

31

Outubro
2015

REDE

CÂNCER

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



A CONTA DA DOR

O IMPACTO NA VIDA FINANCEIRA DE PACIENTES
E FAMILIARES NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER



CÂNCER
DE
MAMA

*Vamos
falar sobre
isso?*

**OLHE, SINTA E PERCEBA
SUAS MAMAS NO DIA A DIA**

A descoberta do câncer de mama no início aumenta as chances de tratamento e cura. Fique atenta. Em caso de alterações suspeitas na mama, procure o serviço de saúde. A mamografia de rotina é recomendada apenas para mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos.

É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.

sumário



06

COMPORTAMENTO
Da dor ao dom

12

CIÊNCIA
Um novo fôlego

16

CAPA
Quando dói no bolso

20

ARTIGO
O orgânico nosso de cada dia

22

EPIDEMIOLOGIA
Mudança de rumo

25

GESTÃO
Para além do consenso

32

EDUCAÇÃO
Selo de qualidade

35

PERSONAGEM
Solidariedade a passos largos

38

REDE
Conhecer para decidir



REDE CÂNCER

2015 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

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

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Daniella Daher** | Editor assistente: **Nemézio Amaral Filho**. Comissão Editorial: **Mônica Torres (chefe da Divisão de Comunicação Social)**; **Fabio Gomes**; **Ronaldo Correa**; **Marceli Santos**; **Suse Barbosa**; **Alessandra de Sá Earp Siqueira**; **Laura Maria Campello Martins**; **Gustavo Advíncula**; **Adriana Atty**; **Rejane Reis**; **Carlos Henrique Debenedetto Silva**; **Cassilda dos Santos Soares** | Produção: **Conceito Comunicação Integrada** | Jornalista responsável: **Marcos Bin - JP23.958RJ** | Reportagem: **Gustavo Barbosa**, **Rodrigo Feijó**, **Rosana Melo e Roseane Santos** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA**, **Can Stock Photo**, **Dollar Photo e Thiago Rosa** | Revisão gramatical: **Annecy Moraes** | Impressão: **Walprint** | Tiragem: **6.000 exemplares**.

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



Ministério da
Saúde



Finanças & Tratamento

Prezado leitor,

Receber a notícia de que se está com câncer provoca um impacto psicológico devastador na maioria das pessoas. Infelizmente, esse é apenas um de vários problemas em torno da doença. O dano financeiro às famílias é uma das consequências pouco debatidas após o diagnóstico. Essa dura realidade, que precisa ser discutida, é o tema de *Capa*.

O número crescente de tumores de orofaringe causados pelo HPV demonstra que estamos diante de uma transição epidemiológica: os casos da doença associados ao HPV são mais observados à medida que os originados pelo tabagismo diminuem. A partir da compreensão dessa mudança, os profissionais de saúde se preparam para determinar a abordagem terapêutica mais eficaz. Veja em *Epidemiologia*.

Preparar-se para o futuro, aliás, é condição necessária para o enfrentamento do câncer, e isso passa pela qualificação dos profissionais do amanhã. Por isso, a homologação da Pós-Graduação do INCA em Endoscopia Digestiva como centro de ensino e treinamento pela sociedade brasileira da especialidade é motivo de orgulho e também do aumento da responsabilidade do Instituto. Descubra por que o INCA obteve esse selo de qualidade em *Educação*.

Por falar nisso, há muitas formas de educar. Uma delas é chamar a atenção para problemas que

afetam grande parte da população. O ultramaratonista carioca Márcio Villar, por exemplo, decidiu fazer isso da maneira que melhor sabe: correndo. Ele vende quilômetros de suas corridas e doa o dinheiro para o voluntariado do INCA. O atleta tem fortes razões para seguir os caminhos da solidariedade. Em *Personagem*, você descobrirá quais.

Razões também foi o que buscaram os autores da publicação *Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil*. Resultado de um extenso trabalho de revisão de evidências, o documento reúne recomendações que devem servir para mulheres e profissionais de saúde decidirem de maneira conjunta as melhores condutas de detecção precoce considerando benefícios e riscos relacionados a cada intervenção. Conheça os bastidores desse importante trabalho multidisciplinar em *Gestão*.

Algumas diretrizes, porém, são pessoais e mudam trajetórias de vida que atingem muitas outras. É o caso de ex-pacientes oncológicos que decidiram se transformar em profissionais ligados à área de saúde: *Comportamento* traz histórias de realização, superação e vitória, dor e agradecimento.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva*

comportamento

EX-PACIENTES ONCOLÓGICOS CONTAM POR QUE DECIDIRAM SE TORNAR PROFISSIONAIS LIGADOS À ÁREA DE SAÚDE

Da dor ao dom

As histórias de vida de Thaísa, Régis, Alython, José Eduardo e Beatriz foram marcadas por batalhas semelhantes – o tratamento contra o câncer – e a mesma certeza: trabalhar na área de saúde. Hoje, a possibilidade de colaborar para a cura de outras pessoas tem um significado especial para esses jovens profissionais, que estão trilhando os primeiros passos em suas especialidades.

“O diagnóstico de neuroblastoma medular lombar aconteceu no dia do aniversário do meu pai, 22 de junho”, conta Thaísa Huguenin, que começou a ser tratada por duas equipes no hospital São Vicente de Paulo, no Rio: uma para cuidar do tumor, e a outra para uma cirurgia na coluna. “Foram quase 20 horas na mesa de operação. Quando terminou, os médicos saíram e só conseguiam dizer à minha mãe que precisavam descansar, mas que eu estava viva e que no dia seguinte explicariam tudo.”

Desde então, ela já encarou 46 cirurgias, cinco em um só ano, sendo 18 na coluna, por causa do crescimento ósseo desordenado. Grande parte de sua infância foi vivida dentro do hospital. Quando ia para casa, muitas vezes apresentava febre ao chegar e precisava ser internada novamente. A mãe teve que se dedicar à filha em tempo integral, enquanto o pai trabalhava dobrado para sustentar a família e o tratamento.

“Um dia, minha mãe viu que eu estava mexendo os pés, mas ninguém acreditou. Até que o fisioterapeuta viu também, então acreditaram”, lembra Thaísa. Ela passou a fazer fisioterapia todos os dias e começou a recuperar os movimentos. Aos 4 anos, ficou de pé, mas ainda não andava. Conseguiu finalmente dar seus primeiros passos sem o apoio de outras pessoas. Ninguém soube explicar esse fato, porque os exames não indicavam nenhuma alteração em seu

estado clínico. Teve alta aos 8 anos e pôde ter uma infância normal: brincando na rua com outras crianças, subindo em árvores, participando de desfiles de Sete de Setembro e fazendo aulas de jazz na escola.

PERSEVERANÇA E SUPERAÇÃO

Até que, aos 17 anos, mesmo com os tratamentos auxiliares, as sequelas da compressão medular voltaram com força. Às vezes, tinha perda dos movimentos da cintura para baixo. Então, resolveu usar cadeira de rodas. “O ortopedista recomendou ginástica para fortalecer os músculos, trabalhar o corpo inteiro. De lá para cá, perdi 32 quilos e peguei mais força muscular”, conta ela. Ainda faz exames constantes e anda com muletas em distâncias curtas, exceto na rua, onde a cadeira dá mais segurança. “Superei o câncer. Lido com as sequelas, mas tenho qualidade de vida.”

Além de ter passado longas temporadas em hospital desde os primeiros meses de vida, Thaísa era filha de uma enfermeira. “Meu mundo era esse, e nunca pensei em outro tipo de trabalho, desde que me entendo por gente”, lembra.

Avançar nos estudos até o ensino superior foi uma meta que exigiu muita perseverança. Não passou no vestibular de Medicina, então conseguiu emprego em um hospital, como recepcionista, para trabalhar nesse ambiente que já conhecia tão bem. Gostava de ver os médicos atendendo, queria ver tudo, fazer o que pudesse. No mesmo ano, passou para o curso de Saúde Coletiva.

Atualmente, é estagiária na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador vinculado ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Ajuda a monitorar

o setor, com o objetivo de aprimorar o atendimento à população. “Quando examino dados e vejo que uma empresa teve indicador baixo, percebo que muitas mulheres não realizaram o exame X ou Y e começo a tentar ver o que deve ser feito para que isso melhore”, explica. Dois dias por semana, faz estágio no Instituto Desiderata, organização social que contribui para o fortalecimento da rede pública de atenção ao câncer infantojuvenil.

Em fevereiro, fez o Curso de Verão do INCA, sobre Oncopediatria, com o foco da gestão. O objetivo era descobrir como elaborar um programa de trabalho alocando os recursos necessários para reduzir a mortalidade e a morbidade do câncer infantil. “Pensava nisso desde muito pequena, ao ser atendida nos hospitais: ‘Como o medicamento chega ao paciente, na hora certa?’ ‘Como o pessoal deste hospital faz para que as pessoas sejam atendidas?’ ‘Como lidar com os casos de emergência?’ ‘Por que é preciso, às vezes, passar uma pessoa na sua frente?’ Minha mãe, enfermeira, me ensinou a prestar atenção nos profissionais que estão ali. Se algo acontece e me prejudica, em vez de ficar reclamando, eu procuro entender o motivo. Ela me lembrava sempre que aos 6 meses de idade, quando cheguei pela primeira vez a um hospital, fui atendida com prioridade.”

APOIO DA FAMÍLIA

Régis Costa teve uma infância tranquila, até que, aos 9 anos, foi com os pais ao médico por causa de um caroço no pescoço, e o diagnóstico mudou sua vida: era doença de Hodgkin, uma forma de câncer que se origina nos gânglios do sistema linfático. Não havia tratamento especializado na cidade de Petrópolis (RJ), onde a família morava, e seus pais resolveram buscar atendimento no Rio de Janeiro.

Toda a família se envolveu bastante. Não só os pais e a irmã mais nova, mas também os padrinhos e tios. O plano de saúde da mãe, advogada, não cobria tratamentos de câncer, e foi o padrinho de Régis quem pagou a primeira quimioterapia. Conseguiram apoio da Prefeitura de Petrópolis para o transporte, e quinzenalmente ele ia ao Rio.

“A doença trazia um estigma do passado, que hoje é menor, mas continua existindo”, diz ele. “Foi muito impactante para toda a família, não só para mim. Meu pai sofreu mais, calado. Minha mãe, sempre junto de mim, uma experiência que nos aproximou muito. Cada um com seu jeito de sofrer.” Foram oito meses de tratamento e cinco anos de acompanhamento.

Penso na criança que fui

O foco do meu trabalho são as crianças com câncer. Como melhorar o atendimento ajudando os profissionais nos cursos de capacitação, por exemplo. Penso na criança que fui. E agora, com visão estratégica, podemos ajudar milhares de pessoas ao mesmo tempo. Aprendi a gostar muito do que faço”

THAÍSA HUGUENIN, 23





Esse trabalho realiza a gente

A área de saúde é muito dinâmica, e é extremamente gratificante trabalhar em ambulatórios e enfermarias fazendo prescrições dietéticas que serão importantes para a cura dos pacientes.

Perceber o efeito desse trabalho realiza a gente. É muito bom acompanhar o estado nutricional das pessoas e constatar que elas estão melhorando”

ALYTHON CHUNG, 26

No sétimo ano, um exame de tireoide revelou uma alteração, consequência da radioterapia, e ele passou a enfrentar um segundo câncer, desta vez um carcinoma papilífero na glândula. “Comecei outra batalha, aos 16 anos. Fiz cirurgia e radioiodoterapia. Quatro anos depois, não tinha mais o tumor. Mas ainda faço o acompanhamento, uma vez por ano”, diz ele.

Foram tempos difíceis, porém decisivos para a opção profissional de Régis. Ele falava em ser médico, admirava o atendimento que recebia, mas no momento de fazer vestibular não se imaginou lidando diretamente com pacientes, e sim em uma atividade de pesquisa médica. Conversou sobre isso com a mãe e ela sugeriu a Biomedicina.

Começou a faculdade em 2009 e se envolveu com pesquisas desde o segundo período. Ingressou no INCA em 2011, como aluno de iniciação científica. Formou-se em 2013 e começou o mestrado no Departamento de Genética da UFRJ, desenvolvendo seu projeto de pesquisa no INCA, sobre o MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification), tema da dissertação de mestrado que ele está terminando agora. Trata-se de uma nova técnica de diagnóstico que oferece uma visão genética ampla e que é mais econômica porque proporciona várias respostas numa só reação. Permite ao médico interpretar o prognóstico do paciente, a gravidade do risco, e direcionar a terapia na medida necessária para acabar com o câncer evitando efeitos colaterais. Para viabilizar sua aplicação na rotina de centros como o INCA, esse procedimento precisa ser validado no diagnóstico de vários cânceres diferentes.

A técnica do MLPA tem kits para vários tipos de câncer, mas, por coincidência, o trabalho de Régis, em seus quatro anos no INCA, é exclusivo para neuroblastoma, exatamente o tipo enfrentado por Thaísa.

VENCER MEDOS, NUTRIR SONHOS

Alython Chung, neto de chinês e de uma baiana de Nazaré das Farinhas, nasceu em Salvador e, aos 2 anos, teve diagnóstico de leucemia. A partir desse momento, sua infância foi cercada de limites e cuidados, entre doloridas injeções quimioterápicas na nuca, todos os meses, até os 5 anos. “Eu ia chorando desde minha casa até a clínica. Só parava de chorar, e até sorria, quando o médico me dava um chocolate, depois da aplicação”, lembra ele.

Detestava ser superprotegido, queria ter uma vida normal, brincar à vontade com as outras crianças, correr descalço, mas qualquer risco tinha que ser evitado, e seus pais não davam tréguas. Qualquer doença

comum na infância era motivo de alerta máximo e exames de sangue. Qualquer alteração nos leucócitos provocava apavoradas consultas ao oncologista.

O zelo dos pais e o tratamento médico deram bom resultado. Aos 10 anos ele ficou livre do monitoramento constante. Cura total. Depois disso, pôde brincar despreocupado.

Desde muito cedo, embora ficasse chateado com o rigor do tratamento, Alython se identificou com a área de saúde e nela vislumbrou sua trajetória profissional. Talvez pela convivência com os profissionais que o atenderam durante vários anos, nunca pensou em outra área, mas não tinha preferência por nada específico. Pensava em Medicina ou Biologia, mas ao ser aprovado, em 2007, no vestibular da Universidade do Estado da Bahia (Uneb), onde não havia essas opções, matriculou-se no curso de Nutrição.

Formou-se em 2012, empolgado com sua especialidade. Considera a Nutrição uma atividade fundamental para a sociedade, ligada ao grande desafio do combate à fome no mundo. Participou do diretório acadêmico da universidade com uma visão política de que os sistemas de produção e de comercialização de alimentos afetam diretamente a saúde da população.

Desde antes de se formar, vem atuando como estagiário ou voluntário no sistema público de saúde, em atividades de Nutrição Clínica, além de participar de ações educativas na periferia. Fez estágio em Pediatria, por dois anos, na Universidade Federal da Bahia (UFBA), foi voluntário no Laboratório da Dor, aplicando a nutrição clínica funcional, e também atendeu em consultório particular durante um ano. Depois de formado, fez prova para residência na UFBA, mas foi eliminado por estar com o celular no bolso, embora sem bateria. Consultando o gabarito, viu que teria passado em primeiro lugar.

Ao ver o anúncio “Residência no INCA” no Facebook, não teve dúvida: decidiu fazer a prova. Começou a Residência Multiprofissional em março de 2014. “Eu tinha medo de três coisas: câncer, viajar de avião e morar sozinho. De repente me vi num voo para o Rio de Janeiro, indo me especializar exatamente na área de câncer, e morar dois anos num alojamento, sem saber se teria companheiros de quarto.” Atualmente, divide o quarto com outros três residentes.

Depois de dois meses de aulas gerais, Alython tem aprofundado seus estudos especificamente no campo da

A cada dia, novos conhecimentos

É significativo saber que o nosso trabalho pode salvar muitas vidas. Para quem se dedica à pesquisa do câncer, isso é especialmente desafiador e exige muito estudo, porque a cada dia surgem novos conhecimentos. É muito bom estar contribuindo para a compreensão da doença e para diminuir as sequelas e o sofrimento dos pacientes”

RÉGIS COSTA, 24



Estou fazendo o meu papel

Assim como fui atendido quando criança, hoje faço o meu papel e me sinto útil. Desde aquela época, vi pessoas passando por sofrimentos e sendo atendidas por bons profissionais de saúde. Tem muita gente que reclama da vida e não faz ideia do que é isso. Ao fazer o juramento, na formatura, essa missão ficou bem clara para mim: ajudar, ajudar, ajudar”

JOSÉ EDUARDO BATISTA FILHO, 29

Nutrição em Oncologia, e aplica esses conhecimentos fazendo prescrição dietética em suas atividades de ambulatório e enfermaria nos hospitais do INCA.

Por influência do destino, o tema de sua monografia é exatamente a leucemia, que ele conheceu na infância como paciente.

LEMBRANÇAS PRESENTES

O dentista José Eduardo Batista Filho, de Barretos (SP), com diagnóstico de leucemia aguda aos 4 anos de idade, teve bom atendimento em sua própria cidade. Mas, naquela época, o Hospital de Câncer de Barretos ainda não tinha um setor de Pediatria. “Eu vivia e convivía com pacientes em estado grave, por isso me acostumei desde pequeno a lidar com situações difíceis”, lembra.

Não são nítidos em sua memória os detalhes do tratamento, que escapavam à compreensão do seu olhar de menino. “Só me lembro da pior parte: doía muito. Era uma dor intensa nos ossos e no corpo todo.” Como a quimioterapia não deu resultado, a solução era o transplante de medula. Entre os familiares não foi encontrado um doador compatível, e seus pais procuraram doadores voluntários, de várias formas: imprensa, rede de amigos, por toda parte, até no exterior. E ali mesmo, em Barretos, entre vários conhecidos que fizeram exames de compatibilidade, acabaram encontrando um doador. José Eduardo fez o transplante aos 7 anos de idade e voltou a ter uma infância normal. Desde então, vem monitorando sua saúde com exames periódicos.

“A doença marcou minha infância. Essas coisas não se apagam”, recorda ele, com profunda gratidão aos familiares, ao doador e à equipe do hospital. Quis o destino que, 20 anos depois, sua carreira profissional começasse na mesma instituição.

“Eu sempre gostei da área clínica. Minha mãe é cirurgiã-dentista, e isso me influenciou a cursar Odontologia”, conta ele. Em 2013, seu último ano na faculdade, fez estágio no Hospital de Câncer de Barretos. Quando se formou, surgiu a oportunidade de ser contratado. Hoje ele atende no pavilhão que abriga os serviços de Cabeça e Pescoço, Odontologia, Fisioterapia, Oncologia Clínica, Hematologia, Transplante de Medula Óssea (TMO) e Pesquisa Clínica.



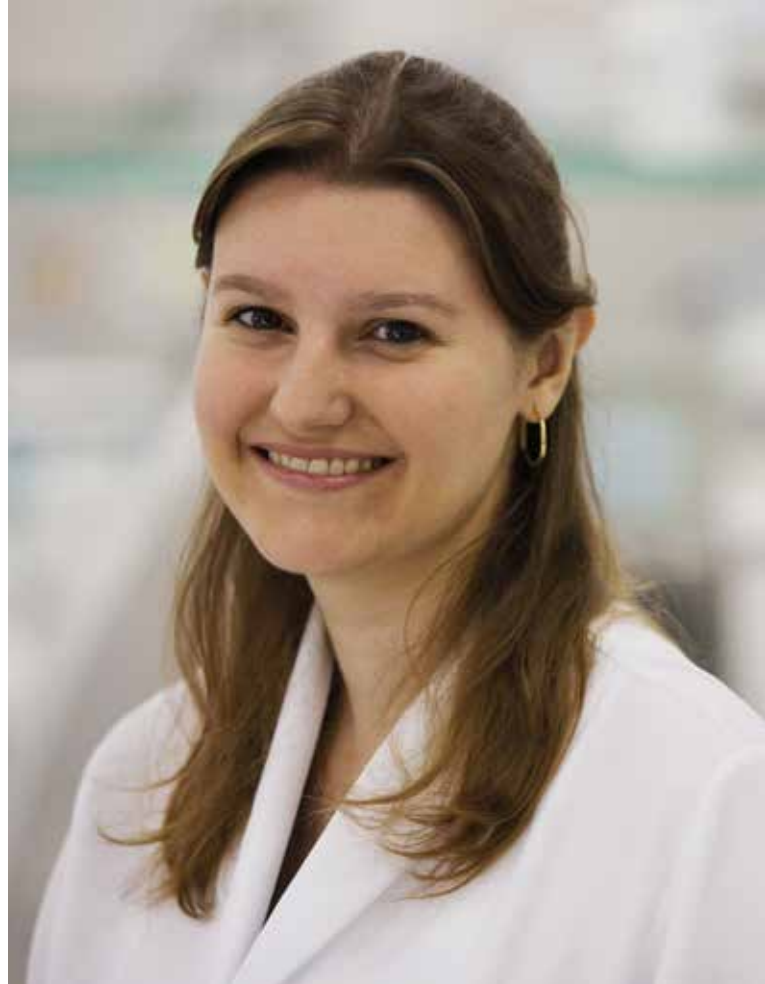
José Eduardo se emociona ao falar do trabalho que faz. “O meu sentimento é de ajudar o próximo. Atendo pacientes com efeitos colaterais da terapia e das cirurgias, pessoas que passam por problemas graves e precisam ser muito bem atendidas. Meu sentimento é uma determinação de tratar bem, ajudar essas pessoas da melhor maneira possível.”

SEGURANÇA EMOCIONAL

Aos 14 anos, Beatriz Nunes Schiavon começou a sentir dores intensas na perna direita, especificamente na região superior do fêmur. Foi a alguns médicos, e os diagnósticos eram imprecisos, como “dor de crescimento” e “efeito do sedentarismo”. Os medicamentos traziam algum alívio, parecia que a dor ia passar, mas depois de algum tempo voltava mais forte ainda. Até que um ortopedista lhe recomendou fazer uma série de exames no Hospital do Câncer (atualmente A.C.Camargo Cancer Center), em São Paulo, e o diagnóstico foi sarcoma de Ewing (tumor neuroectodérmico primitivo). Fez quimioterapia durante seis meses, uma cirurgia e mais seis meses de químio, com acompanhamento de fisioterapia, para reabilitação da cirurgia.

“Fiquei muito abalada, com medo dos efeitos colaterais”, comenta. “Felizmente, as pessoas que fui conhecendo no hospital, especialmente os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, me davam segurança emocional e todo o suporte necessário para eu me sentir bem e relativamente segura com um tratamento de grande impacto. Durante os cinco anos em que fiquei fazendo os exames de controle, cada volta lá era sempre um momento de tensão, mas eles me transmitiam otimismo, me tranquilizavam, e a recuperação foi muito boa.”

O contato com esses profissionais influenciou Beatriz em sua decisão de trabalhar na área de saúde. Cursou Biomedicina, de 2007 a 2010, nas Faculdades Metropolitanas Unidas, com estágio supervisionado e interpretação clínico-laboratorial, e no terceiro ano fez iniciação científica no A.C.Camargo, ingressando na área de pesquisa em Oncologia. Depois, cursou o mestrado e, atualmente, faz o doutorado. Seu projeto de pesquisa trata da caracterização de microRNAs no leiomiossarcoma uterino, um tipo de sarcoma ainda pouco estudado na literatura médica, especialmente no campo dos microRNAs. Ao longo do curso, pretende estudar no exterior para se aprimorar prosseguindo nesse caminho. Quando encerrar o doutorado, em 2017, o passo seguinte, já traçado por ela, é trabalhar em centros de pesquisa no exterior. ■



É muito bom ver o tratamento evoluir

Estou diretamente envolvida com a pesquisa em Oncologia e gosto muito do que faço. Embora não tenha contato direto com o que acontece no hospital, me conforta saber que meu trabalho pode ser útil para quem está se tratando agora. Depois de ter sido paciente neste mesmo hospital, é muito bom ver que o tratamento está evoluindo cada vez mais”

BEATRIZ NUNES SCHIAVON, 26

ciência

IMUNOTERAPIA COM TECEMOTIDE, UMA ESPÉCIE DE VACINA, AUMENTA SOBREVIDA DE PACIENTES COM TIPO ESPECÍFICO DE CÂNCER DE PULMÃO

Um novo fôlego

Em um estudo experimental com 1.513 pacientes (31 deles brasileiros) com câncer de pulmão de não pequenas células, a droga tecemotide, aplicada na forma de vacina, demonstrou aumentar a sobrevida. Além disso, a pesquisa concluiu que o tecemotide melhorou os perfis de segurança e tolerabilidade em comparação com muitas outras terapias contra esse tipo específico da doença.

O estudo foi realizado entre 2007 e 2011 e envolveu 364 investigadores de mais de 20 países nos cinco continentes. No meio de tantos estudiosos, um brasileiro: Mauro Zukin, oncologista clínico do INCA e único estrangeiro membro do Comitê Educativo de Câncer de Pulmão da Sociedade Americana de Oncologia Clínica.

O médico, investigador principal da pesquisa, explica que o tratamento padrão dos pacientes com câncer de pulmão de não pequenas células em estágio III (doença localmente avançada) combina sessões de quimioterapia e radioterapia, sem intervenção cirúrgica. Depois de estudar dois grupos de pacientes, um que fazia o tratamento padrão, e outro que combinava a vacina ao final do tratamento padrão, foram constatados quase nove meses a mais na sobrevida daqueles submetidos à nova alternativa. “Diferentemente das drogas que atacam indiscriminadamente as células neoplásicas e as saudáveis, o tecemotide estimula o sistema imunológico a reconhecer e destruir apenas as células malignas”, explica Zukin.

“Durante muito tempo, nós, pesquisadores, nos perguntávamos: ‘Por que as células do sistema de defesa não reconheciam a célula do câncer como estranha e tentavam destruí-la?’ Demorou certo tempo até entendermos quais eram os pilares da célula do câncer. A partir dessa identificação, passamos a desenvolver estratégias específicas para cada pilar e seu mecanismo de ação”, relata o pesquisador.

Zukin diz que existem, pelo menos, oito pilares, e um deles é o da “cegueira” do sistema imunológico. “Recentemente, a indústria conseguiu desenvolver drogas que atuam diretamente nesse mecanismo, os chamados *checkpoints*, que modulam a resposta de defesa, liberando as ‘vendas’ que cegavam as células de defesa (linfócitos T). O tratamento é mais preciso e com isso, além de a eficácia ser maior, os efeitos colaterais são menos intensos”, afirma. No estudo em questão, os pacientes recebiam a vacina por um período de 12 meses.

O oncologista do INCA argumenta que os estudos que compararam a imunoterapia à quimioterapia mostram, além de maior eficácia, menor grau de toxicidade, o que já era esperado pelo nível de especificidade. “Já tínhamos algumas drogas conhecidas que atuavam no sistema imune, como interferon e interleucina, mas com uma toxicidade quase proibitiva.” O estudo deu origem a dois artigos, um publicado na *Lancet Oncology* e outro no *Annals of Oncology*.

TRATAMENTO ESPECÍFICO

Apesar disso, segundo o médico, a imunoterapia não deve abranger todos os casos. “Aqui se encaixa o conceito de medicina de precisão ou personalizada, em que conseguimos identificar qual paciente realmente se beneficia. Saímos da era de *one size fits all* (algo como ‘um tamanho veste todos’). Até o momento, a droga mostra benefício em pacientes com câncer de pulmão avançado do subtipo escamoso, nos quais já falhou o tratamento de primeira linha”, esclarece.

Zukin afirma que ainda não existe um biomarcador (uma substância específica detectada no sangue que possa ser associada à doença) que identifique os candidatos ideais para utilizar essa modalidade. De acordo com o estudo, o tecemotide seria indicado para pacientes com câncer de pulmão do subtipo adenocarcinoma que expressam a proteína PD-L1, cujo tratamento de primeira linha com platina falhou.

A imunoterapia pode mesmo vir a revolucionar o tratamento do câncer, ou ela estaria ligada apenas a tumores de origem imunogênica? Para Mauro Zukin, esse é um conceito importante do qual já se falou muito na última década: não existe “um” tratamento para todos os tumores. “Há vários subtipos distintos, e cada um tem uma terapia distinta. Alguns respondem melhor à imunoterapia. Aprendemos também que podemos tentar modular a resposta imunológica naqueles que não respondem tão bem, mas o que eu entendo, como pesquisador, é que as terapias vão se complementar.”

Apesar dos ganhos encontrados pelas pesquisas, ainda não há perspectiva de que a vacina seja comercializada.

PANORAMA DA DOENÇA

No mundo, são diagnosticados anualmente 1,8 milhão de casos de câncer de pulmão, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), com 1,6 milhão de mortes. No Brasil, segundo dados do INCA, ocorrem em torno de 30 mil novos casos ao ano. Esse tipo de câncer ainda é mais frequente no homem (64,8% do total) do que nas mulheres (45,2%), mas há uma tendência de redução entre os homens e aumento nas mulheres nas últimas décadas, porque enquanto eles têm deixado o cigarro, elas passaram a fumar. ■

“Diferentemente das drogas que atacam indiscriminadamente as células neoplásicas e as saudáveis, o tecemotide estimula o sistema imunológico a reconhecer e destruir apenas as células malignas”

MAURO ZUKIN, oncologista clínico do INCA



Célula-tronco reduz avanço de câncer em camundongo

Um tratamento com células-tronco mesenquimais humanas aumentou em 50% a sobrevivência de camundongos com câncer de mama em experimentos realizados nas universidades de São Paulo (USP) e Federal de São Paulo (Unifesp). O estudo foi conduzido pelo Centro de Pesquisa sobre o Genoma Humano e Células-Tronco apoiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo (Fapesp). Os resultados foram divulgados na revista *Stem Cells International*.

“A terapia não curou a doença, mas retardou sua progressão. E aplicamos apenas duas injeções de células-tronco nos animais. É possível que um tratamento continuado, aliado à cirurgia para remoção do tumor, tenha um resultado ainda mais significativo”, relatou Tatiana Jazedje, coordenadora da pesquisa.

Sopro de cura

Uma descoberta de pesquisadores ingleses pode acelerar o diagnóstico de câncer de estômago e esôfago. Através de um sopro é possível identificar essas doenças antes que se espalhem.

O procedimento é o seguinte: o paciente assopra dentro de um balão, que é levado para uma espécie de incubadora. Dois minutos depois, a análise sai no computador. O equipamento encontra odores e substâncias químicas através do hálito quando o paciente tem câncer. Segundo o coordenador do estudo, há 90% de precisão. Com o equipamento, não seria mais necessário fazer exames incômodos e invasivos, como a endoscopia, caros para os hospitais públicos.

O estudo continua, e um dos objetivos é transformar o enorme equipamento em um aparelho parecido com o bafômetro.

Café aumentaria sobrevivida

O consumo habitual de café poderia aumentar as possibilidades de sobreviver ao câncer de intestino e proteger os pacientes de recidivas, informou o *Journal of Clinical Oncology*. Um grupo de cientistas descobriu que os pacientes que recebiam tratamento e que consumiam quatro ou mais xícaras de café por dia tinham 42% menos probabilidade de recidiva da doença do que aqueles que não consumiam a bebida. O estudo também mostrou como os pacientes que bebiam café tinham 33% menos possibilidade de morrer de câncer que os demais.



Dia Mundial do Doador de Medula

Este ano, pela primeira vez, foi comemorado o Dia Mundial do Doador de Medula Óssea, em 19 de setembro. A data será celebrada sempre no terceiro sábado de setembro e é uma iniciativa da Associação Mundial de Doadores de Medula Óssea (World Marrow Donor Association – WMDA), que reúne os registros de doadores de 52 países. Em 2015, foi alcançado o marco mundial de 25 milhões de doadores de medula óssea registrados em todo o mundo.

Detecção precoce

Pesquisadores britânicos descobriram que uma combinação de três proteínas (LYVE1, REG1A e TFF1), encontradas em níveis elevados na urina, pode tanto detectar com precisão o câncer de pâncreas em estágio inicial como distinguir entre o câncer e a pancreatite crônica. A descoberta, publicada na revista *Clinical Cancer Research*, pode conduzir a um teste não invasivo e de baixo custo para rastrear pessoas com alto risco de desenvolver a doença. “É um estudo muito promissor. A chave do sucesso no tratamento do câncer de pâncreas seria diagnosticá-lo precocemente, e o painel conseguiu identificar 90% dos pacientes. O teste não parece ser complexo e, provavelmente, pode ser incorporado em breve na prática clínica”, afirma Héber Salvador de Castro Ribeiro, do Departamento de Cirurgia Abdominal do A.C.Camargo Cancer Center.

Unasul aprova plano para controle do câncer do colo do útero

Os países integrantes da Unasul (União de Nações Sul-Americanas) aprovaram a proposta da Rede de Institutos Nacionais de Câncer (Rinc) para desenvolver um Plano Regional de Ações Integradas para prevenção e controle do câncer do colo do útero.

O plano tem como finalidade promover a expansão dos projetos da Plataforma de Intercâmbio de Experiências e Assistência Técnica, desenvolvida pelo Grupo Operativo para o Controle do Câncer do Colo do Útero nos países da Unasul.

Game para a pesquisa em câncer

Vem aí um jogo educativo para estimular a conscientização sobre a pesquisa em câncer. Nele, os jogadores serão incorporados ao ambiente de um laboratório e terão o desafio de simular experimentos sobre a doença. O *game*, produzido pelo Núcleo de Divulgação Científica do Programa de Oncobiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), será disponibilizado no site do Museu Virtual do Câncer (<http://acubens.com.br>).

Chamado “Lab’IT: Faça Você Mesmo!”, o jogo pretende estimular o interesse dos jovens pela pesquisa científica, além de apresentar o dia a dia de um pesquisador. “O público-alvo é a faixa de 12 a 29 anos, na qual ocorre a maior exposição a fatores de risco associados ao câncer, mas que é pouco atendida por campanhas informativas”, explica o biomédico Eduardo Salustiano, do Programa de Oncobiologia da UFRJ.

O *game* foi desenvolvido em parceria com o GDP (Game Dev. Project), grupo de alunos de Ciências da Computação da UFRJ, e coordenado por Cláudia Jurberg, responsável pelo Núcleo de Divulgação Científica do Programa de Oncobiologia da universidade.



capa

ALÉM DA DOENÇA, PESSOAS COM CÂNCER TÊM QUE LIDAR COM CONTAS E UM MERCADO DE TRABALHO DISCRIMINATÓRIO

Quando dói no bolso

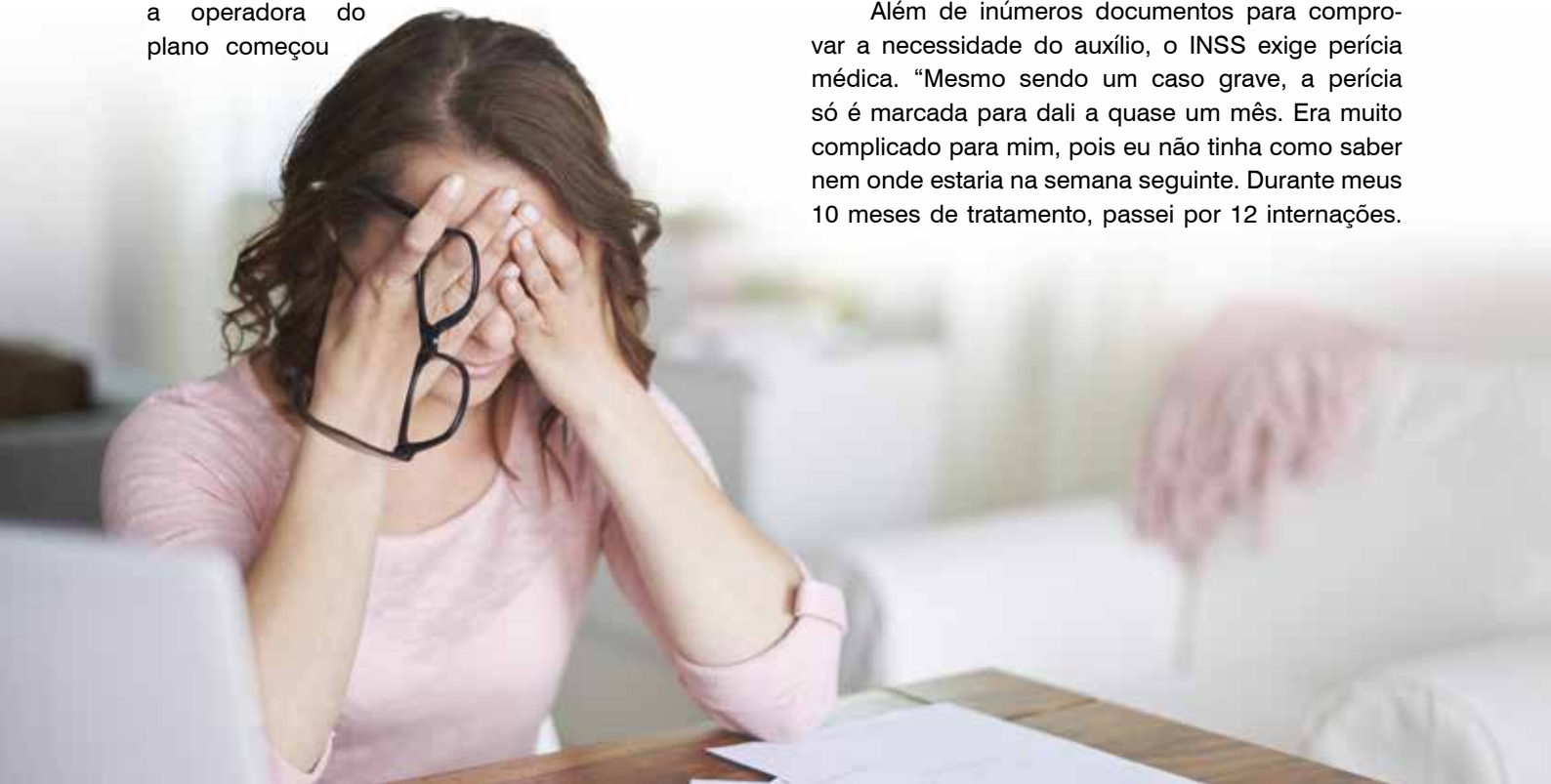
Além dos medos mais comuns, como as sequelas do tratamento e um possível retorno da doença, pacientes com câncer precisam lidar com temores financeiros, como a redução da renda familiar ou até mesmo a perda do emprego. Conseguir o auxílio-doença na Previdência Social, apesar de ser um direito trabalhista, também não é tarefa das mais simples. O trabalho informal tem sido a saída para garantir a subsistência de algumas famílias que, com atividades empreendedoras, estão conseguindo aumentar ou obter novos rendimentos.

No ano 2000, o jornalista Alexandre Dayrell descobriu que tinha um linfoma não Hodgkin. Na ocasião, ele trabalhava há seis meses como editor de um site em uma multinacional. Como tinha plano de saúde particular, Dayrell começou o tratamento imediatamente. Só que a operadora do plano começou

a enviar os boletos de pagamento fora do prazo. “Eu recebia os boletos em cima da data do vencimento, e devido aos longos períodos de internação, não conseguia pagar em dia. Naquela época, não havia tanta interatividade na Internet, e como estava em pleno tratamento, não tinha como ir até a empresa para resolver o problema”, conta. Por fim, a operadora acabou cancelando seu contrato, alegando que o jornalista seria mau pagador. “Eles fizeram uma manobra até conseguir cancelar”, lamenta. Ele só não precisou interromper o tratamento porque conseguiu uma vaga no serviço público.

Como se não bastasse a conduta imoral da operadora de saúde, Alexandre enfrentou outra dificuldade: licenciado do emprego, precisou dar entrada no pedido de auxílio-doença no INSS. O órgão fez uma série de exigências que ele não conseguia cumprir.

Além de inúmeros documentos para comprovar a necessidade do auxílio, o INSS exige perícia médica. “Mesmo sendo um caso grave, a perícia só é marcada para dali a quase um mês. Era muito complicado para mim, pois eu não tinha como saber nem onde estaria na semana seguinte. Durante meus 10 meses de tratamento, passei por 12 internações.



E no período em que ficava em casa, estava muito fraco; não tinha forças para sair. As internações não eram programadas. Eu estava ótimo num dia e, no dia seguinte, passava mal e tinha que ser internado com urgência. Então era muito complicado marcar uma perícia para daqui um mês. Eu não tinha controle sobre a minha vida.”

Por conta disso, Alexandre ficou sem receber o benefício durante meses. Para sua subsistência, vendeu sua coleção de CDs e seus livros (ele tinha uma biblioteca). “Chega uma hora em que você tem que pedir dinheiro emprestado e contar com a ajuda da família, porque eu não tinha como arcar com as minhas contas.” Até conseguir resolver a problemática junto à Previdência Social, o tratamento já tinha terminado. “O INSS não facilitava nada, e como eu precisava ir aos locais pessoalmente, até eles aprovarem o auxílio e eu receber o benefício, o tratamento já tinha acabado”, lembra.

Ao voltar ao trabalho, a empresa cumpriu o prazo legal para retorno de licença saúde e logo depois o demitiu, alegando crise. Porém, em pouco tempo, ele conseguiu se recolocar no mercado, ainda em 2001.

EM BUSCA DE DIREITOS

Fabiana Rodrigues, 46 anos, trabalhava como cuidadora e técnica de enfermagem quando descobriu, há cinco anos, um dermatofibrossarcoma (câncer no músculo) e iniciou o tratamento, que incluiu cirurgia. “Fiquei um tempo licenciada pelo INSS e já vai fazer três anos que não recebo o auxílio-doença. Estou com processo na Justiça para retirar o meu FGTS [Fundo de Garantia do Tempo de Serviço], que não foi liberado [pacientes com câncer têm direito de sacar o FGTS]. O posto já marcou quatro perícias e cancelou”, queixa-se.

Enfrentando uma separação recente e vivendo com a filha de 18 anos, Fabiana conseguiu um trabalho como cuidadora e, para reforçar o caixa, começou a fazer bolos para vender. Mesmo assim, ainda precisa da ajuda de familiares, o que a angustia. Paciente do INCA, teve a oportunidade de fazer um curso de empreendedorismo oferecido pela Área de Ações Voluntárias do Instituto (INCAvoluntário). Fabiana vende seus produtos no próprio INCA quando vai fazer o tratamento. Em datas comemorativas, como Dia das Mães e Natal, as vendas aumentam. “No Natal faturei uns R\$ 700. Tirando as despesas, sobraram cerca de R\$ 400”, contabiliza.

Após o curso, Fabiana se empolgou e tentou alugar um espaço, dentro de um salão, perto de sua



Divulgação/Maesem Serviços Especializados

Fabiana (E), ao lado da psicóloga Beatriz Tostes: empreender foi a solução para aumentar a renda familiar

“Eu achava que para começar algum negócio precisaria ter uma estrutura maior, e no curso entendi que não. Você pode começar pequenininha, e a coisa vai crescendo. Isso me encorajou”

FABIANA RODRIGUES, empreendedora

casa. Lá, teria direito a vender seus produtos uma vez por semana, mas quando chegou ao local, todos os espaços já estavam preenchidos. “Eu achava que para começar algum negócio precisaria ter uma estrutura maior, e no curso entendi que não. Você pode começar pequenininha, e a coisa vai crescendo. Isso me encorajou. Deixei meu nome numa lista de espera para o aluguel”, conta.

Ela afirma que ações como o curso oferecido pelo INCAvoluntário levantam a autoestima do paciente em tratamento.

Dos bolos e doces vendidos por Fabiana, existe um que faz mais sucesso. “O que costuma sair mais e que é um diferencial é o bolo verde; um bolo doce feito de agrião. Sou conhecida no hospital como ‘a moça do bolo verde’. Ainda não encontrei uma pessoa que não tenha gostado. É um bolo trabalhoso; eu limpo folhinha por folhinha do agrião”, explica.

Enquanto continua seu tratamento na clínica da dor, faz também fisioterapia, porque o movimento de



“Minha mente se abriu depois do curso. Aprendi a comprar mercadorias. Hoje sei negociar o valor dos produtos na hora da venda e também fazer promoção”

SIMONE NAZARINA DE CARVALHO DO CARMO,
empreendedora

seu braço foi reduzido. Mas ela não desanima. “No momento, a minha luta é conseguir fazer valer o meu direito”, afirma, referindo-se ao processo judicial para receber os benefícios a que faz jus.

NOVOS CAMINHOS

Em 2009, quando seu filho Isaque nasceu e foi diagnosticado com linfangioma, a rotina da dona de casa Simone Nazarina de Carvalho do Carmo, 52 anos, se modificou. Antes de iniciar o tratamento no INCA, em 2010, o menino passou por vários hospitais.

“Quando chegamos ao INCA estávamos numa situação adversa. Eu não podia trabalhar porque precisava acompanhar meu filho, e também tinha crises de asma. Meu marido me ajudava, revezando comigo”, recorda.

O marido de Simone, que é eletricista, deixou o emprego fixo e passou a trabalhar informalmente para que pudesse auxiliar a esposa. Foram tempos difíceis em que precisaram lidar com a doença do filho e com as dificuldades financeiras.

Preocupada em aumentar a renda familiar, enquanto acompanhava o filho, Simone passou a aprender artesanato com uma voluntária do INCA. “Aprendi tricô e fiz muitos cachecóis. Lembro que, naquela época, faturei R\$ 800 vendendo as peças”, conta.

Mas Simone não parou por ali e se aprimorou para trabalhar com diversos materiais recicláveis, como vidros. Ela faz decupagem, técnica de colagem sobre peças, e também produz artigos com *biscuit*, uma massa de modelagem. No entanto, se por um lado a criatividade não faltava, de outro, não sabia como calcular o custo das peças, o preço final e nem como comprar os materiais necessários.

Nesse aspecto, ela afirma que o curso oferecido pelo INCAvoluntário (em parceria com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas, Sebrae), foi essencial para que os negócios deslanchassem. O curso abordou temas como estratégias de venda, de marketing, conceito de finanças, formação de preços, entre outros, muito importantes para profissionalizar a atividade exercida por Simone.

“Eu ficava no meu mundinho e não sabia como calcular o custo do meu trabalho e ter lucro. Minha mente se abriu depois do curso. Aprendi a comprar mercadorias. Hoje sei negociar o valor dos produtos na hora da venda e também fazer promoção. E agora vou mais arrumada para apresentar o produto, porque aprendi que a aparência é muito importante”, conta.

Tudo que cai na mão de Simone pode virar artesanato. “Recebo doações de vidros e ganhei uma máquina para cortar e gravar nesse material. Também faço bonecas de tecido e trabalho muito com decoração de festas infantis e de fim de ano. A procura é grande”, revela.

Hoje, com o filho prestes a receber alta médica, Simone conta que passou a cuidar mais de sua saúde, com o intuito de ter mais disposição para novas realizações. Ela acabou de participar de uma nova oficina oferecida pelo INCAvoluntário, que abordou o tema “Sei controlar meu dinheiro?”.

O marido de Simone voltou a ter emprego fixo, e a rotina familiar se estabilizou. “Meu marido trabalha em um clube e aos finais de semana faz uns ‘bicos’. Estamos terminando nossa casa”, comemora.

SOB A PROTEÇÃO DA JUSTIÇA

Empregados dispensados após diagnóstico de câncer têm conquistado na Justiça o direito de retornar ao posto, e em alguns casos recebem indenizações, graças à Súmula 443 do Tribunal Superior do Trabalho (TST), que define a dispensa como discriminatória.

“O receio pela perda do emprego sempre passa pela cabeça de todo mundo quando é preciso se ausentar por algumas semanas”

STELLA NUNES, administradora de empresas

Antes de ser publicada, a Súmula 443 foi debatida na Semana do TST, em maio de 2012. Dela participou a ministra Delaíde Miranda Arantes. “A Súmula consolidou entendimento jurisprudencial do Tribunal no sentido de caracterizar como ato discriminatório a dispensa imotivada ou sem justa causa de trabalhadores portadores de HIV e de outras doenças que causam estigmas ou preconceitos”, explica a ministra. Sendo assim, caso ocorra dispensa, o empregado tem direito à reintegração ao emprego.

Para a ministra Delaíde, esse foi um grande passo que prestigia o Direito do Trabalho em sua verdadeira origem e natureza, o da proteção, pois o surgimento da doença grave capaz de provocar preconceito ou discriminação coloca o trabalhador em situação de vulnerabilidade, tanto financeira quanto social, e esse é o momento em que ele mais necessita da proteção legislativa e jurisprudencial.

Entre os exemplos de trabalhadores discriminados devido ao câncer, está uma bancária de Minas Gerais que foi transferida 18 vezes e rebaixada de função, ao retornar ao trabalho após nove meses de licença para tratar a doença. Admitida como escriturária em 1979, ela ocupou as funções de caixa e gerente operacional até ser demitida em 2011. Nos últimos quatro anos de contrato, no entanto, após a licença médica, a funcionária contou ter sofrido perseguições da chefia. Ainda abalada e com quadro depressivo pela retirada da mama e pelos tratamentos, foi transferida de cidade.

Na reclamação trabalhista, ela afirma que “implorou à chefia” para não ir, devido à necessidade de estar próxima à família, mas não foi atendida. A partir daí, as perseguições aumentaram: foi rebaixada de função e deslocada para várias cidades da região, cobrindo férias de funcionários de agências pequenas, sempre como caixa.

Tendo como parâmetro os depoimentos de testemunhas, o juízo concluiu que havia discriminação por parte do banco em relação aos empregados afastados por longo período, que eram deslocados para atividades menores, transferidos de agência e submetidos à extrema pressão psicológica. A bancária receberá indenização de R\$ 160 mil por dano moral.

O OUTRO LADO DA MOEDA

Mas nem todos os empregadores demitem ou punem empregados quando adoecem. Ao contrário: alguns oferecem mais do que compreensão no momento em que seu funcionário mais precisa. Márcia Marconi, advogada, recebeu apoio financeiro dos dirigentes do laboratório farmacêutico onde trabalhava na ocasião em que foi diagnosticada com câncer de mama. “Para que eu não precisasse esperar a liberação do convênio, a empresa me adiantou o valor da cirurgia, que depois devolvi em parcelas. Apoiaram-me também enquanto fazia a quimioterapia, pois precisava ficar afastada alguns dias. Eles sempre me liberavam. Não precisei dar entrada no auxílio-doença no INSS para receber”, reconhece.

Numa firma de representação internacional, a administradora de empresas Stella Nunes também foi bem acolhida desde que descobriu um câncer de mama, em abril do ano passado. Stella conta que desde a confirmação da doença avisou aos dirigentes da empresa que precisaria se afastar. E recebeu total apoio, tanto deles como dos colegas de trabalho. “O receio pela perda do emprego sempre passa pela cabeça de todo mundo quando é preciso se ausentar por algumas semanas”, admite.

Pelo temperamento agitado, Stella diz que, mesmo afastada, continuou trabalhando de casa. “Devido à cirurgia [ela passou por uma mastectomia radical em julho de 2014], fiquei duas semanas em casa. Mas eu não desgrudava do *tablet* e acompanhava o trabalho a distância”, revela.

Para ela, ficar de licença é algo muito difícil. “Trabalhei em uma empresa japonesa, e lá faltar é algo que não é bem visto e eu também não gosto. Mas isso era uma coisa mais da minha cabeça. Os meus atuais chefes me acalmavam e diziam que eu tinha de me cuidar e focar nisso. Eles foram ótimos.” Em recuperação após a cirurgia de reconstituição mamária, feita recentemente, Stella continua recebendo seu salário normalmente e utilizando seu plano de saúde. ■

O orgânico nosso de cada dia

O filósofo americano Alan Levinovitz, da Universidade James Madison, em entrevista à revista *Veja* de 26 de agosto de 2015, respondendo à pergunta sobre o que achava da afirmação do Instituto Nacional de Câncer (Rio de Janeiro), de que “modos de cultivo livres de agrotóxicos produzem frutas, legumes, verduras e leguminosas, como os feijões, com maior potencial anticancerígeno”, assim se expressou: “Isso é um absurdo, francamente”. E mais adiante: “Mas é difícil demonstrar evidências científicas consistentes de propriedades anticancerígenas em alimentos orgânicos”. E prosseguindo: “A separação entre alimentos orgânicos e não orgânicos não é uma distinção científica. Dizer que alimentos orgânicos ajudam a prevenir câncer é um madra religioso. Não sabia dessa orientação no Brasil. Estou chocado”.

Pois chocados ficamos nós, brasileiros. Filosofando, e não apresentando dados de pesquisa, como habitualmente fazem os cientistas, o entrevistado demonstra desconhecer a realidade da agricultura brasileira e o que é de fato agricultura orgânica, até mesmo de seu país, um dos maiores produtores e consumidores desse tipo de alimento no mundo. A importante afirmação do Instituto Nacional de Câncer é um alerta para o perigo dos agrotóxicos no Brasil, que, sendo o país líder mundial no consumo desses

venenos agrícolas, pouco tem feito para abolir o uso de vários deles, comprovadamente carcinogênicos, mutagênicos, teratogênicos, há muito proibidos em outros países. Não são apenas os aplicadores de agrotóxicos que estão sujeitos a contrair doenças degenerativas (câncer) e neurológicas (Alzheimer e Parkinson), mas também os consumidores de alimentos convencionais, pobres de nutrientes e ricos de resíduos de venenos, como tem demonstrado a Anvisa [Agência Nacional de Vigilância Sanitária] em seus relatórios anuais (Paras).

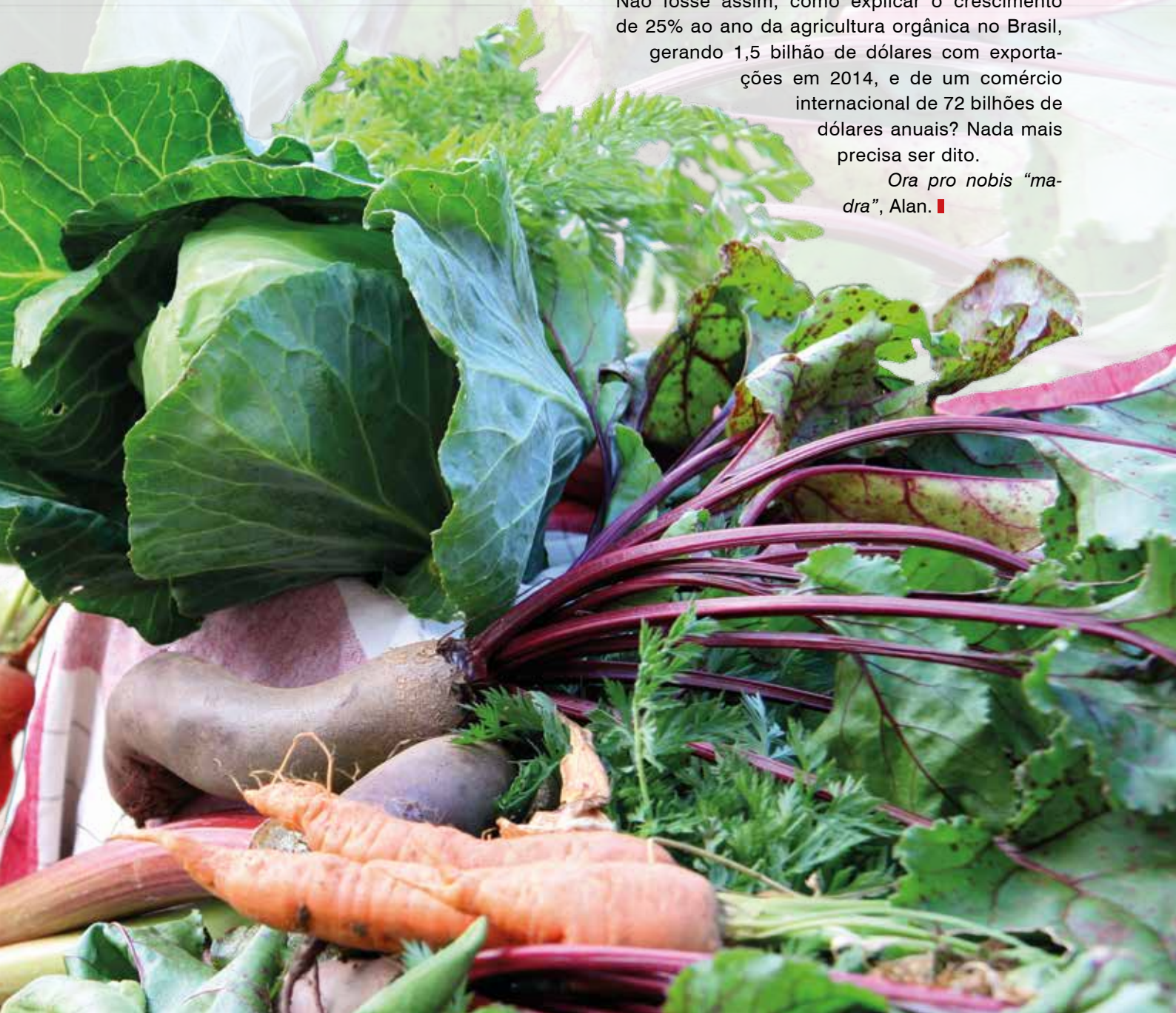
Não usando agrotóxicos, a agricultura orgânica não expõe os agricultores nem os consumidores aos riscos de envenenamentos, intoxicações e doenças crônicas. Disso se deduz ser coerente e legítima a afirmação do Instituto Nacional de Câncer, ridicularizada pelo prepotente e mal informado filósofo americano. Embora não mencionado no texto, verduras e legumes convencionais, que recebem doses altas de fertilizantes nitrogenados, apresentam teores elevados de nitrato, que, combinado com as amins da digestão proteica, produz nitrosamina, poderoso agente carcinogênico.

* PhD; professor sênior da Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo (USP), em Piracicaba.

“Produzidos em solos ricos de matéria orgânica, os alimentos orgânicos apresentam teores mais elevados de sais minerais, vitaminas e substâncias antioxidantes que os alimentos convencionais”

Mas a questão vai muito além. Produzidos em solos ricos de matéria orgânica, os alimentos orgânicos apresentam teores mais elevados de sais minerais, vitaminas e substâncias antioxidantes que os alimentos convencionais. Experimentos feitos por muitas das mais conceituadas instituições de pesquisa em várias partes do mundo corroboram tal afirmativa. Assim, a maior quantidade de antioxidantes (ácido ascórbico, ácidos fenólicos, flavonoides, polifenóis) nos alimentos orgânicos pode evitar doenças degenerativas. Em 2009, num relatório do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, lia-se: “Alimentos ricos em fitoalexinas (antioxidante de grande importância para a saúde humana, exemplo do qual é o resveratrol, dos vinhos tintos e sucos de uva) só são possíveis com a agricultura orgânica” (USDA, Boue et alli.). Não fosse assim, como explicar o crescimento de 25% ao ano da agricultura orgânica no Brasil, gerando 1,5 bilhão de dólares com exportações em 2014, e de um comércio internacional de 72 bilhões de dólares anuais? Nada mais precisa ser dito.

Ora pro nobis “madrá”, Alan. ■



epidemiologia

ESTUDOS MOSTRAM QUE INFECÇÃO PELO HPV PODE ESTAR ALTERANDO O PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE OROFARINGE

Mudança de rumo

Há dois anos, o ator americano Michael Douglas, que enfrentou um câncer de garganta, surpreendeu ao afirmar que a sua doença foi provocada por sexo oral. Em entrevista ao jornal britânico *The Guardian*, Douglas disse que seu câncer não foi causado por cigarro ou álcool, e sim por um vírus sexualmente transmissível, o HPV (sigla em inglês para papilomavírus humano).

Em 2014, o crescimento da incidência do câncer de orofaringe originado pelo HPV ganhou destaque em muitos eventos científicos. Antes, o vírus era associado prioritariamente ao câncer do colo do útero. Acredita-se que o fato de o brasileiro estar fumando menos (nos anos 1980, o tabagismo atingia 35% da população do País, e hoje a prevalência é inferior a 15%) venha mudando o perfil dos pacientes que são diagnosticados com tumores de boca.

O fenômeno observado é a diminuição do tabagismo como causa de câncer de orofaringe (amígdala, garganta e base da língua) e, por sua vez, o crescimento dos tumores nessa região diretamente relacionados com a infecção pelo HPV, principalmente o 16, um subtipo que é também muito frequente em tumores do colo do útero.

O pesquisador Luis Felipe Ribeiro Pinto, coordenador de Ensino do INCA, ressalta que existe um crescimento bastante rápido e significativo do número de tumores de orofaringe causados pelo HPV mundialmente. Esse aumento, por enquanto é bem mais expressivo nos países desenvolvidos: 80% nos Estados Unidos e 50% no Reino Unido, contra 8% no Brasil. “Não sabemos exatamente o

quê está provocando essa transição epidemiológica. Nos Estados Unidos, os estudos iniciais da pesquisadora Maura Gillison, a primeira a mostrar essa mudança, indicaram como causa o sexo oral, particularmente em pessoas com muitos parceiros. Mais recentemente, a questão da redução do tabagismo também foi sugerida”, conta.

O pesquisador usa uma imagem popular para explicar o aumento dos casos de câncer de orofaringe em portadores do HPV. “Imagine que existem pedras na praia, e a maré está alta. Ninguém vê as pedras. Quando a maré baixa, as pedras aparecem. Mas elas sempre estiveram lá. Os casos de câncer de orofaringe associados ao HPV são mais observados à medida que os originados pelo tabagismo diminuem. A boa notícia é que o prognóstico desses casos é melhor, e o tratamento também pode ser mais brando.”

Os casos de câncer de orofaringe associados ao HPV são mais observados à medida que os originados pelo tabagismo diminuem. A boa notícia é que o prognóstico desses casos é melhor, e o tratamento também pode ser mais brando”

LUIS FELIPE RIBEIRO PINTO, coordenador de Ensino do INCA

Durante o evento “Imersão em Oncologia Brasil-Itália 2014”, realizado em São Paulo, no final do ano passado, o oncologista italiano Paolo Bossi, da Fundação Instituto Nacional de Tumores (IRCCS), de Milão, propôs personalizar o tratamento dos tumores de orofaringe relacionados ao HPV. “O que Bossi sugere é que essa parcela de pacientes pode ser beneficiada por um desescalonamento do tratamento, ou seja, ser submetida a terapias menos intensas e menos tóxicas, diminuindo as sequelas e efeitos colaterais”, esclarece Ribeiro Pinto.

INCIDÊNCIA DIFERENCIADA

Ribeiro Pinto explica que existem três perfis bem distintos de pacientes com cânceres de orofaringe: tabagistas e etilistas (o perfil clássico), tabagistas e HPV positivos e não tabagistas e HPV

PARTICULARIDADES

Em fevereiro de 2010, no Simpósio Multidisciplinar de Câncer de Cabeça e Pescoço, nos EUA, a oncologista Maura Gillison, professora da Universidade do Estado de Ohio, demonstrou que a proporção do câncer de células escamosas da orofaringe – que são mais comumente tumores HPV positivos – aumentou de 18%, em 1973, para 32%, em 2005.

Além disso, de acordo com a médica, estudos realizados nos Estados Unidos, Europa, Austrália e Dinamarca indicavam que a sobrevivência em pacientes que desenvolveram câncer de boca associados ao HPV é mais de duas vezes maior do que naqueles que tiveram a doença em decorrência do uso de tabaco e do álcool.

Ainda segundo a especialista, se uma pessoa tivesse 40 anos entre 2000 e 2005, o risco de ter câncer relacionado ao HPV seria maior do que alguém que estivesse na mesma faixa etária em 1970. As mudanças sociais que ocorreram depois de 1935 – por exemplo, a redução no número de fumantes – são consistentes com o aumento da proporção de câncer de orofaringe HPV-relacionado.

positivos. A sobrevida é pior no primeiro grupo, é média no grupo do meio e melhor no último.

Para a cirurgiã bucomaxilofacial Raquel Richelieu, do Centro Universitário de Controle do Câncer (CUCC) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, há um “boom” de HPV. Esse vírus, segundo ela, atinge uma camada tão grande da população quanto o do herpes. “Hoje existem tecnologias bem

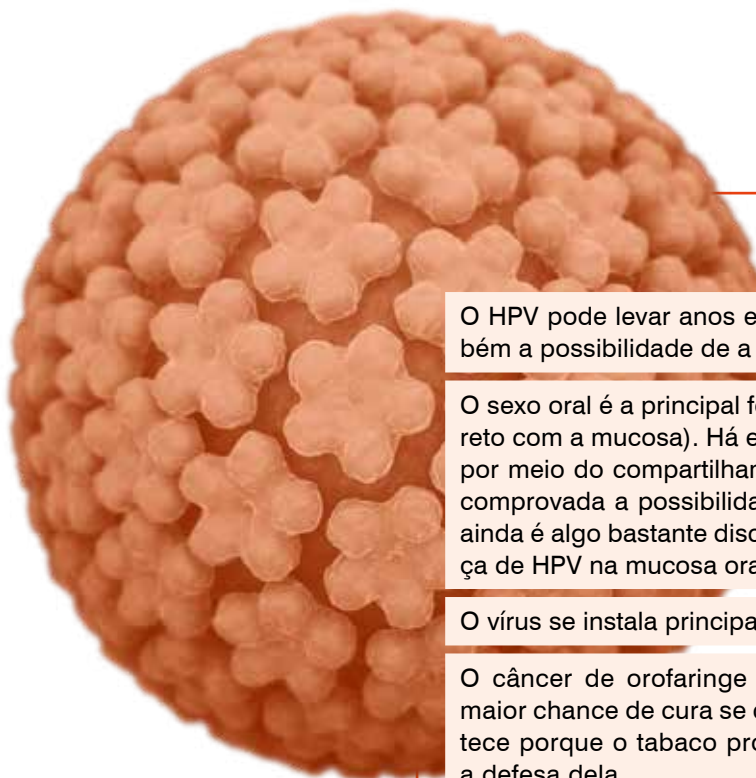
“Existe uma cultura de que a camisinha atrapalha o prazer do sexo oral e, por isso, poucos usam”

RAQUEL RICHELIEU, cirurgiã bucomaxilofacial

mais eficazes para descobrir o HPV nessa região [cabeça e pescoço]. Com isso, também fica mais fácil mensurar sua abrangência em cânceres de orofaringe”, avalia.

“Existe uma cultura de que a camisinha atrapalha o prazer do sexo oral e, por isso, poucos usam. Ainda não existem evidências de que o HPV em estado latente é transmissível, mas uma vez que a lesão existe, muitas vezes num tamanho em que não pode ser vista a olho nu, o risco de contaminação é muito alto”, alerta.

Ao contrário dos tumores de cabeça e pescoço relacionados com o cigarro, mais prevalentes em pacientes acima dos 60 anos, os tumores HPV positivos são mais comuns na população mais jovem, observa o oncologista clínico do A.C. Camargo Cancer Center Thiago Bueno de Oliveira. “No Brasil, estamos observando essa transição de haver uma proporção cada vez menor de tumores de cabeça e pescoço ligados ao cigarro, o que é uma boa notícia, pois eles são bastante agressivos em sua maioria. Já os HPV positivos, embora respondam bem às terapias na maior parte dos casos, podem ser refratários em outros. Portanto, entender o tipo de tumor é fundamental para determinar a abordagem terapêutica mais eficaz.” ■



Saiba mais sobre o HPV

O HPV pode levar anos em estado de latência até se manifestar. Existe também a possibilidade de a lesão nunca aparecer.

O sexo oral é a principal forma de transmissão do HPV pela boca (contato direto com a mucosa). Há estudos que indicam a possibilidade da transmissão por meio do compartilhamento de cigarros, caso a lesão já exista. Não está comprovada a possibilidade de contaminação por meio de objetos. O beijo ainda é algo bastante discutido, uma vez que não é muito frequente a presença de HPV na mucosa oral, porque na saliva existem substâncias protetoras.

O vírus se instala principalmente na base da língua ou nas amígdalas.

O câncer de orofaringe desenvolvido a partir da infecção pelo HPV tem maior chance de cura se comparado ao causado pelo tabagismo. Isso acontece porque o tabaco provoca mutação da célula, enquanto o HPV destrói a defesa dela.

A sobrevida em cinco anos de um paciente com câncer de orofaringe associado ao HPV chega a 80%.

As vacinas contra o HPV não previnem contra todos os subtipos de HPV. O método mais eficaz de prevenção da infecção pelo vírus continua sendo o uso da camisinha.

gestão

PUBLICAÇÃO COM DIRETRIZES PARA CONTROLE DO
CÂNCER DE MAMA REÚNE MELHORES EVIDÊNCIAS

Para além do consenso

Tipo mais comum entre as mulheres, depois do de pele, o câncer de mama pode ser considerado uma das doenças mais temidas e estigmatizadas. As estratégias de detecção precoce são importantes instrumentos para aumentar a possibilidade de tratamento. Normalmente, a discussão sobre o tema é centrada no rastreamento por meio da mamografia, mas a questão é mais ampla e envolve outras possibilidades de intervenção. Para embasar tomadas de decisão relacionadas a esse assunto, a pedido da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), o INCA coordenou um extenso trabalho de revisão de evidências que deu origem à publicação *Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil*.

Sem levar em conta aspectos econômicos do governo, o livro aponta recomendações que devem servir para mulheres e profissionais de saúde decidirem de maneira conjunta as melhores condutas para detecção precoce do câncer de mama a partir dos riscos e benefícios relacionados a cada intervenção. O trabalho foi apoiado pela Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC) da SAS, pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit/MS) e por especialistas externos convidados.

A proposta de se atualizar as recomendações teve início em 2012. A última vez que o Ministério da Saúde havia publicado suas

“A metodologia prioriza revisões sistemáticas, mas no caso de inexistência [de revisões sistemáticas], permite a inclusão de ensaios clínicos randomizados. Cada tipo de estudo é avaliado por um instrumento diferente”

AIRTON STEIN, coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

diretrizes fora em 2004. O *Documento do Consenso para o Controle do Câncer de Mama* foi elaborado a partir de oficina de trabalho ocorrida no final de 2003, que reuniu técnicos de diferentes áreas do ministério, gestores, pesquisadores da área de controle de câncer e representantes de sociedades científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher. Apesar de o *Consenso* ter sido elaborado com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, essa mesma sociedade questionava sua validade. “Decidimos, então, atualizar esse material por meio da construção de um documento mais robusto que seguisse um rigoroso processo metodológico para identificação das melhores evidências disponíveis”, conta Beatriz Kneipp, chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA.

METODOLOGIA TRANSPARENTE

No primeiro semestre de 2013, a proposta de trabalho para elaboração das *Diretrizes* foi aprovada, e um comitê formado por especialistas e representantes da academia, sob coordenação do INCA, deu início às atividades. Estabeleceu-se que os critérios para definição das recomendações seguiriam a metodologia do sistema *Grading of Recommendations, Assessment, Development and*

Evaluation (Grade). “Essa metodologia permite também uma discussão mais ampla sobre os riscos e benefícios de cada intervenção, para orientar a recomendação”, afirma Beatriz Kneipp. Comparado com outros modelos, o sistema Grade define de forma mais objetiva o nível de qualidade da evidência científica e a força da recomendação para se adotar ou não uma determinada conduta.

Por esse sistema, a força da recomendação para apoiar uma conduta é considerada forte quando as evidências disponíveis permitem concluir que os benefícios suplantam os malefícios. Quando as evidências permitem concluir que os malefícios são maiores que os benefícios, a força da recomendação para evitar a conduta também é forte. Já quando a relação entre benefícios e riscos não é muito clara, a força da recomendação é considerada fraca. Airton Stein, coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (Nats/GHC), professor titular de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e professor adjunto do curso de pós-graduação de Promoção de Saúde da Universidade Luterana do Brasil, destaca que o trabalho foi feito com toda transparência possível.

Segundo o professor, a elaboração de diretrizes precisa ser feita de uma maneira transparente e que descreva claramente cada etapa. Esse processo começa com uma extensiva busca pelas melhores evidências disponíveis. Para isso, identificam-se quais são as perguntas-chaves sobre o tema. No caso em questão, utilizou-se a estratégia “Pico”. A adequada construção de perguntas de pesquisa possibilita a definição correta de que evidências são necessárias para a resolução da questão, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita buscas desnecessárias. “Pico é um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcome*, que traduzimos como desfecho”, explica Stein. No caso dessas *Diretrizes*, foram elaboradas 10 questões norteadoras.

“Tudo o que possa responder às questões-chaves e que esteja disponível na literatura deve ser analisado. Nesse aspecto, o trabalho de bibliotecários torna-se essencial para a construção de estratégias de busca de largo alcance”, diz Beatriz Kneipp. Com a revisão da literatura em mãos, os especialistas partem para a avaliação da qualidade da evidência. “A metodologia prioriza revisões sistemáticas, mas no caso de inexistência [de

revisões sistemáticas], permite a inclusão de ensaios clínicos randomizados. Cada tipo de estudo é avaliado por um instrumento diferente. Para as revisões, utilizou-se a tabela Amstar (Assessment of Multiple Systematic Reviews), e para os ensaios, a compilação Consort (Consolidated Standards of Reporting Trials)”, revela Stein. Todo o trabalho foi desenvolvido por pares, e as avaliações eram revistas quando havia alguma discordância.

CONSULTA PÚBLICA

As *Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil* entraram em consulta pública em outubro de 2014. A versão final foi aprovada pelo plenário da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), em abril, e pelo Ministério da Saúde, no início deste mês (a Portaria foi publicada no *Diário Oficial da União* no dia 5 de outubro). O plenário da Conitec é o fórum responsável pela emissão de recomendação sobre constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Uma das principais inovações das novas *Diretrizes* é que além de estratégias de rastreamento

“Percebemos a importância de empoderar as mulheres para que elas não só fiquem atentas aos primeiros sinais e sintomas, mas também estejam bem informadas dos riscos e benefícios de cada intervenção. Dessa forma, poderão tomar decisões de maneira consciente”

ARN MIGOWSKI, técnico da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA

também apresentam recomendações em relação ao diagnóstico precoce.

“Listamos uma série de sinais e sintomas que devem ser considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário”, destaca Arn Migowski, técnico da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede e do Nats/INCA. O documento também apresenta recomendação favorável para implantação de estratégias de conscientização sobre o câncer de mama. “Percebemos a importância de empoderar as mulheres para que elas não só fiquem atentas aos primeiros sinais e sintomas, mas também estejam bem informadas dos riscos e benefícios de cada intervenção. Dessa forma, poderão tomar decisões de maneira consciente”, afirma o técnico.

Também verificou-se que é recomendável que toda a avaliação diagnóstica do câncer de mama, após a identificação de sinais e sintomas suspeitos na atenção primária, seja feita em um mesmo centro de referência. “O acesso ao tratamento em tempo oportuno é essencial para a redução da mortalidade”, enfatiza Beatriz Kneipp. Já em relação ao rastreamento (realização de exames periódicos em uma parcela da população saudável para diagnosticar mais precocemente uma doença), as evidências levaram à recomendação contrária de estratégias que fazem uso, de forma isolada ou em conjunto com a mamografia convencional, da ressonância nuclear magnética, da ultrassonografia, da termografia e da tomossíntese. Da mesma forma, a recomendação é contrária ao ensino do autoexame como método de rastreamento do câncer de mama.

DANOS X BENEFÍCIOS

Uma recomendação contrária acontece quando os possíveis danos superam os possíveis benefícios. Entre os danos relacionados com o rastreamento do câncer de mama estão resultados falso-positivos, infecções e sangramentos resultantes de biópsias, ansiedade associada ao sobre diagnóstico e danos resultantes do sobretratamento de cânceres que nunca iriam evoluir clinicamente. Em relação à eficácia do rastreamento com exame clínico das mamas para redução da mortalidade global e por câncer de mama, o documento não traz recomendação, uma vez que o equilíbrio entre possíveis danos e benefícios é incerto.

“Ainda não há muitas evidências sobre essa estratégia. Existe um estudo em andamento na Índia, e decidiu-se esperar resultados mais conclusivos.

Pergunta-chave: Qual a eficácia do rastreamento com mamografia na redução da mortalidade global e por câncer de mama, comparada à ausência de rastreamento?

Recomenda-se **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios)

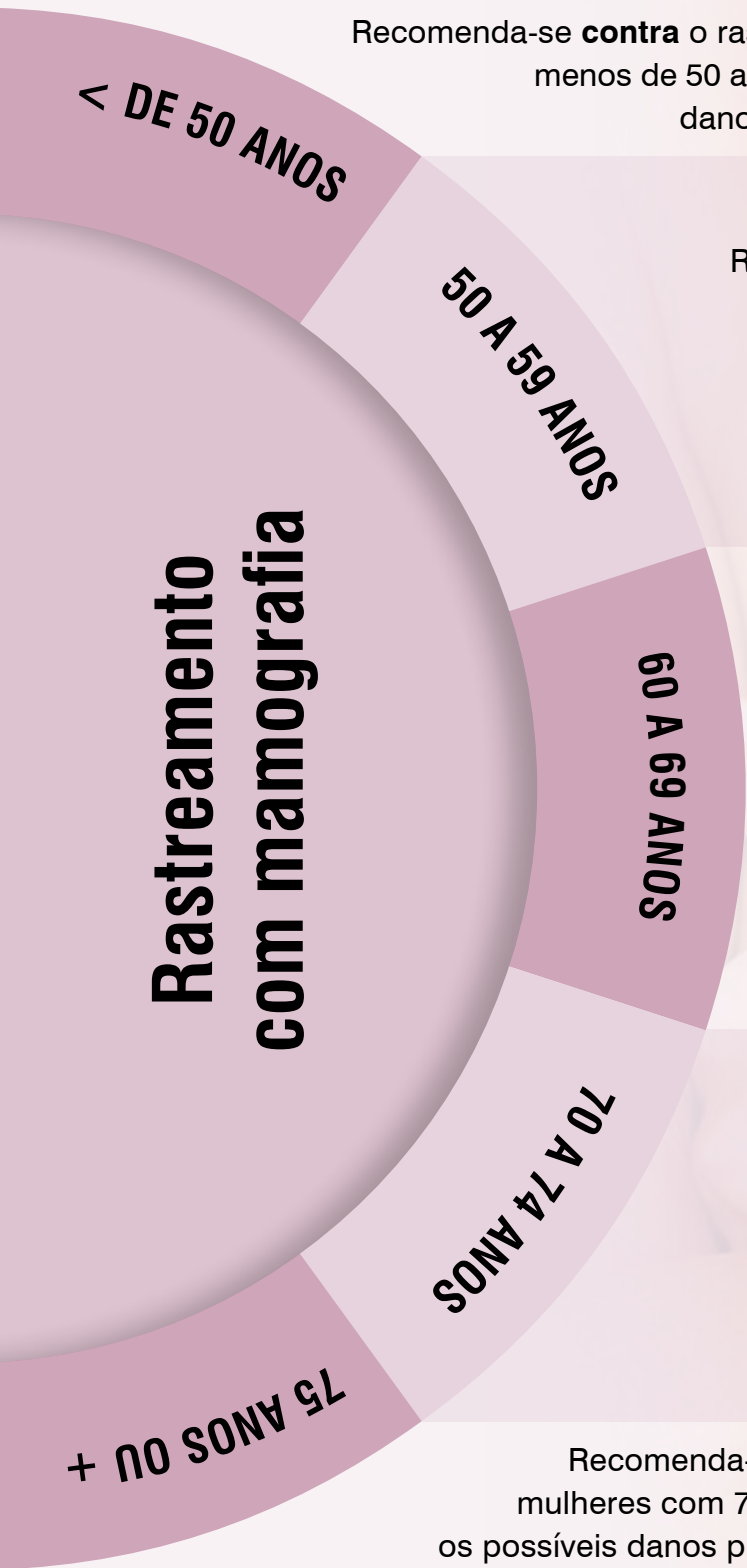
Recomenda-se o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes)

Recomenda-se o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)

Recomenda-se **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o equilíbrio entre possíveis danos e benefícios é incerto)

Recomenda-se **contra** o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios)

Periodicidade: O rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas (50 a 69 anos) deve ser bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores do que a bienal)



Com isso, adotamos uma postura menos ativa que a presente no *Consenso*, não desmerecendo a importância da avaliação das mamas pelos médicos”, explica Migowski.

As recomendações relacionadas ao rastreamento mamográfico variam de acordo com a faixa etária e a frequência dos exames. Só há recomendação favorável para o rastreamento com mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos a cada dois anos. “As evidências de que os benefícios provavelmente superam os possíveis danos só foram encontradas nessa faixa etária. Além disso, avaliamos as periodicidades e verificamos que, nas menores, os possíveis danos superam os possíveis benefícios”, afirma Migowski. Mesmo nas faixas etárias preconizadas, há uma recomendação fraca para o rastreamento mamográfico, o que mostra que a intervenção pode ser adotada como política de saúde em alguns contextos específicos, levando em consideração o balanço entre benefícios e danos de outras intervenções e as prioridades em saúde.

MUDANÇA DE POSICIONAMENTO

Para gestores de saúde, uma recomendação fraca indica que diferentes escolhas serão apropriadas de acordo com cada público, e o processo de tomada de decisão compartilhada e informada deve dar maior peso aos valores e preferências dos pacientes. Em relação à população, acredita-se que a maioria das pessoas, quando bem informada, desejaria a intervenção, mas muitas poderiam de maneira consciente não desejá-la. “Há uma cultura popular de que qualquer *check-up* é apenas benéfico e inofensivo, mas a realidade é que nenhuma intervenção é inócua. É preciso conscientizar a população de que o rastreamento mamográfico, mesmo na faixa etária recomendada, pode causar danos”, afirma Gulnar Azevedo e Silva, professora adjunta do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

Essa postura em relação ao rastreamento é bastante diferente da preconizada no *Consenso* há 10 anos. “Vários fatores levaram a isso. Em 2003, começaram a surgir questionamentos sobre a eficácia do rastreamento. Foram apontados problemas metodológicos nos estudos que serviram de base para recomendar a mamografia de rastreamento, e revisões sistemáticas demonstraram que o efeito na redução da mortalidade não era tão grande quanto

“Há uma cultura popular de que qualquer *check-up* é apenas benéfico e inofensivo, mas a realidade é que nenhuma intervenção é inócua. É preciso conscientizar a população de que o rastreamento mamográfico, mesmo na faixa etária recomendada, pode causar danos”

GULNAR AZEVEDO E SILVA, professora adjunta do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Uerj

o imaginado. Junto a isso, a partir da difusão do rastreamento começaram a surgir mais evidências sobre danos relacionados à intervenção. O problema é que essas são análises extremamente complexas e demandam estudos de longa duração”, contextualiza Migowski.

Além disso, há diferentes tipos de câncer de mama e alguns, mais agressivos, apresentam evolução mais rápida. “Isso pode gerar culpabilização da paciente. Mulheres se sentem culpadas por descobrirem um tumor mais avançado, quando, na verdade, em muitos casos, o câncer delas é de um tipo mais agressivo, que avança mais rapidamente. Mesmo com a difusão do rastreamento com mamografia, 70% dos casos de câncer de mama são descobertos pelas próprias mulheres. A mamografia não conseguiu resolver essa questão”, relata Migowski. Outro ponto que precisa ser destacado é a evolução das opções para tratamento da doença nestes últimos 10 anos. “O tratamento também evoluiu bastante, o que teve grande impacto na redução da mortalidade”, considera Beatriz Kneipp.

CRÍTICAS QUESTIONÁVEIS

Mesmo antes de serem publicadas, as *Diretrizes* foram alvo de críticas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou matéria em seu jornal discordando das recomendações em relação ao rastreamento mamográfico em mulheres com menos de 50 anos. O CFM afirma que as mais importantes sociedades científicas apoiam o rastreamento em mulheres entre 40 e 49 anos e que a decisão da plenária da Conitec contraria o entendimento das entidades médicas. A matéria destaca estudo internacional que apontou redução de 26% a 29% na mortalidade em mulheres entre 40 e 49 anos. “Essa redução significa, no máximo, uma vida salva para cada 2 mil mulheres rastreadas por um período de 10 anos, sendo que destas 2 mil, 200 receberão resultado falso-positivo, com impactos psicológicos para o resto da vida, e 10 serão tratadas, até mesmo com cirurgias mutiladoras, desnecessariamente”, rebateu a CGAPDC em resposta enviada ao CFM.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) publicou em seu site a *Moção de Apoio às Diretrizes* e à decisão da Conitec. “O trabalho foi desenvolvido de forma muito rigorosa para auxiliar no processo de tomada de decisão baseada em evidências, por meio de um método que não permite nenhuma avaliação subjetiva”, destaca Gulnar Silva. A Abrasco ressalta que os estudos evidenciam que esse tipo de mamografia (de rastreamento) não representa nenhum ganho na redução da mortalidade pelo câncer de mama

“Mesmo com a difusão do rastreamento com mamografia, 70% dos casos de câncer de mama são descobertos pelas próprias mulheres. A mamografia não conseguiu resolver essa questão”

ARN MIGOWSKI

quando realizado em mulheres entre 40 e 49 anos e que as *Diretrizes* aprovadas pela Conitec seguem os mesmos critérios adotados em outros países que têm conseguido reduzir a mortalidade pela doença. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade também não concorda com o CFM.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), que seguiu a mesma metodologia das *Diretrizes Brasileiras* na elaboração do *Posicionamento sobre o Rastreamento Mamográfico*, afirma que um programa de rastreamento para mulheres entre 40 e 49 anos só deve ser implementado em um contexto de rigorosa pesquisa científica, monitoramento e avaliação, se todas as condições necessárias para implementação de um programa organizado forem oferecidas pelo sistema de saúde e se estratégias de tomada de decisão compartilhada forem implementadas para que as decisões das mulheres estejam de acordo com seus valores e preferências. A OMS também só faz essa recomendação para contextos com grande oferta de recursos. Quando os recursos são limitados, a Organização é contrária a programas de rastreamento de base populacional em mulheres nessa faixa etária.

“Diferentemente do *Consenso*, que trazia apenas a opinião de especialistas, a estratégia para elaboração das *Diretrizes* foi completamente transparente do ponto de vista metodológico. Buscou-se as melhores evidências em relação a riscos e benefícios sem nem terem sido levados em conta aspectos econômicos. As mulheres têm o direito de serem informadas sobre os reais benefícios e riscos de quaisquer intervenções sobre sua saúde, além de todos os profissionais de saúde, incluindo os médicos generalistas e especialistas”, defende Gulnar Silva. O comitê coordenado pelo INCA que elaborou as *Diretrizes* pretende agora atuar na sensibilização de profissionais de saúde. “Estamos planejando apresentações em eventos científicos e preparando artigos para publicações em periódicos de alta qualidade”, antecipa Migowski.

De acordo com o Ministério da Saúde, o câncer de mama se mantém como uma das prioridades na Agenda da Política Nacional de Saúde, e a publicação faz parte de um conjunto de ações com a finalidade de ampliar e qualificar a detecção precoce, objetivando diminuir a mortalidade pela doença. Com as novas recomendações, o MS espera contribuir para subsidiar a tomada de decisão dos gestores quanto à organização da linha de cuidado do câncer de mama. ■

Pergunta-chave: Qual a efetividade da estratégia de conscientização na redução da mortalidade por câncer de mama?

Recomendação: Implementar estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos)

ESTRATÉGIA DE
CONSCIENTIZAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS SUSPEITOS

Diagnóstico precoce

CONFIRMAÇÃO
DIAGNÓSTICA EM UM
ÚNICO SERVIÇO

Pergunta-chave: Quais os sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama que merecem encaminhamento a um especialista para investigação diagnóstica?

Recomendação: Os seguintes sinais e sintomas devem ser considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos):

Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos

Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persiste por mais de um ciclo menstrual

Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade

Descarga papilar sanguinolenta unilateral

Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos

Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral

Presença de linfadenopatia axilar

Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja

Retração na pele da mama

Mudança no formato do mamilo

Pergunta-chave: A confirmação diagnóstica em uma única etapa (one stop clinic) é mais efetiva que as estratégias habituais?

Recomendação: Toda a avaliação diagnóstica do câncer de mama, após a identificação de sinais e sintomas suspeitos na atenção primária, deve ser feita em um mesmo centro de referência (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos, quando comparados à organização tradicional dos serviços de investigação diagnóstica)

educação

APÓS APROVAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA, PÓS-GRADUAÇÃO DO INCA TEM RESPONSABILIDADE AUMENTADA

Selo de qualidade

A rotina é intensa: são cerca de 6 mil pacientes atendidos por ano na Seção de Endoscopia Digestiva do Hospital do Câncer I (HC I), do INCA, pelos seis médicos permanentes, juntamente com os alunos dos programas de aperfeiçoamento nos moldes *fellor* e de residência médica. Compartilhar esse dia a dia com profissionais de grande experiência e equipamentos de última geração é uma oportunidade de ouro para os alunos da pós-graduação *lato sensu* em Endoscopia Digestiva em Oncologia. Há mais de 25 anos a Endoscopia do HC I atua como centro formador na área, e conquistou recentemente um reconhecimento inédito no Estado do Rio de Janeiro ao ser homologada como Centro de Ensino e Treinamento (CET) pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (Sobed).

“Esse credenciamento é um selo de qualidade, uma reafirmação da excelência da formação

desenvolvida no INCA”, festeja Sheila Pereira da Silva e Souza, coordenadora-geral da Residência Médica e supervisora da Área de Ensino Médico do Instituto. “Com muito trabalho e muita dedicação, nossa equipe construiu um modelo em consonância com a Sobed”, orgulha-se.

Para o coordenador da pós-graduação em Endoscopia Digestiva do INCA, Alexandre Dias Pelosi, a chancela da Sobed confere mais status e maior responsabilidade ao serviço. “A procura pelo curso vai aumentar”, aposta ele, lembrando que há alguns anos havia poucos concorrentes. “É motivo de orgulho para nós o interesse cada vez maior pelos programas oferecidos pelo INCA nessa especialidade. Isso também aumenta nosso compromisso de continuar atendendo rigorosamente a todos os requisitos exigidos no credenciamento”, diz.



“A experiência do grupo de médicos e a estrutura da seção, com equipamentos de última geração, têm despertado grande interesse pelos nossos programas de pós-graduação nos últimos anos”, avalia Gustavo Francisco de Souza e Mello, chefe da Seção de Endoscopia do HC I. A Residência Médica em Endoscopia é recente no Brasil e começou em 2014 no INCA, que desde 1989 realiza programas de pós-graduação nessa área. “Já passaram por aqui cerca de 90 médicos de 10 estados brasileiros e dois do exterior [Equador e Peru].”

Para a área de Endoscopia Digestiva, o INCA oferece duas vagas de residência médica e três em aperfeiçoamento nos moldes *fellows* por ano. Nos cursos não residentes, os alunos são médicos endoscopistas que procuram no INCA o aperfeiçoamento na endoscopia oncológica, enquanto os residentes são clínicos ou cirurgiões em busca de treinamento em endoscopia. “O desafio que assumimos ao criar a residência foi conseguir treinar em um cenário de alta complexidade”, diz o especialista. “Além do conhecimento teórico, o médico endoscopista precisa ter destreza visual, aprender a olhar, e destreza manual no controle do equipamento”, diz Mello.

TEORIA NA PRÁTICA

Ricardo Dardengo veio do Espírito Santo, há 13 anos, para estudar Medicina na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), onde também fez Residência em Clínica Médica. Depois, acabou tornando-se o primeiro residente em Endoscopia no INCA. “Eu queria fazer residência nessa especialidade e já estava inscrito em outro hospital, mas soube do edital do INCA e vim conhecer”, recorda. “O Gustavo Mello me apresentou o setor, falou como seria o programa do curso, mostrou equipamentos que ainda não existiam em outros hospitais. Tudo isso me fez optar pelo INCA.”

Além da rotina prática intensiva, “de manhã até de noite”, e dos procedimentos terapêuticos, muitas vezes emergenciais, vivenciados diariamente no INCA, Ricardo destaca a importância da formação teórica. As manhãs das quintas-feiras são reservadas para discussão de casos, aulas e seminários. Nesses dias, os atendimentos ficam acumulados para o período da tarde. “A gente cobra muito nessa sessão semanal”, explica Pelosi. “Sempre temos alguns treinandos fazendo estudos teóricos.”

“Elegemos um ou dois temas entre os artigos recomendados pelos professores e nos revezamos nas apresentações”, completa Livia Maria Barbosa Moreira, formada na Universidade Federal

Fluminense (UFF) e, hoje, fazendo aperfeiçoamento *fellows*. Ela destaca a experiência dos professores em procedimentos complexos do dia a dia.

“Fiz quatro anos de residência em outros hospitais, que foram muito úteis para minha preparação”, conta ela, “mas aqui no INCA temos um foco de estudo, pesquisa e aprofundamento como nunca vi antes”. Livia planeja abrir uma clínica de endoscopia e sabe que isso demanda tempo e investimento, mas está aproveitando ao máximo a oportunidade do *fellows* no INCA para alcançar seu objetivo. “Aprendendo procedimentos mais complexos, vou saber lidar melhor também com os casos mais simples.”

O plano de Ricardo para o futuro próximo é continuar no INCA, ingressando na primeira vaga de R3 (ano opcional) que existe para a Endoscopia. “É impossível separar endoscopia da oncologia. Quero me aprofundar em terapêuticas mais avançadas”, revela. “Este hospital proporciona uma carga de conhecimentos teóricos e práticos que nunca imaginei. Criei vínculo com todos e tenho enorme gratidão ao INCA e aos professores.”

Também formada na Unirio, Louise Deluiz Verdolin Di Palma fez Residência em Clínica Médica e em Gastroenterologia na UFF, antes de passar pelo processo seletivo para aperfeiçoamento *fellows*, no INCA. “Uma coisa que a gente aprende aqui é sempre ver além, apurar a visão ao realizar um exame endoscópico”, argumenta. “Gosto muito da oportunidade desse aprendizado no Instituto, com procedimentos avançados. A gente às vezes olha de fora e não vê o quanto o INCA é capaz de fazer, o quanto nosso trabalho pode mudar a vida das pessoas.”

EXPERIÊNCIA GRATIFICANTE

Assim como seus colegas, Louise não se queixa da carga de trabalho, podendo ser chamada para acompanhar os médicos em emergências nos finais de semana e até de madrugada. Pelo contrário: tudo isso é gratificante para ela, que pretende continuar aprofundando seus conhecimentos e experiência como especialista em Endoscopia, após a conclusão do curso, em março de 2016.

A experiência com os treinandos também é uma forma de aprimoramento para os médicos permanentes da seção. “Quando nosso hospital é um Centro de Ensino e Treinamento, precisamos estar sempre atualizados para poder ensinar”, comenta Pelosi. “Quanto melhores são os médicos treinados, melhores nós temos que ser também, a cada dia. Obrigatoriamente, temos que estudar e nos aprimorar sempre.” ■

MODALIDADES DE PÓS-GRADUAÇÃO

A Seção de Endoscopia Digestiva do HC I, além do atendimento aos pacientes, tem como metas o ensino, a divulgação científica e a pesquisa na área centrada na Oncologia. Suas atividades de ensino, subordinadas à Área de Ensino Médico do Instituto incluem cursos de pós-graduação, destinados a médicos, e se caracterizam por treinamento em serviço, com abordagem técnico-prática, sob a orientação de profissionais médicos gabaritados.

Residência Médica

Curso de Especialização em Endoscopia Digestiva, para médicos clínicos e cirurgiões. Regulamentada e dirigida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação (MEC).

Processo seletivo anual, com bolsa.

Carga horária: 2.880 horas/ano (60 horas por semana).

Duração: 2 anos (R1/R2) e 1 ano (R3).

Aperfeiçoamento nos moldes fellow*

Regime de tempo integral.

Pré-requisito: Residência ou Especialização Médica em Endoscopia Digestiva ou em Gastroenterologia, com treinamento mínimo de um ano em Endoscopia Digestiva durante o curso, ou título de especialista em Endoscopia Digestiva pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (Sobed).

Processo seletivo anual, com bolsa fornecida pelo INCA.

Carga horária: 2.880 horas/ano (60 horas por semana).

Duração: 1 ano.

Aperfeiçoamento

Carga horária: 480 horas.

Duração: 3 a 6 meses.

Regime de tempo parcial ou integral (20 ou 40 horas por semana), dependendo do curso pretendido.

Visitas de observação

Carga horária: 20 horas semanais.

Duração: 1 mês.

Regime de tempo parcial, dependendo do curso pretendido.

Estágio obrigatório ou optativo

Complementação da formação em Oncologia de médicos residentes ou pós-graduandos, por meio de atividades teórico-práticas.

Intercâmbio oferecido a instituições que mantêm convênio com o INCA.



Mais informações

www.inca.gov.br > Ensino e Pesquisa > Ensino > Lato Sensu.

E-mail: ensimed@inca.gov.br

***Aperfeiçoamento nos moldes fellow:** Modalidade de pós-graduação em regime de tempo parcial ou integral, dependendo do curso pretendido. Carga horária de 1.920 a 2.880 horas/ano.

personagem

APÓS VER A MÃE CURADA DE UM CÂNCER, ULTRAMARATONISTA INTEGRA ESPORTE COM DOAÇÕES PARA O INCAVOLUNTÁRIO

Solidariedade a passos largos

O carioca Márcio Villar, 48 anos, coleciona desafios que para muitos podem parecer além da condição física de um ser humano. Conhecido por dobrar – e, às vezes, triplicar – corridas que ultrapassam os 200 quilômetros de distância, o atleta já completou provas como a Jungle Marathon, realizada nas adversas condições da Floresta Amazônica, quando correu nada menos que 509 quilômetros, suportando temperaturas com sensação de quase 50 graus e umidade de 100%.

A sua especialidade são as ultramaratonas (corridas com mais de 42.195 metros, distância oficial da maratona). Ele já corre há 13 anos e nesse tempo enfrentou picada de cobra, fugiu de onça, quase congelou os ossos e cansou de ver a morte rondando seus passos. “O que falam de mim? Ah, me chamam de maluco (risos). Até minha mãe me chamava de maluco, mas é uma loucura boa”, diverte-se.



Alguns números de Márcio Villar

Corrida entre Rio de Janeiro e Paraty (RJ)
2012

Corrida entre Rio de Janeiro e Búzios (RJ)
2009

13 horas de corrida na Lagoa Rodrigo de Freitas, arrecadando mais de 4 mil latas e sacos de leite em pó
2014

Jungle Marathon (Floresta Amazônica), divulgando o trabalho do INCAvoluntário
2012

24 horas de corrida na Lagoa Rodrigo de Freitas (Rio de Janeiro)
2013

Corrida entre Rio de Janeiro e São Lourenço (MG)
2011

7 dias no desafio da esteira no Américas Shopping (Rio de Janeiro), batendo recorde mundial
2015

Nas atitudes de Márcio, a loucura e a bondade realmente são parceiras. Há 12 anos, sua mãe, Ruth Villar, curou-se de um câncer de mama (ela veio a falecer anos mais tarde, mas devido ao mal de Alzheimer). Dona Ruth foi paciente do INCA e, desde então, o atleta ficou grato ao Instituto, mas não sabia bem o que fazer para agradecer. Uma brincadeira deu origem a sua primeira atitude que ajudaria muitos pacientes internados na instituição. “Um amigo meu se mudou para Búzios e sempre pedia para eu ir correndo visitá-lo. Eu pensei então em ir correndo mesmo, mas por uma boa causa”, conta.

O ultramaratonista encontrou uma maneira criativa de ajudar a área de voluntariado do INCA e lançou o desafio na Internet. Ele iria correr os 200 quilômetros que separam o Rio de Janeiro de Búzios e vender quilômetros da corrida a quem quisesse apoiar a causa. Funcionava assim: cada quilômetro custava R\$ 3. As pessoas compravam quantos quilômetros quisessem e ganhavam o direito de correr

a distância adquirida ao lado de Márcio. Isso aconteceu em julho de 2009.

“Até a hora da largada tinham sido vendidos 730 quilômetros. Quando cruzamos a chegada foram muitas lágrimas, festa e champanhe”, lembra. Depois dessa iniciativa, outras surgiram. “Essa foi a maneira que encontrei de retribuir o que eles [profissionais do INCA] fizeram pela minha mãe. Depois, fui até São Lourenço [Minas Gerais], 300 quilômetros, e Rio-Paraty, um trecho de 280 quilômetros. Também corri ao redor da Lagoa Rodrigo de Freitas (RJ) durante 24 horas”, conta. No último evento da Lagoa (em 2014) foram arrecadadas mais de 4 mil latas e sacos de leite em pó.

MARCA REGISTRADA

Em junho deste ano, Márcio alcançou mais um feito inédito. Em sete dias, foram 827,16 quilômetros percorridos em uma esteira. Com isso, ele atingiu o objetivo de quebrar o recorde mundial de maior

distância percorrida em uma semana, e agora aguarda a homologação da marca pelo *Guinness Book*, o livro dos recordes. A distância equivale a quase 20 maratonas.

A marca alcançada pelo ultramaratonista supera em quase cinco quilômetros o recorde anterior, pertencente ao francês Pierre-Michael Micaletti (822,31 km). Durante os sete dias do desafio, Márcio dormiu apenas 18h e teve seu desempenho monitorado por quatro câmeras. O desafio foi realizado num shopping do Rio de Janeiro e arrecadou cerca de duas mil de latas de leite em pó para o INCAvoluntário.

Em um dos momentos mais emocionantes desse desafio, o forte coração destemido aos perigos do mundo balançou. “Eu comecei a chorar quando vi velhinhos e crianças do orfanato e do asilo que eu ajudava, com cartazes de incentivo. Pensei que não poderia parar, tinha que vencer a dor, o cansaço, tudo. A gente pensa que está fazendo o bem, mas na verdade está é recebendo”, diz.

Além do INCA, Márcio participa de outros trabalhos voluntários, incluindo o Projeto Juquinha, que cuida de 150 crianças com paralisia cerebral, em Paragominas, no Pará. Ele é embaixador da iniciativa, ao lado da cantora Gaby Amarantos. O atleta também compete, todo ano, no circuito Rei e Rainha do Mar (100 km de corrida na areia da praia), obedecendo ao acordo firmado com os organizadores para arcarem com o custo de dois transplantes de coração para o Pró-Criança Cardíaca a cada participação. “É muito legal colocar frases de efeito no Facebook, só que falta atitude ao brasileiro. Quando coloco fotos ou vídeos das minhas corridas, aparecem umas mil curtidas, mas quando peço ajuda para os outros, ninguém se manifesta. Eu fico triste com isso”, desabafa.

SUPERAÇÃO PESSOAL

É difícil imaginar a imagem de Márcio ainda no ano 2002. Analista de sistemas, ele era mais um chefe de família sedentário e já passando dos 98 kg, quando sentiu que sua vida deveria tomar outro rumo. “Mal conseguia subir no ônibus. Olhava-me no espelho e não me reconhecia, sentia-me o retrato da decadência. Concluí que a vida que eu levava não era a que merecia viver; decidi mudar”, lembra. Essa mudança o levou a “correr atrás do prejuízo”. A corrida fez com que ele perdesse 27 quilos em dois meses. “Corria todo dia e aumentava o ritmo sempre. A alimentação mudou radicalmente.

Foto: Fernando Frazão/Agência Brasil/Fotos Públicas (20/9/2014)



“Um amigo meu se mudou para Búzios e sempre pedia para eu ir correndo visitá-lo. Eu pensei então em ir correndo mesmo, mas por uma boa causa”

Só comia arroz integral, alface e filé de frango. Levei a sério e consegui”, ensina.

Aos poucos, ele foi tomando gosto pelo exercício físico diário e despretensiosamente se inscreveu em uma corrida de rua. Com esforço, conseguiu completar os 10 km do trajeto. “Os dias de obesidade faziam parte de um passado que eu nem queria lembrar. O Rio de Janeiro tornou-se pequeno para o meu ritmo. Aventurei-me em provas pelo Brasil, sempre voltando para casa com um troféu na bagagem. Em algumas das competições, arrisquei minha vida, como em 2008, na Jungle Marathon. No meio da Floresta Amazônica me deparei com escorpiões, jacarés e até uma onça pintada”, recorda.

As histórias não param por aí. Em Arrowhead, nos Estados Unidos, ele passou por maus momentos devido ao extremo frio. “Era a primeira vez que eu participava, ainda com equipamentos inadequados. Quase tive os pés amputados e fui forçado a desistir. Fato que só fez aumentar minha obstinação para um ano depois voltar e finalmente vencer este desafio”, comemora. O resto é pé na estrada. ■

Conhecer para decidir

Há quase um ano em atividade, o Núcleo de Evidências do INCA (NEv/INCA) foi criado com a finalidade de elaborar sínteses de evidências para dar apoio à formulação e implementação de políticas públicas do Ministério da Saúde (MS) voltadas à detecção precoce do câncer, além de buscar avanços nas ações de promoção da saúde e de vigilância do câncer. A iniciativa surgiu em outubro de 2014, a partir de uma capacitação promovida pela secretaria executiva brasileira da Evipnet (Evidence-Informed Policy Network, ou, em português, Rede de Políticas Informadas por Evidências) para a Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede, da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) do INCA. Outras áreas da Conprev também foram capacitadas e participam da elaboração de sínteses de evidências, como a Unidade Técnica de Alimentação, Nutrição e Câncer e o Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica.

Na prática, o NEv é formado por grupos temáticos, que se reúnem semanal ou quinzenalmente para discussão e tomada de decisões. O trabalho é dividido em três etapas: definição e caracterização do problema, busca de evidências e, por último, busca e caracterização das opções de políticas. Cada etapa é composta de várias subtarefas. Dependendo da fase de execução das sínteses, as discussões podem ocorrer no formato de brainstorming, de análise e avaliação de material ou no formato de tomada de decisão.



De acordo com Luciane Araújo, da Divisão de Detecção Precoce, o NEv/INCA, neste momento, conta com três grupos temáticos. Cada um está desenvolvendo uma síntese de evidências, debatendo os seguintes temas: câncer de boca, câncer colorretal e comunicação e mobilização em saúde. O prazo inicialmente estipulado para o término dos trabalhos é dezembro de 2015, mas isso depende dos desdobramentos da fase de busca de evidências para cada projeto. A busca de evidências se dá a partir da estratégia adotada por um bibliotecário do INCA (cada grupo possui um bibliotecário), que também integra o Núcleo. São consultadas várias bases de dados científicas e/ou de políticas em saúde.

Ao serem concluídos, os projetos são encaminhados para a Secretaria Executiva da Evipnet Brasil, para avaliação e validação de suas adequabilidades aos requisitos de elaboração de uma síntese de evidências. Depois de terem sido constatados todos os requisitos para o documento, este é validado e divulgado nos meios impresso (em publicação do

MS denominada *Síntese de evidências para políticas de saúde* – uma publicação por documento) e digital (site da Evipnet Brasil – <http://brasil.evipnet.org>).

EVIPNET NO BRASIL

A Evipnet foi lançada em 2005, em nível global, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A iniciativa foi embasada numa resolução da 58ª Assembleia Mundial de Saúde, daquele mesmo ano, na qual os governos se comprometiam em incentivar e criar mecanismos para facilitar e promover o uso do conhecimento na tomada de decisão em políticas de saúde. O objetivo era melhorar os resultados, reduzir iniquidades e otimizar os recursos. O Brasil está integrado desde 2009 à Evipnet América. A rede brasileira produziu sua primeira síntese de evidência no biênio 2009/2010, tendo como objetivo a redução da mortalidade perinatal.

A Evipnet global, coordenada pela OMS, com sede em Genebra, na Suíça, ramifica-se pelos escritórios regionais da entidade em quatro continentes. Desde que foi lançada, a Evipnet Brasil está ligada ao MS, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).

“De 2009 para cá, a rede brasileira vem promovendo e apoiando o movimento de políticas informadas em evidências, que entram como subsídio para se articular com os demais fatores que compõem a tomada de decisão política, como a disponibilidade de recursos, os valores sociais e o contexto da implementação das políticas”, explica Jorge Barreto, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e ex-coordenador da área de gestão do conhecimento do Decit.

“Essa iniciativa é relevante, pois proporciona o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, promovendo a

“A rede está presente em praticamente toda a América Latina, ou como componente dentro de cada ministério da saúde, ou como grupo colaborador implantado em institutos de pesquisa”

JORGE BARRETO, pesquisador da Fiocruz

formulação, implantação de políticas e a institucionalização do uso de evidências nos processos de tomada de decisão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Também desenvolve métodos e estratégias inovadores na gestão da saúde, além de propiciar cooperação técnica entre os países participantes da rede”, avalia Luciane Araújo.

REALIDADE LOCAL

Para promover o uso das evidências, a rede adotou uma metodologia elaborada pela Iniciativa Global Health Research (GHRI), do Canadian Institute of Health Research (CIHR), em colaboração internacional, no que diz respeito às chamadas ferramentas de suporte. “Essas ferramentas podem ser usadas tanto no nível local, no município de pequeno porte, sem disponibilidade de pesquisadores, como também em nível nacional, em institutos de saúde e centros de pesquisa. Isso acontece, por exemplo, nos países africanos, onde as iniciativas estão concentradas nos grandes institutos de pesquisa de cada país e não há pesquisadores difundidos em ampla escala”, detalha Barreto.

Hoje a Evipnet existe em mais de 30 países. “A rede está presente em praticamente toda a América Latina, ou como componente dentro de cada ministério da saúde, ou como grupo colaborador implantado em institutos de pesquisa”, diz Barreto. Ele acrescenta que no Brasil a Evipnet se diferenciou um pouco, mais em função da peculiaridade do País, que possui um sistema de saúde com três esferas de decisão (municipal, estadual e federal). “Para o Brasil, nossa orientação foi buscar uma capilaridade maior, mais próxima do serviço, o que resultou na implantação de grupos de trabalho tanto localmente quanto em instituições estaduais de gestão, além de instituições de pesquisa de atuação nacional. A partir daí foram criados os núcleos de evidência em saúde. Os vários grupos existentes hoje compõem o grande grupo de trabalho da rede no Brasil, coordenado a partir do Ministério da Saúde.”

O Nev/INCA, além de participar da rede Evipnet Brasil, está colaborando com a realização de sínteses de evidências desenvolvidas internamente no Instituto. De acordo com Luciane Araújo, o núcleo também pode participar de grupos de trabalho de NEVs de outras instituições, como colaborador, a partir do conhecimento de seus participantes sobre o tema a ser desenvolvido. “Não há estabelecimento de número de núcleos no País. Cada capacitação realizada torna o grupo envolvido potencialmente um núcleo”, afirma Luciane. ■

Narguilé cresce no Brasil

Num intervalo de cinco anos (entre 2008 e 2013), mais que dobrou o percentual de fumantes do sexo masculino, entre 18 e 24 anos, que admitiram usar o narguilé. A proporção de fumantes do cachimbo oriental subiu de 2,3% para 5,5%, crescimento de 139%. A informação foi divulgada pelo Ministério da Saúde, durante a coletiva de lançamento da campanha “Parece inofensivo, mas fumar narguilé equivale a fumar 100 cigarros”, criada em parceria com o INCA, para marcar o Dia Nacional de Combate ao Fumo.



50 anos de conhecimento

A Biblioteca do Hospital do Câncer I do INCA, a maior do Brasil especializada em oncologia, completa 50 anos. E para comemorar, promove seminário e capacitação. O seminário “Informação e Saúde Baseada em Evidências: Promoção do Acesso, Produção e Uso” discutirá, entre outros temas, o cenário brasileiro, o acesso e uso dos serviços de informação em saúde para ações e políticas do SUS com base em evidências e será realizado dia 3 de novembro.

Outra atividade programada é o treinamento do Portal de Periódicos Capes, nos dias 20 e 21 de outubro, para capacitação multidisciplinar de professores, pesquisadores, funcionários e alunos de graduação e pós-graduação das instituições que usam a ferramenta. O evento é aberto aos públicos interno e externo, e as inscrições podem ser feitas diretamente no portal Capes (www.capes.gov.br).

INCA no Outubro Rosa

Em 2015, a campanha do INCA no Outubro Rosa tem como objetivo fortalecer as recomendações do Ministério da Saúde para o diagnóstico precoce e rastreamento de câncer de mama preconizadas pelo Ministério da Saúde, desmistificando crenças em relação à doença e às formas de redução de risco e de detecção precoce.

A principal mensagem é que todas as mulheres, independentemente da idade, podem conhecer seu corpo para saber o que é e o que não é normal em suas mamas. É importante que as mulheres observem suas mamas sempre que se sentirem confortáveis para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem técnica específica, valorizando a descoberta casual de pequenas alterações mamárias.

Curso de verão

Alunos de graduação nas áreas de Ciências da Saúde já podem se inscrever no VIII Curso de Verão de Pesquisa em Oncologia do INCA, que vai acontecer de 18 a 29 de janeiro. O objetivo do curso é promover integração de estudantes de graduação com as linhas de pesquisa do Instituto por meio de conceitos e práticas utilizados na pesquisa oncológica. Estão sendo oferecidas 37 vagas. A carga horária total é de 90 horas. As inscrições são gratuitas e podem ser feitas online até 16 de outubro, no site do INCA (www.inca.gov.br).

Redome tem novo portal

Mais interativo, informativo e de fácil navegação, o novo portal do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome/INCA/MS – <http://redome.inca.gov.br>) será um eficiente instrumento de relação com doadores já cadastrados e futuros doadores. O destaque é a área exclusiva para o doador, onde será possível atualizar seu cadastro. Um dos desafios dos registros em todo o mundo é a fidelização do voluntário, já que este pode permanecer, em média, de 20 a 25 anos como potencial doador. Durante este período, é fundamental que os dados cadastrais sejam mantidos atualizados.

Hoje, o Redome é o terceiro maior registro do mundo, com cerca de 3,8 milhões de pessoas que compartilham solidariedade.



500 cirurgias robóticas

Primeiro hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) a incluir a robótica em procedimentos cirúrgicos, o INCA completou 500 cirurgias com o auxílio do robô Da Vinci. O equipamento foi adquirido em dezembro de 2011, ao custo estimado de US\$ 2,6 milhões.

Por ser mais rápido e menos invasivo, o procedimento robótico reduz a exposição de tecido corporal, em comparação à cirurgia aberta, prevenindo infecções e diminuindo o período de internação no pós-operatório. No INCA, o equipamento é usado nas cirurgias de cabeça e pescoço, urológicas, ginecológicas e de abdômen.

NOVO ENDEREÇO

Solicitamos alteração do endereço de entrega da revista REDE CÂNCER.

Conselho Municipal de Saúde – Americana, SP

Gostaria de solicitar que fosse alterado o endereço de entrega da revista.

Evania Castro do Nascimento – Pedra Grande, RN

Caros leitores: as mudanças de endereço já foram efetuadas.

QUEREMOS REDE CÂNCER

Soube da revista REDE CÂNCER pela internet e gostaria de receber o exemplar impresso no meu endereço. Sou psicóloga do Centro de Oncologia Bucal, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/Unesp).

Gabrielle Dias Duarte – Araçatuba, SP

Sou bióloga e estudante de Análises Clínicas. Meu pai foi diagnosticado com câncer de laringe e conseguiu ser atendido pelo INCA. Nós moramos em Sergipe. Numa das esperas pela consulta de revisão, me deparei com a revista. Ela foi minha companheira no voo de volta. Gostaria muito de receber as edições em minha casa.

Michella Brito Lôbo – Aracaju, SE



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

Sou estudante do 4º semestre de Enfermagem. Estou pesquisando sobre a incidência de câncer na cidade onde moro. No fim do ano apresentarei o artigo sobre o estudo. Gostaria muito de receber a revista na forma impressa.

Fábia Ferreira Lopes – Irecê, BA

Sou fisioterapeuta e trabalho no Centro Catarinense de Reabilitação. Gostaria de receber a revista para contribuir com a informação e a prevenção.

Lilianna Bianchini Dallanhol – Florianópolis, SC

Sou enfermeira e acompanho as reportagens da REDE CÂNCER através da Secretaria de Saúde. Minha mãe teve câncer de mama e sempre levo cópias de reportagens sobre os assuntos. Gostaria de solicitar o recebimento dos exemplares.

Mônica Suely Paula da Silva – Fortaleza, CE

Coordeno o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em Manhumirim e gostaria de saber como faço para receber a revista.

Michelle de Alencar – Manhumirim, MG

Sou farmacêutica e trabalho com citologia clínica no meu município. Quero receber a REDE CÂNCER para ampliar meu conhecimento na área oncológica. Gostaria também de sugerir um tema para ser abordado na revista: câncer cérvico-vaginal.

Marivagna Moura – Medeiros Neto, BA

Sou enfermeira de um hospital oncológico no interior do Paraná e gostaria de receber a REDE CÂNCER.

Erica Riedlinger – Umuarama, PR

Recebo a REDE CÂNCER regularmente em casa e tenho um extremo apreço por essa revista, devido ao seu conteúdo de qualidade inquestionável e assuntos de relevância na minha atividade profissional. No entanto, venho informar que a edição de julho chegou danificada a minha residência. Dentro de suas possibilidades, solicito o envio de um novo exemplar.

Letícia Barbosa de Melo – Frutal, MG

Prezada Letícia, já providenciamos o envio de outro exemplar. Aos demais leitores, para receberem a REDE CÂNCER, pedimos que enviem endereço completo para o e-mail: comunicacao@inca.gov.br.



PARECE INOFENSIVO, MAS FUMAR NARGUILÉ É COMO FUMAR 100 CIGARROS.

O narguilé tem um cheiro que você até pode achar bom. Tem um sabor que até pode agradar. Mas lá dentro, é outra história. O uso do narguilé pode causar câncer, doenças respiratórias, doença de boca, tuberculose e hepatites virais. Além disso, em uma hora de narguilé, você inala o equivalente à fumaça de 100 a 200 cigarros.

É prejudicial à saúde. E pode ser a porta de entrada para a dependência do cigarro.

29 DE AGOSTO,
DIA NACIONAL DE COMBATE AO FUMO.

O SUS ajuda você a ter uma vida saudável sem o cigarro.

Da Saúde se Cuida Todos os Dias.
Conheça as ações de controle ao tabagismo e outras ações de Promoção da Saúde em:
www.saude.gov.br/promocaodasaude

É o Governo Federal trabalhando para o Brasil avançar.



Ministério da
Saúde



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

Divisão de Comunicação Social

Rua Marquês de Pombal, 125/4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22230-240

comunicacao@inca.gov.br

www.inca.gov.br