

26

Julho  
2014

REDE

# CÂNCER

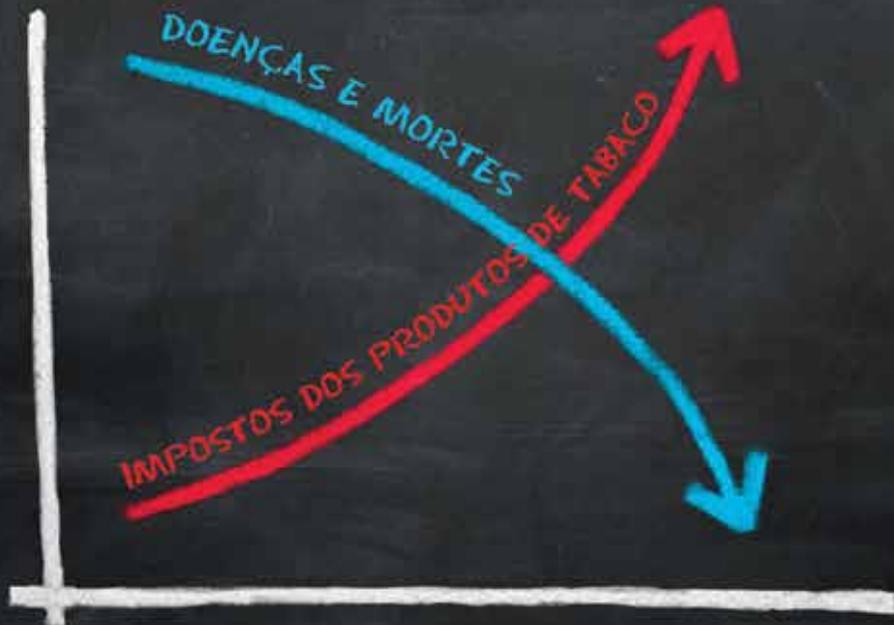
PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

## NOVOS ARES

A PARTIR DE DEZEMBRO, FUMÓDROMOS VÃO DESAPARECER  
DE TODOS OS AMBIENTES COLETIVOS FECHADOS



# AUMENTAR IMPOSTOS DOS PRODUTOS DE TABACO



## REDUZIR DOENÇAS E MORTES

A conta é simples. Impostos mais altos dos produtos de tabaco = menos fumantes, menos mortes e uma população mais saudável.

**DIA MUNDIAL SEM TABACO**  
[www.who.int/world-no-tobacco-day](http://www.who.int/world-no-tobacco-day)



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

Apoio



# sumário



05

## CIÊNCIA

*Um novo tratamento  
contra o câncer  
de próstata?*

08

## PERSONAGEM

*Com olhos de  
criança*

12

## EDUCAÇÃO

*Em constante  
evolução*

17

## EPIDEMIOLOGIA

*O perigo está no ar*

21

## CAPA

*Brasileiros vão  
respirar ar puro*

26

## PREVENÇÃO

*O outro lado  
da dependência  
química*

28

## ENTREVISTA

*Uma agenda  
para o câncer*

33

## SOCIAL

*Amor à causa*



## REDE CÂNCER

### 2014 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

REDE CÂNCER é uma publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Por se tratar de um veículo jornalístico, cujo objetivo principal é promover a discussão de assuntos relacionados à saúde e à gestão da Rede de Atenção Oncológica, artigos e reportagens contam com a participação de profissionais de várias instituições. As declarações e opiniões dessas fontes não refletem a visão do INCA, expressa exclusivamente por meio de seus porta-vozes. A reprodução total ou parcial das informações contidas nesta publicação é permitida sempre e quando for citada a fonte.

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Coordenação-geral do Projeto e Edição:

**Daniella Daher** | Editor assistente: **Nemézio Amaral Filho** | Redator: **Marcio Albuquerque**.

Comissão Editorial: **Mônica Torres (chefe da Divisão de Comunicação Social); Fabio Gomes; Ronaldo Correa; Marceli Santos; Suse Barbosa; Alessandra de Sá Erp Siqueira; Laura Maria Campello Martins; Gustavo Advíncula; Adriana Atty; Rejane Reis; Carlos Henrique Debenedetto Silva; Cassilda dos Santos Soares** |

Produção: **Conceito Comunicação Integrada** | Jornalista responsável: **Marcos Bin - JP23.958RJ** |

Reportagem: **Eduardo Marques, Luis Fernando de Freitas Dias, Rosana Melo, Roseane Santos e Webber Lopes** |

Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA, Can Stock Photo e SXC** | Revisão gramatical: **Annezy Moraes** | Impressão: **Walprint** | Tiragem: **12.000 exemplares**.

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

## Ar puro para o Brasil

Prezado leitor,

Finalmente os brasileiros podem respirar aliviados. Quase dois anos e meio após sua promulgação, a Lei Federal 12.546, conhecida como Lei dos Ambientes Livres, foi regulamentada. A partir de dezembro deste ano, não será mais permitida a existência de fumódromos em nenhum recinto coletivo fechado. Fumar, a partir de então, só será permitido em áreas totalmente abertas, residências ou locais específicos para esse fim, como tabacarias. A regulamentação foi anunciada pelo ministro da Saúde, Arthur Chioro, no dia 31 de maio, Dia Mundial sem Tabaco, e é o tema da nossa reportagem de *Capa*.

Os bastidores do diagnóstico do câncer são a área de atuação dos médicos patologistas. Apesar de não terem contato direto com os pacientes, são eles que examinam os tecidos suspeitos, interpretam os resultados e emitem laudos, auxiliando cirurgiões e oncologistas clínicos a definir qual o melhor tratamento para cada caso confirmado de neoplasia maligna. A qualificação desses profissionais em Oncologia é feita por meio de programas de residência, como o oferecido pelo INCA. Saiba mais na seção *Educação*.

Como uma mãe pode ajudar seu filho ou filha a lidar com o câncer? A escritora mineira Juliana James dá uma lição sobre o tema em seu livro “Qual a cor da sua vida?”, no qual mistura ficção e realidade numa história comovente: ela é a nossa *Personagem*.

Quem também tem muita história para contar é Sônia Novaes, presidente da Casa Ronald McDonald do Brasil, a mais antiga da América Latina e que está completando 20 anos. Há 25 anos, Sônia era uma mãe acolhida pela casa homônima em Nova York, quando tentava alcançar a cura para seu filho caçula que sofria de leucemia. Apesar de não ter conseguido o que mais desejava, Sônia transformou a dor em solidariedade. Inicialmente, ela e o marido trabalharam como voluntários no INCA e, alguns anos depois, assumiram a responsabilidade de implantar a primeira Casa Ronald no Brasil. Leia mais sobre essa experiência emocionante em *Social*.

Colocar o câncer dentro da agenda das Doenças Crônicas Não Transmissíveis foi uma decisão da Organização Mundial da Saúde. Mas para o diretor-geral da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (da própria OMS), Christopher Wild, o fato de o câncer ser a segunda maior causa de mortes no mundo justificaria uma agenda específica para tratar do assunto. Não deixe de conferir na *Entrevista*.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

# ciência

VACINA TERAPÊUTICA BRASILEIRA APRESENTA RESULTADOS PROMISSORES, MAS PRECISA DE MAIS TESTES ANTES DE SER COMERCIALIZADA

## Um novo tratamento contra o câncer de próstata?

Ao longo da história, cientistas desenvolveram inúmeras vacinas para prevenir doenças com mais eficácia. São exemplos as contra o sarampo (1953) e poliomielite (1954). Possivelmente, o avanço mais esperado deste século será a descoberta de uma vacina contra o câncer. E o Brasil acaba de dar um grande passo nessa direção. Uma vacina brasileira surge como promissor tratamento contra o câncer de próstata. Ela obteve resultados bem-sucedidos em testes com humanos e promete ser mais eficaz e barata que a vacina lançada nos Estados Unidos em 2010.

Os testes clínicos para a vacina brasileira começaram em 2002. Foram avaliados 107 pacientes com diagnóstico de câncer de próstata que precisavam de cirurgia. Depois, um grupo de 48 homens com idade média de 63 anos foi selecionado. Destes, 22 fizeram o tratamento convencional, apenas com radioterapia e hormônios, enquanto 26 receberam também doses da vacina. Após cinco anos, a avaliação mostrou que, no primeiro grupo, 48% dos homens estavam com a doença indetectável, ou seja, virtualmente curados. No grupo que tomou a vacina, esse índice saltou para 85%. Além disso, houve redução do número de mortes. A média, que costuma

ser de 20% para pacientes que fazem o tratamento convencional, ficou em 9% no grupo vacinado.

A vacina foi desenvolvida em Porto Alegre, pela equipe do médico Fernando Kreutz, professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e contou com financiamento de um fundo de incentivo à inovação do Ministério de Ciência e Tecnologia. A expectativa é que a vacina possa ser lançada no mercado em no máximo três anos. “Esta vacina é totalmente inédita, e os resultados neste ponto [estudo de fase II] são muito promissores”, comenta Kreutz. “Estamos elaborando um novo estudo multicêntrico no Brasil envolvendo 416 pacientes em fase III para estabelecer um número estatisticamente significativo para a questão da mortalidade. Já comprovamos estatisticamente a questão da cura bioquímica”, acrescenta.

O fármaco é desenvolvido a partir das células tumorais do próprio paciente e tem o objetivo de evitar recidivas e morte pela doença. Trata-se de uma vacina terapêutica, por meio de imunoterapia. Ela proporciona ao sistema imunológico do paciente maior capacidade para combater as células tumorais, somando-se o tratamento convencional já realizado. Segundo Kreutz, a vacina é a

primeira do tipo no mundo. “Trata-se de uma tecnologia descoberta e desenvolvida no País. Isso não é tarefa trivial. Pelo contrário, é um esforço muito grande”, salienta.

Além do apoio da comunidade científica, o projeto recebeu incentivo de agências de fomento, como a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), bem como recursos de investidores privados. “Estamos transformando uma descoberta numa bela história de inovação. Hoje, quando eu participo de eventos internacionais, como o da Associação Americana de Biotecnologia, empresas e pesquisadores do mundo todo já começam a nos procurar com ideias e projetos. Há alguns anos seria o contrário”, compara Kreutz.

## APLICAÇÃO PODE SER ESTENDIDA

Em oncologia, as vacinas se encaixam em duas categorias principais: contra um câncer específico e contra o câncer universal. Como o nome sugere, a primeira trata tipos específicos de cânceres. Em outras palavras, uma vacina poderia ser desenvolvida para combater o câncer de pulmão, outra para o de cólon, pele e assim por diante. A vacina contra o câncer universal, por sua vez, combate as células tumorais independentemente do tipo.

De acordo com Kreutz, a vacina brasileira poderá ser uma alternativa à lançada há três anos por um laboratório dos Estados Unidos. Enquanto o tratamento americano tem como alvo um único antígeno, o brasileiro foi desenvolvido para interagir com múltiplos antígenos, o que aumenta sua eficácia para destruir elementos estranhos e reduz as possibilidades de desenvolvimento de resistência.

“Trata-se de uma tecnologia descoberta e desenvolvida no País. Isso não é tarefa trivial. Pelo contrário, é um esforço muito grande”

**FERNANDO KREUTZ**, médico e professor da PUC-RS

A vacina brasileira já foi testada em outros tipos de câncer e também tem apresentado bons resultados. “Cada tumor possui um repertório próprio de antígenos. Alguns são comuns entre pacientes, e outros, específicos para o tumor. Portanto, a estratégia de apresentação de antígenos tumorais não está restrita a nenhum tipo de tumor. Desta forma, ela poderá ter efeito contra vários tipos de neoplasias”, explica.

Para o urologista Wilson Bachega Junior, do Hospital A.C. Camargo, a linha de pesquisa de Fernando Kreutz é importante, mas ainda há muito trabalho pela frente. “Até hoje, vários estudos mostraram alguns resultados importantes. Porém, nenhum ainda conseguiu manter-se para uso comercial, pois não apresentou vantagens claras sobre outras opções de tratamento. Acho os resultados do estudo interessantes, mas apenas autorizam a prosseguir na pesquisa. Ainda são preliminares para podermos fazer projeções”, pondera.

## RESULTADOS POSITIVOS NÃO SE CONVERTEM EM VENDAS

De fato, outras vacinas contra o câncer já tiveram bons resultados, mas ainda não entraram em comercialização no Brasil, pois esperam novos testes e aprovação dos órgãos de saúde. É o caso da Hybricell. Também desenvolvida no País, pelo pesquisador José Alexandre Barbuto, do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo, em parceria com o laboratório paulista Genoa Biotecnologia, ela atua de maneira diferente da vacina desenvolvida pela equipe de Fernando Kreutz. Entre 2001 e 2003, a vacina foi testada em 35 pacientes. Os resultados animadores foram apresentados na *Cancer Immunology, Immunotherapy*, uma das mais respeitadas publicações da área.

“Células cancerosas do paciente são fundidas em laboratório com células dendríticas, que vigiam o organismo em busca de anomalias. As células dendríticas são preparadas no laboratório a partir de células do sangue [monócitos] de doadores sadios. Criada a vacina, ela é aplicada no doente”, explica Barbuto. As células dendríticas são células de defesa do organismo que ajudam na identificação de agentes agressores como vírus e bactérias, por exemplo, sendo muito importantes no combate a doenças. O que se espera é que o organismo passe a reconhecer as células tumorais como um perigo. Com esse “truque”, o sistema imunológico torna-se capaz de reconhecer o câncer e atacá-lo sem atingir as células sadias. O método não cura o câncer

“Minha recomendação é que seja utilizado o que já temos à disposição no Brasil. Caso nenhum tratamento obtenha resposta, é tempo de pensar em alternativas”

**WILSON BACHEGA JUNIOR**, urologista do Hospital A.C. Camargo

nem substitui a quimioterapia e a radioterapia nos casos em que esses tratamentos são indicados. Mas mostrou-se capaz de interromper o crescimento dos tumores em 80% dos pacientes com melanoma ou câncer de rim incluídos num estudo clínico e que já apresentavam metástases pelo corpo.

Há cerca de um ano, alguns veículos de imprensa brasileiros divulgaram que a vacina havia sido liberada para comercialização pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Entretanto, Barbuto corrige a informação: “Houve, sim, uma comunicação da Anvisa na época, considerando que a vacina, por se tratar de um tratamento absolutamente personalizado, poderia ser aplicada, a critério médico, em casos específicos. Não foi, porém, uma aprovação formal, uma vez que a vacina não é um medicamento propriamente dito”, alerta o pesquisador. O laboratório Genoa Biotecnologia confirmou que a vacina não está sendo produzida, pois aguarda novos testes e regulamentação dos órgãos responsáveis. Ainda não há prazo para a venda.

“O primeiro estudo clínico, concluído e publicado em 2004, incluiu 35 pacientes. Houve e ainda há outros estudos que têm procurado aperfeiçoar e compreender melhor os mecanismos de ação ou não ação da vacina, para, só então, poder considerar sua liberação”, acrescenta Barbuto.

## OUTROS EXEMPLOS AO REDOR DO MUNDO

Pelo mundo, existem no mercado vacinas similares. A empresa estatal cubana Labiofam anunciou em 2012, durante congresso em Havana, resultados promissores de um tratamento imunológico personalizado contra o câncer de próstata.

No Canadá está à venda a Melacine, que promete a cura de melanomas. Já a americana Dendreon desenvolveu uma terapia em que linfócitos do paciente são modificados para atuar sobre uma proteína característica do câncer de próstata. No mercado americano, o tratamento custa 91 mil dólares por dose. Embora tenha falhado em reduzir os tumores avançados, a vacina provou ser eficaz em aumentar a sobrevivência dos pacientes graves em até quatro meses.

Sobre a vacina americana, já liberada pela Food and Drug Administration (FDA), órgão do governo dos Estados Unidos que controla alimentos e medicamentos, o urologista Wilson Bachega Junior dá a seguinte orientação para pacientes que o procuram em busca de informações a respeito: “Minha recomendação é que seja utilizado o que já temos à disposição no Brasil. Caso nenhum tratamento obtenha resposta, é tempo de pensar em alternativas. Porém, mesmo já tendo sido liberada para uso pela FDA, acredito que sejam necessários mais estudos para poder esclarecer a sua real vantagem.” ■

## IMUNOTERAPIA: MÉTODO EXPERIMENTAL

*Imunoterapia é um tratamento que promove a estimulação do sistema imunológico por meio do uso de substâncias modificadoras da resposta biológica. As reações imunológicas podem ser resultado da interação antígeno-anticorpo ou dos mecanismos envolvidos na imunidade mediada por células.*

*Há dois tipos de imunoterapia, de acordo com as substâncias utilizadas e seus mecanismos de ação. Na imunoterapia ativa, substâncias estimulantes e restauradoras da função imunológica (imunoterapia inespecífica) e as vacinas de células tumorais (imunoterapia específica) são administradas a fim de intensificar a resistência ao crescimento tumoral. Já na imunoterapia passiva ou adotiva, anticorpos antitumorais ou células mononucleares exógenas (de origem externa) são administradas, com o objetivo de proporcionar capacidade imunológica de combate à doença. A imunoterapia ainda é um método experimental. É preciso aguardar resultados mais conclusivos sobre sua eficácia e aplicabilidade clínica.*



# personagem

FICÇÃO E REALIDADE SE MISTURAM EM LIVRO QUE CONTA DE FORMA LÚDICA COMO MÃE E FILHA ENCARARAM O CÂNCER

## Com olhos de criança

“Todas as coisas são azuis se você as faz azuis”, diria Dibs, personagem da escritora e psicóloga Virginia M. Axline, no livro *Dibs: Em busca de si mesmo*. A obra, referência na psicoterapia infantil, é sobre uma criança que não falava, não brincava e vivia perdida em si. Já William Shakespeare, no clássico *Romeu e Julieta*, pergunta: “O que há em um nome? Por acaso a rosa teria outro aroma se fosse chamada de outra forma?”

Juliana James, produtora cultural, professora de teatro e escritora mineira de Juiz de Fora, parece ter bebido nessas fontes em seu livro de estreia, *Qual a cor da sua vida?* (editora Giostri), dirigido ao público infantil. Ele conta a história da pequena Beatriz, que teve câncer aos 8 anos, e da mãe da criança, a jovem Carolina, por meio de um texto sensível e baseado em fatos. Assim como fizeram o dramaturgo inglês e a psicoterapeuta americana, a obra de Juliana mostra como é possível mudar (pré)conceitos.

O livro é inspirado em Beatriz Pernisa, menina alegre e espirituosa que descobriu um neuroblastoma de grau IV aos 5 anos e morreu aos 8. O nome dela é o único que se repete na trama – os demais personagens, todos fictícios, têm nomes de pessoas queridas que fazem parte da vida de Juliana. Embora a história da protagonista também não seja fiel à realidade, a ideia central permanece. A autora aborda o tema câncer com leveza, em consonância

com a personalidade da verdadeira Beatriz, que manteve a alegria durante os três anos de tratamento oncológico. Na ficção, Carolina e Beatriz também não se deixam abater quando descobrem e enfrentam a doença, revelando ao leitor um mundo de novas possibilidades.

Segundo a autora, tudo começou quando um amigo lhe pediu para escrever o roteiro de uma peça. O tema deveria ser interessante para toda a família e passar uma boa mensagem. “Não vinha nada à minha cabeça, até que um dia uma grande amiga me falou da priminha dela, que estava com câncer”, conta Juliana.

O que a encantou ao ouvir a história foi a explicação que a mãe de Beatriz, Mayra Pernisa, deu à filha para a queda de seus cabelos, por causa da quimioterapia. Em vez de demonstrar tristeza, Mayra agiu de forma natural. O diálogo é reproduzido no livro:

“Sabe esses remédios que você toma? Eles são soldadinhos disfarçados, que pulam pra dentro de você para combater o exército invasor. É por isso que você às vezes sente dor, fica enjoada. Porque eles estão lá dentro lutando pra combater esse exército invasor”, explicou a mãe, que logo em seguida foi questionada pela filha sobre o que isso teria a ver com seus cabelos. “Ah! Aí é que você não sabe! Esses soldadinhos do bem são muito atrapalhados e, às vezes, eles mexem onde não deviam. E, por isso, o cabelo



cai. Na verdade, eu acho que eles pensam que, assim, te ajudam a aliviar o calor”, continuou. Ao ouvir as palavras da mãe, Beatriz achou graça e sugeriu raspar o cabelo, já que assim ficaria mais parecida com o pai e ainda economizaria shampoo.

## SÓ AS MÃES SÃO FELIZES

A relação de Juliana com o câncer não é tão distante. Uma tia morreu por causa da doença, e ela tem conhecidos que estão em tratamento oncológico. Mas a autora garante que essas questões não a influenciaram. “É sempre emocionante falar e lembrar dessas pessoas, mas com o livro eu queria passar uma mensagem otimista, além de falar para as crianças com uma abordagem delicada. Meu contato maior foi sempre com essa minha amiga, prima da Beatriz. Nunca convivi muito com ela e me aproximei mais de sua mãe após o lançamento do livro. Hoje somos grandes amigas”, diz.

Juliana costura toda a obra com um fio condutor semelhante ao de Lucinha Araújo, mãe de Cazuzu, que escreveu o livro *Só as mães são felizes*.

“Sem essa de sentença de morte. A mensagem é viver bem e feliz todos os dias”

“Sou mãe e concordo com ela: é a melhor coisa do mundo. Mas meu foco foi outro. Conto a história da Carolina e da Beatriz, que decidiram fazer do limão uma limonada, usando a força e a alegria como ferramentas e transmitindo uma mensagem positiva e lúdica”, explica.

A personagem Carolina, que é artista plástica, faz desenhos e quer transportar a filha a um mundo imaginário nos momentos difíceis. O livro é sutil, e a morte não é uma questão primária. Quando Beatriz perde Aline, uma amiguinha por quem se afeiçãoou no hospital em que estava internada, a mãe revela à pequena o significado dessa transição.

## As mulheres que inspiraram a autora

Longe de ser ficção, o que Mayra Pernisa viveu com Beatriz certamente marcará sua história para sempre. A coragem e a fé que demonstrou foram essenciais para amenizar os momentos mais difíceis e, até mesmo, torná-los mais felizes para sua filha. Também mineiras de Juiz de Fora, elas se mudaram para o Rio de Janeiro no início de 2010, quando Beatriz tinha apenas 5 anos e iniciou tratamento no INCA.

Mayra lembra que elas chegaram ao Instituto muito assustadas. “Não podíamos imaginar a dimensão da doença. Uma criança com 17 cm de tumor entre o pulmão e o coração era desesperador. Fomos bem acolhidos pela equipe médica e pelos voluntários. Nunca pensamos que existia uma instituição 100% SUS que funcionasse com tanta excelência. Percebemos que as pessoas trabalham lá pelo ideal de exercer a medicina plenamente”, diz.

Nesse período, elas conheceram o trabalho de uma profissional que é responsável por ajudar na alfabetização das crianças internadas. Rosane Santos

– ou Tia Rosane, como é chamada – foi fundamental na caminhada de Beatriz. “Ela estava começando a aprender a ler nessa época e sentia muita falta da escola e dos amigos. Rosane tinha a missão de ensinar as crianças, mas fazia muito mais do que isso. Quando Beatriz estava internada em pleno Carnaval, ela fez uma folia dentro do quarto! De repente vimos surgir um bloco, com muita marchinha, fantasia e serpentina. Um momento inesquecível, promovido por essa pessoa que tem a missão de ensinar e levar o amor”, recorda Mayra.

## O MEU AMOR POR VOCÊ

Mesmo doente, Beatriz parecia ter o dom de sorrir e fazer sorrir. “A alegria e a energia que ela tinha eram contagiantes. Ela transformava tudo em coisas boas. Durante as sessões de quimioterapia, Beatriz brincava, cantava, dançava. Todo o hospital a conhecia devido ao seu carisma e às brincadeiras”, conta Mayra. Muito comunicativa, a menina ajudava

No leito vazio de Aline havia uma boneca. Beatriz conversa com ela, lembrando uma história contada por Carolina sobre a morte: “Um dia todos iremos para a *Casa do para Sempre*. Se você ainda não foi é porque o seu bilhete pra viagem ainda não chegou! Minha mãe e minha babá me contaram tudo sobre a Casa do para Sempre. É uma casa linda, onde vivem todas as pessoas das quais nós sentimos muita saudade! Há árvores com frutas, um lago cheio de cisnes, cachoeiras com piscina pra gente nadar, muita coisa pra brincar! Pena a Aline não ter esperado mais um pouco. Vamos sentir saudades, né?”

## A COR DO SEU DESTINO

Juliana James segue o budismo de Nitiren, monge japonês do século 13, mas no livro não quis tratar da questão espiritual, e sim escrever uma história de vida, de alegria e de vivacidade de uma garotinha, sem o viés religioso. O próprio título, *Qual a cor da sua vida?*, é uma alternativa pueril que encanta e emociona também os adultos. Beatriz se interessa em saber qual a cor da sua própria vida e no final do livro descobre.

Falar de câncer é mexer com a emoção intrínseca à doença, mas Juliana privilegia a alegria e a esperança nas páginas. Questões como a saudade passam ao largo. A autora faz lembrar as palavras do pintor Matisse: “É preciso ver o mundo com olhos de criança”. O encerramento do livro deixa a história de Beatriz em aberto, cabendo ao leitor imaginar como será o futuro da menina. “Sem essa de sentença de morte. A mensagem é viver bem e feliz todos os dias”, ressalta a autora.

Recomendado para crianças já a partir da alfabetização, o livro, ilustrado pelo mineiro Evandro Menezes, é um incentivo à leitura nessa fase de descoberta. Está inscrito em um edital para captação de patrocínio e deverá virar peça teatral. Em setembro, a autora lançará dois livros de contos infantis, um para meninos e outro para meninas.

Juliana tem 32 anos, é do signo de câncer, adora ouvir música, dias ensolarados, cuidar do filho Kadu e brincar com Malu, sua cadela labrador de 8 anos. Sua cor preferida? O verde. Não por acaso, a cor da esperança. ■



as outras crianças em tratamento no INCA e tinha sempre uma palavra amiga. Sonhava em ser médica de animais e crianças, bem como bailarina. Adorava usar roupas coloridas, esmaltes, maquiagens e bolsas. “Ah! As perucas! Adorava perucas! Tinha azul, roxa, rosa, laranja”, enumera a mãe.

Para ela, os oito anos em que conviveu com a filha foram de aprendizado. “Vivemos cada instante. Como diz o ditado, ‘nunca deixe para amanhã o que se pode fazer hoje’. Tivemos momentos de muitas festas e gargalhadas, e nas horas tristes ela transformava tudo em desenhos e pinturas. Tenho certeza que Beatriz foi muito feliz e fez muita gente feliz”, afirma. Em seus aniversários, sempre

emocionava a mãe com uma homenagem, um bailado ou um teatrinho. Em sua última festa de Natal, ela se apresentou para a família cantando *Como é grande o meu amor por você*, de Roberto Carlos. “Ninguém aguentou. Todos foram às lágrimas”, emociona-se Mayra.

Atualmente, a mãe de Beatriz encontra forças em Marina, sua filha mais nova. “A perda dói muito. É uma saudade louca e sempre acho que ela vai aparecer. No começo me sentia muito culpada quando saía com a irmã dela, que se parece muito com a Beatriz. Hoje aproveito todos os momentos com ela. Ter outro filho me ajuda a seguir. Afinal, a vida continua”, pondera.

# educação

AO COMBINAR TÉCNICA E ESTUDO, PATOLOGISTA ATUA NOS BASTIDORES PARA DIAGNOSTICAR O CÂNCER

## Em constante evolução

O médico patologista não está em contato direto com o paciente, mas é ele quem recebe materiais para análise, examina, interpreta e emite laudos (diagnósticos), que servem de base para que os oncologistas clínicos e cirurgiões possam decidir as melhores opções de tratamento para o paciente. Esse especialista é altamente qualificado e precisa se atualizar sempre.

“A Anatomia Patológica é fundamental para a Medicina, principalmente em Oncologia, porque qualquer paciente que tenha uma neoplasia necessita de confirmação diagnóstica pelo patologista. Em uma biópsia da lesão ou retirada total desta, numa peça cirúrgica, o diagnóstico patológico pode ser não neoplásico (por exemplo, inflamatório) ou neoplásico e, nos casos de neoplasia, ela pode ser benigna ou maligna. E nas neoplasias malignas, é importante também sua classificação histológica (tipo) e o estadiamento”, explica Ivanir Martins de Oliveira, chefe da Divisão de Patologia do INCA (Dipat). Médica pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Ivanir fez residência no próprio Instituto e se especializou em Anatomopatologia, área em que trabalha desde 1982.

“Em mais de 90% dos pacientes matriculados no INCA, as biópsias feitas fora do Instituto são revistas pelos nossos patologistas para que o diagnóstico seja confirmado, para definir o estadiamento e orientar qual deve ser o tratamento”, detalha Ivanir. A patologista ressalta que é a biópsia que determina se a lesão identificada no exame de

imagem é ou não uma neoplasia. “Exame de imagem dá suspeita forte de malignidade, mas não é definitivo. Temos exemplos de pacientes que, pelo exame de imagem, apresentaram indícios fortes de tumores malignos no pulmão, mas que, na biópsia, comprovou-se serem nódulos de tuberculose, uma doença inflamatória, com tratamento muito mais simples do que o câncer.”

De acordo com a médica, a biópsia é uma pequena amostragem de um tumor. Já a peça cirúrgica é uma ressecção para tratamento (retirada total do tumor) e permite um laudo muito mais complexo. Com esses dados fornecidos para o clínico, para o cirurgião e outros especialistas, será possível traçar uma conduta para o tratamento pós-cirurgia.

Ivanir explica que a Citopatologia (estudo das células e suas alterações) está inserida na Anatomia Patológica. Com a evolução da Medicina e da Patologia, juntamente com a tecnologia, houve necessidade de direcionamento para algumas subespecializações.

“A Hematopatologia, por exemplo, estuda mais as doenças do sangue, como a leucemia e os linfomas. Um patologista gastrointestinal, como eu, se especializa em doenças do tubo digestivo, que é uma estrutura muito grande. Vai do esôfago superior até o ânus. E há ainda as glândulas anexas ao tubo digestivo, como fígado, pâncreas, as biliares e a vesícula biliar. Cada tumor em um órgão desses é uma doença diferente e exige um tratamento específico. É um conjunto de informações muito grande e cada

vez mais a tecnologia está evoluindo em termos de diagnóstico, tanto em imagem quanto o diagnóstico em Patologia”, comenta.

O avanço da tecnologia também tem permitido várias técnicas especiais de diagnóstico, como a imuno-histoquímica. O exame é capaz de fornecer dados individualizados imprescindíveis para a escolha do melhor tratamento, além de projetar a evolução daquele câncer. “A imuno-histoquímica trabalha com anticorpos para marcar determinados tumores. Muitos anticorpos servem para avaliar o prognóstico e também os tipos de tratamento. Também por meio desse exame ficamos sabendo se o paciente vai responder a determinado tratamento ou não. Cada vez mais estamos caminhando para o diagnóstico e o tratamento personalizado. Isso melhora muito a qualidade do tratamento, que, aplicado de acordo com o perfil do paciente, reduz os efeitos colaterais de técnicas mais agressivas”, diz Ivanir.

Outra vantagem de um tratamento mais bem direcionado é a economia. “Imagine cem pacientes com câncer de cólon tratados da mesma forma. Isso poderá representar um gasto muito grande com o uso de algumas técnicas que não seriam necessárias para todos. Alguns podem até piorar se o tratamento não for orientado para aquele caso específico. Com a personalização, ganha o paciente e também o setor público, com o melhor direcionamento dos recursos financeiros”, defende.

## APRENDIZADO E OBRIGAÇÃO

Desde a década de 1980, quando começou a trabalhar em Anatomia Patológica, a médica atesta que muita coisa mudou. “Atualmente, fazemos duas necropsias por ano. Há 30 anos, fazíamos cinco ou seis por dia, no INCA e também na UFF. Eram necropsias de pacientes doentes. Naquele tempo não tínhamos as condições de diagnóstico que temos agora. Hoje, nossos pacientes que evoluem para óbito já têm a *causa mortis* definida, e não é preciso mais fazer a necropsia, um exame trabalhoso e dispendioso”, acrescentou.

O exame de necropsia leva no mínimo duas horas e exige toda uma logística. De acordo com Ivanir, hoje é importante para esclarecer os casos de pacientes que chegaram ao óbito por um motivo diferente do que se esperava. São casos em que o paciente pode ter um diagnóstico já definido, mas evolui de forma diferente sem que se saiba exatamente o motivo. Nesses casos, destaca a médica, a necropsia é um aprendizado para o médico e uma obrigação para com a família.



“Para concluir um diagnóstico em Patologia é sempre necessário estudar, consultar colegas e fazer pesquisas bibliográficas extensas. Soma-se a isso a responsabilidade de caracterizar pacientes como portadores de doenças graves e de difícil tratamento”

**UBIRACY DO AMARAL JÚNIOR,**  
residente no INCA

Nos últimos três anos (2011 a 2013), a Divisão de Patologia realizou 66.883 procedimentos em suas três unidades assistenciais, além de consultorias externas para outros hospitais da Rede Pública, sendo 36.283 exames de patologia cirúrgica (biópsias e peças cirúrgicas), 7.815 lâminas para revisão (consultoria), 23.636 exames de imuno-histoquímica, 5.806 exames de congelação (realizados durante o ato cirúrgico), 4.962 citopatologias hospitalares e 1.550 punções aspirativas por agulha fina.

O INCA mantém um arquivo nosológico informatizado com todos os registros de diagnósticos histopatológicos e citopatológicos realizados pela Dipat, de 1997 até hoje. Estão arquivados um total de 508.571 diagnósticos histológicos referentes a 261.246 pacientes, sendo 182.073 de tumores malignos primários em 107.449 pacientes.

## DISPUTA POR VAGA É GRANDE

Os médicos que desejam se especializar em Patologia em sua residência médica no INCA precisam passar por uma seleção, que ocorre anualmente. O número de candidatos vem aumentando nos últimos dois anos, segundo a coordenadora da Residência Médica em Patologia do Instituto, Ana Lúcia Amaral Eisenberg, que também coordena o Serviço de Arquivo Nosológico. De acordo a médica, este ano foram oferecidas oito vagas, disputadas por 36 candidatos.

“Por enquanto não há projeto para aumentar esse número, mas estamos recebendo muitas propostas de convênio de outras instituições para os três meses de estágio opcional. Recebemos também muita gente de fora. Nossos residentes atuais são quase todos de outros estados, só temos uma do Rio de Janeiro. A nossa ideia é formar gente para todo o Brasil”, anuncia Ana Lúcia.

A Residência Médica em Patologia é cursada em três anos (correspondendo a R1, R2 e R3). O INCA oferece ainda mais um ano de residência (opcional) em Hematologia e Citopatologia, além de um curso de aperfeiçoamento nos moldes *Fellow*, também com um ano de duração, em Patologia Cirúrgica Oncológica.

“O médico sai da faculdade, faz a prova de seleção, e, se aprovado, vem direto para o INCA, sem pré-requisito”. Depois que o médico é selecionado pelo Instituto, ele passa oito meses do primeiro ano de residência fora do INCA, em duas instituições conveniadas, estudando e praticando Patologia Geral, não oncológica. “São quatro meses no Hospital Universitário Antônio Pedro, da UFF, outros

“A Anatomia Patológica é fundamental para a Medicina, principalmente em Oncologia, porque qualquer paciente que tenha uma neoplasia necessita de confirmação diagnóstica pelo patologista”

**IVANIR MARTINS DE OLIVEIRA**, chefe da Divisão de Patologia do INCA

quatro meses no Hospital Clementino Fraga Filho, da UFRJ, e três meses no INCA, depois de um mês em férias”, detalha.

A Residência Médica em Patologia oferecida pelo INCA tem duração de três anos, com carga horária de 8.640 horas. O regime é de 60 horas semanais. O concurso para a seleção é anual e realizado por uma entidade organizadora. Ao final, para receber o certificado de conclusão, o aluno apresenta uma monografia. Os residentes têm direito a alojamento e refeições, além de bolsa-auxílio. Atualmente, no *staff*, há 20 médicos preceptores que os acompanham durante todo o curso. Os médicos patologistas podem trabalhar em laboratórios, hospitais e universidades.



## PESQUISA ESTIMULA RESIDENTES

Eles têm em comum o gosto e a curiosidade pela pesquisa científica, ambos estudaram Medicina na Universidade Federal do Pará e deixaram o Norte do País para morar, estudar e trabalhar no Rio de Janeiro. Ubiracy do Amaral Júnior e Camila Lucas Bandeira são residentes no INCA e em meio aos desafios diários vão decidindo que rumo seguir na profissão.

Ubiracy nasceu na capital do Amapá. Segundo ele, seus professores sempre foram seus mentores e inspiradores e, de certa forma, o guiaram até chegar à residência no INCA, em 2013. Atualmente cursa o segundo ano, a chamada R2.

“Logo no início da faculdade passamos por duas cadeiras básicas chamadas Histologia e Embriologia. Eu me identifiquei muito com essas duas disciplinas, que aumentaram meu interesse pela Patologia. Ao longo do curso, meus professores de Anatomia Patológica me cativaram ainda mais e foram os principais responsáveis pela escolha desta subespecialidade. Após minha formatura, consultei novamente meus professores, que me indicaram o INCA como um excelente centro de treinamento em Anatomia Patológica. Por isso escolhi essa instituição”, revela Ubiracy.

A possibilidade da investigação de casos é a característica da profissão que mais fascina Ubiracy. “Para concluir um diagnóstico em Patologia é sempre necessário estudar, consultar colegas e fazer pesquisas bibliográficas extensas. Soma-se a isso a responsabilidade de caracterizar pacientes como portadores de doenças graves e de difícil tratamento.”

## DO PARÁ AO RIO DE JANEIRO

No momento, ele trabalha nos centros cirúrgicos das três unidades assistenciais do INCA e na Divisão de Patologia da instituição, o que proporciona a experiência em diferentes atividades. “No centro cirúrgico, o residente recebe as peças e faz os exames macroscópicos e intraoperatórios (congelamento). Na Divisão de Patologia, faz o exame microscópico das peças e participa das sessões semanais de casos clínicos”. Após a especialização, Ubiracy pretende prestar concurso público.

Logo depois de concluir o curso de Medicina, Camila Bandeira saiu do Pará para ingressar na residência do INCA, em 2012. “Foi a primeira vez que saí da minha cidade para morar em outro lugar”. A residente conta que, inicialmente, escolheu a



“Acredito que o maior desafio da Patologia seja o reconhecimento da especialidade. Por não termos contato direto com o paciente, poucas pessoas conhecem a profissão e nossa área de atuação, mesmo entre a própria comunidade médica e os estudantes de medicina”

**CAMILA LUCAS BANDEIRA,**  
residente no INCA

especialidade por seu interesse em microscopia, e, sobretudo, pela vontade de fazer pesquisa científica.

“Outro ponto crucial na minha escolha foi quando descobri os avanços nas áreas de Biologia e Patologia Molecular, aplicadas ao diagnóstico. Em suma, percebi que a Patologia era um campo vasto e pouco explorado, e acredito que independentemente da escolha por pesquisa ou assistência”, acrescentou.

Para a jovem paraense, a Patologia não é diferente de outras áreas de atuação médica e é um campo desafiador. “O diagnóstico de uma doença relativamente comum pode apresentar aspectos pouco frequentes que o tornam difícil. Acho que isso é o mais fascinante na Patologia: a necessidade do equilíbrio entre a objetividade dos protocolos de diagnóstico e a experiência do profissional em perceber nuances de uma mesma lesão. Aliado a isso, a responsabilidade e o compromisso de proporcionar substratos para um manejo clínico adequado”, avalia.

Mas para Camila há uma conquista ainda maior que não se restringe à *expertise*: “Acredito que o maior desafio da Patologia seja o reconhecimento da especialidade. Por não termos contato direto com o paciente, poucas pessoas conhecem a profissão e nossa área de atuação, mesmo entre a própria comunidade médica e os estudantes de Medicina. Isso leva à carência de profissionais na área e, muitas vezes, à sobrecarga dos especialistas atuantes”, opina.

As atividades na residência em Patologia variam de acordo com o ano que está sendo cursado. No primeiro ano, Camila fez estágio obrigatório nas rotinas dos hospitais Clementino Fraga Filho e Antônio Pedro e no Instituto Médico Legal, devido à necessidade de aprender sobre patologia de doenças benignas e adquirir prática em necropsia. A rotina do segundo ano é semelhante à do terceiro, entretanto, os profissionais fazem dois meses de rodízio obrigatório em imuno-histoquímica e trato gastrointestinal.

Na reta final da especialização, a médica revela que tem grande vontade de trabalhar com pesquisa científica e patologia molecular aplicada ao diagnóstico. “Gostaria muito de poder conciliar isso com a rotina diagnóstica geral, mas acho que não será possível. Logo, essa será uma área que provavelmente só desenvolverei no início da minha carreira”. Camila diz ter preferência por trabalhar no setor público, por considerar a rotina diferente e mais desafiadora. “Mas tudo irá depender das oportunidades que surgirem pelo caminho. Assim como outros profissionais da minha área, poder ingressar em uma instituição pública voltada tanto para a pesquisa quanto para a assistência, nos moldes do INCA, é um dos meus maiores anseios.” ■

# epidemiologia

EXPOSIÇÃO DE TRABALHADORES E CLIENTES EM POSTOS DE GASOLINA TRAZ MAIS RISCOS À SAÚDE DO QUE ESPECIALISTAS SUPUNHAM

## O perigo está no ar

O dado é alarmante: mais de um quarto das mulheres frentistas em postos de gasolina sofreram aborto espontâneo e quase 6% delas geraram crianças que nasceram mortas. Constatações como essas estão no Projeto de Avaliação da Exposição ao Benzeno em Postos, iniciativa da Unidade Técnica de Exposição Ocupacional, Ambiental e Câncer da Conprev/INCA. “Até começarmos esse trabalho, não sabíamos da extensão do problema”, reconhece a coordenadora da pesquisa, a epidemiologista Ubirani Otero.

As informações foram colhidas em seis postos de combustível, três deles com boa circulação de ar e os demais em espaços mais confinados. Foram pesquisados 118 trabalhadores, entre os quais 27 mulheres. A epidemiologista explicou que, por ser um projeto-piloto, não era necessário abranger todo

o universo dos trabalhadores para validar os resultados, já que as condições de trabalho são muito semelhantes e não há variações significativas de um posto para outro.

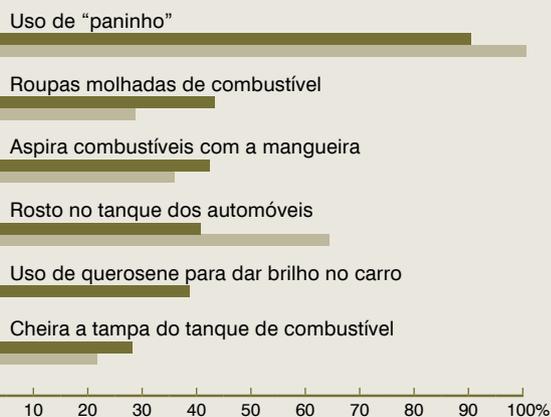
“Nossa ideia era testar uma metodologia de pesquisa para conhecer bem essa população, saber dos riscos, apurar as condições de trabalho; para dar subsídio às vigilâncias em saúde do trabalhador, sanitárias, ambientais e de saúde; e para intervir e melhorar a situação de vida e de trabalho desses profissionais. Obtivemos um cenário claro das múltiplas exposições a que estão expostos e podemos hoje traçar um perfil mais real das condições e do processo de trabalho, bem como da situação de saúde desses profissionais durante o período da coleta”, explica Ubirani.



# A voz do trabalhador

Frentistas revelaram aos pesquisadores do INCA seu cotidiano nos postos e apontaram problemas de saúde

## Hábitos de trabalho



## Sintomas relatados



## INSEGURANÇA TAMBÉM EM AMBIENTES FECHADOS

O INCA iniciou a pesquisa em 2010, tendo como parceiros o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh-Fiocruz), as universidades Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Federal Fluminense (UFF), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e o Sindicato dos Empregados em Postos e Serviços de Combustíveis (Sinpospetro). “O sindicato fez a intermediação com os funcionários e os donos. Sem eles, a gente não conseguiria entrar nos postos. Assim, tivemos um percentual de recusa muito baixo na adesão à pesquisa. A entidade fazia a abordagem inicial e nos repassava se o pessoal estava receptivo ou não, para então a nossa equipe trabalhar”, relata a epidemiologista.

A coleta de dados procurou captar as condições de trabalho e de saúde dos frentistas. Um questionário foi elaborado para apurar as características ocupacionais e sociodemográficas dos trabalhadores. Participaram proprietários, gerentes, frentistas e os demais funcionários dos postos. Para serem considerados aptos a participar da pesquisa tinham que ser maiores de 18 anos e não apresentar sinais de embriaguez. Os participantes foram submetidos à avaliação clínica, incluindo a coleta de amostras de sangue. Medições do ar também foram realizadas para avaliar a contaminação ambiental por benzeno, tolueno e xileno.



Equipe visitou seis postos de combustíveis no Rio, como este, na Zona Norte da cidade

A população no raio de um quilômetro do posto está exposta. Então, numa cidade como o Rio de Janeiro, onde praticamente tem um posto a cada esquina, provavelmente não temos o não exposto, porém o mais exposto e o menos exposto”

**MARIANNE DE MEDEIROS TABALIPA,**  
pesquisadora do projeto

“Essas substâncias são agentes reconhecida-mente cancerígenos, sendo o benzeno classificado pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), no grupo 1, ou seja, existem evidências suficientes de que causa câncer.”

Nos postos de gasolina, em geral, o trabalho é realizado pelos funcionários de pista e os das lojas de conveniência. A pista é ocupada pelo gerente, o encarregado e os frentistas, não existindo diferenças de gênero. Homens e mulheres executam as mesmas funções. O gerente ou o encarregado são os que sofrem as maiores exposições às substâncias tóxicas, porque, além de abastecerem os carros, recebem o caminhão-tanque.

“Eles sobem no caminhão, com capacidade de 15 a 25 mil litros, para verificar a qualidade do combustível. Quando abrem a tampa, já recebem todo o vapor. O cheiro é muito forte. As pessoas que faziam a pesquisa de campo tinham que se afastar para não passar mal. Além disso, o gerente ou o encarregado também precisa fazer a medição dos tanques de subsolo, mais de uma vez ao dia. Quando abre a tampa, também sobe o vapor, e depois enfia uma régua de uns cinco metros no depósito, sem usar luvas, máscara, nada”, revela Marianne de Medeiros Tabalipa, pesquisadora visitante do INCA que participou do projeto.

Segundo a pesquisadora, além de abastecer os carros, os frentistas trocam óleo e mexem na bateria, o que os expõem a diversas outras substâncias

tóxicas. Mas os riscos não se restringem aos funcionários de pista, alcançando também os das lojas de conveniência e os dos lava-jato, quando o serviço não é feito pelos próprios frentistas.

“Eles têm a falsa ilusão de que não estão expostos por estarem dentro das lojas. Todo posto possui suspiros para equilibrar a pressão dos tanques de subsolo. Esses suspiros são canos que jogam os gases para fora. Os gases são capturados pelo ar-condicionado que os jogam para dentro das lojas. Vimos que, em alguns postos, esses suspiros estão virados justamente na direção das lojas. O cliente que entra para lancha também inala todas essas substâncias. Outro dado importante é que a população no raio de um quilômetro do posto está exposta. Então, numa cidade como o Rio de Janeiro, onde praticamente tem um posto a cada esquina, provavelmente não temos o não exposto, porém o mais exposto e o menos exposto”, explicou Marianne.

## **CONDIÇÕES PRECÁRIAS E ATITUDES NADA SAUDÁVEIS**

Dos postos pesquisados, apenas um possuía licença ambiental. Isso significa que o risco de o lençol freático da área estar contaminado é alto. De acordo com Marianne, sem licença ambiental não poderá ser feita remediação do solo, que consiste em retirar os tanques, para a limpeza do solo. “Os tanques podem estar velhos, vazando combustível,

“Nossa procura foi por alterações biológicas e encontramos muitos trabalhadores com alterações no hemograma e algumas outras alterações clínicas, hematológicas e bioquímicas”

**MÁRCIA SARPA CAMPOS DE MELLO,**  
toxicologista da Conprev

contaminando toda a área ambiental e a população no entorno. A água do posto também poderá ser contaminada”, alerta.

Os frentistas têm direito a apenas uma folga por semana. A maioria dos postos funciona 24 horas, com três turnos de oito horas de trabalho. “A atividade é imensa. Carros entram e saem a todo momento. Não há horário determinado nem local para refeições. Eles comem entre as bombas ou em algum canto. Não há vestiário e só há um banheiro”, informa a pesquisadora.

A prática de alguns comportamentos contribui para o aumento da exposição dos frentistas, segundo Ubirani Otero. Uma delas é o uso do inseparável paninho, que o trabalhador usa para não deixar vaziar combustível para fora do tanque do carro, e que depois é colocado em volta do pescoço ou em contato com alguma outra parte do corpo.

“Ocorre a absorção pela pele de substâncias tóxicas presentes na gasolina, principalmente o benzeno. Outro ato contraindicado é encostar o ouvido no tanque para controlar o nível do combustível, quando o cliente pede o “chorinho”, após o clique da bomba quando completa o abastecimento. Nisso o frentista respira o vapor tóxico”, ensina Ubirani.

A epidemiologista informa que existem equipamentos de segurança que impedem que os gases saiam tanto dos tanques dos carros quanto dos caminhões-tanque, e medem eletronicamente o nível de combustível no subsolo. “Dos postos que vistoriamos, apenas um possuía os equipamentos. As luvas, quando usadas são inadequadas, pois são de tecido comum e ficam molhadas. Quando ocorre um banho de combustível, eles também não

trocam o macacão. E essa roupa toda contaminada acaba indo para a esposa lavar. Ou seja acaba expondo também a família. O certo seria o próprio posto providenciar a lavagem destes uniformes”, orienta Ubirani.

A medição ambiental feita pelos pesquisadores encontrou, em todos os postos, níveis elevados de benzeno, muito superiores aos estipulados pela legislação vigente. Mas segundo a toxicologista da Conprev Márcia Sarpa Campos de Mello, não foram encontrados casos de funcionários de postos com câncer, porque quando o trabalhador adoecer, ele é afastado do serviço.

“Não encontramos frentistas com câncer nos postos pesquisados. O tipo mais esperado pela exposição ao benzeno seria a leucemia. Mas com certeza há trabalhadores que adoeceram pela exposição ao benzeno. A busca por esse trabalhador deve ser no hospital, verificando se o doente com câncer foi frentista. Nossa procura foi por alterações biológicas e encontramos muitos trabalhadores com alterações no hemograma e algumas outras alterações clínicas, hematológicas e bioquímicas. Achamos danos genéticos nessa população exposta”, relata a toxicologista.

O próximo passo da pesquisa será descobrir se os trabalhadores afetados terão câncer. A busca será por lesões precursoras, através do teste de aberrações cromossômicas. “Faremos testes imunotóxicos, para verificar se a exposição ao benzeno causa dano ao sistema imunológico. Se os testes revelarem diminuição de anticorpos, teremos a visão prévia de que o organismo desse profissional vai responder pior, no caso de agressão por patógenos e também de lesões precursoras de câncer. Ou seja, as defesas do organismo poderão não ser capazes de reparar o dano que originou aquela lesão e nem de se defender de agentes nocivos à saúde, como bactérias. Associaremos então o teste imunotóxico para avaliar o sistema imunológico, assim como os biomarcadores de efeito, através de testes de mutagenicidade”, elenca Márcia.

Os testes identificarão se o DNA do frentista sofreu danos biológicos. Por fim, por meio do exame de urina, ficará esclarecido se ele foi exposto ao benzeno. “Se encontrarmos danos no DNA, significa que o sistema imunológico dele não está funcionando adequadamente para combater este dano. Isso gera a probabilidade de que, em alguns anos, o paciente desenvolva um tumor. Márcia enfatizou que posto de gasolina “não é lugar para ficar de bate-papo, nem tomar cerveja, nem comer. É para abastecer e ir embora”. ■

# capoa

GOVERNO FEDERAL REGULAMENTA LEI QUE PROÍBE EXISTÊNCIA DE FUMÓDROMOS EM AMBIENTES COLETIVOS FECHADOS

## Brasileiros vão respirar ar puro

Após mais de dois anos de espera, finalmente foi regulamentada a lei federal 12.546, de dezembro de 2011, que proíbe fumar em locais fechados e de uso coletivo em todo território nacional. A notícia foi comemorada com entusiasmo pela secretária executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro no Brasil, Tânia Cavalcante. “Com o decreto da presidente Dilma [Rousseff] regulamentando a 12.546, o Brasil dá cumprimento ao artigo 8º da Convenção-Quadro, que determina que os países adotem medidas para proteger a população dos riscos do tabagismo passivo em ambientes públicos, locais de trabalho e meios de transporte.” A regulamentação foi publicada no *Diário Oficial da União* de 2 de junho e entra em vigor em 180 dias.

“A regulamentação da lei é um grande avanço para o Brasil. É fundamental para que o País possa continuar enfrentando o tabagismo como um grave problema de saúde pública e um desafio para que toda a sociedade possa viver de forma mais saudável. A regulamentação é um compromisso com a saúde do povo brasileiro”, afirmou o ministro da Saúde, Arthur Chioro, ao anunciar em coletiva, dia 31 de maio, a assinatura do decreto pela Presidente da República.

De acordo com a nova regra, está proibido o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos e outros produtos fumígenos em locais de uso coletivo, públicos ou privados, como hall e corredores de condomínio, restaurantes e clubes, mesmo que o ambiente esteja só parcialmente fechado por

uma parede, divisória, teto ou até toldo. Os narguilés também estão vetados.

Além de extinguir de vez os chamados fumódromos, outra obrigatoriedade prevista na lei e que passa a valer em dezembro é o aumento do espaço para as advertências sobre os malefícios à saúde causados pelo tabaco, que deverão aparecer em 100% da face posterior das embalagens e de uma de suas laterais. A partir de 2016, deverá ser incluído texto de advertência adicional em 30% da parte frontal dos maços.

A expectativa é que o número de fumantes no País diminua ainda mais com a adoção dessa medida, uma vez que, a cada dia, menos pessoas pensam em parar de fumar ao ver as atuais advertências nos maços. “O impacto das advertências está diminuindo no Brasil provavelmente porque os fumantes podem virar o maço para não ver as imagens atuais e também porque as imagens são as mesmas já há algum tempo”, comentou a psicóloga da Conicq Cristina Perez, uma das principais investigadoras da Pesquisa Internacional de Tabaco (ITC) apresentada em comemoração ao Dia Mundial sem Tabaco, este ano, no evento realizado pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas). A pesquisa avaliou o estado da arte da implantação de alguns artigos da CQCT (*leia mais sobre a pesquisa no final desta matéria*).

A propaganda de cigarros fica proibida até mesmo nos pontos de venda, onde somente será permitida a exposição dos produtos, acompanhada por mensagens sobre os malefícios provocados pelo fumo.

# Onde não pode fumar

**Ambientes de uso coletivo: interior de bares, boates, restaurantes, lanchonetes, escolas, universidades, museus, bibliotecas, espaços de exposições, áreas comuns de condomínios, casas de espetáculo, teatros, cinemas, hotéis, pousadas, casas de shows, açougues, padarias, farmácias e drogarias, supermercados, shoppings, praças de alimentação, centros comerciais, bancos e similares, em ambientes de trabalho, estudo, de cultura, de culto religioso, de lazer, de esporte ou entretenimento, repartições públicas, instituições de saúde, hospitais, veículos públicos ou privados de transporte coletivo, viaturas oficiais e táxis.**



## ANTES DA REGULAMENTAÇÃO



Não havia definição sobre o que poderia ser considerado local coletivo fechado, onde é proibido fumar.

Permitia áreas para fumantes ou fumódromos em ambientes fechados, públicos ou privados.



Não estabelecia condições para comercialização.

Eram permitidas propagandas comerciais de produtos fumígenos no display.



Não fazia referência a situações de exceção com relação a cultos religiosos, locais de venda, em tratamentos de saúde, produções artísticas e pesquisa.

Estabelecia que as embalagens deveriam conter advertências, especificando como local uma das laterais dos maços, carteiras ou pacotes.



# Onde pode fumar



**Em casa, em áreas ao ar livre, parques, praças, estádios de futebol (somente em áreas abertas), vias públicas, nas tabacarias, em cultos religiosos (caso isso faça parte do ritual), em estúdios e locais de filmagem (quando necessário à produção da obra), em locais destinados à pesquisa e desenvolvimento de produtos fumígenos e em instituições de tratamento de saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista. Nesses casos, é necessário adotar condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar, bem como outras medidas de proteção dos trabalhadores contra o fumo.**

## DEPOIS DA REGULAMENTAÇÃO

O fumo é proibido em locais fechados de uso coletivo, mesmo que total ou parcialmente fechado em qualquer de seus lados, por uma parede, divisória, teto, toldo ou telhado.

O fumo, em qualquer circunstância, está proibido em local coletivo fechado, abolindo áreas para fumantes ou fumódromos.

Os produtos devem ficar expostos no interior do estabelecimento comercial e 20% do mostruário visível ao público devem ser ocupados por mensagens de advertências sobre os males do fumo, a proibição da venda a menores de 18 anos, e a tabela de preços.

Fica proibida a propaganda comercial de produtos fumígenos em todo o território nacional. Será permitido apenas a exposição dos produtos nos locais de vendas.

O fumo em lugares fechados é permitido em cinco situações, desde que adotadas condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar, além de medidas de proteção ao trabalhador exposto:

- Em cultos religiosos, caso faça parte do ritual;
- Em tabacarias sinalizadas;
- Em estúdios e locais de filmagem, quando necessário à produção da obra;
- Em locais destinados à pesquisa e desenvolvimento de produtos fumígenos;
- Em instituições de tratamento de saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista.

As embalagens devem ter mensagens de advertência em 100% da sua face posterior e de uma de suas laterais. E a partir de 2016, será incluído texto de advertência adicional sobre os malefícios do fumo em 30% da parte frontal das embalagens.

O Dia Mundial sem Tabaco 2014 teve como tema, definido pela Organização Mundial da Saúde e replicado pela maioria dos países signatários da CQCT, “aumentar impostos dos produtos do tabaco reduz doenças e mortes. Essa diretriz da CQCT, implementada no Brasil por meio da Lei 12.546, e os resultados de sua implementação foram apresentados no evento da Opas, em Brasília, pelo subsecretário da Receita Federal Iagaro Martins.

## AUMENTO DO PREÇO É EFICAZ PARA A REDUÇÃO DO CONSUMO

O artigo 6º da CQCT dispõe que “medidas relacionadas a preços e impostos são meios eficazes e importantes para que diversos segmentos da população, em particular os jovens, reduzam o consumo de tabaco”. O Brasil adotou uma política de elevação de impostos no final de 2011 e também estabeleceu o preço mínimo de venda de uma carteira de cigarros. O preço mínimo passou a ser de R\$ 3,00 em maio de 2012. E a cada ano vem sendo majorado em R\$ 0,50 até chegar a R\$ 4,50 em 2015. “O preço mínimo é válido em todo o território nacional e qualquer cigarro vendido abaixo destes valores será ilegal”, diz o advogado Felipe Mendes, integrante da Secretaria Executiva da Conicq.

A regra geral de tributação dos cigarros estabelece que o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) é calculado utilizando-se alíquota *ad valorem* de 300% sobre 15% do preço de venda a varejo, resultando em uma alíquota efetiva de 45%. Alternativamente, o fabricante de cigarros pode optar pelo regime especial de apuração, no qual o valor do IPI equivale à soma de duas parcelas, sendo uma *ad valorem*, calculada da mesma forma que no regime geral, e outra específica, de acordo com o tipo de embalagem. Nesse regime, a alíquota *ad valorem* subiu de 40%, em maio de 2012, para 54% este ano e vai chegar a 60% em 2015. A parcela específica vale hoje R\$ 1,20 para os maços e R\$ 1,30 para a versão box. Em 2015, ambos pagarão R\$ 1,30.

O resultado desse aumento, de acordo com Iagaro Martins, foi a redução de 10% no consumo pela parcela da população com renda mais baixa, entre 2011 e 2012. E contrariamente ao que a indústria previa, o aumento dos impostos não resultou em aumento do contrabando de cigarros e nem em perda de arrecadação pelo governo. “Não existe relação entre aumento de impostos e aumento do contrabando. Além disso, implantamos um sistema de controle e rastreamento da produção de cigarros, chamado Scorpions, e por meio dele temos tido sucesso na

## Pesquisa ITC

A Pesquisa Internacional de Tabagismo (ITC) foi realizada em 22 países, incluindo o Brasil, e tratou de avaliar os pontos fortes e fracos da política nacional de controle do tabagismo, por meio de entrevista a adultos fumantes, não fumantes e ex-fumantes residentes no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre em dois diferentes momentos: 2009 e 2012-2013. O foco da pesquisa foram diretrizes propostas pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco já implementadas no País.

Os resultados demonstraram que o Brasil tem alcançado grande progresso no que diz respeito à adoção de advertências sanitárias nas embalagens de cigarro; proibição de fumar nos ambientes de trabalho e recintos coletivos, diminuindo a exposição ao fumo passivo; e proibição da publicidade, promoção e patrocínio dos produtos derivados do tabaco.

O arrependimento por ter começado a fumar foi declarado por entre 85% a 89% dos fumantes nas três

*idades pesquisadas. Mais de dois terços dos fumantes ouvidos (69%) acreditam que a sociedade brasileira desaprova o tabagismo e o mesmo percentual tem opinião negativa sobre o tabagismo. Mais da metade (54%) se declarou altamente dependente do cigarro e 80% (no período 2012-2013) declararam já ter tentado parar de fumar pelo menos uma vez.*

*As razões mais recorrentes para os fumantes pensarem em parar de fumar e que os ex-fumantes citaram como motivo para deixar o cigarro foram, em ordem decrescente: preocupação com a saúde; dar bom exemplo para os filhos; preocupação com o efeito do tabagismo passivo; e as advertências sanitárias (imagens e frases de alerta sobre os malefícios do cigarro) nos maços.*

*Nada menos que 85% dos fumantes e 92% dos não-fumantes ouvidos entre 2012 e 2013 concordaram que o governo deveria fazer mais para combater os danos causados pelo tabagismo. E 85% dos entrevistados entendem que o governo deveria fazer mais para ajudar os fumantes a vencer a dependência da nicotina.*

identificação de cigarros ilegais. Fechamos nove fábricas clandestinas de cigarros”, revelou Martins.

## RESPONSABILIDADE É DO ESTABELECIMENTO

A lei não restringe o uso do cigarro em vias públicas, nas residências ou em áreas ao ar livre. No caso de bares e restaurantes, o cigarro será permitido em mesas na calçada, desde que a área seja aberta e haja algum tipo de barreira, como janelas fechadas ou parede, que impeça a fumaça de entrar no estabelecimento.

Os fumantes não serão alvo de fiscalização. São os estabelecimentos comerciais os responsáveis por garantir o ambiente livre do tabaco. Eles precisam orientar seus clientes sobre a lei e pedir para que não fumem, podendo chamar a polícia quando o cliente se recusar a apagar o cigarro.

Em casos de desrespeito à lei, o estabelecimento pode receber advertência, multa, ser interditado e ter a autorização para funcionamento cancelada, com o alvará de licenciamento suspenso. As multas variam de R\$ 2 mil a R\$ 1,5 milhão, dependendo da natureza da infração, que pode ser leve, grave ou gravíssima, ou de reincidências. As vigilâncias sanitárias dos estados e municípios ficarão encarregadas de fiscalizar o cumprimento da legislação. ■

“A regulamentação da lei é um grande avanço para o Brasil.

É fundamental para que o País possa continuar enfrentando o tabagismo como um grave problema de saúde pública e um desafio para que toda a sociedade possa viver de forma mais saudável.

A regulamentação é um compromisso com a saúde do povo brasileiro”

**ARTHUR CHIORO**, ministro da Saúde

*Entre os dois períodos de realização da pesquisa houve aumento no percentual de fumantes que relataram proibição total de fumar no local de trabalho: de 78% para 85%. Em compensação, a repetição das mesmas imagens de advertência nas embalagens, desde 2009, parece ter enfraquecido seu efeito na redução do percentual de fumantes. Embora tenha havido aumento significativo no quesito “leitura ou olhar atento para as advertências” entre a primeira e a segunda coleta de informações, houve pouca mudança e até tendência decrescente no efeito de fazer os fumantes pensarem sobre os malefícios do tabagismo ou os tornarem mais propensos a pensar em deixar de fumar antes de acenderem um cigarro. “Numa perspectiva de comparação entre os países onde o ITC foi aplicado, as fumantes brasileiras foram as mais propensas a evitar olhar para as advertências”, comentou a pesquisadora Cristina Perez. O Projeto ITC-Brasil foi criado em 2009 para desenvolver uma pesquisa longitudinal sobre o comportamento do tabagista comparável a inquéritos usados*

*em todos os outros países participantes. A pesquisa ITC é uma parceria com a Universidade de Waterloo, no Canadá, e no Brasil foi coordenada pelo INCA em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e Fundação do Câncer.*

## PREVALÊNCIA

*No Brasil, o número de fumantes está em queda. Segundo a pesquisa Vigil (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) 2013, do Ministério da Saúde, o percentual caiu 28% nos últimos oito anos. Em 2006, 15,7% da população adulta que vive nas capitais fumava. Em 2013, a prevalência (frequência de uma doença em determinado período de tempo) baixou para 11,3%. O dado é três vezes menor que o índice de 1989, quando a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou 34,8% de fumantes na população. A meta do Ministério da Saúde é chegar a 9% até 2022.*

# prevenção

APESAR DA FALTA DE ESTUDOS SOBRE O TEMA, MÉDICOS ALERTAM: USUÁRIOS DE DROGAS ILÍCITAS ESTÃO MAIS SUJEITOS A DESENVOLVER NEOPLASIAS

## O outro lado da dependência química

Existe uma divulgação ampla sobre a relação entre o consumo de álcool e cigarro e o câncer. Mas pouco se fala sobre o impacto da dependência de drogas ilícitas para o desenvolvimento da doença. O que se sabe é que cada droga afeta o corpo humano de maneira diferente e que todas causam dependência.

Segundo o psiquiatra Thiago Marques Fidalgo, do Núcleo de Psico-Oncologia do Hospital A.C. Camargo, de São Paulo, as drogas podem ser divididas em três grupos: depressoras do sistema nervoso central, estimulantes e perturbadoras. “As depressoras, como o próprio nome diz, deixam a pessoa para baixo, desaceleram, tiram a ansiedade. É o caso do álcool e dos solventes, como a cola. Já as estimulantes fazem o contrário, deixam a pessoa ‘ligada’, para cima, agitada, sentindo-se poderosa. Aumentam a pressão arterial e a frequência cardíaca.

São exemplos a cocaína, o crack e as anfetaminas. Por fim, temos as perturbadoras, que alteram a forma como a pessoa percebe a realidade, podendo gerar alucinações e delírios. Nesse grupo entram a maconha e os cogumelos”, detalha.

Fidalgo explica que existem poucos estudos sobre a influência das drogas ilícitas no surgimento de cânceres, por uma questão de saúde pública. “O cigarro e o álcool são, sem sombra de dúvida, as drogas mais utilizadas em nossa sociedade. Dessa forma, são as com maior impacto sobre a saúde das pessoas e, por isso, as mais estudadas”, afirma.

O médico explica que a cocaína inalada aumenta o risco dos tumores de cabeça e pescoço, principalmente para as lesões de nasofaringe. O consumo também prejudica a traqueia e os pulmões, já que o pó e, principalmente, as impurezas que vêm com ele se

acumulam nos alvéolos e geram inflamação local. O mesmo se observa com o crack. Este, no entanto, por ser fumado, costuma gerar mais lesões de orofaringe.

Especializado em Oncologia Clínica, o médico Carlos Teixeira, do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, também de São Paulo, esclarece que a maconha tem influência no desenvolvimento de tumores das vias aéreas, de forma muito semelhante ao cigarro. “A maconha está associada a sintomas de bronquite crônica e inflamação das vias aéreas. O uso ocasional com o cumulativo baixo parece não ser fator de risco para malignidade. No entanto, o uso ‘pesado’ de maconha tem plausibilidade biológica, epidemiológica e patológica como risco para o desenvolvimento de câncer, principalmente no trato respiratório (pulmão e laringe)”, diz.

Ainda não há pesquisa que relate os riscos de câncer para ex-usuários. “Provavelmente o risco diminui após um longo período sem fazer uso da substância. Mas esse risco sempre vai ser maior do que o de uma pessoa que nunca usou drogas”, afirma Fidalgo. Ele considera que o tratamento do usuário de droga que desenvolve câncer deve ser global, ou seja, é preciso tratar paralelamente a doença e a dependência. Entretanto, existem poucos centros no mundo que fazem esse tipo de tratamento combinado. “Os estudos mostram que abordar a questão da dependência no momento do diagnóstico do câncer aumenta a aderência a ambos os tratamentos, assim como as chances de sucesso. Vale ressaltar que o envolvimento da família em ambos os casos é fundamental”, salienta.

## CÂNCER: FIEL DA BALANÇA NA RELAÇÃO FAMILIAR

De acordo com Fidalgo, o sucesso da dependência química nos melhores centros do mundo gira em torno de 35%. De cada dez pacientes, entre três e quatro ficarão abstinentes depois de dois anos. É a mesma taxa de sucesso de outras doenças crônicas,

“Provavelmente o risco diminui após um longo período sem fazer uso da substância. Mas esse risco sempre vai ser maior do que o de uma pessoa que nunca usou drogas”

**THIAGO MARQUES FIDALGO**, psiquiatra do Hospital A.C. Camargo

como asma, pressão alta e diabetes. “Temos hoje diferentes linhas de atuação na dependência química, entre elas a terapia cognitivo-comportamental, os grupos de autoajuda e as terapias psicodinâmicas. São diferentes opções, e não sabemos o que funciona pra quem”, ressalva.

Teixeira frisa que os pacientes usuários de drogas ilícitas podem ter dificuldade em aderir ao tratamento e usar de maneira incorreta as medicações de suporte. Isso acabaria influenciando no resultado final do tratamento.

Fidalgo observa que o câncer influencia na relação entre o dependente químico e a família. Segundo ele, quando a doença não está presente, a postura familiar mais comum é querer “se livrar do problema”. “Existe um grande sentimento de sobrecarga, abandono, enfim, de resolver de um jeito rápido uma situação que está causando muito estresse. Em geral, a família espera que a equipe de saúde mental resolva o problema. Por outro lado, quando a pessoa tem o diagnóstico de câncer, observamos que a postura muda bastante, e o paciente é visto pela família como alguém que precisa de cuidados”, compara. ■

# entrevista

CHRISTOPHER WILD,

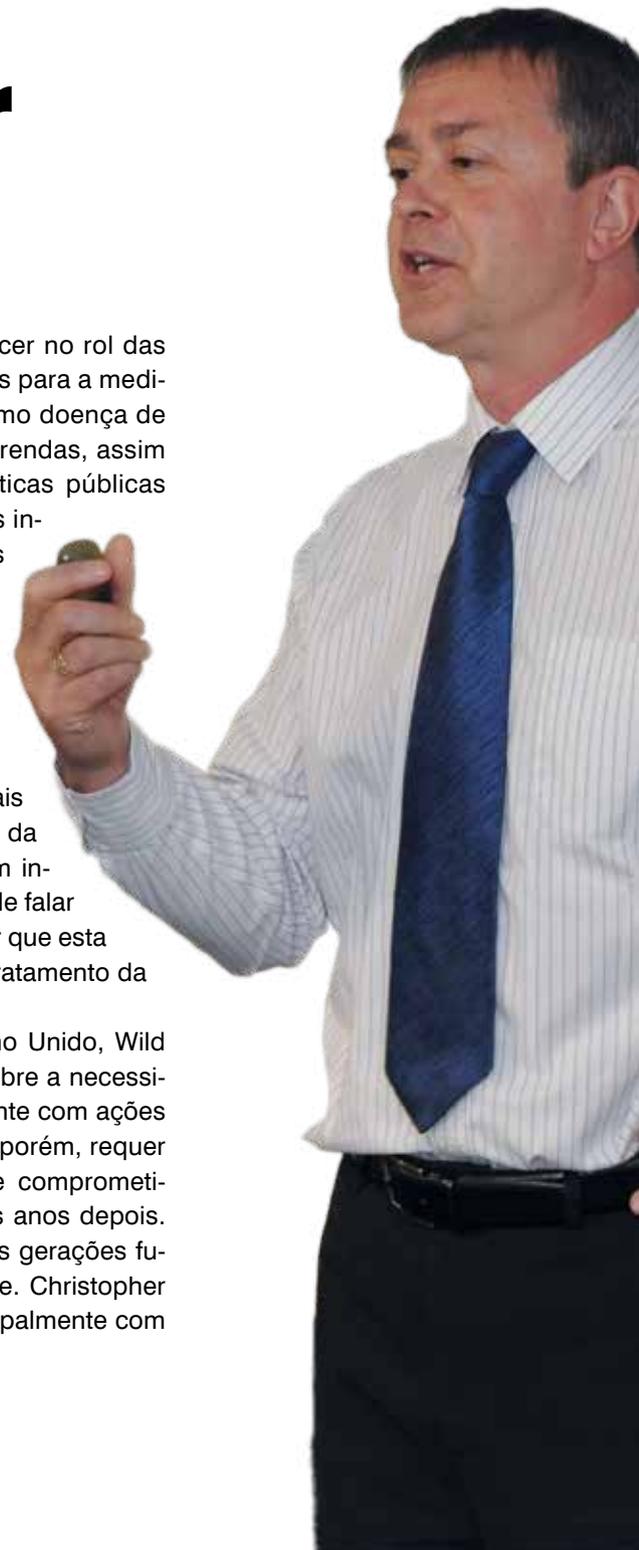
*diretor-geral da Agência Internacional para a Pesquisa em Câncer (Iarc)*

## Uma agenda para o câncer

A Organização Mundial da Saúde (OMS) decidiu incluir o câncer no rol das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Um dos argumentos para a medida é que há uma falsa contradição que caracterizaria as DCNTs como doença de ricos, o que tem levado muitos danos às nações de média e baixa rendas, assim como aos pobres dos países ricos, quando da execução de políticas públicas assistenciais em níveis local e nacional, assim como em organismos internacionais. O problema específico no caso do câncer é que há mais de 100 tipos da doença, com fatores de risco igualmente múltiplos. O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, representando 13% do total (cerca de 8 milhões de mortos pela doença por ano). Estudos recentes mostram que estão surgindo perto de 13 milhões de novos casos de câncer anualmente e que esse número chegará a 17 milhões no final desta década.

Isso não justificaria um olhar diferenciado ou uma política mais exclusiva para o enfrentamento do câncer? Para o diretor-geral da Agência Internacional para a Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês), Christopher Wild, a resposta é sim. Segundo ele, se não se pode falar em erro na inclusão do câncer na agenda das DNCTs, é possível dizer que esta decisão não é suficiente para dar conta de todos os desafios que o tratamento da doença impõe a governos e às sociedades como um todo.

PhD em Oncologia pela Universidade de Manchester, do Reino Unido, Wild explicita na entrevista abaixo seu ponto de vista técnico e político sobre a necessidade de priorizar o enfrentamento do câncer no mundo, principalmente com ações centradas na prevenção da doença. “O investimento em prevenção, porém, requer visão, coragem e liderança política para tomar decisões, além de comprometimento financeiro – medidas que poderão dar frutos somente muitos anos depois. Entretanto, precisamos cuidar dos pacientes de hoje, bem como das gerações futuras, balanceando essa ênfase em prevenção e tratamento”, diz ele. Christopher Wild também elogia o esforço brasileiro no controle do câncer, principalmente com criação de centros de tratamento.



**REDE CÂNCER – O senhor acha que a inclusão do câncer na agenda das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) foi um erro?**

Não acho que tenha sido um erro, mas as agendas das DCNTs não são suficientes porque a prevenção e o controle do câncer demandam abordagens específicas da saúde pública, que não devem ser compartilhadas com outras DCNTs.

Apesar disso, o foco nas DCNTs tem sido extremamente positivo do ponto de vista da conscientização e da proteção. E é importante não diluir a mensagem ou criar uma competição entre as doenças.

O importante agora é desenvolver uma estratégia para as DCNTs que atinja as características comuns de cada uma das principais doenças crônicas, mas que seja flexível o suficiente para reconhecer e abordar as necessidades específicas das diferentes doenças em nível nacional. Isso é particularmente importante para o controle do câncer.

**RC – O senhor tem dito que o controle do câncer requer mais que os elementos essenciais do Plano de Enfrentamento das DCNTs da ONU. Poderia nos dar mais detalhes?**

A abordagem que forma a base do Plano de Ação das DCNTs, ou seja, que discute os fatores de risco comuns e modificáveis, compartilhados pelos principais grupos de DCNTs, não é suficiente para o câncer.

Primeiro, no caso da prevenção da doença – apesar de tabaco, álcool, dieta saudável e sedentarismo certamente serem fatores relevantes –, é preciso

considerar ainda outras grandes causas do câncer, tais como infecções crônicas, radiação, poluentes ambientais e ocupação. Todos esses fatores têm grande importância local e regional.

Em segundo lugar, no que se refere aos serviços para o câncer, a ênfase dada à assistência básica para a gestão das DCNTs é insuficiente. Para a maioria dos cânceres, o papel da assistência básica é limitado em identificar pessoas com suspeita da doença e encaminhá-las a unidades especializadas, que podem confirmar o diagnóstico e oferecer tratamento. O câncer é uma doença que requer uma combinação de tratamentos e equipes multidisciplinares, incluindo oncologia, radioterapia e unidades cirúrgicas, trabalhando de forma integrada em centros especializados.

Acredito que o Brasil, com seu programa de criação de centros regionais abrangentes de tratamento de câncer, com apoio técnico e protocolos de tratamento desenvolvidos e validados pelo INCA, é um bom exemplo de como esse projeto pode ser implementado. Os serviços de câncer não podem ser oferecidos unicamente no padrão de assistência básica.

**RC – A inclusão do câncer na agenda das DCNTs foi uma decisão técnica ou política?**

Acho que foi uma decisão pragmática, que provavelmente envolveu esses dois elementos.

Reunir o câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças pulmonares crônicas em um único grupo teve uma motivação política, pela necessidade de apresentar aos tomadores de decisão um caso forte e convincente para uma ação imediata nas DCNTs. Além disso, a motivação técnica veio com a necessidade de tentar apresentar uma estratégia simples e economicamente viável para alcançar resultados sobre uma grande gama de doenças com um conjunto razoável de medidas específicas,

“O câncer é uma doença que requer uma combinação de tratamentos e equipes multidisciplinares, incluindo oncologia, radioterapia e unidades cirúrgicas, trabalhando de forma integrada em centros especializados.”

“O Brasil vem investindo no controle do câncer de forma bem estruturada por muitos anos e com grande sucesso. Um exemplo é a redução do uso de tabaco. Ao mesmo tempo, medidas como a vacinação contra o HBV e o HPV, bem como o investimento no rastreamento do câncer de mama e do colo do útero, têm sido priorizados”

centradas em fatores de risco compartilhados e modificáveis.

O que nós, na comunidade oncológica, precisamos fazer é continuar a enfatizar que esse é o conjunto de ações mínimas que os governos nacionais devem empreender para a prevenção e o controle das DCNTs. Também é importante reforçar a ideia de que o câncer em particular, em função de sua heterogeneidade, requer uma série de ações adicionais. Isso inclui tanto iniciativas específicas para enfrentar causas adicionais quanto a melhoria dos sistemas de saúde, a fim de oferecer serviços adequados e especializados, incluindo prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos.

***RC – Como o senhor vê a inclusão do câncer na lista de DCNTs funcionando no Brasil?***

O Brasil vem investindo no controle do câncer de forma bem estruturada por muitos anos e com grande sucesso. Um exemplo é a redução do uso de tabaco. Ao mesmo tempo, medidas como a vacinação contra o HBV [vírus da hepatite B; a vacina é grátis no Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas de até 49 anos] e o HPV [papilomavírus humano; a vacina, também gratuita, é destinada a meninas de 11 a 13 anos], bem como o investimento no rastreamento do câncer de mama e do colo do útero, têm



sido priorizados. O fato de o acesso ao tratamento de câncer ser gratuito em todos os níveis também é um passo notável e de grande valor. O apoio ao monitoramento do câncer também melhorou, por meio do desenvolvimento de registros de câncer de alta qualidade em populações representativas.

O importante agora é que a evolução da agenda das DCNTs não reduza as medidas específicas que estão sendo adotadas, como parte de um compromisso de longa duração, na melhoria do controle do câncer para o povo brasileiro.

***RC – O senhor acredita que a ONU pode repensar sua opinião sobre a necessidade de o controle do câncer merecer uma agenda própria?***

Acho improvável. É importante, porém, usar o ímpeto da iniciativa das DCNTs para criar um caso forte para a inclusão de programas complementares e abordagens que reconheçam e atendam necessidades específicas de prevenção e controle do câncer. Isso deve refletir na importância que a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc) e outras organizações têm dado à necessidade da expansão de planos nacionais de controle do câncer, que são adaptados às necessidades de cada país.

***RC – Qual é o papel da Iarc em todo esse processo?***

O papel primordial da Iarc é conduzir e coordenar a pesquisa internacional sobre câncer. Essa pesquisa, por sua vez, oferece evidência científica forte e independente para a criação de diretrizes e políticas de controle da doença pelas autoridades internacionais e nacionais. Recentemente tivemos o prazer de ver o Brasil entrar para a Iarc como Estado Participante, o primeiro na América Latina, e assim ajudar a criar a agenda internacional de nossa agência.

Acredito que a Iarc também tenha algumas áreas específicas de conhecimento, que são necessárias à medida que os países se preparam para enfrentar o desafio das DCNTs. Isso inclui o apoio aos registros de câncer, nosso conhecimento no rastreamento do câncer – por exemplo, para colo do útero, mama e colorretal – e a necessidade da realização de pesquisa para entender os empecilhos ao sucesso da adoção de programas nacionais para controle de câncer. A agência também contribui por meio de suas avaliações oficiais sobre substâncias cancerígenas, com as *Monografias Iarc*, e estratégias preventivas, com os *Manuais da Iarc de Prevenção do Câncer*.

Além disso, a Iarc, como agência da OMS para o câncer, participa ativamente e presta consultoria sobre

“Países em desenvolvimento, como o Brasil, enfrentam uma ‘dupla sobrecarga’ de câncer, com grande número de cânceres relacionados a infecções tipicamente associadas à pobreza”

o desenvolvimento da estratégia das DCNTs. Ela também apresenta o caso para públicos específicos e indicadores de câncer, dentro do Plano de Monitoramento Global das DCNTs com nossos colegas da OMS.

***RC – Vamos falar sobre prevenção. O senhor diz com frequência que é preciso se ater à prevenção, principalmente em países em desenvolvimento. Por quê? O senhor tem algum conselho específico para o Brasil?***

Países em desenvolvimento, como o Brasil, enfrentam uma “dupla sobrecarga” de câncer, com grande número de cânceres relacionados a infecções tipicamente associadas à pobreza, e o aumento da incidência de cânceres anteriormente mais comuns em países desenvolvidos, como os de pulmão e de mama, oriundos das mudanças no estilo de vida, que incluem o crescente consumo de tabaco e álcool, dietas pouco saudáveis e sedentarismo.

Junto com o rápido crescimento e envelhecimento da população, isso significa que os países em desenvolvimento enfrentarão os maiores aumentos nos índices de câncer nas próximas décadas. No caso do Brasil, o número de novos casos de câncer por ano deve aumentar em aproximadamente 75% nos próximos 20 anos<sup>1</sup>, somente em função do crescimento e envelhecimento da população. E este aumento será ainda maior se considerarmos a crescente probabilidade no aumento de índices de “estilo de vida” associado aos cânceres.

O crescente aumento dos casos já está sobrecarregando imensamente os sistemas de saúde. Um

<sup>1</sup> Fonte: Globocan 2012 (<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>), fonte oficial de estimativas e previsões de câncer no mundo, compilado pela Seção de Informação para o Câncer da Iarc.



“O investimento em prevenção, porém, requer visão, coragem e liderança política para tomar decisões, além de comprometimento financeiro – medidas que poderão dar frutos somente muitos anos depois”

investimento significativo na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer, junto com o desenvolvimento de uma rede de centros especializados no tratamento da doença, é a única estratégia realista para os países lidarem com esse problema. As prioridades precisam incluir o controle de tabaco, medidas de combate à obesidade, incentivo à atividade física, vacinação contra HBV e HPV, e diagnóstico precoce de cânceres de mama, colo do útero e colorretal, entre outras.

O investimento em prevenção, porém, requer visão, coragem e liderança política para tomar decisões, além de comprometimento financeiro – medidas que poderão dar frutos somente muitos anos depois. Entretanto, precisamos cuidar dos pacientes de hoje, bem como das gerações futuras, balanceando essa ênfase em prevenção e tratamento.

**RC – Para o senhor, existe uma falta de compreensão do público em geral sobre como evitar a doença?**

Acho que muitas vezes há falta de conscientização ou medo de que o câncer seja uma sentença de morte, algo que está longe de ser verdade. Porém, o câncer é um grupo complexo de doenças, o que torna difícil veicular mensagens simples sobre prevenção. Além disso, há muita informação errada ou desinformação difundidas por grupos com interesses próprios.

Dessa forma, é importante que organizações como o INCA e agências internacionais como a IARC divulguem mensagens claras sobre as principais ações de prevenção do câncer e que elas sejam

amplamente disseminadas numa linguagem de fácil compreensão.

Essa comunicação precisa da colaboração para além do nível de cientistas e clínicos, envolvendo grupos da sociedade civil e outros para garantir que as mensagens sejam claras e precisas. Também precisamos ficar atentos aos contra-ataques da indústria do tabaco, por exemplo, os que criam dúvidas sobre os riscos do cigarro.

**RC – Nesse sentido, qual a importância do Relatório Mundial de Câncer 2014 (World Cancer Report), lançado em fevereiro pela IARC?**

O Relatório Mundial de Câncer dá um amplo panorama da situação atual do conhecimento sobre a doença, proveniente de pesquisa sobre padrões de câncer, causas e mecanismos, e como esse conhecimento está sendo aplicado na criação de ações baseadas em evidências para prevenção e controle do câncer em todo o mundo.

O relatório não é direcionado somente à comunidade pesquisadora do câncer, mas aos trabalhadores e tomadores de decisão da saúde pública, com seções que reveem a adoção de medidas com recursos próprios para a prevenção do câncer e o diagnóstico precoce nas regiões em desenvolvimento, além do aumento e da execução de planos nacionais de controle do câncer.

A mensagem de esperança do Relatório Mundial de Câncer é de que, cada vez mais, temos o conhecimento necessário para fazer a diferença e reduzir a grande incidência de câncer. O desafio é traduzir este conhecimento em políticas e práticas que sejam efetivas, individual e socialmente. ■

# social

CASA RONALD MCDONALD DO RIO DE JANEIRO, PRIMEIRA DA AMÉRICA LATINA, COMPLETA 20 ANOS DE DEDICAÇÃO AO CÂNCER INFANTOJUVENIL

## Amor à causa

**E**m uma manhã de janeiro, a reportagem da revista REDE CÂNCER agendou uma conversa com a presidente da Casa Ronald McDonald, no Rio de Janeiro, Sônia Novaes. O objetivo era falar sobre sua experiência de vida e como se tornou uma das principais responsáveis por um projeto tão importante e pioneiro no Brasil. Durante a entrevista, a voz firme e calma que atendeu o telefone falhou. Ela se lembrou de outro janeiro, quando, em 1990, perdeu o filho caçula, Marcos, para a leucemia. “Desculpa, tudo aconteceu nessa época do ano. Estava na UTI do hospital. Olhei para meu filho e senti que ele não estava mais ali. Pedi a Deus para terminar com aquele sofrimento. Momentos depois ele se foi”, emociona-se.

Marquinho, como era chamado, apresentou os primeiros sintomas da doença aos 2 anos. “Ele tinha febre, apareceram também algumas pintinhas vermelhas pelo corpo. Logo pensamos que poderia ser uma dessas coisas comuns em crianças, como sarampo ou rubéola. Depois de investigar mais a fundo, veio a notícia de que era leucemia. Perdemos o chão”, relata. A professora Sônia e o marido, o engenheiro Francisco Novaes, iniciavam, naquele momento, uma luta contra o câncer, sem imaginar que ela nunca terminaria.

Em 1989, após várias intervenções, ficou constatado que não haveria mais condições de tratamento para Marcos no Brasil. Entre altos e baixos, o menino teve uma



Sônia (de óculos), o personagem Ronald, que dá nome à casa, e parceiros no McDia Feliz 2013

“Eu me sinto muito bem fazendo tudo isso. Acho que as pessoas têm que ser preparadas para acolher umas às outras”

**SÔNIA NOVAES**, presidente da Casa Ronald McDonald no Rio de Janeiro

## PONTAPÉ INICIAL

*A ideia de ter uma casa voltada para atender crianças com câncer e dar auxílio aos seus familiares surgiu em 1974, na Filadélfia (EUA), quando o jogador de futebol americano Fred Hill, com uma filha em tratamento de câncer no hospital local, conheceu uma médica com esse sonho. Hill organizou um jogo beneficente para arrecadar fundos a fim de dar início ao projeto. Ele procurou os responsáveis pelos restaurantes McDonald's locais, sugerindo-lhes que doassem parte das vendas de uma promoção. A empresa engajou-se no projeto, doando toda a renda obtida em uma promoção e realizando outras campanhas. Com a arrecadação, o imóvel para sediar a casa de apoio foi comprado e, assim, nascia a primeira Casa Ronald McDonald do mundo.*



História sem fim: há mais de duas décadas, Sônia e Francisco (de azul) ajudam outros pais com experiências semelhantes às deles

recaída forte, e a única esperança era um procedimento nos Estados Unidos. Mesmo sem o dinheiro suficiente, o casal não pensou duas vezes e começou uma corrida contra o tempo para conseguir recursos. Na ocasião, Francisco sofreu um acidente de carro, e a quantia que recebeu do seguro foi uma das primeiras contribuições para a viagem.

Em pouco tempo, uma campanha foi organizada pelos amigos que jogavam futebol com Francisco em um clube da Tijuca, Zona Norte do Rio. Eles conseguiram reunir jogadores famosos, como Bebeto e Renato Gaúcho, para uma partida beneficente. O resultado foi um sucesso. A soma de todos os esforços foi 45 mil dólares. A família partiu para os Estados Unidos em novembro daquele ano. Ao chegar ao Memorial Sloan Kettering Cancer Center, em Nova York, a esperança foi renovada. Além de terem acesso a uma nova droga, eles ficaram surpreendidos com a infraestrutura do local.

No próprio hospital, receberam a indicação de uma hospedagem que abrigava familiares de pessoas internadas. “Ficamos encantados, nos receberam de braços abertos”, lembra Sônia. Assim, ela conheceu a Casa Ronald McDonald. “Eles cobravam



Aniversários e datas especiais são sempre motivo de festa

uma diária simbólica, mas nem pagamos. Avaliavam cada caso e, se preciso, não cobravam. O próprio hospital nos acolheu sem receber nenhum depósito. Todos colocavam na frente o mais importante, que era salvar uma vida.”

## SOLIDARIEDADE QUE VEM DA DOR

Apesar da expectativa de que o tratamento fosse bem-sucedido, Marcos piorou e morreu dois meses depois. O que poderia ser o final de uma história, entretanto, foi apenas o início. A dor despertou o sentimento de solidariedade. O casal pensou em fazer algo para amenizar o sofrimento de outros pais que passavam pela mesma situação. Aproximadamente dois anos após a morte do filho, Francisco começou o voluntariado no INCA, e depois Sônia seguiu os passos do marido. “Primeiro começamos a trabalhar voluntariamente com crianças internadas no Instituto, onde recebemos convite para implantar uma sala de recreação. O modelo foi o que conhecemos nos Estados Unidos, e muitos voluntários foram se unindo a essa ideia. Nosso grupo virou, então, o ‘V-Criança’”, conta Sônia.

No INCA, o casal começou a presenciar um problema frequente: muitas crianças vinham de longe e nem todas precisavam ficar internadas. Algumas famílias eram muito pobres. Como ir e voltar com o filho quase todos os dias ou como ficar por tempo indeterminado em um hotel? “Muitos eram do interior e pediam para ficar ali, mesmo que fosse em uma maca no corredor”, lembra a professora.

Assim começou a ganhar vida a primeira Casa Ronald McDonald no Brasil. Em 1991, a rede de *fast-food* procurou a direção do INCA e ofereceu a promoção *McDia Feliz* – campanha anual de venda de sanduíches e materiais promocionais com renda revertida a instituições oncológicas de todo o País que prestam assistência a crianças e adolescentes. “Tivemos a ideia de criar uma associação com diversos segmentos sociais para dar continuidade a esse trabalho. A meta era dar condições dignas para essas crianças, além de apoio para tratamento do câncer infantojuvenil. Entendíamos que só por meio de uma união mais ampla, de uma associação, poderíamos proporcionar esse apoio”, diz Sônia.

A rede McDonald’s ofereceu a renda do *McDia Feliz* para a área de pediatria do INCA. Para que esse processo acontecesse, o diretor do hospital na época

## AQUI TAMBÉM TEM AMPARO

### **Casa de Apoio à Criança com Câncer São Vicente de Paulo**

RIO DE JANEIRO, RJ

*Oferece hospedagem e acompanhamento para crianças e adolescentes portadores de câncer, doença falciforme, talassemia e outras doenças graves do sangue não contagiosas. A hospedagem é destinada a pacientes e responsáveis vindos de outros estados, municípios e bairros distantes, que necessitam de acompanhamento médico e tratamento em hospitais especializados do Rio de Janeiro. Neste caso, a casa disponibiliza transporte, alimentação, material de higiene pessoal, roupas de cama, atividades de lazer e educativas, cesta básica e atendimento social e pedagógico. Já o sistema de acompanhamento tem o objetivo de atender às famílias provenientes de bairros próximos e que necessitem de outros tipos de apoio, como transporte, cesta básica, atendimento social e atividades educativas, recreativas e culturais.*

### **Casa de Apoio à Criança com Câncer Durval Paiva**

NATAL, RN

*Atende hoje mais de 850 pacientes, oferecendo cerca de 300 cestas básicas e 2.560 refeições mensais (incluindo todas as refeições diárias), além de transporte para realização do tratamento e de exames, auxílio na compra de medicamentos, aquisição de próteses, visitas hospitalares e passeios, entre outras atividades.*

### **Associação de Apoio à Criança com Câncer (AACC)**

SÃO PAULO, SP

*Dá suporte a pacientes oriundos de todo o Brasil e, em alguns casos, de fora do país. Oferece hospedagem (tem alojamento com 19 quartos para 36 pacientes com acompanhantes), alimentação e transporte para os locais de tratamento, fornece medicamentos e produtos de higiene pessoal e entrega cestas básicas para famílias cadastradas. Conta ainda com suporte educacional, apoio psicológico e serviço social.*

solicitou o apoio dos voluntários do V-Criança. “Foi um sucesso. Conseguimos levar praticamente os mesmos jogadores que participaram da campanha do Marquinhos. Eram tantos pedidos que o pão chegou a acabar”, comemora Sônia. Depois do evento, em 5 de dezembro de 1992, foi criada a Associação de Apoio à Criança com Neoplasia (AACN-RJ).

Em junho de 1993, a rede McDonald’s direcionou a arrecadação do McDia Feliz para a AACN-RJ, a fim de dar suporte à implantação de uma casa de apoio. No mesmo ano, foi adquirido um imóvel para hospedagem e formalizada a parceria entre INCA, AACN-RJ e McDonald’s. No dia 24 de outubro de 1994, surgiu, no bairro do Maracanã, a primeira Casa Ronald McDonald da América Latina e a 162ª do mundo.

Sônia e Francisco foram fundamentais para que esse sonho se realizasse. Eles chegaram a doar R\$ 30 mil, que sobraram da campanha em prol do filho, para a compra do imóvel que hoje abriga a Casa. Eles continuam se dedicando ao projeto de corpo e alma. Francisco é superintendente do Instituto Ronald McDonald e Sônia, desde então, está à frente da presidência da Casa do Rio de Janeiro, acompanhando passo a passo o trabalho dos voluntários, o tratamento das crianças, as doações e as campanhas. “Eu me sinto muito bem fazendo tudo isso. Acho que as pessoas têm que ser preparadas para acolher umas às outras”, avalia Sônia.

## CUIDANDO DO CORPO E DA MENTE

Em 20 anos, a Casa Ronald McDonald do Rio de Janeiro atendeu a mais de 2 mil crianças. Cerca de 600 voluntários atuam no local. O objetivo é ser uma “casa longe de casa”, disponibilizando gratuitamente aos hóspedes vindos de outras cidades, estados e países alimentação, transporte para os hospitais e atividades recreativas. De forma complementar, são oferecidos cursos profissionalizantes, acompanhamento escolar e apoio psicológico. A manutenção da Casa é garantida por meio de doações de empresas, membros contribuintes, campanhas sociais, eventos promovidos por voluntários e parcerias.

De acordo com a instituição, seu trabalho é considerado de utilidade pública, porque permite a liberação de leitos em hospitais para pacientes que realmente necessitem de internação. Além disso, contribui para diminuir a taxa de abandono do tratamento, o que muitas vezes acontece pela falta de recursos da família para locomoção até o hospital.

Há outras quatro casas no Brasil, a mais recente inaugurada em 2012, em Belém (PA). As outras três ficam no Estado de São Paulo, na capital e nas cidades de Santo André e Campinas. Elas integram o Programa Casas Ronald McDonald, coordenado pelo Instituto Ronald McDonald, que estabelece os padrões internacionais de instalação e operação, a fim de garantir bom atendimento às crianças e adolescentes em tratamento oncológico nos hospitais conveniados. No Rio são sete: INCA, Hemorio, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital da Lagoa, Hospital Pediátrico Martagão Gesteira (Fundão), Hospital da Criança e Hospital dos Servidores do Estado.

Um texto no site da Casa do Rio de Janeiro resume o propósito da instituição, que tem o coração como símbolo: “O câncer é uma doença potencialmente curável, se diagnosticado precocemente e tratado adequadamente. Por isso, nossos desafios são nossos sonhos. E realizar sonhos é a nossa marca. O amor é o nosso diferencial.” ■

“O câncer é uma doença potencialmente curável, se diagnosticado precocemente e tratado adequadamente. Por isso, nossos desafios são nossos sonhos. E realizar sonhos é a nossa marca. O amor é o nosso diferencial”

Site da Casa Ronald McDonald no Rio de Janeiro

## “SENTI O ACOLHIMENTO DESDE O PRIMEIRO DIA EM QUE FIQUEI HOSPEDADA LÁ COM MEU FILHO”

*“Um dia, quando voltou de um passeio, o Raí parou de mexer o braço. Ele tinha 2 anos e não dei muita importância, afinal, havia brincado com os primos o dia todo, podia ter se machucado. No dia seguinte, notei que seu rosto estava diferente e que, quando sorria, um lado da boca ficava fechado. Primeiro pensei que era uma gracinha de menino, mesmo assim fui à emergência de um hospital, próximo. Lá começou a minha agonia. O médico diagnosticou paralisia e depois, com exames mais profundos, recebemos a notícia de que meu filho estava com um glioma de baixo grau, um tipo de tumor cerebral. Era novembro de 2008 e já entramos no INCA com a cirurgia marcada. Naquele mês ele foi operado, mas como não conseguiram retirar boa parte do tumor, a doença piorou. Ele parou de enxergar e de andar. Depois de 15 dias, foi submetido a outra cirurgia. Graças a Deus, aos poucos a visão voltou, e ele também conseguiu andar novamente.*

*O médico explicou que o Raí receberia a medicação e seria liberado para dormir em casa. Não haveria necessidade de internação. O problema é que eu estava totalmente sem estrutura física e psicológica. Meu marido trabalhava, e eu parei com tudo para me dedicar totalmente ao meu filho. Ele inchou muito*

*por causa do tratamento, era complicado trazer e levar de casa para o hospital todo dia. Moro em Nova Iguaçu, longe do Centro. Como depender de mais de uma condução para chegar ao hospital? Como pagar táxi? Diante da minha angústia, fui encaminhada a uma assistente social e conheci a Casa Ronald McDonald. Senti o acolhimento desde o primeiro dia em que fiquei hospedada lá com meu filho. De 2008 até 2011, esse foi o meu segundo lar.*

*Acho muito importante ficar com a criança nessa fase e também ter contatos com outras mães que passam pela mesma situação. Hoje, meu filho ainda não está curado, mas a pior fase já passou. Ele está na etapa que os médicos chamam de controle. Resolvi ser voluntária da Casa Ronald McDonald à qual me dedico três horas por semana. Dentro da casa, havia um projeto de cursos profissionalizantes e fiz o de depilação. Atendo em um salão de beleza na instituição. Quando as mães que estão hospedadas ali descobrem que também passei pelo que elas estão passando, fica tudo mais fácil. O mais importante é ser solidária. Eu me sinto muito bem em ajudar.”*

**CARLA SANTOS,**  
fiscal de transporte e mãe de Raí

# notas

## CARNE VERMELHA E CÂNCER DE MAMA

Mulheres que comem carne vermelha com frequência podem ter maior chance de desenvolver câncer de mama. Este foi o principal resultado de estudo da Universidade de Harvard, que analisou dados de mais de 88 mil mulheres entre 26 e 45 anos desde 1991.

O estudo foi realizado principalmente entre mulheres de classe média alta dos Estados Unidos. O consumo da proteína entre os participantes variava de uma vez por mês a até seis porções ao dia. Os resultados iniciais do estudo foram publicados em 2006 e já mostravam uma ligação entre comer carne vermelha e câncer de mama. A nova pesquisa confirma os resultados anteriores com informações de acompanhamento mais consolidadas.

Através de um modelo estatístico, os pesquisadores perceberam que nas mulheres que comeram a maior quantidade de carne vermelha houve acréscimo de 6,8 casos de câncer de mama. Os pesquisadores não descartam, no entanto, a possibilidade de que outros fatores possam explicar a aparente ligação entre carne vermelha e câncer de mama. Nos países desenvolvidos, as mulheres têm 12,5% de chances de desenvolver a doença.

Já é ponto pacífico na Medicina que carnes vermelhas contêm células cancerígenas, podendo atacar principalmente o intestino e o pâncreas. Este é o primeiro estudo que traça uma ligação direta com o câncer de mama.

Cientistas suspeitam que proteínas da carne vermelha podem acelerar a divisão celular e o crescimento do tumor. Além disso, produtos químicos como nitratos em carnes processadas já são classificados como cancerígenos.



## HORMONIOTERAPIA NO SUS

Relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) recomenda a incorporação da hormonioterapia prévia (pré-operatório, neoadjuvante) do câncer de mama no Sistema Único de Saúde (SUS). Agora, a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos envia o parecer à Secretaria de Atenção à Saúde, que regulamentará o procedimento por meio de portaria própria nos próximos meses.

## CURSO DE POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO

Estão abertas, até 7 de julho, as inscrições para o curso de atualização em Políticas de Controle do Tabagismo. O curso pretende formar profissionais de saúde do SUS, principalmente aqueles que trabalham para a efetivação de políticas para o controle do tabaco nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Os candidatos interessados deverão preencher o formulário eletrônico disponível na Plataforma Siga (<http://www.sigals.fiocruz.br/inscricao/cadastro.do?acao=telaInicial&codCL=11943&codECL=10139&codI=471>).

As aulas são presenciais na Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio, e buscam envolver os alunos por meio de palestras interativas com nomes de expressão no tema. São oferecidas 40 vagas para profissionais de nível superior que atuem na área de Controle do Tabaco no SUS ou em outra instituição pública. Também serão aceitos candidatos de nível superior que tenham interesse nas áreas de Controle do Tabaco, Saúde Pública, Economia e Saúde, Vigilância Sanitária, Direito, Administração Pública, Comunicação em Saúde, Diplomacia em Saúde e Jornalismo. As aulas começam em 4 de agosto.

## PET-CT NO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o exame PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons) para pacientes com câncer de pulmão, câncer colorretal e linfomas de Hodgkin e não Hodgkin. A resolução foi publicada no Diário Oficial da União em abril e o procedimento deve estar disponível a partir de setembro. O exame permite avaliar o grau de avanço do tumor e a extensão da doença. Para garantir o acesso da população a esse serviço, o Ministério da Saúde irá investir mais R\$ 31 milhões por ano, beneficiando diretamente 20 mil pessoas. A adição do PET-CT poderá diminuir exames e cirurgias desnecessárias, além de reduzir a morbidade, a mortalidade e os custos associados ao tratamento dessas doenças. Nos casos de câncer de pulmão e colorretal com metástase hepática, o PET-CT será usado para avaliar se é viável fazer cirurgia, pois em estágio muito avançado, a operação não é recomendada. No caso de linfomas, o exame será feito antes e depois da quimioterapia para avaliar a resposta ao tratamento.



## RISCOS DA VAIDADE

Estudo feito por cientistas suecos de diferentes universidades mostrou que o uso regular de tinta para cabelos e técnicas de alisamento pode causar câncer no longo prazo. E a principal vítima seria quem está mais exposto aos produtos: os cabeleireiros.

Para chegar a essa conclusão, os pesquisadores coletaram amostras de sangue de 295 profissionais de salão de beleza, 32 usuários regulares de tinta para cabelo e outras 60 pessoas que faziam frequentemente procedimentos para alisar ou ondular as madeixas. Eles descobriram que a quantidade de células cancerígenas era diretamente proporcional à frequência com que os participantes entravam em contato com os produtos químicos. Os estudiosos recomendam o uso diário de luvas para prevenir a doença entre os profissionais da área.

## OBESIDADE SERÁ PRINCIPAL FATOR DE RISCO EVITÁVEL PARA O CÂNCER

O excesso de peso vai substituir o cigarro como principal fator de risco evitável de uma série de tumores. O assunto foi um dos destaques do congresso anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (Asco), que aconteceu no início de junho em Chicago, EUA.

Estudo da Universidade de Oxford que analisou 80 mil mulheres com câncer de mama em estágio inicial constatou que a obesidade estava associada a risco 34% maior de morte para as mulheres na pré-menopausa, já que a doença é suscetível a níveis mais altos do hormônio estrogênio. O excesso de gordura aumenta os níveis desse hormônio no corpo, estimulando o crescimento do tumor.

O estudo reforça as evidências de que a obesidade não apenas eleva o risco de se desenvolver tipos comuns de câncer, como de mama, cólon e próstata, mas também influencia no resultado do tratamento, alterando o volume de quimioterapia distribuído nas células e reduzindo a eficácia da terapia hormonal.

A Asco publicou novas diretrizes para médicos e pacientes sobre como lidar com questões relacionadas ao excesso de peso após diagnóstico de câncer. Estimular a perda de peso, a prática de atividade física e oferecer ao paciente um programa alimentar adequado devem fazer parte da prática clínica diária.

# internas



José Gomes Temporão, do Isags, Santini e Paulo Buss, da Unasul Saúde homenageiam primeira-dama peruana

## PRIMEIRA-DAMA DO PERU RECEBE TÍTULO

Em reconhecimento à dedicação à causa da prevenção e controle do câncer, a primeira-dama do Peru, Nadine Heredia Alarcón, recebeu da União das Nações Sul-Americanas (Unasul) a outorga do título de líder e mobilizadora social no âmbito dos países que integram a entidade. A iniciativa partiu da Rede de Institutos Nacionais de Câncer (RINC) ao Conselho de Ministros de Saúde da Unasul, que acatou o pedido em sua VIII Reunião, em março. A cerimônia ocorreu na manhã do dia 27, no auditório do INCA, onde funciona a secretaria executiva da RINC, com a presença do coordenador da Rede e diretor-geral do Instituto, Luiz Antonio Santini, de representantes da Unasul, do Ministério da Saúde do Brasil, do governo peruano e do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags). O título tem duração de dois anos.

## SIMPÓSIO DA AERINCA

A Associação dos Ex-Residentes do Instituto Nacional do Câncer (Aerinc) realiza nos dias 21 e 22 de agosto a sexta edição do Simpósio Nacional de Cancerologia. As maiores referências da oncologia clínica e cirúrgica nacional e internacional estarão presentes para palestrar em torno dos assuntos, compartilhando suas experiências e conhecimento com os participantes. O evento, composto por discussões de casos, análise crítica de artigos científicos e pelo incentivo à pesquisa clínica e básica em oncologia, acontece no prédio-sede do Instituto, no Rio de Janeiro.

## #EUAJUDOINCA

Um cheque no valor de R\$ 210.937,00 – proveniente da ação de mobilização “#EuAjudoInca” – foi entregue pela atriz Danielle Winits, pela consultora de moda Christina Pitanguy e pelas empresárias Fabiana Misse e Renata Cirauo à direção do Instituto. A ação, que promoveu a arrecadação de doações com vendas especiais do brechó La Luna Mia, teve o intuito de angariar fundos para ajudar a Seção de Oncologia Pediátrica do Instituto. Sima Ferman, chefe da Seção, comemorou: “Com essa quantia, podemos pensar em projetos maiores, como a revitalização da Pediatria. Queremos organizar uma estrutura melhor para as crianças, com leveza e um ambiente mais lúdico”.





## ENCONTRO DO REDOME

*Mais de 200 profissionais envolvidos com a área de transplante de medula óssea com doadores não aparentados participaram, em maio, do VII Encontro do Registro de Doadores de Medula Óssea e Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e a 12ª Jornada de Atualização em Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, no Rio.*

*O objetivo do evento foi discutir melhorias para a área e encaminhar propostas ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Os principais assuntos tratados foram fontes de células para transplante, seleção de doadores, financiamento do programa de TCTH no Brasil, Acreditação e Rede Brasil de Imunogenética.*

## MÉDICO DO GENOMA VISITA INCA

*O médico geneticista americano Francis Collins realizou uma visita institucional ao INCA.*

*O objetivo foi conhecer as tecnologias utilizadas nas pesquisas desenvolvidas pelo Instituto. Collins ficou mundialmente conhecido em 2000 quando anunciou a decifração do genoma humano ou DNA, o Projeto Genoma. A descoberta causou uma verdadeira revolução nas pesquisas biomédicas. Hoje, ele é diretor dos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos, que investem US\$ 30,1 bilhões ao ano em pesquisa biomédica. Novos fármacos para diversas doenças, inclusive o câncer, puderam ser produzidos a partir deste Projeto.*



# cartas

Faça você também parte desta Rede. Colabore enviando dúvidas, sugestões, críticas e elogios para a REDE CÂNCER. [comunicacao@inca.gov.br](mailto:comunicacao@inca.gov.br) ou (21) 3207-5963.

## REDE CÂNCER PARA TODOS

Trabalho na área de saúde e tenho grande interesse em receber a assinatura da revista REDE CÂNCER.

**Francisco Charles Farias de Alencar - Maracanaú, CE**

Tenho muito interesse em receber a REDE CÂNCER. É preciso assinatura? Como funciona e qual o valor?

**Gracielli Franceschini - Descanso, SC**

Gostaria de receber a REDE CÂNCER.

**Valesca Patrícia C. do Nascimento Freire - Aracaju, SE**

*Agradecemos o interesse em nossa revista. Já incluímos os endereços em nosso mailing para que vocês recebam as próximas edições em casa. A revista é distribuída gratuitamente.*

Verificando nosso acervo, observamos que recebemos a REDE CÂNCER apenas até dezembro de 2013 (edição 24). Portanto, solicitamos que nos sejam enviados os exemplares até a data de hoje para atualizarmos o nosso acervo.

**Mônica Pardo Calvo (Biblioteca Hospital Regional de Presidente Prudente) - Presidente Prudente, SP**

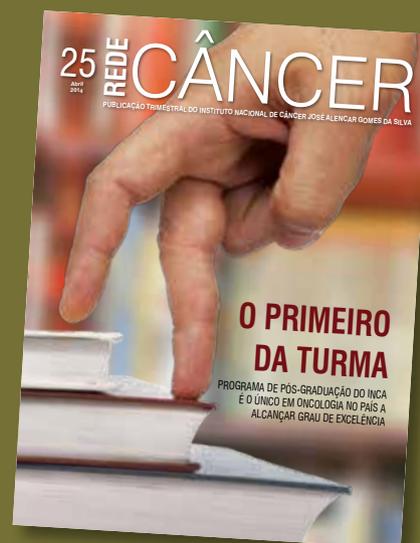
Recebemos a REDE CÂNCER de abril de 2014, mas gostaríamos que fosse feita uma correção no nosso endereço. Aproveitamos para parabenizar a revista, que tem sido muito útil para os nossos acadêmicos.

**Tania Barbosa (Biblioteca Pr. José Viana) - Cachoeira, BA**

## EM SALA DE AULA

O SBDC - Serviço de Biblioteca e Documentação Científica Prof. Dr. José Victor Maniglia, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), vem acusar o recebimento da REDE CÂNCER 25, editada por este Instituto, a qual será de grande utilidade para nossos usuários nos cursos de Medicina, Enfermagem e Pós-graduação. Ficamos aguardando as próximas edições. Aproveitamos para apresentar a nossa revista on-line ARQUIVOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE: [www.cienciasdasaude.famerp.br/](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/)

**Rosângela M<sup>a</sup> Moreira Kavanami (Diretora de Centro)**



Gostaria de receber a REDE CÂNCER. Sou farmacêutica e doutoranda em bioquímica na Universidade Federal de Viçosa e a revista me interessou muito, pois trabalho testando extratos em células de melanoma.

**Fernanda Rodrigues Nascimento - Viçosa, MG**

## NOVOS LEITORES

Sou paciente oncológica e, no consultório em que faço exames e consultas de rotina, encontrei uma das edições da revista. Como posso fazer assinatura?

**Rosa Mendes de Lima - Curitiba, Paraná**

Sou farmacêutica atuante na área de oncologia e gostaria de saber o que é necessário para adquirir a revista REDE CÂNCER.

**Táisa S. Romani (Hospital de Caridade de Ijuí) - Ijuí, RS**

Gostaria de parabenizá-los pela qualidade da revista e solicitar o recebimento da mesma, se possível.

**Liege Nascimento - Venâncio Aires, RS**

Sou enfermeira especializada em Oncologia e atuo na área de Epidemiologia do Câncer. Tenho muito interesse em receber a revista REDE CÂNCER.

**Caroline Urbeteli de Sá (Oncologia Clínica - Hospital Sírio-Libanês)**

Estou interessada em receber a REDE CÂNCER. Há dois casos da doença na minha família (pai e mãe) e, nas estadias no Hospital do Câncer de Uberlândia, tenho visto a revista e me interessado bastante.

**Danúbia Marques Lourenço - Uberlândia, MG**

*Agradecemos o interesse e informamos que seus endereços foram incluídos em nosso mailing para que possam receber a revista.*



**Alex Carvalho**  
passou por uma  
cirurgia e precisou  
de uma transfusão  
de sangue.



Os transplantes de órgãos  
**cresceram 84%\***

As cirurgias  
**cresceram 619%\***

E os atendimentos de urgência  
**cresceram 627%\***

\*De 2003 a 2013

**As doações de sangue  
também precisam crescer.  
Esse gesto está em  
suas mãos.**

**Seja para quem for, seja doador.  
Procure o hemocentro mais próximo.**

Essas conquistas só foram possíveis graças aos doadores de sangue. O que parece ser um simples gesto de solidariedade, na verdade, é uma ação que pode salvar milhares de pessoas em todo país. Por isso, entre nessa campanha. E se você já é doador, continue doando sempre. O Brasil inteiro agradece a sua participação.

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

**[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)**