT), dependendo do caso, para manter o paciente nutrido”, diz.

O atendimento fonoaudiológico no HCP teve início em 1989. Naquela época, os fonoaudiólogos integravam a equipe de cirurgia de cabeça e pescoço do hospital. “A partir de 2013, com a percepção, por parte dos novos gestores, da necessidade de aumentar o número de profissionais mediante a crescente demanda, a fonoaudiologia foi instituída como um serviço independente e seu quadro de profissionais foi ampliado. Hoje, seis profissionais atuam nos ambulatórios, enfermarias clínicas e cirúrgicas, UTI, urgência e cuidados paliativos. Além disso, o setor desenvolve atividades de ensino e pesquisa com residentes, por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, iniciado em 2015”, detalha Roberta.

Já no INCA, a assistência fonoaudiológica conta com cinco profissionais e abrange atendimento ambulatorial, na enfermaria e no CTI, bem como a realização de atividades de ensino e pesquisa em Fononcologia. Segundo Andressa Freitas, os profissionais que estão no atendimento também se envolvem com a pesquisa. “É com estudo que podemos chegar a melhores resultados. A pesquisa aprimora a assistência”, afirma.

A fim de suprir a necessidade de aprimoramento científico nessa área, foi inaugurado, no último ano, o Laboratório Interdisciplinar de Cabeça e Pescoço (Licep), formado por um grupo interessado na pesquisa clínica centrada na reabilitação. Atualmente, o Licep é composto por profissionais e alunos médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, odontólogos e biomédicos. ■

** Nomes fictícios*

personagem

CABELEIREIRO DAS CELEBRIDADES CONTA COMO SUPEROU UM LINFOMA, QUE EXIGIU CINCO MESES DE INTERNAÇÃO

“Sem forças, mas com fé”

No mundo dos famosos, Marco Antônio de Biaggi é um símbolo de sucesso e um selo de prestígio. O cabeleireiro de origem humilde, nascido em Pirituba (SP), sonhou alto e hoje é um dos mais prestigiados *hair stylists* do País. Pelo seu salão, o MG Hair, no bairro dos Jardins, em São Paulo, passaram nomes como a bilionária Athina Onassis, a *top model* Naomi Campbell, as atrizes Bruna Marquezine e Marina Ruy Barbosa, a apresentadora Adriane Galisteu e a cantora Anitta.

Vaidoso, ele sempre contou também com um histórico de saúde politicamente correto. “Não fumo e não sou chegado a bebidas alcoólicas. Eu malhava todos os dias antes de ir trabalhar. Acho que meu único pecado era comer uma coxinha ou uma pizza de vez em quando. Ninguém da minha família teve câncer antes de mim”, diz Marco Antônio.

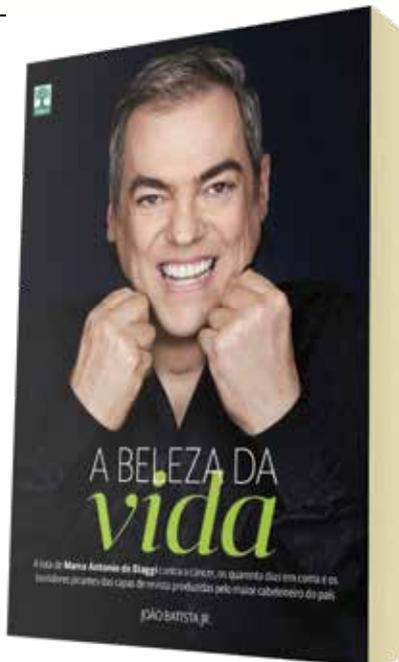
Aos 53 anos, completados em abril, ele fala com segurança e tranquilidade sobre a prova de fogo pela qual passou. Em janeiro de 2015, Marco iniciou o enfrentamento de um linfoma, que lhe trouxe várias complicações inesperadas. Foram cinco meses internado, uma pneumonia, seis quimioterapias, 45 dias

em coma induzido, quatro paradas cardíacas, três pontes de safena e uma mamária.

SINAIS E DESCOBERTA

Sempre com uma rotina movimentada, entre trabalho e muitos compromissos sociais, Marco Antônio começou a se sentir muito cansado no fim de 2014. “Ficava no salão entre 12 e 14 horas por dia e achei que o esgotamento físico era consequência disso. Como se aproximava o final do ano, pensei em segurar as pontas até o Natal e depois ir para o Rio de Janeiro, me hospedar no Copacabana Palace e tirar uns 15 dias de férias”, lembra.

Uma semana antes do dia 25 de dezembro, veio a primeira surpresa: um nódulo na axila direita. A lesão começou a aumentar, mas, mesmo assim, o cabeleireiro não deu tanta importância – até a dor chegar com força. “Fui ao pronto-socorro. O médico fez exames de sangue e me liberou, dizendo que eu não tinha nada. Segundo ele, deveria ser alguma gripe, uma infecção que peguei e se criou uma íngua”, relata.



“Lembro do médico do pronto-socorro falando que não era nada e que, se os sintomas não sumissem em dois meses, aí, sim, eu deveria começar a me preocupar. Imagina se eu tivesse esperado esse tempo todo para investigar”

Marco, então, embarcou para a tão planejada viagem para o Rio de Janeiro, mas seu organismo apresentou outros sinais de que as coisas não iam bem. “Logo que cheguei ao hotel, percebi que algo estava estranho. Nem parecia mais eu, ficava cansado por tudo. Deitava à noite para dormir e acordava com uma sudorese assustadora, dava para torcer o lençol de tão molhado. Dei trabalho para as camareiras”, conta.

Depois desse mal-estar, ele resolveu ir a um hospital, no Rio, onde fez novos exames de sangue e uma tomografia. Mas o diagnóstico foi o mesmo de antes. “Lembro perfeitamente do médico do pronto-socorro falando que não era nada e que, se os sintomas não sumissem em dois meses, aí, sim, eu deveria começar a me preocupar. Imagina se eu tivesse esperado esse tempo todo para investigar”, diz.

Quando voltou para São Paulo, em meados de janeiro, o cabeleireiro se consultou com seu médico, que pediu uma biópsia. O resultado apontou um

linfoma não Hodgkin, neoplasia maligna originária dos gânglios. Marco lembra que teve um pensamento prático quando soube o diagnóstico. “A primeira coisa que pensei foi como contar para meus pais, que já são velhinhos. Depois lavei o rosto, fiz a barba, passei um ‘perfumão’ e fui trabalhar”, recorda. Ele procurou um hospital especializado em São Paulo, onde iniciou o tratamento.

PRECONCEITO E OTIMISMO

Além de se preparar para enfrentar desafios como a queda de cabelos, Marco também contaria com um obstáculo que o preocupava. “Eu tinha um contrato milionário com uma marca de cosméticos. Sabia que não iriam querer associar a imagem deles ao câncer”, analisou, na ocasião. A preocupação tinha fundamento, e a empresa desfez o contrato pouco depois de o cabeleireiro assumir a doença publicamente.

Foram marcadas sete sessões de quimioterapia. “Não me preocupei na hora. Ia trabalhar depois da química e percebi que o medo perde poder se você o encarar. Depois de 15 dias, os cabelos começaram a cair. Acho que foi o meu momento de desespero”, diz. Para não revelar nada, ele decidiu raspar todo o cabelo e escrever nas redes sociais que era uma promessa pela melhora da saúde do pai, que no mesmo período colocou pontes de safena.

Passaram alguns meses, o linfoma desapareceu e ele nem precisou da sétima sessão de quimioterapia. Quando tudo parecia bem, o destino aprontou mais uma armadilha, com um desafio ainda maior. Em maio, Marco Antônio teve uma crise de falta de ar, em casa, e pediu socorro à irmã. “No hospital, constataram que eu estava com pneumonia Sars [síndrome respiratória aguda grave, também

Fotos: arquivo pessoal



Adriane Galisteu, Maria Fernanda Cândido, Claudia Leite e Sabrina Sato estão entre as clientes de Marco Antônio de Biaggi

conhecida como pneumonia asiática], e os antibióticos não faziam efeito. Tive, então, uma parada cardíaca grave. Precisei colocar pontes de safena e uma mamária, e só sai de lá depois de cinco meses de internação. Era uma montanha russa – pensavam que estava tudo sob controle, mas acontecia uma coisa nova, resolviam, aí acontecia outra”, recorda.

O período de internação custou 37 quilos ao cabeleireiro, que não se esquece das dificuldades que enfrentou no hospital. “Era muita sede enquanto estava entubado. Lembro das enfermeiras molhando gazes e passando na minha boca. Daria qualquer coisa por um copo d’água”, revela.

Em junho, Marco Antônio foi colocado em uma máquina chamada Ecmo, uma espécie de pulmão externo, por 11 dias, e iniciou hemodiálise. Além de tudo isso, escaras surgiram no seu corpo, por ficar tanto tempo deitado na mesma posição. “A ferida ia até o osso, doía muito. Acho que só curei mesmo depois de dois anos. Mesmo ela fechada, continuava doendo só de passar a mão em cima”, diz.

Segundo o *hair stylist*, o otimismo foi a mola que o impulsionou para sair vitorioso do hospital.

“Percebi que poderia incentivar as pessoas que estão passando pela mesma situação a ter esperança. Hoje dou palestras e não me nego a falar com ninguém sobre esse assunto”



“Não tive medo nem pensei em morte. Coloquei coisas boas na mente. ‘Quando sair daqui, vou fazer o que gosto: andar no calçadão de Copacabana, com o vento do mar no meu rosto, parar na feirinha de Ipanema e comer acarajé, ter as frutas geladas de que tanto gosto no café da manhã’”, emociona-se.

Mesmo depois da alta, em novembro de 2015, os problemas pareciam não ter fim. Marco Antônio começou a apresentar problemas para se movimentar e não aguentava ficar de pé. Precisou voltar para o hospital e passar por mais uma bateria de exames. Foi diagnosticado com neuropatia periférica, doença que afeta os nervos responsáveis por encaminhar informações do cérebro e da medula espinhal para o restante do corpo.

Hoje, o cabeleireiro ainda não consegue andar normalmente, mas tem a ajuda de uma bengala e de sessões de fisioterapia em casa. Para dar seus primeiros novos passos, ele também passou por um tratamento com um robô, chamado Lokomat, no qual ficava sustentado em pé, pela cintura, enquanto suas pernas eram encaixadas em órteses que se movimentavam, reproduzindo a marcha.

AMOR EM DOBRO

O cabeleireiro assumiu publicamente o câncer em janeiro de 2016, colocando em seu perfil no Instagram uma foto com os médicos e a família em um restaurante. “Saiu também uma matéria na *Veja*, que fez eu me sentir abraçado pelo mundo. Fazer isso foi libertador. Percebi que poderia incentivar as pessoas que estão passando pela mesma situação a ter esperança. Hoje dou palestras sobre a experiência que tive com o câncer e não me nego a falar com ninguém sobre esse assunto”, enfatiza.

Em 2107, Marco Antônio lançou o livro *A beleza da vida*, destinando toda a renda das vendas para instituições que tratam de crianças com câncer. Além de colher depoimentos do próprio biografado, o escritor João Batista Jr. passou mais de um ano entrevistando familiares, amigos e clientes do *hair stylist*.

O cabeleireiro não está trabalhando como antes, mas já voltou ao seu salão de beleza. Atualmente, ele toma cápsulas de vitamina para fortalecimento e faz tratamento de imunoterapia. “Não posso falar que rezava enquanto estava no hospital, não aguentava. Mas realmente procurei pensar positivo e planejava voltar a fazer as coisas simples da vida quando saísse de lá. Mentalizava eu entrando no salão, passeando na praia, conversando com meus amigos. Não tinha força, mas tinha fé”, desabafa.

prevenção

PESQUISA MOSTRA QUE BRASILEIRO TEM IDEIA DE COMO EVITAR A DOENÇA, MAS DESCONHECE SINTOMAS QUE FAVORECEM A DETECÇÃO PRECOCE

O que você sabe sobre câncer?

Esperança e medo convivem quando o assunto é câncer. Pesquisa da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Sboc) sobre o grau de conhecimento da população acerca da doença mostra que 80% das pessoas acreditam na cura, enquanto 41% dizem ter medo nível 10 (grau máximo da escala usada no estudo) quando pensam em câncer. Em geral, os brasileiros têm conhecimento considerado razoável (nível 5) em relação à doença, e os tipos mais conhecidos de neoplasias malignas – mama, próstata e pulmão – são justamente os mais disseminados por meio de campanhas. Os três cânceres são também os mais incidentes na população brasileira, segundo o INCA (excluídos os de pele do tipo não melanoma).

“Pelo contato que temos com os pacientes, já imaginávamos vários pontos que a pesquisa comprovou”, diz Claudio Ferrari, oncologista da Sboc. “Os resultados mostram onde devemos agir. Existem fraquezas de comunicação com o público. Talvez a gente precise de mais publicitários e menos médicos”, sugeriu.

A pesquisa foi feita com 1.500 homens e mulheres a partir de 18 anos, de todas as classes sociais e em todos os estados do País. Os dados foram coletados em julho de 2017 e apresentados no final do ano, no Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, realizado no Rio de Janeiro. O objetivo principal

do estudo foi identificar as principais lacunas de conhecimento da população brasileira em relação ao câncer e avaliar de que maneira a informação se transforma em atitude favorável à redução de riscos de desenvolver a doença.

“A confiança na medicina e nos profissionais de saúde nos chamou a atenção, bem como o otimismo com que a população enfrenta o câncer. O ponto de fragilidade demonstrado pela pesquisa foi o desconhecimento acerca dos sintomas do câncer”, comenta Ferrari. O estudo, de fato, comprova que os brasileiros acreditam nas instituições de saúde: 88% dizem confiar nos médicos; 81%, na equipe de enfermagem; e 78%, nos hospitais. Os veículos de comunicação (jornais, TV, rádio, revistas) inspiram confiança em 43% dos entrevistados, e o governo, em apenas 27%.

Um ponto importante indicado na pesquisa é o desconhecimento de sintomas que poderiam auxiliar na detecção precoce do câncer. Uma reduzida parcela dos participantes associa à doença os seguintes sinais: presença de sangue nas fezes (21%); perda de peso espontânea (22%); sangue na urina (23%) e dor no estômago (26%). Também chama a atenção o número de pessoas que não realiza nenhum exame preventivo (24%). As principais justificativas são “ausência de plano de saúde” e “falta de tempo”.

MENOS RISCO

Quanto aos fatores de risco, a população brasileira sabe das principais ações a serem tomadas para prevenir o câncer: não fumar, se expor ao sol moderadamente e alimentar-se de forma saudável. Os níveis de conhecimento sobre o que deve ser feito para reduzir as chances de desenvolver câncer são altos: 91% responderam evitar o cigarro; 86%, se proteger do sol; 83%, comer mais frutas, legumes e folhas; 81%, evitar consumo de produtos industrializados; 80%, praticar exercício físico; 79%, evitar o consumo do álcool; e 72%, usar preservativo.

Dessa forma, uma das principais conclusões da pesquisa foi que as campanhas de comunicação de massa, como o Outubro Rosa, são ferramentas eficazes na disseminação de conhecimento e devem ser amplificadas. No entanto, sugere que talvez seja o momento de se voltar para outros tipos de câncer com alta incidência, mas baixo reconhecimento por parte da população, como os de esôfago e bexiga (sexto e sétimo mais incidentes no Brasil entre os homens e 10º e 13º da população em geral). Isso porque, normalmente, o contato com os cânceres menos conhecidos

“É hora de pensar a saúde de maneira ampla, globalmente. Não é só o trabalho dos médicos. Diante do fato de que a população já entendeu os fatores de prevenção, tem que haver um esforço em rede. Cabe a outras instituições, que não sejam exatamente de saúde, trabalhar a questão do câncer também”

CLAUDIO FERRARI, oncologista da Sbcoc

acontece por meio da experiência pessoal, seja pelo próprio diagnóstico ou de alguém conhecido.

Para Luis Carlos Thuler, pesquisador associado do INCA, as estratégias para detecção precoce devem ser destinadas a dois públicos distintos: “O primeiro foco de ação educativa é a população, que deve reconhecer os sinais do câncer. O segundo é voltado para o profissional de saúde, que não só deve reconhecê-los, mas também solicitar os exames corretos”. Claudio Ferrari acrescenta: “É hora de pensar a saúde de maneira ampla, globalmente. Não é só o trabalho dos médicos. Diante do fato de que a população já entendeu os fatores de prevenção, tem que haver um esforço em rede. Cabe a outras instituições, que não sejam exatamente de saúde, trabalhar a questão do câncer também”.

A pesquisa da Sbcoc identificou que, embora as pessoas tenham conhecimento dos fatores de risco, elas não estão, necessariamente, dispostas a tomar atitudes em prol de sua saúde. Para Ferrari, é preciso oferecer mais oportunidades de mudança de estilo de vida: “A culpa não é da população, é de quem cuida dela. Se as pessoas estão malcuidadas, talvez as recomendações médicas devam ser mais incisivas”, avalia.

Thuler foi um dos pesquisadores do estudo *Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro*, realizado em 2014, que identificou justamente o problema da baixa adesão a ações de saúde, mesmo quando estão ao alcance da pessoa. Foram criadas todas as soluções para que um grupo de 1.093 mulheres fizesse exame preventivo de câncer do colo do útero: o local do exame era próximo à residência delas e houve agendamento prévio de dia e horário com agentes de saúde. Das pesquisadas, 29% faltaram ao exame, e as razões para a não adesão ao preventivo foram, principalmente, a falta de percepção de risco, ou seja, imaginar que o exame era desnecessário; descuido; ou se achar fora do grupo que seria suscetível ao câncer do colo do útero. Em seguida vieram as barreiras sociais, principalmente indisponibilidade em razão do trabalho.

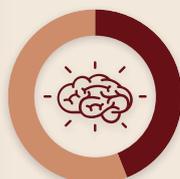
COMO ENGAJAR

A solução para mais engajamento em práticas saudáveis, segundo os especialistas, é tomar atitudes menores, em vez de uma transformação radical nos hábitos. Para Ricardo Brandão de Oliveira, coordenador adjunto do Programa de Pós-Graduação em

A voz do povo

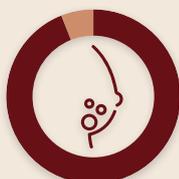
O que se fala no Brasil sobre câncer,
segundo o levantamento da Sbc

Percepção



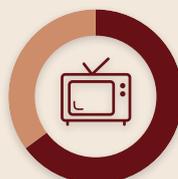
44%
acreditam ter
conhecimento mediano
sobre a doença

Tipos



94%
já ouviram falar de
câncer de mama, mas
apenas 67% conhecem
o de esôfago, 6º mais
incidente na população
masculina*

Fonte



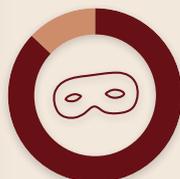
69%
têm a TV como
principal meio de
informação sobre
câncer

Heróis



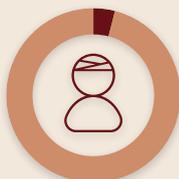
96%**
apontam cirurgiões
bem treinados,
consultas médicas e
radioterapia os fatores
mais importantes para
o tratamento

Vilões



87%**
consideram tabagismo,
herança genética e
exposição solar as
principais causas para
desenvolvimento da
doença

Experiência



4%
foram diagnosticados
com câncer, enquanto
56% conhecem
pessoas impactadas
pela doença

Tratamento



62%
dos pacientes foram
tratados em hospital
público

Queixas



38%
consideram marcação
de consultas,
realização de exames
e fechamento do
diagnóstico as maiores
dificuldades do
paciente

* Fonte: Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil (INCA) ** Em média



“É necessário reconhecer as singularidades e não determinar o que deve ser feito ou não.

Nas campanhas de prevenção ao câncer, deve-se levar em conta o recorte social, de geração, de gênero. Isso significa, de forma resumida, considerar o estilo de vida das pessoas”

KÁTIA SOUTO, mestre em Sociologia e doutoranda em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz

Ciências do Exercício e do Esporte, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), o ideal são pequenas mudanças. “É mais fácil seguir uma recomendação nutricional, por exemplo, pedindo para retirar o saleiro da mesa do que começando uma grande dieta”, compara.

Brandão ressalta que, em termos epidemiológicos, o que se espera é a prática de atividade física, o que não significa, necessariamente, exercícios. “Os estudos clínicos falam de movimento humano. A ideia não é que a pessoa se matricule numa academia, mas que faça escolhas por uma vida mais ativa, com mais gasto de energia. É isso que está associado à diminuição do risco de doenças, incluindo o câncer”, explica.

Assim, a questão é: como haver políticas públicas relacionadas à saúde? O oncologista Claudio Ferrari acredita que a saída seja um trabalho conjunto: “Secretarias de esporte e lazer, iniciativa privada, Governo Federal, sociedade civil, empresas... A solução passa pelas parcerias. Existem bons exemplos, como centros esportivos públicos e cozinhas experimentais abertas à comunidade. Aos poucos, cria-se uma onda de mudança no estilo de vida que levamos hoje”. Brandão reforça

esse posicionamento: “Não dá para culpar a população. As pessoas não são preguiçosas; elas têm pouca chance de fazer boas escolhas. O ambiente favorece, ou não, que o indivíduo tome decisões saudáveis”.

Um exemplo de opção para tornar a população mais ativa é o Academia da Saúde, criado em 2011 pelo Ministério da Saúde. O programa instala aparelhos para exercícios em praças e foi baseado em evidência científica: estudos comprovavam que se as pessoas tivessem, num raio de até dois quilômetros, um espaço público com os equipamentos, iriam se engajar. “Essa iniciativa se mostrou um sucesso e aumentou a prática de atividade física na população dos locais onde foi implementada. Já temos pesquisas que comprovam isso”, diz Brandão.

“Todo o ambiente em que esse indivíduo está inserido, onde mora, onde trabalha, a questão da segurança pública – que para nós, brasileiros, é essencial –, tudo isso influencia na atividade física”, acredita Brandão. A tese de que condições sociais são importantes para levar ao engajamento da população em hábitos saudáveis é defendida também por Kátia Souto, mestre em Sociologia e doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz): “É necessário reconhecer as singularidades e não determinar o que deve ser feito ou não. Nas campanhas de prevenção ao câncer, deve-se levar em conta o recorte social, de geração, de gênero. Isso significa, de forma resumida, considerar o estilo de vida das pessoas”.

Kátia tem uma longa atuação junto a mulheres com HIV e acredita que há uma questão fundamental no trabalho de convencimento em relação à saúde. “A forma da abordagem hoje é muito prescritiva; a informação é passada de forma generalizada”, diz. A pesquisadora ressalta que na questão da alimentação, por exemplo, muitos aspectos devem ser considerados. “O que é dito como saudável pode não significar a mesma coisa para todos. O Brasil é um País continental, com hábitos alimentares regionalizados e que são desenvolvidos na infância, a partir da condição social”, pondera.

Ela também destaca a importância de trazer as campanhas de saúde para o âmbito pessoal: “É questão de as pessoas se identificarem com o que está sendo mostrado. A pessoa precisa se reconhecer em algum pedaço daquela história. Acho que falta aproximar da vida real as informações que são passadas”. ■

ciência

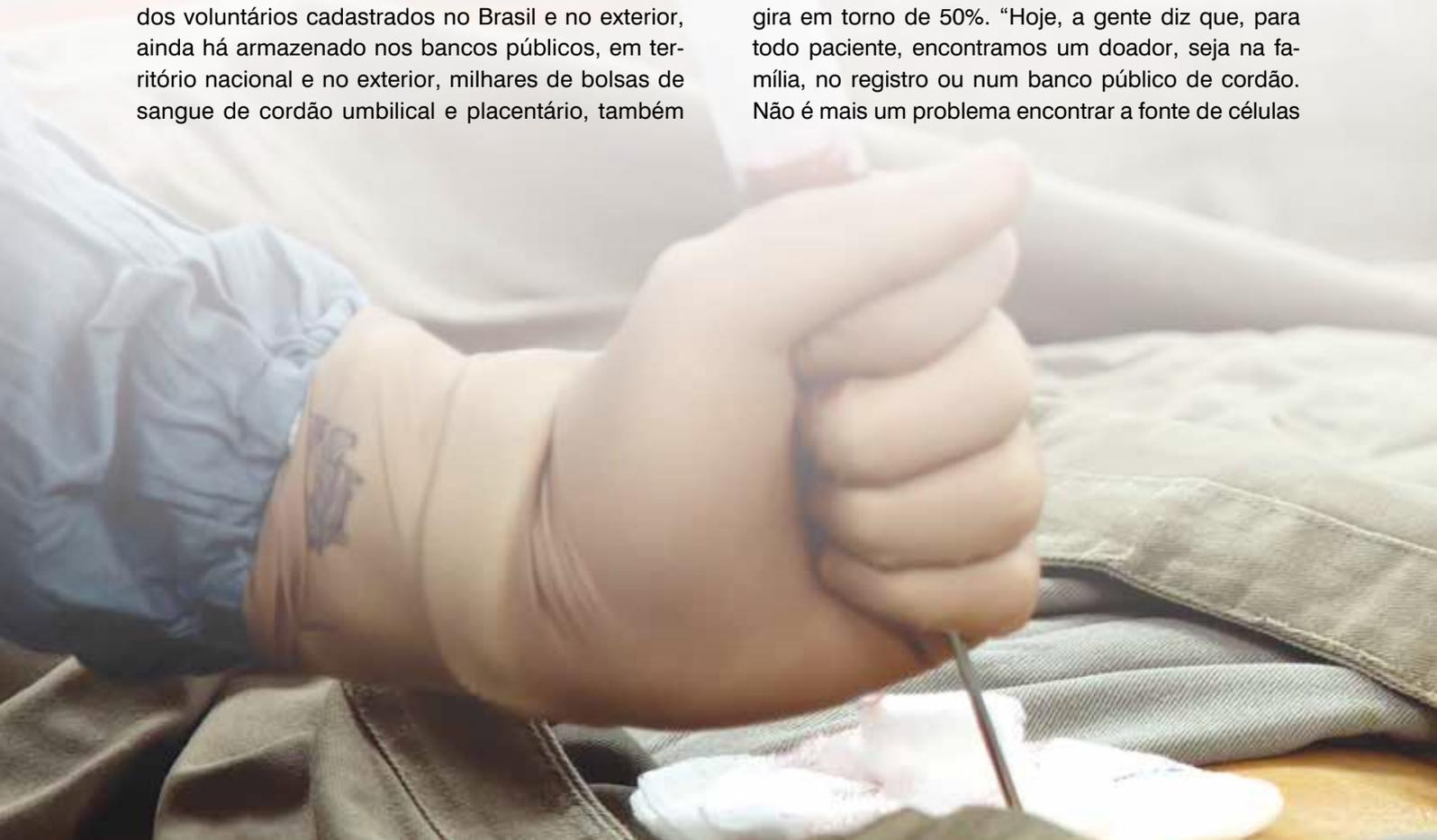
AOS POUCOS, TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA COM DOADOR APENAS 50% COMPATÍVEL VAI SE TORNANDO OPÇÃO VIÁVEL

Esperança para todos

Um quarto dos pacientes que precisam de transplante de medula óssea tem um irmão compatível. Os que não têm essa sorte contam com os 4 milhões de doadores cadastrados no País, além dos milhões de voluntários no mundo todo – o Brasil integra a Rede Internacional de Doadores de Medula Óssea, que permite que brasileiros sejam beneficiados com doação de estrangeiros e vice-versa. Além dos voluntários cadastrados no Brasil e no exterior, ainda há armazenado nos bancos públicos, em território nacional e no exterior, milhares de bolsas de sangue de cordão umbilical e placentário, também

uma alternativa de células para a realização do transplante. Ainda assim, essa conta não fecha – alguns pacientes não encontram em nenhuma dessas fontes um doador compatível.

Mas uma nova opção se mostra promissora e pode acabar com essa dificuldade: o transplante haploidêmico, feito com células de familiares parcialmente compatíveis. A compatibilidade, geralmente, gira em torno de 50%. “Hoje, a gente diz que, para todo paciente, encontramos um doador, seja na família, no registro ou num banco público de cordão. Não é mais um problema encontrar a fonte de células

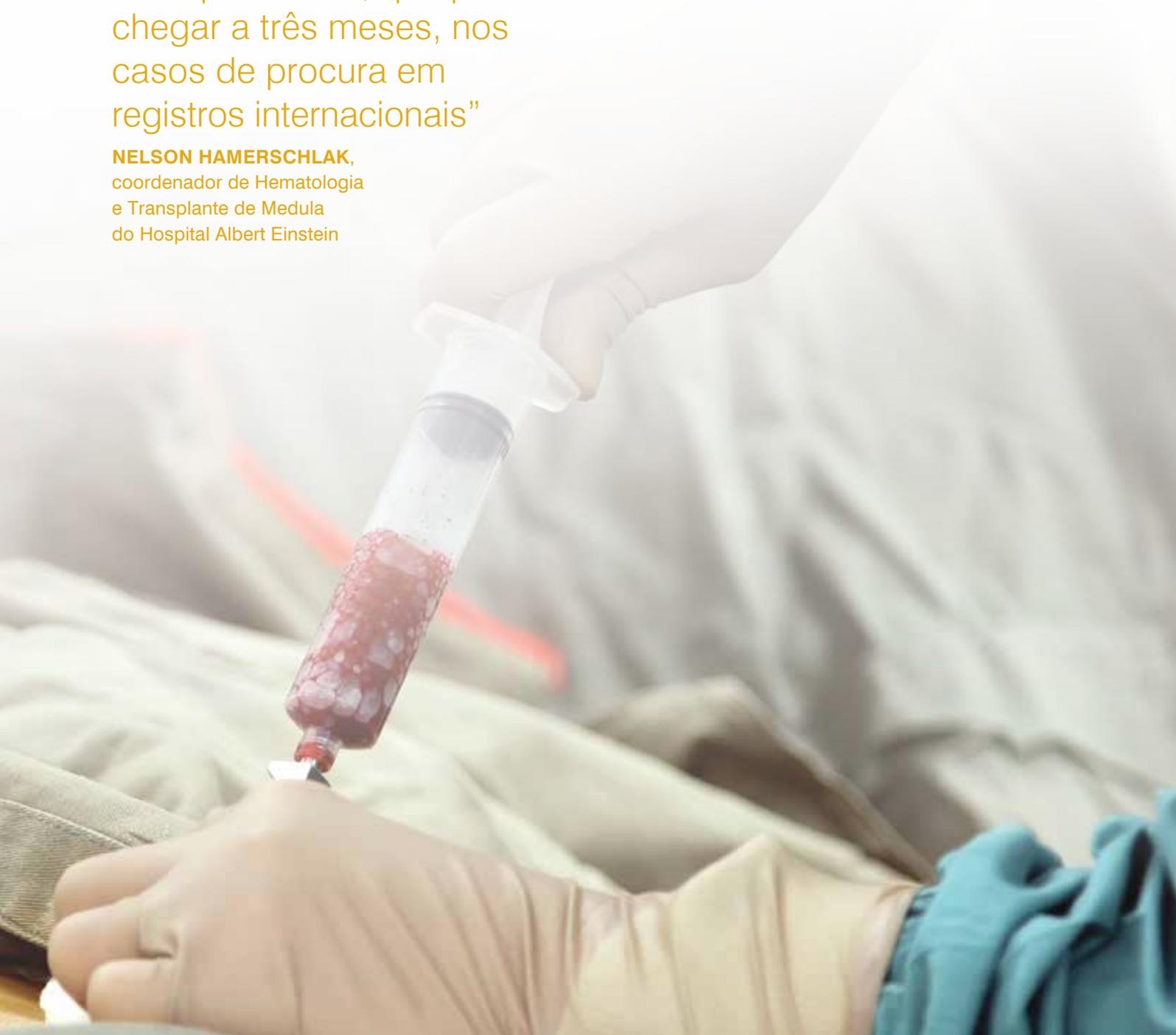


“Em casos urgentes, nos quais não temos compatibilidade entre irmãos, o doador haploidêmico será rapidamente selecionado, comparando-se com o tempo médio de busca e confirmação de um doador não aparentado, que pode chegar a três meses, nos casos de procura em registros internacionais”

NELSON HAMERSCHLAK,
coordenador de Hematologia
e Transplante de Medula
do Hospital Albert Einstein

para o transplante”, comemora o médico hematologista Vanderson Rocha, professor titular do Serviço de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e diretor da Fundação Pró-Sangue (SP). Após o procedimento, que nada mais é que uma infusão de células no paciente (de modo semelhante a uma transfusão de sangue), este vai ser submetido a um tratamento com ciclofosfamida, medicamento que impede a rejeição do material transplantado.

“Os resultados do transplante haploidêmico têm se mostrado similares ao com uso de células de doadores não aparentados compatíveis, ou seja, os voluntários cadastrados nos registros”, explica



Rocha. O procedimento nem é tão novo assim, mas era feito de outra maneira: havia manipulação das células em laboratório antes de o material ser infundido no paciente, para retirar os linfócitos (tipo de glóbulo branco) que seriam incompatíveis. As respostas eram, então, muito irregulares – alguns hospitais conseguiam bons resultados, e outros, não. No Brasil, não era nem mesmo tentado. Foi somente quando o oncologista Ephraim Fuchs, do hospital John Hopkins, nos EUA, começou a utilizar a ciclofosfamida após o transplante que o método se popularizou.

“Na última década, e com mais força nos últimos cinco anos, o transplante haploidêntico voltou a ser uma opção viável. Antes, o procedimento tinha desafios imunológicos para os quais ainda não havia boas soluções”, revela Danielli Oliveira, chefe da Seção de Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome), coordenado pelo INCA. A médica hematologista ressalta que o uso da ciclofosfamida viabilizou o método, pois o medicamento inibe a ação dos linfócitos das células infundidas no paciente. Dessa forma, é muito mais fácil reproduzir o procedimento.

Atualmente, o transplante haploidêntico é realizado em larga escala e alcança bons resultados. O

“O tempo de seguimento dos pacientes [no transplante haploidêntico] não é tão longo para sabermos se haverá recaída, se outros problemas que não estamos vendo agora poderão acontecer. Com o transplante com cordão, já temos mais de 20 anos de experiência, sabemos o que virá no médio prazo”

VANDERSON ROCHA, professor titular do Serviço de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da USP

Brasil está em uma curva de aprendizado em relação ao método – nem todos os centros de transplante o fazem, e em alguns, como o do INCA, ainda é protocolo de pesquisa. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO), até 2016 já haviam sido realizados cerca de 200 transplantes haploidênticos no País. “Na prática, os hospitais que fazem o transplante com doador compatível também podem fazer o haploidêntico”, diz Vanderson Rocha. Mas a chefe do Redome esclarece que há alguns cuidados diferenciados: “O pós-transplante exige cautela. É por isso que, aqui no Brasil, cada centro está aprendendo em seu tempo”.

PRÓS E CONTRAS DO PROCEDIMENTO

Entusiasta do transplante de medula haploidêntico, o médico Nelson Hamerschlag, coordenador de Hematologia e Transplante de Medula do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, diz que uma das vantagens do método é a disponibilidade imediata do material a ser infundido: “Em casos urgentes, nos quais não temos compatibilidade entre irmãos, o doador haploidêntico será rapidamente selecionado, comparando-se com o tempo médio de busca e confirmação de um doador não aparentado, que pode chegar a três meses, nos casos de procura em registros internacionais”.

Outro ponto importante a favor do transplante haploidêntico é o custo do procedimento. “Os custos são significativamente mais baixos na busca de doadores haploidênticos em comparação a doadores não aparentados e de sangue de cordão umbilical”, salienta o especialista. “No Brasil, onde a rede de transplantes é majoritariamente pública, quem paga é o governo. O material que vem de registros internacionais ou bancos de cordão do exterior envolve mais despesas”, complementa Vanderson Rocha.

Para Hamerschlag, “não existe definição de melhor fonte de células para um transplante”. “De modo geral, há que se considerar várias condições, como idade do paciente, urgência, diagnóstico (o transplante é recomendado para diferentes males do sangue, como leucemias, linfomas, mielomas, anemias graves, entre outras) e características da doença no momento do procedimento. A análise criteriosa de todos esses fatores leva à decisão médica de, na ausência de um doador aparentado compatível, escolher entre um não aparentado, células de cordão umbilical ou doador haploidêntico”, acrescenta. O médico também indica quais seriam

as principais desvantagens do método: “Aumenta o risco de rejeição e de infecções e pode ocasionar maior número de recidivas”.

Danielli Oliveira chama a atenção para uma questão que, segundo ela, pode estar sendo negligenciada. “Minha preocupação é que pode haver um excesso de entusiasmo, uma certa precocidade, porque os resultados são muito recentes”, pondera. Para a chefe do Redome, a opção pelo doador haploidêntico, em detrimento de um não aparentado compatível, ocorrerá porque a pessoa é o irmão, o pai ou a mãe do paciente e, por isso, estará disponível para doar em cinco dias, enquanto um doador não aparentado vai precisar de mais tempo. “Trata-se de uma doação de medula óssea como qualquer outra. Não se pode menosprezar os riscos para os doadores aparentados, de maneira geral, e dos haploidênticos, em particular”, alerta.

“Eu penso na vulnerabilidade dessa pessoa, porque, no centro de transplante, todo mundo se preocupa com o paciente. O doador é quase um detalhe. O doador aparentado não tem o direito de sentir medo, de ter dúvida. Eventualmente, ele pode ter questões de saúde que representem um risco relativo, mas que poderiam ser negligenciadas porque ele está ali para ajudar um parente que precisa muito. Não é só no Brasil que isso acontece. É um conflito de interesses, uma questão ética, que ocorre no mundo todo.”

Segundo Danielli, o assunto está em pauta em todos os congressos e eventos da área, mas falta, dentro dos hospitais, quem esteja mais atento ao doador haploidêntico. Para ela, deve-se considerar que essa pessoa, como qualquer outro doador, precisa de uma avaliação isenta, feita, idealmente, por uma equipe que não seja a que vai realizar o transplante. “Ninguém pensa que cinco dias não é tempo suficiente para dar àquele indivíduo o direito de refletir sobre os riscos aos quais vai se expor, independentemente de ser uma doação para o pai, o irmão ou a mãe”, contextualiza.

SANGUE DE CORDÃO X DOADOR HAPLOIDÊNTICO

Mesmo com tantos pontos positivos e resultados animadores, é necessário ser cauteloso e evitar euforia com o transplante de medula óssea haploidêntico. Basta lembrar que, há cerca de 20 anos, as células do sangue do cordão umbilical eram festejadas como a solução para os pacientes que precisavam do transplante. Afinal, também havia a

possibilidade de o doador não ser totalmente compatível, uma vez que as células do cordão são imaturas, ou seja, ainda podem se adaptar em algum grau e não sofreram nenhum estímulo imunológico. Além disso, o material está disponível para uso muito rápido – basta retirar do banco onde esteja armazenado – e não oferece nenhum risco para o doador.

No entanto, o sangue de cordão vem perdendo bastante espaço, pois os contras desse tipo de material acabam se sobrepondo aos prós quando comparado ao doador haploidêntico. “O surgimento de mais uma modalidade de transplante diminuiu significativamente o uso do sangue de cordão umbilical em todo o mundo, e até mesmo o de doadores não aparentados, mas em uma escala bem menor”, conta Nelson Hamerschlak. Porém, o hematologista frisa que o sangue do cordão tem uma vantagem: é o material que oferece a menor taxa de recidiva. “Acredito que todas as formas de transplantar são importantes, e tecnologias futuras vão ajudar a definir o que é melhor para cada caso.”

Vanderson Rocha também é diretor científico da Eurocord, a rede de bancos de cordão umbilical da Europa. Defensor do uso dessas células, o médico reconhece que, embora os resultados dos transplantes com o material sejam semelhantes ao dos haploidênticos, os procedimentos com cordão umbilical vêm diminuindo em todo o mundo. “O cordão tem algumas desvantagens, especialmente a lentidão no que chamamos de ‘pega da medula’. Isso significa que o paciente fica mais tempo hospitalizado, o que aumenta o risco de infecções”, destaca. Rocha concorda que é preciso conter o excesso de empolgação com o transplante haploidêntico: “O tempo de seguimento dos pacientes não é tão longo para sabermos se haverá recaída, se outros problemas que não estamos vendo agora poderão acontecer. Com o transplante com cordão, já temos mais de 20 anos de experiência, sabemos o que virá no médio prazo”.

E se o transplante haploidêntico continuar se mostrando uma opção melhor para os pacientes, o que fazer com os milhares de cordões umbilicais armazenados nos bancos públicos? Quem responde é o próprio médico: “Vamos encontrar novas indicações para os que já estão congelados. Existem estudos, na Europa e nos EUA, sobre a utilização de células do cordão para tratar outras doenças, como sequelas do acidente vascular cerebral. Além disso, o material pode ser usado para pesquisa e é uma possibilidade futura na medicina regenerativa. Uma alternativa é expandir as células em laboratório e transformá-las em outros tipos”, prevê. ■

... E adultos em risco

Pesquisas anteriores com adultos também encontraram associação entre o fumo e a circunferência da cintura elevada. Essas pesquisas sugerem que uma possível explicação para o fato seria que a nicotina (substância do tabaco que causa a dependência) aumenta a resistência à insulina, que, por sua vez, está relacionada ao depósito de gordura na região abdominal. Essa pode ser uma explicação para o resultado do estudo apresentado, mas a relação de causalidade entre o tabagismo e a obesidade abdominal em adolescentes ainda precisa ser mais investigada por pesquisas específicas.

Vitórias

O coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA (Conprev), Eduardo Franco, ao discorrer sobre os *Avanços do Programa Nacional de Controle do Tabagismo*, apresentou dados mostrando que as ações articuladas entre diversos parceiros públicos e privados puderam reduzir, apenas nos últimos dez anos, o número de fumantes no Brasil em 35%. Em 2006, 15,7% dos adultos fumavam, contra 10,2% em 2016. Ao se separar o público por gênero, a prevalência de fumantes, neste último ano, é maior no sexo masculino (13,2%) do que no feminino (7,5%). Já por idade, a frequência é menor entre adultos com 65 anos ou mais (7,3%). As faixas etárias de 18 a 24 anos (8,5%) e 35 a 44 anos (11,7%) apresentaram um pequeno aumento em relação ao ano anterior, quando foram registrados 7,4% e 10%, respectivamente.

ELOGIOS E MUDANÇA

Solicito mudança de endereço para a entrega da revista REDE CÂNCER. Aproveitei o contato para parabenizar pelas excelentes matérias da revista. Sou professora e consultora em oncologia em alguns municípios, com um trabalho de educação em saúde no qual desenvolvo atividades informativas com a equipe da educação básica. As revistas são instrumentos fundamentais em nossas atividades.

Patrícia Costa – Teresina, PI

Seu cadastro foi atualizado com sucesso, Patrícia.

DESEJO

Gostaria de receber a REDE CÂNCER. Sou fisioterapeuta oncológica em Maceió e trabalho na Casa Rosa, dedicada a mulheres mastectomizadas.

Giullyane Floracy da Silva Cruz Matos – Maceió, AL

Sou estudante do curso de Técnico em Enfermagem e gostaria de receber a revista, que conheci no Hospital Mario Gatti, em Campinas. Quero me aprofundar no assunto e começar em minha comunidade um trabalho de promoção de saúde.

Marli Aparecida Pereira de Oliveira – Campinas, SP

Sou acadêmica do curso de Tecnologia em Radiologia na Uninovafapi. Quero receber a revista do INCA em casa. Como faço?

Stef Greyff Sampaio Ribeiro – Teresina, PI

Agradecemos a todos pelo interesse na REDE CÂNCER. Vocês começarão a receber a revista em seus endereços.



Faça você também parte desta Rede. Colabore enviando dúvidas, sugestões, críticas e elogios para a REDE CÂNCER no e-mail comunicacao@inca.gov.br ou pelo telefone: (21) 3207-5963.

social

INSTITUIÇÕES E ILUSTRADORES BRASILEIROS USAM HISTÓRIAS EM QUADRINHOS PARA LEVAR AO PÚBLICO INFORMAÇÃO SOBRE O CÂNCER

Quer que eu desenhe?

Mais do que os traços de seu criador, balões e onomatopeias, as histórias em quadrinhos, desde 1885 – quando o americano Richard Outcault emplacou as primeiras tirinhas em jornais sensacionalistas de Nova York –, são marcadas pelo retrato social de uma época. Do detetive Dick Tracy, criado na década de 1930 para refletir a violência urbana dos Estados Unidos, ao super-herói Pantera Negra, que traduziu o movimento pelos direitos civis da comunidade afro-americana nos anos 1960 –, são fartos os exemplos de personagens e tramas que conquistaram o público a partir da identificação.

Nesse contexto, é natural que uma doença em expansão como o câncer, cuja incidência mundial cresceu 20% na última década, também ganhe destaque na forma de histórias em quadrinhos. No Brasil, são várias as iniciativas que transportam para essa linguagem informações sobre a prevenção, o controle e o tratamento do câncer.

Considerado o “Walt Disney brasileiro” e nome obrigatório quando se fala em HQs no País, Maurício de Sousa já emprestou sua mais famosa criação, a Turma da Mônica, a iniciativas em favor de instituições ou causas ligadas à oncologia. Uma delas é a campanha “Carequinhas Contra o Câncer”, criada pela agência Ogilvy para o Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (Graacc), de São Paulo. A iniciativa foi lançada em 2013, para marcar o Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil (23 de novembro) daquele ano, mas até hoje está no ar na Internet, tanto em seu site oficial (www.carequinhas.com.br) quanto nas redes sociais.

A empresa de Maurício de Sousa foi a primeira a apoiar a ação, na qual Mônica, Cebolinha, Cascão, Magali e outros personagens queridos dos pequenos, como o Menino Maluquinho – obra de Ziraldo, outro nome de peso das HQs nacionais –, apareciam de cabeça raspada em tirinhas de jornais e revistas e em desenhos animados. O objetivo era



“Os personagens são levados para a realidade dessas crianças. É um gesto capaz de transformar, ao menos um pouco, o momento difícil vivido por elas”

AMAURI SOUSA, diretor do IMS



mostrar que as crianças com câncer têm que aproveitar a infância, como todas as outras.

Para Amauri Sousa, diretor do Instituto Mauricio de Sousa (IMS) e sobrinho do quadrinista, ações como essa contribuem para elevar a autoestima dos pacientes infantis. “Os personagens são levados para a realidade dessas crianças. É um gesto capaz de transformar, ao menos um pouco, o momento difícil vivido por elas”, avalia.

A campanha foi sinônimo de exposição para o Graacc. Em 2014, ela se globalizou, ganhando a adesão de personagens estrangeiros, como Popeye, Snoopy e Garfield, e um site em inglês (www.baldcartoons.com). No mesmo ano, levou oito troféus na Cannes Lions, maior premiação de publicidade do mundo, incluindo dois leões de ouro.

“Com o sucesso da campanha, os resultados foram muito além dos prêmios recebidos”, admite

Tammy Allersdorfer, superintendente de Desenvolvimento Institucional do Graacc.

“A instituição teve destaque nacional e internacional, e até hoje recebemos *feedback* positivo”, acrescenta.

Segundo o Graacc, a campanha alcançou 120 milhões de pessoas e teve apoio de 91% dos brasileiros nas redes sociais.

LÁ VEM O SOL

Ainda em 2013, a Turma da Mônica protagonizou o gibi *A pele e o sol*, encomendado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) – Regional São Paulo, como parte da campanha “Sol, amigo da infância”. A fim de educar as crianças para a adequada exposição solar e os hábitos de proteção no dia a dia, foram produzidos 500 mil exemplares da revista, com distribuição gratuita em hospitais, clínicas dermatológicas e serviços públicos de todo o País.

Outra importante ação do IMS em prol dos pequenos pacientes oncológicos é o Projeto Dodói, parceria com a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale). Criada em 2009, a iniciativa consiste na entrega, a crianças e adolescentes hospitalizados, de kits com vários itens para informar sobre o câncer, amenizar o sofrimento durante a



internação e facilitar a comunicação com familiares e cuidadores. Entre os itens estão três gibis, com histórias que abordam linfoma, leucemia e doação de medula óssea, e um livro ilustrado sobre o tratamento oncológico de modo geral. Todos são protagonizados pela Turma da Mônica. As crianças também recebem revista de atividades, jogos, cartazes, adesivos e bonecos “dodóis” da turminha, criados especialmente para o projeto: Mônica para as meninas e Cebolinha para os meninos. O objetivo é que elas se identifiquem com os médicos e enfermeiros que as atendem.

“As historinhas são muito positivas para romper estigmas e crenças sobre o câncer. Tanto o paciente quanto seus familiares adquirem uma nova forma de olhar para a doença e o tratamento”

CRISTINA VOLKER, psicóloga do CTO

PARA MAIORES

Em 2015, cartunistas fizeram histórias sérias para falar de câncer de próstata, na ação “Tirinhas sem Graça”, do hospital A.C.Camargo Cancer Center, em parceria com a agência J. Walter Thompson. O jornal *Folha de S. Paulo* publicou as tiras no Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata (17 de novembro). Nelas, foram colocadas frases inteligentes para alertar sobre a importância do diagnóstico precoce.

De Salvador vem o gibi *Um amigo das estrelas*, criado em 2009 pelo Centro de Hematologia e Oncologia da Bahia (Cehon) para informar, de modo lúdico, os direitos dos pacientes com câncer. A história, assinada pelo cartunista baiano Luis Augusto Gouveia, narra uma aventura do polvo Zehon e seu amigo Duda em meio a discussões de temas como isenção de impostos, auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, amparo assistencial, saque do Fundo de Garantia e quitação da casa própria.

Já em Belém, a Universidade Federal do Pará (UFPA), por meio do Laboratório de Citopatologia do Instituto de Ciências Biológicas, lançou, em 2016, a história *Ensinando a prevenir o câncer de pulmão e de colo uterino*. Coordenada pela professora Mihoko Tsutsumi e executada pelas bolsistas Aline Mota e Paula Sant’Anna, a cartilha em forma de quadrinhos, veiculada virtualmente, contou com informações sobre os cuidados necessários para a prevenção desses dois cânceres, além de explicar como as neoplasias podem ser identificadas.

A iniciativa se estende aos familiares, para os quais é destinada uma cartilha, ilustrada em forma de HQ, com informações e orientações. Já os profissionais de saúde recebem um botton, para que se identifiquem com o projeto, e materiais hospitalares para trabalhar com as crianças: máscaras de personagens, cartões de diagnóstico (representando sentimentos e sensações, como formigamento e falta de ar) e escala de dor. Todo o conteúdo é desenvolvido pelo Instituto Maurício de Sousa, que coordena o projeto.

Os kits são distribuídos para centros e unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons e Unacons, respectivamente) do Sistema Único de Saúde, mediante solicitação. Melissa Pereira, gerente do Departamento de Apoio ao Paciente da Abrale, informa que, em 2017, o Projeto Dodói foi expandido para mais 40 instituições. “A doença e a necessidade de hospitalização na infância provocam repercussões psicossociais importantes e intensas na vida da criança, como sentimento de aniquilamento e mutilação, incremento da angústia de morte, sensação de punição, perda de autonomia e liberdade, regressão, dependência, passividade e sentimento de impotência. É essencial que os pacientes internados ou tratados em ambulatórios possam participar de atividades lúdicas dirigidas por profissionais de saúde”, afirma.

Relatório da Abrale revela que 94% dos familiares e cuidadores entrevistados consideraram os materiais importantes para as crianças.

LONGE DOS HOLOFOTES

Mas nem só de personagens famosos ou de grandes empresas vivem as histórias em quadrinhos voltadas ao paciente oncológico. A psicóloga Cristina Volker fundou, há 17 anos, a Sociedade Brasileira de Psicologia Oncológica (Sbrapo, atualmente desativada) e diariamente ajuda pacientes e cuidadores a enfrentar o câncer no Centro de Terapia Oncológica (CTO), localizado em Petrópolis (RJ). Sempre que fica frente a frente com uma criança que tem um familiar em tratamento, Cristina utiliza uma cartilha em forma de HQ chamada *Multiplica Replica*, criada pela equipe do CTO. Na história, a mãe do personagem principal tem câncer de mama.

A profissional considera que a cartilha permite desmistificar um pouco a doença. “Quando eu trago para o meu consultório uma criança ou um adolescente filho de paciente, começo a perceber quais são os sentimentos, as emoções, os medos, a insegurança... Sento, mostro a revistinha e nós lemos juntos. Isso traz dúvidas a ela que, quando posso, esclareço, e quando não, convido o médico para que, juntos, façamos um trabalho mais lúdico e leve por meio da cartilha. Assim,



Fernando Gonsales emprestou sua mais famosa tirinha, criada em 1985, para a campanha do A.C. Camargo



O cartunista Caco Galhardo também deixou o humor de lado para aderir à iniciativa



mostramos que existe tratamento e possibilidade de cura”, descreve.

O projeto foi levado até as escolas da cidade, a fim de atingir um número maior de crianças. “As historinhas são muito positivas para romper estigmas e crenças sobre o câncer. Tanto o paciente quanto seus familiares adquirem uma nova forma de olhar para a doença e o tratamento”, completa a psicóloga.

DO PESSOAL AO PROFISSIONAL

O publicitário catarinense Alex Guenther, de 40 anos, desenha desde criança, mas foi em 2003 que começou a trabalhar com ilustração, centrado em cartilhas, personagens e HQs. Um de seus muitos projetos foi a revista *The SMS – Os Mensageiros Sociais e o combate ao câncer*, desenvolvida a pedido da empresa Kinder Neto Royalties e Licenças Eireli, de Pomerode (SC), como parte de seu projeto de responsabilidade social. A publicação foi disponibilizada na Internet e distribuída gratuitamente em escolas da cidade.

Nas 12 páginas da história, Zuk, embaixador do turismo de Pomerode, vai até um grupo de crianças apresentar os Mensageiros Sociais (The

SMS), que esclarecem dúvidas quanto ao câncer e seu tratamento. “Tentamos mostrar a superação dos desafios, a amizade e a colaboração das pessoas. O resultado é sempre muito positivo, pois a história em quadrinhos, por si só, já tem o poder de comunicar temas complexos com diversão e leveza”, explica o publicitário.

Alex fez a revista em parceria com o empresário José Martins Neto, dono da Kinder Neto e aficionado por quadrinhos. Zuk, The SMS e os outros personagens da revista são criações de José, que se valeu de experiências pessoais para elaborar também o roteiro da HQ. “Uma de minhas avós foi vítima de câncer de mama quando eu tinha 7 anos, e essa experiência marcou minha vida. Posteriormente, minha mãe foi uma das fundadoras da Rede Feminina de Combate ao Câncer em Pomerode, e hoje um primo é presidente da Casa de Apoio de Blumenau [voltada a pacientes oncológicos infantojuvenis e que fica numa cidade próxima a Pomerode]”, relata o empresário, acrescentando que o objetivo da revista foi tornar o tema “câncer” acessível a pessoas de todas as classes sociais e faixas etárias – não só os estudantes, mas também seus pais. ■

assistência

UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO INCA FAZ 20 ANOS DE ACOLHIMENTO A PACIENTES SEM POSSIBILIDADE DE CURA E SEUS FAMILIARES

Dignidade até o fim

O cuidado paliativo, na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar e que visa a melhorar a qualidade de vida do paciente e a atenção a seus familiares, diante de uma etapa terminal da doença. Essa abordagem é ofertada por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, bem como pela identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Há 20 anos, o INCA mantém o Hospital do Câncer IV (HC IV), que atende, exclusivamente, pacientes em cuidados paliativos oncológicos, oferecendo serviços diferenciados, como o proporcionado pelo recém-inaugurado Ambulatório de Luto.

“O objetivo da unidade é o implemento da qualidade de vida a esses pacientes. São pessoas que lidam com a terminalidade e que vão falecer em razão do avanço da doença oncológica. É

possível essa melhora por meio do controle de sintomas físicos, psicossociais e espirituais. O diferencial da unidade é essa visão integral do paciente”, explica a diretora do HC IV, a médica Germana Hunes.

Ela destaca que, mesmo sem ter a possibilidade de ficar livre da doença, esse paciente não deve ser negligenciado. “Esse é o sentido do cuidado paliativo: enxergar que, independentemente de tratamentos específicos contra o câncer, há uma pessoa que precisa ser cuidada”, afirma. Para Germana, o grande desafio, hoje, é fazer com que o cuidado paliativo aconteça de forma mais precoce.

No que diz respeito às políticas públicas, ela lembra que a Portaria 140/2014, do Ministério da Saúde, estabelece que os centros e as unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons e Unacons, respectivamente) são obrigados a oferecer cuidados paliativos aos pacientes.



EXCELÊNCIA NOS SERVIÇOS

Desde sua criação, o HC IV – único da rede pública no Estado do Rio de Janeiro voltado exclusivamente a cuidados paliativos oncológicos – vem dando passos importantes para a melhoria do atendimento. São realizados, em média, 1.800 atendimentos anuais, somente para pacientes adultos com doença oncológica avançada, sem possibilidade de cura, oriundos das demais unidades assistenciais do INCA (HC I, HC II e HC III). O HC IV disponibiliza 56 leitos para internação hospitalar,

além de assistência domiciliar, ambulatório, ginásio de fisioterapia, sala de silêncio e um espaço terapêutico chamado CuriosAção.

Os leitos são destinados a pacientes com necessidade de controle de sintomas, àqueles submetidos a cirurgias eletivas (que não são de urgência ou emergência) e aos que estão sob cuidados em fim de vida. Já a assistência domiciliar é oferecida para os que estão com a funcionalidade comprometida e residem a uma distância máxima de 80 quilômetros do HC IV, em áreas não consideradas de risco e que não sejam de

UM POUCO DE HISTÓRIA

Alguns fatos marcantes na trajetória dos cuidados paliativos no INCA

1986

A assistência a doentes em cuidados paliativos tem início no Instituto, com a criação do Programa de Atendimento do Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica (Pro-FPTA), no Hospital de Oncologia (atual HC II)



1991

O INCA lança o primeiro serviço de cuidados paliativos do Hospital do Câncer I



A modalidade de serviço implantada pelo Pro-FPTA dá origem ao Serviço Terapêutico Oncológico (STO)

1989



Tendo como embrião o STO, é inaugurado o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), precursor do HC IV, com uma área específica e leitos hospitalares para o atendimento de pacientes em cuidados paliativos

1998

difícil acesso. O serviço tem capacidade para cerca de mil visitas/mês em cinco grandes regiões: Norte, Centro/Sul e Oeste da capital, Niterói/São Gonçalo, na região metropolitana, e Baixada Fluminense.

O ambulatório, por sua vez, recebe pacientes com boa capacidade funcional ou que residam fora da área de cobertura da assistência domiciliar. Também atende moradores de municípios distantes, num serviço chamado “ambulatório a distância”, que totaliza cerca de 1,3 mil atendimentos/mês. Para ampliação da assistência, é oferecido ainda o Serviço de Pronto-Atendimento (SPA), disponível 24 horas para emergência presencial, além de atendimento telefônico, no qual são passadas

orientações a pacientes e familiares sobre necessidades específicas.

No ginásio de fisioterapia, exercícios personalizados contribuem para aliviar e controlar sintomas ou incapacidades físicas, incluindo as neurológicas, respiratórias e ortopédicas. Para quem procura um momento de reflexão, a Sala do Silêncio, com seu painel fotográfico e som ambiente, reproduz o contato com a natureza. Trata-se de um espaço acolhedor, criado para proporcionar relaxamento e amenizar o sofrimento. Está aberto a pacientes, familiares e profissionais do HC IV.

Outro ambiente acolhedor, destinado tanto aos pacientes ambulatoriais quanto aos internados, é o Espaço CuriosAção. No local, equipado com sofá, TV e piano, são oferecidas atividades terapêuticas, como música e artesanato. O objetivo, de acordo com Germana Hunes, é otimizar

2003

O modelo de assistência domiciliar do CSTO é reestruturado, com a distribuição de profissionais por regiões do Rio de Janeiro



2006

Nasce o Espaço CuriosAção, dedicado à prática de atividades terapêuticas



A nomenclatura das unidades assistenciais do INCA é uniformizada, e o CSTO passa a se chamar HC IV



A unidade ganha um ginásio de fisioterapia

2014

2004

Cuidado pode reduzir gasto com saúde

Proteger. Esse é o significado de paliar, palavra derivada do latim pallium, manto usado pelos cavaleiros para se abrigarem das tempestades pelos caminhos que percorriam. Proteger alguém é uma forma de cuidado, amenizando a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual.

O presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Daniel Forte, explica que esse tipo de assistência faz parte da medicina, principalmente pela questão ética na tomada de decisões e de olhar para o paciente que sofre. Ele frisa que, por vezes, durante o tratamento, o foco acaba sendo muito mais na doença, quando o mais importante seria aliviar o sofrimento do paciente.

Segundo Forte, os cuidados paliativos diminuem os gastos dos serviços de saúde e trazem enormes benefícios aos pacientes e seus familiares. “São poucas as intervenções com tantas evidências de eficácia. Existem 43 estudos randomizados com mais de 12 mil pacientes comprovando que os cuidados paliativos são custo-eficazes. É uma intervenção que agrega valor à saúde. Melhora a qualidade e reduz o custo, com base em evidência, essencial para a sustentabilidade do sistema”, defende.

MUITO O QUE AVANÇAR

Contudo, na avaliação do médico, os cuidados paliativos ainda têm muito o que avançar no Brasil. “A Organização Mundial da Saúde fez um diagnóstico da qualidade do cuidado paliativo oferecido ao redor do mundo e detectou iniciativas isoladas. Em se tratando de qualidade do cuidado paliativo distribuída pelo sistema inteiro, o Brasil está atrás de Argentina, Chile, Uruguai, Panamá, Uganda e Índia”, revela. A ANCP contabiliza 172 iniciativas nessa área ofertadas no País. “Uma vez que uma política possa nortear o desenvolvimento e a educação em cuidado paliativo, os profissionais terão que se capacitar. Assim, será possível mudar a qualidade do sistema de saúde como um todo, utilizando melhor o recurso”, acredita Forte.

Ele relata que pessoas com doença avançada consomem muito recurso e, muitas vezes, esse não é o desejo delas. “Elas gostariam de ser cuidadas de uma maneira mais humanizada e menos tecnológica”, supõe.

Para se entender um pouco essa evolução, é preciso lembrar que, no Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos cuidados paliativos são encontradas desde a década de 1970. Mas foi nos anos 1990 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental.

Em 2005, com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, a área deu um salto institucional. A regularização do profissional paliativista brasileiro avançou, com o estabelecimento de critérios de qualidade e definições precisas para os serviços de cuidados paliativos – discussão que foi levada para os ministérios da Saúde e da Educação, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB). Participando ativamente da Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do CFM, a ANCP ajudou a elaborar resoluções importantes que regulam a atividade médica relacionada a essa prática.

Em 2009, pela primeira vez na história da medicina no Brasil, o CFM incluiu, em seu Código de Ética, os cuidados paliativos como princípio fundamental. A ANCP luta pela regularização da Medicina Paliativa como área de atuação médica junto à AMB e pela universalização dos serviços de cuidados paliativos no Ministério da Saúde. Forte diz que a Política Nacional de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde está numa fase bem avançada de discussão. O pioneirismo do HC IV nesse tipo de assistência é destacado pelo presidente da ANCP, que aponta como grande mérito a unidade ter conseguido implantar um modelo de hospice (clínica para doentes terminais) de grande porte. Por outro lado, há uma limitação. “Isso acontece com todo mundo que começa e faz alguma coisa na frente. Acho que o grande desafio do HC IV é não restringir a filosofia de cuidado paliativo à unidade, e sim permeá-la por todo o INCA. A abordagem é considerada padrão ouro pela Sociedade Americana de Oncologia quando incorporada em fases mais precoces da evolução da doença”, pondera.

O médico reforça que esse tipo de cuidado deve começar desde o momento em que o paciente tem o diagnóstico de câncer metastático.

“Há um acolhimento espiritual e de todas as questões relacionadas à finitude. O paciente, se quiser, tem a oportunidade de ser atendido por seus próprios líderes religiosos, independentemente do credo”

GERMANA HUNES, diretora do HC IV

a funcionalidade do paciente e fazer com que ele se sinta em casa. “É uma forma de desvincular a pessoa desse ciclo hospital-doença. Para se ter um exemplo prático [da efetividade das ações], os pacientes internados chegam a pedir quatro ou cinco resgates de morfina, por conta da dor, mas quando estão no CuriosAção, não pedem nenhuma”, relata a diretora do HC IV, destacando que o espaço conta com abordagem multiprofissional e apoio de voluntários.

Quanto à espiritualidade, Germana Hunes esclarece que o serviço de capelania oferecido no HC IV não tem cunho religioso. A intenção, segundo ela, é abordar o tema de modo mais amplo. “Há um acolhimento espiritual e de todas as questões relacionadas à finitude. O paciente, se quiser, tem a oportunidade de ser atendido por seus próprios líderes religiosos, independentemente do credo.”



RESSIGNIFICANDO AS PERDAS

À morte de um ente querido se segue um período de dor e tristeza chamado luto. “É um processo de elaboração da perda de alguém ou algo significativo na vida de uma pessoa. Envolve inúmeras emoções e afetos que, apesar de fazerem parte do repertório natural das emoções humanas, às vezes podem se apresentar de forma muito intensa, ou mesmo conflituosa”, define a psicóloga Mabel Krieger.

O HC IV oferece a familiares e amigos de pacientes atendimento pós-óbito. Trata-se de uma atividade multidisciplinar que pode ser feita por qualquer membro da equipe, para oferecer acolhimento breve e pontual. Mas, para atender pessoas que passam pelo chamado luto complicado, foi inaugurado, no início do ano, um ambulatório específico da psicologia, que pode receber crianças, adolescentes e adultos. “O luto complicado é uma experiência de perda em que o sujeito não consegue tolerar as emoções vivenciadas, muitas vezes obstruindo o processo de elaboração dessa ausência e de ressignificação de sua própria vida”, explica Mabel, que, além de exercer atividades voltadas à educação permanente no INCA, agora atua também no Ambulatório de Luto.

O serviço começou a ser idealizado no segundo semestre de 2017, com apoio da direção do HC IV. Desde a abertura, passaram pelo espaço quatro familiares de pacientes, assistidos de forma

“O caráter do suporte psicoterapêutico do ambulatório é focal. Mas, se no decorrer das consultas forem identificadas questões pessoais que ultrapassem o luto em si, o familiar pode ser encaminhado a um atendimento psicológico individual de longo prazo”

MABEL KRIEGER, psicóloga que atua no Ambulatório de Luto

subsequente. “Estamos disponibilizando cinco horários semanais para agendamento no Ambulatório de Luto. A oferta pode ser ampliada de acordo com a demanda identificada ao longo da implementação do serviço”, informa a psicóloga.

Embora os sintomas de um luto complicado sejam muito subjetivos, segundo a profissional, alguns fatores podem indicar o risco para o problema, assim como a necessidade de uma atenção diferenciada: “São várias questões que precisam ser observadas, como a posição do paciente que faleceu naquela organização familiar, o grau de vínculo entre os parentes, e também se esse familiar já possui, por exemplo, diagnóstico de alguma doença psiquiátrica anterior que o fragilize ainda mais em uma situação de perda”.

O atendimento no Ambulatório de Luto começa com uma consulta, na qual os profissionais irão estabelecer, junto com o familiar assistido, a periodicidade e a duração desse suporte. “A avaliação levará em conta a identificação das necessidades emocionais dessa pessoa diante do seu luto e alguns elementos de ordem prática, como a distância do local onde mora para o hospital e suas condições socioeconômicas para comparecer ao ambulatório”, detalha Mabel.

Não existe um número máximo de sessões: “O caráter do suporte psicoterapêutico do ambulatório é focal. Mas, se no decorrer das consultas forem identificadas questões pessoais que ultrapassem o luto em si, o familiar pode ser encaminhado a um atendimento psicológico individual de longo prazo”. As consultas têm sido agendadas dentro do primeiro mês após o falecimento do paciente. Os atendimentos são individuais, e quando há necessidade de apoio a mais de um familiar, o caso é avaliado pela equipe.

Mas como identificar e buscar aqueles que precisam tratar o luto complicado? Mabel Krieger relata que, normalmente, os pacientes e seus familiares são acompanhados pela psicologia (quando há identificação da necessidade de suporte psicológico) ao longo de todo o tratamento, ambulatorialmente, em domicílio ou no período de internação. “Após o falecimento do paciente ou um pouco antes desse momento, os familiares são abordados e informados de que podem procurar o serviço de psicologia, caso sintam necessidade. Se já tiver sido identificado o risco de luto complicado, a própria equipe sugere agendar esse atendimento”, explica a psicóloga, ressaltando que o encaminhamento dos familiares também pode ser feito por outros profissionais da unidade, durante o acolhimento pós-óbito. ■

rede

EAT-BRAZIL REÚNE PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DE MEDICINA
PARA ALERTAR ADOLESCENTES SOBRE MALES DO TABAGISMO

Quem avisa...

Evituar a iniciação ao fumo é uma das linhas de atuação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Com o crescimento do número de fumantes que vêm abandonando o cigarro, a indústria investe pesado em cooptar novos consumidores, e o público jovem é o alvo preferido. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 10% da população brasileira faz uso regular de produtos derivados do tabaco, o que corresponde a cerca de 20 milhões de pessoas. Já o estudo *Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos*, do Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, da Argentina, mostra que o uso de tabaco é responsável por 428 óbitos por dia, a maior parte deles por

infarto ou câncer, representando um custo anual de R\$ 23,37 bilhões para o sistema de saúde brasileiro. Dos adolescentes que experimentam o cigarro, 70% se tornam dependentes. Ao mesmo tempo, 80% dos fumantes querem deixar o cigarro, mas apenas 3% conseguem.

Se evitar a iniciação é a alternativa ideal, o trabalho da Education Against Tobacco (em português, Educação contra o Tabaco e cuja sigla em inglês é EAT) é um bom exemplo do rumo certo a seguir, considerando que o foco da entidade é justamente o público jovem. A EAT é uma rede multinacional dirigida por estudantes de Medicina e médicos de mais de 870 universidades, espalhadas por 143 países da Europa, Ásia, África e Américas do Norte e

Em Ponte Nova (MG), alunos de uma escola pública recebem acadêmicos de Medicina da Ufop



“Muitos jovens pensam que fumar cigarro de palha é mais saudável, e isso não é verdade – ele chega a ser mais nocivo, por não possuir filtro. Outra lenda está no consumo de cigarro eletrônico. Grande parte dos alunos que usa acha que não tem problema. Nenhum modo de fumar é saudável”

BRENO BERNARDES, médico e idealizador da EAT-Brazil

do Sul. Fundada em 2012 pelo médico alemão Titus Brinker, a EAT realiza um trabalho de promoção da saúde com crianças e adolescentes de 10 a 16 anos, por meio de campanhas e aconselhamento sobre controle do tabagismo nas escolas.

No Brasil, as atividades começaram em fevereiro de 2016, por iniciativa do então estudante de medicina Breno Bernardes, na época com 23 anos. Natural de Nepomuceno (MG), ele se formou no início de 2018 pela Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop) – que se tornaria sede da EAT-Brazil –, mas estudou um ano e meio nos Estados Unidos, por meio do Programa Ciência sem Fronteiras, sendo um ano na Universidade da Califórnia e seis meses na Escola de Medicina de Harvard. Nesse período, fez vários cursos voltados para a cardiologia, especialidade que pretende exercer no futuro.

Em Harvard, Bernardes conheceu um membro da EAT. No retorno ao Brasil, decidiu trazer a rede para cá. “Quería retribuir de alguma forma o investimento que o governo brasileiro fez em mim e resolvi iniciar a EAT no nosso País. Achei interessante também porque quero ser cardiologista. O tabagismo e a cardiologia estão totalmente relacionados, considerando que o tabaco é um dos principais fatores de risco evitável para as doenças cardiovasculares”, diz o médico. Segundo a OMS, o tabagismo é a maior causa de morte evitável no mundo ocidental.

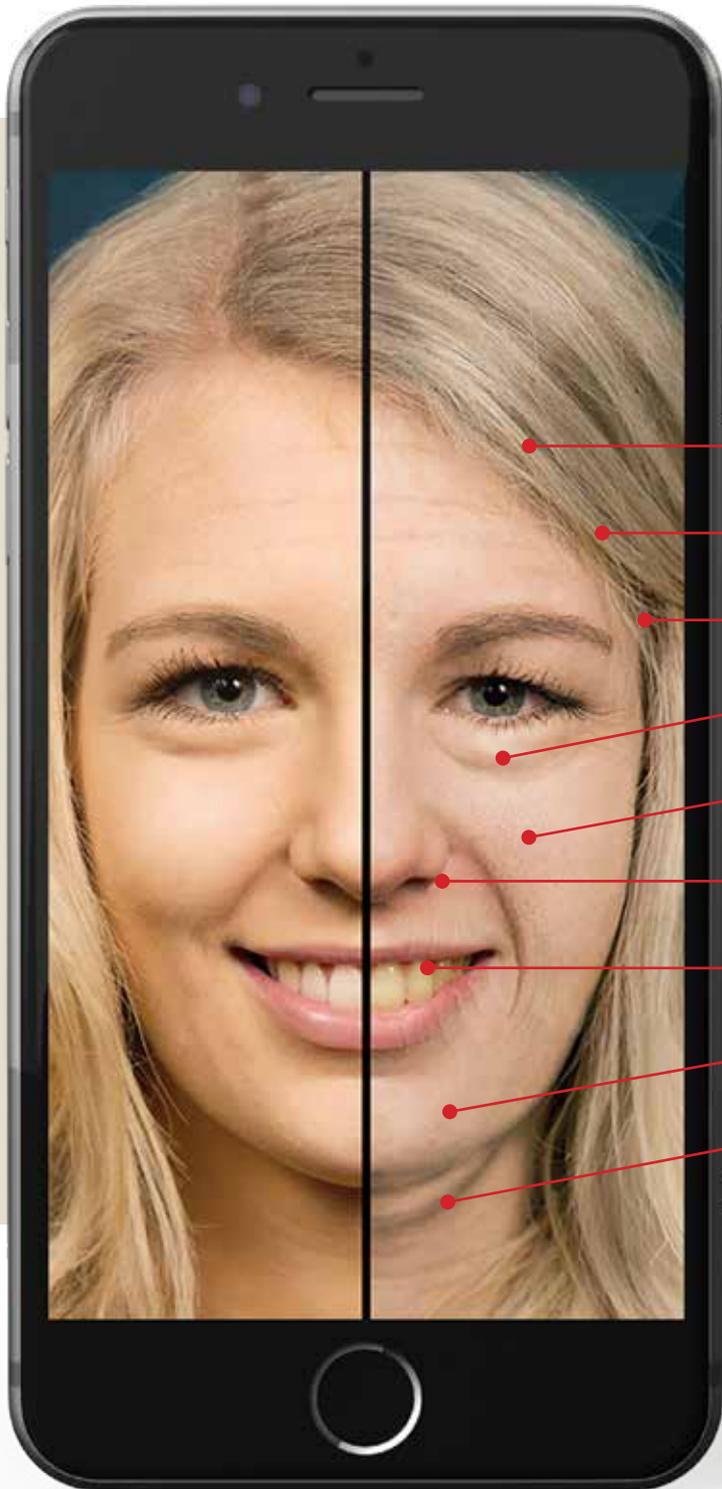
A CARA DO CIGARRO

Os aplicativos da rede EAT para celulares e tablets vão da prevenção da iniciação ao tabagismo até o suporte à cessação. No Smokerface, o usuário tira uma selfie, e uma simulação mostra como ficaria seu rosto, com o tempo (num intervalo que pode variar de um a 15 anos), se ele fumasse (imagem ao lado). O app está sendo usado em um estudo com mais de 10 mil adolescentes na Alemanha, onde uma campanha com pôsteres nas escolas incentiva o download. No Brasil, dados de um estudo-piloto realizado pelo braço nacional da EAT, em novembro de 2017, com 306 adolescentes matriculados em escolas da cidade de Ponte Nova (MG) mostram que, para 94,4% deles, o Smokerface os motiva a não fumar.

Já no Smokerstop, o fumante define uma data para largar o cigarro, e o aplicativo enviará notificações para incentivá-lo a continuar firme nessa decisão. Ex-fumantes também são contemplados: eles recebem mensagens que os estimulam a se manter longe do cigarro. “O aplicativo utiliza uma abordagem motivacional com base científica para ajudar a parar de fumar de forma agradável e personalizada. O usuário define metas pessoais, visualiza a recuperação de seu corpo ao deixar o tabaco, recebe conselhos para deixar o fumo e é notificado constantemente sobre as conquistas que vai adquirindo ao longo do caminho sem o cigarro”, detalha Bernardes.

COMPROVAÇÃO CIENTÍFICA

No Brasil, Bernardes se uniu ao seu professor Paulo César Rodrigues Pinto Corrêa, especialista em controle do tabagismo pela OMS, e a um colega de curso, Luiz Eduardo Xavier, para fundar a EAT-Brazil. Dois anos depois, as ações da rede estão presentes em 14 faculdades de medicina e alcançam cerca de 8 mil crianças e adolescentes brasileiros por ano. “Estamos conduzindo estudos controlados para avaliar cientificamente a efetividade dessas ações”, diz Bernardes, acrescentando que, em 2017, a EAT-Brazil chegou a Portugal e, em breve, será implementada nos demais países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), como Guiné-Bissau, Angola e Timor-Leste. A rede ainda alcança milhares de brasileiros diariamente por meio de seus aplicativos de celular, *Smokerface* e *Smokerstop*, ambos



FUMANTE POR 15 ANOS (UM MAÇO POR DIA)

Maior chance de cabelos grisalhos

Maior chance de perda de cabelo precoce

Cabelo quebradiço

Fibras elásticas se rompem mais rápido

Poros maiores

Resfriados mais frequentes

Dentes amarelados e mau hálito

Pele pálida (má perfusão)

Queixo duplo mais proeminente

gratuitos e em português. Juntos, eles totalizam mais de 500 mil *downloads* em aparelhos com os sistemas Android e iOS.

Com a propagação das atividades da EAT-Brazil, estudantes de medicina de todo o País passaram a buscar a rede para formar novos grupos de atuação. Normalmente, a recomendação é que cada grupo tenha, em média, cinco acadêmicos e um professor orientador – preferencialmente, que ministre uma cadeira relacionada a assuntos envolvendo o tabaco. Depois de formado, o grupo recebe

treinamento da EAT-Brazil e procura escolas próximas à sua região para ministrar as palestras.

As intervenções em sala de aula acontecem em colégios dos níveis fundamental e médio, a maioria da rede pública, e duram aproximadamente 90 minutos. Os estudantes e profissionais de medicina procuram abrir um debate com os alunos e desfazer alguns mitos sobre o tabagismo. “Muitos jovens pensam que fumar cigarro de palha é mais saudável, e isso não é verdade – ele chega a ser mais nocivo, por não possuir filtro. Outra lenda está no consumo de cigarro eletrônico. Grande parte dos alunos que usa acha que não tem problema. Nenhum modo de fumar é saudável”, lembra Bernardes. Ele frisa que, apesar da participação dos médicos, a intenção é que a conversa seja conduzida pelos acadêmicos, por causa da idade, mais próxima à dos adolescentes, para facilitar a interação.

O bate-papo também leva em conta o caráter imediatista do adolescente. Por isso, além de problemas em médio e longo prazos causados pelo tabaco, como o câncer e as doenças cardiovasculares, são abordadas consequências que podem ser percebidas rapidamente. “Eles não pensam muito no que vai acontecer daqui a vários anos e fumam também para serem mais bem aceitos nos grupos sociais. Procuramos mostrar o dano que o cigarro

“Eles [jovens] não pensam muito no que vai acontecer daqui a vários anos e fumam também para serem mais bem aceitos nos grupos sociais. Procuramos mostrar o dano que o cigarro causa na aparência, na pele, nos dentes, para que comecem a ver o fumo de outra forma”

BRENO BERNARDES

causa na aparência, na pele, nos dentes, para que comecem a ver o fumo de outra forma”, diz o idealizador da EAT-Brazil.

Bernardes ressalta que, na Alemanha, já está comprovado cientificamente que a presença da EAT nas escolas aumenta em seis vezes a chance de o adolescente parar de fumar, além de reduzir de forma significativa a probabilidade de o jovem iniciar no tabagismo. “Nós acreditamos que os efeitos, no Brasil, serão iguais ou melhores do que na Alemanha. Estamos avaliando isso por meio de dois estudos científicos controlados, envolvendo quase 5 mil adolescentes escolares. Metade é alcançada pelas ações da EAT, e a outra metade funciona como grupo-controle”, explica.

MOTIVOS PARA COMEMORAR

O médico fala com entusiasmo sobre os planos da EAT-Brazil: “Em 2016, como forma de celebrar o Dia Mundial sem Tabaco [31 de maio], lançamos a versão em português dos aplicativos. Em 2017, comemoramos a data com o anúncio da expansão de nossas ações para Portugal. Para 2018, quisemos celebrar esse dia expondo uma mensagem positiva e otimista, com o Prêmio EAT-Brazil para Controle do Tabaco”.

A origem desse prêmio, que é voltado a estudantes de Medicina, vem de outro. Apesar de o trabalho na EAT-Brazil ser voluntário e de forma conjunta, Bernardes conta que existem ações independentes realizadas por membros da entidade e instituições ligadas ao grupo.

Uma dessas iniciativas resultou na conquista do Prêmio Laureate Brasil de Empreendedorismo Social, em 2017. A Laureate é uma rede de universidades internacionais que premia jovens empreendedores de várias áreas. “O Luiz Eduardo Xavier se inscreveu como coautor do nosso projeto e ganhou 2 mil dólares. Resolvemos pegar esse dinheiro e investir em um prêmio específico da EAT-Brazil, a fim de incentivar mais ainda as atividades de controle do tabagismo”, relata.

O vencedor do Prêmio EAT-Brazil para Controle do Tabaco foi Lucas Guimarães de Azevedo, da Universidade Federal do Oeste da Bahia (Ufob), com o trabalho *O desafio do controle do tabagismo para as próximas gerações*. Ele ganhou R\$ 1.000. ■



Exportando competência

Devido ao histórico de forte atuação na política de controle do tabaco e ao modelo de coordenação nacional desenvolvido pelo INCA, o secretariado da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT) solicitou que o Brasil coordenasse ações de fortalecimento a políticas antitabagistas em outros países.

Assim, em abril, Brasil e Filipinas realizaram em Manila, capital do país asiático, oficina voltada ao fortalecimento de capacidades nacionais de coordenação da política de controle do tabaco, como prevê o artigo 5.2 da CQCT. O objetivo é aproximar países em desenvolvimento, centros de conhecimento e organizações governamentais e não governamentais para firmarem acordos que dinamizem a implementação das políticas de controle do tabaco.

A equipe brasileira foi formada por representantes da Secretaria Executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro, exercida pelo INCA, e do Ministério das Relações Exteriores.

Força feminina

A médica brasileira Elisabete Weiderpass Vainio foi eleita a primeira diretora-geral da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês). É a primeira vez que a América Latina tem representante no cargo, que, desde a criação da Agência, em 1965, vinha sendo ocupado por homens oriundos de países desenvolvidos.

A Iarc integra a Organização Mundial da Saúde (OMS) e tem como missão coordenar e conduzir pesquisas sobre as causas do câncer e acerca do desenvolvimento de estratégias para o controle da doença.

A diretora-geral foi eleita para um mandato de cinco anos, a partir de janeiro de 2019.



Rotulagem de alimentos

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou o relatório preliminar da Análise de Impacto Regulatório (AIR) sobre mudanças nas regras para a rotulagem nutricional de alimentos. A medida visa a facilitar a compreensão das principais propriedades nutricionais e a reduzir as situações que geram engano quanto à composição dos produtos. Além disso, a Anvisa quer criar alertas para informar sobre o alto conteúdo de nutrientes críticos à saúde, facilitar a comparação entre os alimentos e aprimorar a precisão dos valores nutricionais declarados pela indústria, entre outras vantagens para o cidadão.

De acordo com a análise da Agência, mudanças serão necessárias porque o modelo atual dificulta o uso da rotulagem nutricional pelos consumidores por problemas de identificação visual e pelo baixo conhecimento nutricional. Também há confusão sobre a qualidade dos ingredientes e problemas de veracidade das informações, além do uso de termos técnicos e matemáticos, entre diversos outros motivos.

Radiofármacos nacionais

O Governo Federal lançou a pedra fundamental para a construção do Reator Multipropósito Brasileiro (RMB), em Iperó (SP). A iniciativa contribuirá para o fim da dependência externa de radioisótopos e para o fornecimento de radiofármacos ao SUS a preço de custo. O Ministério da Saúde confirmou que o investimento de R\$ 750 milhões está previsto no orçamento da pasta.

Desde 2009, o Brasil enfrenta dificuldades no abastecimento de radioisótopos e de radiofármacos, que hoje são importados. Isso se deve à paralisação do reator canadense que abastecia todo o mercado brasileiro e 40% do mundo. O empreendimento reduzirá os riscos de desabastecimento no País e tornará o Brasil autossuficiente na produção de radiofármacos.

educação

INCA É PIONEIRO EM CURSOS NA MODALIDADE *FELLOW*, MAS OUTRAS INSTITUIÇÕES TAMBÉM OFERECEM ESSA CAPACITAÇÃO EM ONCOLOGIA

Aperfeiçoamento de especialistas

Eles são uma espécie de treinamento em serviço para especialistas que trabalham em atividades relacionadas à saúde. Oferecidos por diversas instituições, como o INCA, em período parcial ou integral, eram, até anos atrás, exclusividade de médicos. Hoje, cursos de pós-graduação *lato sensu* na modalidade *fellow* estão abertos também a enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, farmacêuticos e biólogos, entre outros profissionais. E a procura por essa capacitação é cada vez maior.

O nome da modalidade deriva do fato de se tratar de curso para especialistas acompanhados por um especialista também. Eles seriam, portanto, companheiros ou camaradas, mantendo, assim, uma relação que, em inglês, é conhecida como *fellowship*. O termo é usado frequentemente em contexto acadêmico: um *fellow* é (ao menos em teoria) parte de um grupo de elite, de pessoas esclarecidas, que trabalham em conjunto, como pares, na busca do conhecimento.

O INCA foi pioneiro na oferta de cursos nos moldes *fellow*, que já foram chamados apenas de “especializações” e são os precursores da residência médica. “No Instituto, eles existem há mais de 70 anos”, diz a médica Sheila Souza, coordenadora geral da Residência Médica e supervisora da Área de Ensino Médico da instituição. “Com a regulamentação do Ministério da Educação sobre a formação médica, os cursos passaram a ser acompanhados e



regulados pela Comissão Nacional de Residência Médica. No INCA, a regulamentação se deu em 1981”, acrescenta. Segundo Sheila, os cursos que não puderam ser “reconstruídos” como residência médica foram autorizados a prosseguir como especialização nos moldes *fellow*, e sua regulamentação é feita pela área de Ensino Médico, que integra a Coordenação de Ensino.

Cursos nessa modalidade com foco em Oncologia podem ser encontrados também em instituições como o Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP) e o Instituto Mario Penna (IMP), de Belo Horizonte (MG). O HCP oferece *fellow* em Urologia Oncológica. Iniciada em março deste ano, a especialização propõe vivenciar as rotinas do atendimento ambulatorial e da área cirúrgica, com acompanhamento da equipe de Urologia. De acordo com a coordenação do programa, o aluno passa por uma “verdadeira imersão” em Uro-Oncologia, com acesso ao tratamento de vários tipos de câncer, como de próstata, pênis e vias urinárias.

Já no IMP, a opção é o curso de Aprimoramento

em Ginecologia Oncológica, que se tornou referência no País. A capacitação é voltada para médicos ginecologistas e obstetras, com acompanhamento de um especialista em Ginecologia Oncológica. As inscrições são feitas, em novembro, por um cadastro online no site da instituição, com processo seletivo que consta de uma etapa presencial, provas teóricas e práticas técnicas.

A duração de um curso *fellow* varia conforme a especialidade, mas a média é de um ano.

CAMINHO PARA O SUCESSO

Foi exatamente um curso *fellow* que fez a médica Melina Morales se deslocar do Nordeste para São Paulo. Aos 18 anos, ela saiu de Aracaju (SE) para estudar em Salvador (BA) e Recife (PE), até que decidiu ir para a capital paulista, onde chegou, em 2012, já como especialista em Oftalmologia. Integrou uma das turmas do curso *fellow* em Oncologia Ocular, oferecido pelo Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais da Escola Paulista de Medicina (EPM), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). O resultado não poderia ter impacto mais positivo em sua vida: hoje, Melina é chefe do setor de Oncologia Ocular do departamento.

“A Unifesp se tornou referência em Oncologia Ocular. Constantemente recebemos em nosso ambulatório pacientes de diversas cidades paulistas e de outras partes do Brasil. Muitos oftalmologistas vêm fazer nosso curso *fellow* e depois se tornam nossos colaboradores. Nos últimos anos, tivemos profissionais da Bahia, Piauí, Rio Grande do Sul, Ceará e Pernambuco, além de São Paulo”, diz Melina.

Quem faz um curso nessa modalidade tem que ser especialista na área. Assim, no caso da Unifesp, os participantes não apenas são médicos, como precisam comprovar já ter feito residência médica em Oftalmologia. “Todos os anos, em março, são abertas

“Não costumo chamar de aluno e professor. O preceptor transmite e compartilha sua experiência com especialistas menos experientes na área oncológica”

SHEILA SOUZA, supervisora da Área de Ensino Médico do INCA

vagas para esse curso, que tem duração de um ano. Em 2018, excepcionalmente, a seleção de novos alunos será feita em dezembro”, esclarece a médica.

TROCA DE EXPERIÊNCIAS

Como se trata de curso destinado a especialistas, a relação professor-aluno costuma ser diferente, nas palavras da supervisora da Área de Ensino Médico do INCA. “Não costumo chamar de aluno e professor. Na nossa área, todos são médicos especialistas – o preceptor transmite e compartilha sua experiência em determinado assunto com especialistas menos experientes na área oncológica”, observa Sheila.

Como exemplo, ela cita a Dermatologia Oncológica, especialização nos moldes *follow* na qual o INCA foi pioneiro. Nela, dermatologistas passam a conhecer a abordagem, os encaminhamentos e os diagnósticos de câncer possíveis dentro da especialidade. Na área médica do INCA, há, ao todo, 15 cursos nos moldes *follow*, em especialidades como cirurgia pediátrica, endocrinologia, endoscopia digestiva e neurocirurgia. O mais novo é o de Pesquisa Clínica.

Tanto na área médica quanto na multiprofissional, esses cursos se destinavam, anteriormente, a questões relacionadas exclusivamente à assistência. Hoje, envolvem também a área de pesquisa, como explica o chefe da Divisão de Ensino do INCA, Mario Jorge Sobreira da Silva: “A oferta dessa modalidade de treinamento ocorre de acordo com a demanda e as necessidades de formação. Atualmente, existem poucos cursos de pesquisa clínica reconhecidos pelo MEC. A pesquisa clínica em câncer apresenta algumas especificidades, e o treinamento de profissionais para a condução e o gerenciamento dos ensaios clínicos é essencial. Foi a partir desse hiato de oportunidade que o INCA passou a oferecer, em 2017, cursos de aperfeiçoamento nos moldes *follow* para essa especialidade”.

METODOLOGIA ATIVA

Chefe do Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica (Seitec) e supervisora da Área de Ensino Multiprofissional do INCA, Rosilene Pinheiro destaca que o diferencial da modalidade *follow*, em relação aos demais cursos de pós-graduação, é que são voltados a uma área bem específica dentro de uma especialidade. “Apesar de apresentar em seu conteúdo programático atividades teóricas e teórico-práticas, eles têm a maior parte da carga horária destinada às atividades práticas”, define.

Rosilene comenta que os cursos procuram promover uma relação horizontal entre o corpo

docente-assistencial (preceptor/professor/orientador) e o aperfeiçoando. “A construção do conhecimento se dá por intermédio de metodologias ativas de aprendizagem. Os profissionais do corpo docente-assistencial atuam como facilitadores ou mediadores no processo ensino-aprendizagem, propiciando a interação entre o saber científico e as situações vivenciadas na prática. Assim, possibilitam o desenvolvimento de competências em situações reais”, explica.

Ela diz ainda que, este ano, a Área de Ensino Multiprofissional já ofereceu, por intermédio de processo seletivo público, vagas para nove cursos *follow*, entre eles Nutrição em Cuidados Paliativos em Oncologia, Terapia Nutricional em Tumores Hematológicos e Pesquisa Clínica em Câncer, com Ênfase no Gerenciamento e Condução de Ensaios Clínicos.

OPÇÕES PARA ENFERMEIROS

“Como são cursos livres, abertos por diferentes instituições, não há registro histórico sobre eles ou sobre os locais em que estão disponíveis”, afirma Mario Jorge. Entretanto, segundo Ana Paula Kelly, supervisora de Ensino de Enfermagem da instituição, acredita-se que, nessa área, o INCA tenha sido pioneiro. Hoje, os profissionais têm três opções de formação: Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos em Oncologia, Assistência de Enfermagem em Oncologia Cirúrgica e Assistência de Enfermagem em Oncologia Pediátrica.

Mario Jorge diz que não há necessidade de registro junto ao MEC para oferecimento dessa capacitação, sendo impossível um mapeamento. Mas, apesar dessa dificuldade, o chefe da Divisão de Ensino estima que, “pela especificidade e por tudo que conhecemos da área, o INCA tenha sido pioneiro em quase 100% dos cursos nessa modalidade”.

Para saber mais a respeito dos cursos na modalidade *follow* disponíveis no INCA, nas áreas Médica, Multiprofissional e de Enfermagem, basta acessar a página do Instituto na internet (www.inca.gov.br), escolher a opção “Ensino e Pesquisa” e, em seguida, “Pós-graduação *lato sensu*”. ■

MAIS INFORMAÇÕES

Hospital de Câncer de Pernambuco
www.hcp.org.br

Instituto Mario Penna
www.mariopenna.org.br

Unifesp
www.unifesp.br

COM O CORAÇÃO NÃO SE BRINCA.

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br

FAÇA A MELHOR ESCOLHA
PARA SUA VIDA:

NÃO FUME!

O uso do tabaco é uma das principais causas de infarto, angina e acidente vascular cerebral (AVC).

SAIBA COMO PARAR DE FUMAR.
ACESSE: INCA.GOV.BR/DIAMUNDIALSEMTABACO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL



GOVERNO FEDERAL
Ministério da Saúde



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Serviço de Comunicação Social

Rua Marquês de Pombal, 125/4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20230-240
comunicacao@inca.gov.br

www.inca.gov.br