

23

Setembro
2013

REDE

CÂNCER

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

PRAZO PARA A SAÚDE

O DESAFIO DE ATENDER O PACIENTE
ONCOLÓGICO NO TEMPO OPORTUNO





CÂNCER DE MAMA.

Cuidar da sua saúde é um gesto de amor à vida.

Olhe e sinta o que é normal e
o que não é em suas mamas.

Zezé Motta é madrinha dessa campanha.

Fique atenta às alterações, como nódulos nas mamas e axilas e mudanças no tamanho e formato das mamas e do bico do seio. Se essas alterações persistirem, procure um médico. Mulheres com mais de 40 anos devem fazer o exame clínico das mamas uma vez por ano com um profissional de saúde e mulheres de 50 a 69 anos também devem fazer uma mamografia a cada dois anos. A detecção precoce aumenta a chance de cura do câncer. **Procure uma Unidade Básica de Saúde e saiba mais.**

Melhorar sua vida,
nosso compromisso.

sumário



05

CIÊNCIA

Melhores resultados em três dimensões

09

ENTREVISTA

"Trabalho com a vida"

12

POLÍTICA

Uma esperança que requer cuidados

16

DEBATE

"Doutor, quanto tempo eu tenho?"

19

EDUCAÇÃO

Registros de câncer: uma vitória da saúde pública

22

CAPA

A redução da espera

28

ASSISTÊNCIA

Diversão levada a sério

32

GESTÃO

Eficiência na execução de recursos

34

REDE

Cooperação, experiência e informação

36

PERSONAGEM

Otimismo é fundamental

40

ARTIGO

Mortalidade por câncer infantojuvenil: entenda a queda



REDE CÂNCER

2013 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

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

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

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

Comissão Editorial: **Cassilda dos Santos Soares, Leticia Casado, Marcell de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **Conceito Comunicação Integrada**.

Jornalista responsável: **Marcos Bin - JP23.958RJ** | Reportagem: **Janaina Dórea, Rodrigo Feijó, Rosana Melo e Roseane Santos** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Luis Monteiro** | Revisão gramatical:

Anecy Moraes | Tiragem: **12.000 exemplares**.

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



Ministério da
Saúde



Diagnóstico: somente a verdade?

Prezado leitor,

Até onde vai a obrigação do médico de não esconder a gravidade do estado de saúde de seu paciente? E quando esse paciente é um jovem com uma doença terminal, o profissional tem o direito de amenizar a realidade? Perguntas como essas, trazidas à mídia por meio da novela *Amor à Vida*, estão em discussão na seção *Debate*, que traz relatos da vida real.

Perguntas também são feitas sobre as dificuldades que países em desenvolvimento – e não só eles – enfrentam para dar atendimento aos pacientes com câncer em tempo oportuno. Nossa matéria de *Capa* revela que há países na Europa, com população muito menor que a brasileira, que também podem demorar mais de 30 dias para prestar o primeiro tratamento contra a doença. Na França, por exemplo, um portador de câncer de pulmão espera, em média, 38 dias para iniciar a terapia. Nos Países Baixos, o tempo médio para iniciar um tratamento, considerando todos os tipos de câncer, é de 40 dias. No Brasil, a Lei Federal 12.732, que entrou em vigor em maio, fixa prazo máximo de 60 dias para esse atendimento. Conheça mais

sobre a realidade no acesso ao tratamento de câncer em vários países a partir da página 22.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde que pode aproximar nosso país de seus pares do primeiro mundo é oferecer a meninas entre 10 e 11 anos, a partir do ano que vem, a vacina tetravalente contra o vírus HPV. O esforço é para prevenir a contaminação pelo papilomavírus humano, presente em 90% dos casos de câncer do colo do útero. Mas a proposta não é consenso entre os especialistas. Por quê? Veja os detalhes na seção *Política*.

Já a técnica de prototipagem para cirurgias de cânceres de cabeça e pescoço pode colocar o nome do Brasil entre os inovadores do ramo. Fruto da tese de doutorado do cirurgião Terence Farias, do INCA, biomodelos de cerâmica produzidos por uma impressora 3D reproduzem tanto o tumor como as estruturas da face que precisam ser reconstruídas. Além de resultado estético muitas vezes superior, a técnica é mais rápida e evita a retirada excessiva de ossos da área doadora. Aprofunde-se no trabalho do doutor Terence na seção *Ciência*.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

ciência

SEÇÃO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DO INCA UTILIZA TÉCNICA DE PROTOTIPAGEM E GANHA TEMPO E QUALIDADE PARA O PACIENTE

Melhores resultados em três dimensões

Quando se fala em 3D, a primeira imagem que nos vem à cabeça é a da tecnologia ligada ao cinema. Mas a utilização de imagens tridimensionais ultrapassou a fronteira do entretenimento e chegou à medicina, prometendo beneficiar, entre outros, pacientes com tumor de cabeça e pescoço. Um estudo inovador, realizado no INCA pelo cirurgião Terence Farias, utilizou a prototipagem – criação de modelos físicos com base em imagens tridimensionais – no planejamento pré-operatório.

A técnica consiste na criação de biomodelos (protótipos) de resina, gesso ou

cerâmica, que são produzidos por uma impressora 3D, a partir de imagens de tomografia computadorizada, e depois tratadas por um *software*. Esses biomodelos conseguem reproduzir, em tamanho real, tanto o tumor como as partes que serão reconstituídas, além das principais áreas doadoras de osso, essenciais à reconstrução da mandíbula destruída pela doença. O processo possibilita a redução do custo e do tempo da cirurgia, além de melhor resultado estético para o paciente.





Imagens de dois pacientes submetidos à cirurgia: o uso da prototipagem (à direita) possibilitou melhor resultado estético

Terence Farias, da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA, analisou 37 pacientes, no período entre 2009 e 2011, em um estudo relatado na tese de doutorado *Uso da prototipagem no planejamento pré-operatório para pacientes com tumores de cabeça e pescoço*. No início da pesquisa – orientada pelo médico Fernando Dias, à época chefe da Seção – os pacientes foram randomizados, ou seja, passaram por um processo de seleção aleatória, dentro do grupo pesquisado.

Entre os selecionados, 17 foram operados com a utilização da prototipagem, e 20, sem a técnica. No primeiro grupo, os homens eram 82%, e no segundo, 73%. Os pacientes eram portadores de tipos variados de tumores, tanto benignos como malignos, dos quais o mais prevalente era o carcinoma epidermoide.

Com as tomografias dos pacientes em mãos, o passo seguinte foi seu envio para o Centro Tecnológico de Informação (CTI) Renato Archer, em Campinas, unidade de pesquisa do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), que deu forma aos biomodelos. “Apenas um hospital no Brasil, o da rede Sarah, em Brasília, tem a máquina de prototipagem, mas é direcionada às cirurgias ortopédicas. As outras máquinas existentes no País não estão voltadas para a medicina. Hoje, nenhum hospital oncológico no Brasil tem o equipamento”, explica Farias.

TÉCNICA TEM APLICAÇÕES NA INDÚSTRIA

A tecnologia tridimensional já é muito aplicada na indústria, no setor automotivo e na área naval. Foi observando o uso da tecnologia que Farias começou a se interessar pelo assunto. “Depois de assistir a uma palestra sobre prototipagem nos implantes odontológicos,

eu pensei: ‘Será que essa técnica não serve para as cirurgias de cabeça e pescoço’? Aí veio a ideia”, revela.

Além do protótipo do tumor, a impressora 3D recria em resina, gesso ou cerâmica os biomodelos das áreas doadoras de ossos que são utilizadas na cirurgia para a reconstrução do maxilar do paciente – a crista ilíaca (bacia) e a fíbula (perna). Todos no tamanho real do paciente. “É feita a prototipagem da cabeça, do maxilar ou da mandíbula com o tumor, assim como da crista ilíaca e da fíbula. Um dia antes da cirurgia, operamos o biomodelo e retiramos o tumor. Temos em mãos a crista ilíaca toda e o osso da fíbula. Tudo é medido, e vemos qual se adequa melhor. Os cortes são feitos com a serra que é usada na cirurgia real”, conta.

A parte doadora é escolhida de acordo com a situação do paciente, explica Farias. Por exemplo, alguns idosos têm ossos mais finos, porque tiveram reabsorção óssea ou não têm mais dentes, enquanto outros, mais jovens, têm a mandíbula mais robusta. Essas peculiaridades indicam ao cirurgião se ele deve utilizar o osso da bacia ou da perna.

Após o corte da parte doadora mais adequada, é feita a fixação do osso, com placas e parafusos de titânio, que são extremamente rígidos e de difícil moldagem. Segundo Farias, na pré-cirurgia com prototipagem, o tempo de moldagem da placa é de apenas 10 minutos, enquanto sem o uso do biomodelo demora 50 minutos. E o tempo gasto na escolha de parafusos cai pela metade: de 40 minutos, sem a prototipagem, para 20 minutos, com o biomodelo.

Mas um dos maiores ganhos para o paciente é que a extração do osso usado na reconstituição é feita na medida exata. “Se eu não tenho a prototipagem, peço por excesso, e não por falta, porque retiro uma parte do osso bem maior que a necessária, o que é uma perda para o paciente”, explica.



No alto, cirurgiões fazem o encaixe preciso da placa de titânio no protótipo. No detalhe, demarcação da área exata que será retirada da crista ilíaca

A precisão milimétrica atestada pelo cirurgião se dá também no encaixe da placa, que ocorre rapidamente na cirurgia. Farias frisa que todas as reconstruções foram realizadas pelo cirurgião plástico Mário Galvão, da área de Microcirurgia Reconstructora do INCA, que integrou a equipe médica.

O estudo comprovou que o uso da prototipagem no planejamento da cirurgia de tumores de cabeça e pescoço e reconstrução óssea tem impacto positivo no tempo cirúrgico, assim como nos resultados estéticos e funcionais obtidos. Há ainda redução expressiva de custos e de uso de drogas anestésicas. “Houve uma enorme economia de tempo na reconstrução e na colocação da placa, que foi feita em 47 minutos com uso da prototipagem, contra 127 minutos sem ela. Também houve redução de custo. Considerando o tempo total e o tempo economizado com o uso da prototipagem, a diminuição foi de 20% em média. Se adicionarmos o custo do protótipo, a economia foi de 10%”, contabiliza.

O resultado da pesquisa indicou, ainda, que a sobre de enxerto ósseo utilizado na cirurgia diminuiu com o uso dos biomodelos, passando de 9cm para 2cm.

Farias destaca que a moldagem prévia das placas e a escolha dos parafusos permitem um perfeito encaixe no paciente. “Tendo o conhecimento tridimensional do tumor e a possibilidade de realizar essa cirurgia no biomodelo, o ato cirúrgico é facilitado. Isso acontece porque, antecipadamente, pode-se mapear o paciente e conhecer detalhes anatômicos, como a

A pesquisa desenvolvida por Terence Farias foi considerada a segunda melhor entre 145 projetos sobre diferentes aspectos da saúde pública



possível existência de uma artéria ou um defeito. Com a prototipagem, eu já sei os perigos que encontrarei e os caminhos que terei de percorrer, simplesmente porque tive o ‘paciente’ nas mãos um dia antes, na pré-cirurgia”, diz.

Sem o uso dos biomodelos, a cirurgia ocorre com o *feeling* do cirurgião, atesta Farias, e o resultado estético nem sempre é satisfatório para o paciente.

TRABALHO RECONHECIDO INTERNACIONALMENTE

Terence Farias – que foi residente do INCA e concluiu mestrado e doutorado na instituição – reconhece que a prototipagem voltada para a medicina ainda é pouco difundida, por causa da pequena quantidade de aparelhos no País. Como professor, ele tem contribuído para tornar a técnica mais conhecida. E vem sendo convidado a apresentar seu trabalho em instituições privadas e em eventos científicos, como o *Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, que será realizado de 18 a 21 de setembro, em Brasília.

No INCA, o cirurgião foi premiado, por dois anos consecutivos, em um simpósio promovido pela área de Pós-Graduação. “Todos os trabalhos de doutorado, mestrado e iniciação científica são apresentados ao público. No primeiro e segundo anos de doutorado [o curso tem quatro anos], minha tese foi premiada a melhor entre todas as do INCA”, comemora.

A pesquisa também foi escolhida a segunda melhor do Brasil no 5º *Prêmio Inovação Medical Services*. O concurso avaliou 145 projetos, que abordaram diferentes aspectos da saúde pública, como desenvolvimento científico, melhorias de gestão e novas técnicas no atendimento da população, com otimização de tempo e custos. Assim, o cirurgião conquistou sua terceira premiação.

Membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Farias publicou seu trabalho no *International Journal of Clinical Medicine*, com *download* aberto. O artigo se tornou o mais baixado da história da revista, com mais de 30 mil acessos do mundo inteiro, o que ele considera sua quarta premiação. ■

INCA ESTUDA AQUISIÇÃO DE APARELHO

Os ótimos resultados da pesquisa poderão ser estendidos a outros pacientes do INCA, que estuda adquirir o aparelho de prototipagem. Embora sem prazo, o projeto está em fase de elaboração e pode vir a ser alavancado por meio de uma parceria com uma universidade inglesa.

A aquisição poderá tornar o INCA a primeira unidade oncológica brasileira a oferecer essa tecnologia. Na instituição, de acordo com Farias, o equipamento não ficará restrito às cirurgias de cabeça e pescoço e poderá auxiliar também nas intervenções de outros tipos de tumor, como de fígado e de rim, e em neurocirurgia. Além de cerâmica, gesso e resina, a máquina também pode fazer protótipos de silicone e borracha.

Um dos maiores apoiadores da técnica desenvolvida por Farias é o coordenador de Ensino e Divulgação Científica do INCA, o médico Luis Felipe Ribeiro Pinto, que tem se empenhado para que a instituição ocupe lugar de destaque dentro de sua política de unir assistência, ensino e pesquisa.

O coordenador destaca que o INCA é o principal centro de referência no País para reconstituição de mandíbula em decorrência de tumores. Ele explica que, dentro do modelo técnico-científico implementado na instituição, estudos associados estão sendo desenvolvidos para proporcionar melhor qualidade no atendimento oncológico aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). “Terence Farias, sob a orientação de Fernando Dias, conseguiu realizar um estudo de amplo reconhecimento internacional, combinando a avaliação de incorporação de nova tecnologia com uma pesquisa acadêmica irrepreensível, que resultou em sua tese de doutorado”, diz.

Luis Felipe ressalta que, pelo fato de o Instituto ser referência no Brasil para tratamento de tumores de cabeça e pescoço, a implementação da prototipagem proporcionará benefícios tanto aos pacientes quanto ao próprio serviço, amplamente reconhecido pela sua excelência. “Estamos trazendo a máquina de prototipagem para o INCA dentro de um projeto de transferência de tecnologia com a Universidade de Birmingham, da Inglaterra. Seu hospital possui longa tradição com esta tecnologia, por ser referência para reconstituição de face na Força Aérea Inglesa. O objetivo é implantar um laboratório de prototipagem com o auxílio dos colegas ingleses. Queremos ir além do planejamento da prototipagem, montando as próteses metálicas no mesmo equipamento. Este projeto vem sendo desenvolvido na Inglaterra e contará com a parceria do INCA”, revela.

“Trabalho com a vida”

Perder o maior símbolo da feminilidade mexe profundamente com a cabeça de uma mulher. E consequentemente, com a das pessoas que a amam ou que com ela vivem uma relação muito próxima. A missão de Márcia Regina Costa, 49 anos, funcionária do INCA há 30 e desde 2000 atuando como psicóloga no Hospital do Câncer III, que atende exclusivamente pacientes com câncer de mama, tem sido ajudar essas mulheres e suas famílias a lidarem com essa perda. Além da desidentificação com o sexo feminino, nessa sociedade contemporânea, que cultua o corpo perfeito, perder um seio (ou os dois) devido a um câncer pode afetar de forma contundente a vida sexual, tanto a da mulher como a do seu parceiro. Mas nem por isso os relacionamentos afetivos chegam ao fim. “Quando um casamento termina após esse diagnóstico oncológico, talvez esse laço afetivo já tivesse acabado ou o parceiro não tenha conseguido



“A idade não determina as questões. Atendo senhoras idosas que conseguem usar bons recursos de enfrentamento e outras que se desorganizam, do ponto de vista emocional, diante do adoecimento. E o mesmo também pode acontecer com as mais jovens”

suportar mudar sua posição na relação: do ser cuidado, para cuidar”, acredita.

A trajetória de Márcia Regina no INCA começou como técnica de Enfermagem. Depois, foi coordenadora da extinta creche. Como resultado de seu aprimoramento profissional, em 2000 passou a fazer parte do quadro do Setor de Psicologia do HC III. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e fundadora da Sociedade Brasileira de Psicologia Oncológica, por três anos Márcia também coordenou o curso de especialização em psicologia oncológica do INCA. Atualmente, integra seu corpo docente, é supervisora e orientadora da Residência Multiprofissional de Psicologia em Oncologia, onde ministra aulas com temas complexos, como *O impacto subjetivo dos tratamentos oncológicos no câncer de mama – uma abordagem da psicanálise*. Com mais duas profissionais – Luciana Dantas e Luzia Rodrigues – ela divide o atendimento de, em média, 100 mulheres/mês, no pré-operatório para tratamento dos tumores malignos de mama. Com a proximidade do Outubro Rosa, movimento internacional que faz um alerta para a detecção precoce do câncer de mama, REDE CÂNCER foi ouvir um pouco da sua experiência, cujo dia a dia é ajudar na manutenção da autoestima, na volta ao convívio com o parceiro, a família e os amigos e fazer com que mulheres atingidas pela doença, apesar de tudo, possam ver diferentes tons de rosa nas próprias vidas.



REDE CÂNCER – Quais as principais angústias da paciente que está prestes a retirar o seio por causa de um câncer?

São principalmente duas: o enfrentamento da doença em si, da possibilidade de não sobreviver à cirurgia e à doença; e a mudança de sua imagem corporal, de como ela vai lidar com a perda da mama após a cirurgia, de como vai desempenhar seu papel de mulher, mãe, esposa e profissional a partir do momento em que, fisicamente, ela passa a se sentir diferente das outras mulheres.

RC – Essas questões variam de acordo com a faixa etária da paciente? As mais jovens estão mais preocupadas com seu papel de mulher e as mais velhas com a possibilidade da morte?

Não. A idade não determina as questões. Atendo senhoras idosas que conseguem usar bons recursos de enfrentamento e outras que se desorganizam, do ponto de vista emocional, diante do adoecimento. E o mesmo também pode acontecer com as mais jovens.

RC – E depois da cirurgia? A maioria continua fazendo o acompanhamento psicológico?

O acompanhamento psicológico não é obrigatório, mas grande parte das pacientes continua a fazê-lo. Depois da cirurgia, marcamos o primeiro retorno para até 45 dias e a partir desse encontro, o atendimento



pode prosseguir segundo a rotina, a cada 21 dias, em média. Algumas necessitam desse atendimento com intervalos menores. Nosso foco é manter um espaço que propicie a elaboração das questões relacionadas com o diagnóstico e tratamento oncológico. Há casos de pacientes que não retornam imediatamente após a cirurgia, e podem passar pela quimioterapia e outros tratamentos, sem “dilemas”, algumas por até dois anos e em algum momento se percebem afetadas pela doença, e como conhecem o serviço e a psicologia de referência, retomam o suporte.

RC – É verdade que muitos maridos não aguentam passar pelo adoecimento da mulher e saem do casamento?

Isso é um mito. Quando o marido abandona a mulher é porque o casamento já não existia. O casal estava apenas cumprindo um “contrato social”. Quando o casamento é sedimentado e existe um laço afetivo, uma cumplicidade, eles continuam ao lado da mulher por todo o processo. São imbatíveis cuidadores.

RC – Mas e a dificuldade para retomar a vida sexual após a retirada da mama? Não é um problema concreto?

Pode se tornar um problema quando há dificuldades de comunicação entre o casal. O “afastamento” físico do homem parece ser porque ele tem medo de

machucar a mulher. Esta, quando está pronta para retomar a vida sexual, interpreta esse afastamento como rejeição, motivada pela mudança em seu corpo. Quando a mulher traz essa situação para o atendimento, o marido é convidado para um atendimento de casal, afinal ambos terão de inventar uma saída para lidarem com esse novo corpo. Atuamos, então, como mediadoras, facilitadoras.

RC – E os maridos só participam das sessões quando são convocados?

Não. Além do atendimento às pacientes, temos reuniões de grupo para familiares. E muitos maridos vêm, questionam como devem cuidar da esposa. Alguns encontram nesse espaço um lugar para expor seus sentimentos e expectativas, por vezes choram, e justificam que não podem chorar na frente da mulher. Nesse espaço de palavras, eles têm a oportunidade de desmitificarem essa máxima social: “Homem não chora!”. Assim parecem sair mais livres para partilhar com a companheira e demais familiares. Afinal, chorar não é sinal de fraqueza.

RC – E caso a paciente não sobreviva à doença, os familiares ainda podem contar com o serviço de psicologia do INCA?

Com certeza. Isso não é sistematizado, mas muitos familiares nos procuram. Lembro do caso de uma paciente que morreu e deixou uma filha de 6 anos. O marido me procurou para perguntar como deveria contar para a menina, se deveria levá-la ao cemitério. Quando identificamos a necessidade de o familiar receber um atendimento psicoterápico, nós fazemos o encaminhamento para um serviço de psicologia fora do INCA.

RC – Fazer atendimento a mulheres com câncer de mama te transformou como ser humano?

A proximidade com o adoecimento por câncer, principalmente o de mama e eu sendo mulher..., com certeza nos traz ensinamentos que levamos para nossa vida. Passamos a relativizar alguns problemas. E nisso acabamos por “contaminar” nossos familiares que aprendem a conviver com o diagnóstico sem tabus. Tenho uma filha de 13 anos e um dia ela me perguntou: “Mãe se eu ou alguém da nossa família tiver câncer vamos ser tratados no INCA?” Respondi que sim, porque eu confio nos profissionais de lá. Quando contei isso para um colega, também psicólogo, ele ficou chocado, e disse: “Você trabalha com câncer? E fala isso para sua filha? Desse jeito? Deus me livre!”. Eu faço questão de dizer: “Eu não trabalho com a morte, eu trabalho com a vida!” ■

Uma esperança que requer cuidados

Quando o cientista alemão Harald zur Hausen, depois de 11 anos de pesquisas iniciadas em 1972, anunciou a associação entre o vírus HPV (papiloma-vírus humano) e o câncer do colo do útero – descoberta que lhe rendeu o prêmio Nobel de Medicina em 2008 –, uma nova possibilidade no rol de estratégias de controle do câncer passou a ser aventada. A partir da identificação de um agente infeccioso no desenvolvimento de um tumor maligno, abria-se a possibilidade de se criar uma vacina contra o HPV, o que poderia reduzir a incidência dessa doença. Anos mais tarde, foi exatamente isso que aconteceu. Anunciada com entusiasmo e acompanhada por fortes estratégias de marketing, a vacina contra o HPV foi recebida com deslumbramento por profissionais de saúde em todo o mundo. Aprovada para comercialização no Brasil em 2006, a vacina teve sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS) anunciada em julho deste ano.

Apesar do inegável avanço científico que a vacina representa, sua incorporação ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) requer esforços muito delicados para que a medida possa efetivamente se traduzir em avanços no campo da saúde pública. “Esta é mais uma medida para enfrentarmos o problema do câncer do colo do útero, que ainda é grande no País, em especial na Região Norte. Vamos preparar muito bem o público-alvo, suas famílias e reforçar a estratégia envolvendo as escolas e os professores para provocar uma grande sensibilização”, afirmou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, durante coletiva de imprensa para anunciar a incorporação. A partir do ano que vem, mas ainda sem data definida, meninas de 10 e 11 anos começam a ser vacinadas em todo o País. A meta é imunizar 80% do público-alvo, que atualmente soma 3,3 milhões de pessoas. Acredita-se que os efeitos da vacinação na redução da mortalidade pelo câncer do colo do útero sejam observados em longo prazo, em cerca de dez anos.

Profissionais do INCA participaram, desde as primeiras discussões no Ministério da Saúde (MS), em 2007, da incorporação da vacina contra o HPV ao

PNI. Naquele ano, as conclusões do grupo assessor, formado por especialistas de diversas áreas do próprio MS, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), já identificavam que esse assunto precisava ser tratado com bastante delicadeza e recomendavam, entre outras iniciativas, a melhoria da integração do cuidado à saúde da mulher. “Em nenhuma hipótese a incorporação da vacina pode ser entendida como uma substituição ao rastreamento do câncer do colo do útero, por meio do exame Papanicolaou, que precisa ser aperfeiçoado e reforçado”, observa Maria Beatriz Kneipp Dias, chefe da Divisão de Ações de Detecção Precoce do INCA.

IMUNIZANTE PROTEGE CONTRA QUATRO TIPOS DE VÍRUS

Existem mais de cem tipos de HPV. Destes, pelo menos 13 subtipos estão associados ao surgimento do câncer. E aproximadamente 70% dos casos de câncer cérvico-uterino estão relacionados aos subtipos 16 e 18, contra os quais as duas vacinas disponíveis no mercado imunizam. Uma delas ainda age contra os tipos 6 e 11. Atualmente está em teste uma vacina nonavalente, que protegeria contra outros cinco subtipos. A vacina a ser incorporada ao SUS é a tetravalente, mas já está prevista na negociação entre o MS e o laboratório fabricante a possibilidade de uso da versão nonavalente. “Estamos oferecendo a melhor vacina contra o HPV e já temos compromissos de transferência de tecnologia da nonavalente”, afirmou o ministro da Saúde.

A estratégia de imunização envolverá a aplicação de vacinas nas escolas e em unidades básicas de saúde e será organizada com estados e municípios, com a possibilidade de atuação dos profissionais da Saúde da Família. “As áreas técnicas de Saúde da Mulher, Adolescente e Jovem, DST/Aids, Indígenas e Saúde na Escola estão fortemente envolvidas neste trabalho e serão fundamentais para as estratégias de convocação para aplicação das segunda e terceira doses”, conta Carla Domingues, coordenadora geral do PNI. Para garantir a proteção, são necessárias três doses da vacina. Após a primeira, a segunda deve ser aplicada em 60 dias, e a terceira, em 180 dias. Apenas neste primeiro ano de introdução da vacina, o MS investirá R\$ 360,7 milhões para aquisição de 12 milhões de doses. A partir do segundo ano, a oferta deverá passar para 6 milhões de doses por ano, pois parte do público-alvo já estará imunizado.

“Em nenhuma hipótese a incorporação da vacina pode ser entendida como uma substituição ao rastreamento do câncer do colo do útero, por meio do exame Papanicolaou, que precisa ser aperfeiçoado e reforçado”

MARIA BEATRIZ KNEIPP DIAS, chefe da Divisão de Ações de Detecção Precoce do INCA

A aplicação das doses deve ser autorizada pelos responsáveis. O esquema de vacinação deverá ser acompanhado por um sistema informatizado, que vai monitorar a pessoa imunizada, e não o número de doses usadas na campanha. O MS acredita que a sociedade já esteja bastante sensibilizada com o tema, mas pretende usar mídias sociais, telefonia móvel e veículos de comunicação de massa para divulgar uma campanha. Além disso, prepara materiais educativos e manuais voltados a diferentes públicos, como professores, profissionais da saúde, crianças e responsáveis. “Pretendemos esclarecer os objetivos da vacinação e a sua relevância como medida de saúde pública para a redução da morbimortalidade do câncer do colo do útero. Serão abordadas orientações quanto à necessidade de continuidade do rastreamento da neoplasia e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis”, adianta Carla Domingues.

PREÇO POR DOSE É O MENOR DO MERCADO

No Estado do Amazonas, onde a vacinação contra o HPV foi iniciada dia 9 de agosto, por meio de parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Manaus, a estratégia de comunicação incluiu reuniões nas escolas com os responsáveis pelas crianças. “Aproximadamente 20 dias antes do início da vacinação, começamos a visitar as escolas. Após as reuniões, entregávamos o termo de autorização para os responsáveis, que deveriam devolvê-lo

assinado antes do início da campanha”, conta Lubélia Sá Freire, subsecretária de Gestão da Saúde da SMS de Manaus. De acordo com Lubélia, a recepção dos pais foi muito positiva, e apenas cerca de 5% dos responsáveis não deram a autorização. Nesses casos, eles foram novamente procurados por profissionais de saúde na tentativa de convencê-los.

O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública de grande magnitude na região Norte e representa a principal causa de óbito por câncer entre as mulheres. Somente em 2011, mais de 700 moradoras morreram por conta da doença. No Amazonas, a vacina utilizada é a bivalente, e serão imunizadas meninas que nasceram nos anos 2000, 2001 e 2002. A vacinação será feita prioritariamente nas escolas, mas a população foi orientada a levar às unidades de saúde adolescentes nessa faixa etária que não estejam estudando. A campanha no estado é financiada inteiramente com recursos dos governos estadual e municipal. A meta é vacinar 116.532 meninas, 52.500 só na capital, Manaus. A SES se responsabilizou pela compra de 90 mil doses, e a SMS de Manaus adquiriu 30 mil. “Fizemos o que a nossa capacidade econômica nos permitiu fazer”, comenta a subsecretária.

ESPECIALISTA DEFENDE INCLUSÃO DE MENINOS NA ESTRATÉGIA

A negociação realizada entre o MS e o laboratório internacional Merck Sharp & Dohme (MSD), produtor detentor da patente da vacina tetravalente, permitiu a compra pelo menor preço já praticado no mercado – R\$ 30 por dose. Além disso, a incorporação prevê a transferência de tecnologia entre o laboratório e o Instituto Butantan, que passará a fabricar o produto no Brasil. De acordo com o MS, a expectativa em cinco anos, período em que o laboratório público passará a ter domínio de todas as etapas para a produção do insumo, é de chegar a um valor 34% mais baixo que o custo atual. Com isso, será possível economizar cerca de R\$ 200 milhões. O MS informou que a produção local contará com investimento de R\$ 300 milhões para a construção, pelo Instituto Butantan, de uma fábrica de alta tecnologia baseada em engenharia genética. Procurada pela REDE CÂNCER, a direção do Instituto preferiu não adiantar o andamento do processo, já que está sendo preparada uma divulgação especial sobre o tema.

A decisão pela incorporação da vacina ao SUS e a definição da faixa etária foram precedidas de estudos de custo-efetividade que avaliaram os benefícios à saúde e a redução nos gastos relacionados ao

câncer do colo do útero com hospitalizações, tratamentos, dias de trabalho ou estudo perdidos e sobrevivida. Também foram levados em conta custos operacionais e logísticos e o impacto econômico-financeiro no PNI, além da redução da morbimortalidade da doença. “A introdução da vacina é recebida com muita alegria, destacando-se a negociação realizada pelo MS e a escolha pela versão tetravalente. Entretanto, a faixa etária tão restrita é um dos pontos fracos da incorporação”, considera Mauro Romero Leal Passos, professor da Universidade Federal Fluminense (UFF).

O professor Mauro também questiona a não inclusão de meninos no público-alvo. De acordo com o MS, dados demonstram que, considerando-se a prevenção do câncer do colo do útero, a vacinação contra o HPV em meninos não é custo-efetiva quando altas coberturas vacinais são atingidas entre meninas. Os meninos passam a ser protegidos indiretamente com a imunização do grupo feminino, como demonstrado por estudos australianos que revelaram que a ocorrência de verrugas genitais entre homens tornou-se rara após a implantação da vacina contra o HPV no País. “Desconheço qualquer estudo que demonstre que a vacinação não é custo-efetiva entre meninos, e alguns países no mundo já a vêm adotando em seus programas nacionais no intuito de dar mais qualidade de vida para suas populações”, comenta o especialista.



COMUNICAÇÃO DEVE INFORMAR POSSÍVEIS RISCOS

A expansão de uma tecnologia recente de maneira tão expressiva e rápida pelo mundo tem, certamente, o apoio de fortes estratégias de marketing empreendidas pelos laboratórios detentores das patentes. “A importância dessa tecnologia do ponto de vista científico é indiscutível. Entretanto, houve muita pressão pela sua introdução em programas de imunização. E essa incorporação ainda é delicada como elemento de uma política pública”, pondera Marco Porto, subsecretário de Saúde de Niterói, no Estado do Rio. Algumas questões levantadas em 2006, quando a comercialização das vacinas foi aprovada no Brasil, permanecem sem resposta. “Ainda não sabemos por quanto tempo ao certo as pessoas estarão imunizadas. São respostas que só o tempo poderá dar concretamente”, aponta Porto. Estudos demonstram proteção por períodos superiores a 10 anos, mas ainda não está claro se em algum momento serão necessárias doses de reforço.

Outra questão é o potencial oncogênico dos demais subtipos de HPV. “Hoje, conhecemos quais são os campeões na associação com o câncer do colo do útero, mas será que depois da introdução em massa da vacina outros subtipos também não poderão se expressar mais e surjam como novos campeões?”,

questiona o subsecretário. Porto também destaca a necessidade de reforço das estratégias de rastreamento, instrumento reconhecidamente eficaz na redução da incidência e da mortalidade pelo câncer do colo do útero. “É preciso se certificar de que as ações de rastreamento terão a mesma atenção dada para a incorporação da vacina. Não se pode abandonar os esforços para a organização das redes de cuidado e das estratégias para melhoria de qualidade dos exames citopatológicos”, afirma. O MS lançou em julho deste ano o programa Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito), que prevê o investimento de R\$ 23,6 milhões em 2014 para qualificar exames de citopatologia (Papanicolaou).

Além disso, a vacina se mostra mais efetiva em meninas que não tiveram contato prévio com o vírus, ou seja, principalmente naquelas que ainda não iniciaram a vida sexual. Como essa seria uma questão muito complexa de ser apurada antes da aplicação da vacina, não tem sido levada em conta em estratégias como a realizada no Amazonas. Todas as meninas são vacinadas, independentemente de já terem tido ou não relações sexuais. Outra grande preocupação é em relação à informação atrelada à incorporação da vacina. “É muito importante que todos os profissionais envolvidos compreendam muito bem que a vacina é contra quatro tipos de HPV, e não contra as várias outras DSTs, para que possam informar claramente a população. De maneira alguma a vacinação pode ser entendida como uma substituição às estratégias de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis”, continua o subsecretário de Saúde de Niterói.

As estratégias de comunicação também devem informar claramente sobre os possíveis riscos relacionados à vacinação. Apesar de poucos relatos mais sérios nas mais de 100 milhões de pessoas vacinadas pelo mundo contra o HPV, o Japão decidiu voltar atrás da decisão de incorporar a vacina semanas depois de anunciá-la, por conta do caso de uma adolescente que desenvolveu a síndrome da dor complexa regional. De acordo com o laboratório fornecedor da vacina no país, o fato ainda está em análise de causalidade. Entretanto, o governo japonês interrompeu a vacinação e ampliou as informações referentes aos possíveis riscos. “Não podemos deixar que o deslumbramento com esse incrível avanço científico que a vacina representa atrapalhe sua efetiva apropriação no campo da saúde pública. A vacina não pode ser vista como solução em si, de forma isolada, mas como parte de uma série de importantes políticas públicas”, destaca Marco Porto. ■



debate

A NOVELA *AMOR À VIDA* COLOÇA EM PAUTA O DIREITO DO PACIENTE DE SABER A PRÓPRIA ESTIMATIVA DE VIDA

“Doutor, quanto tempo eu tenho?”

Nicole é uma órfã rica, interpretada pela atriz Marina Ruy Barbosa na novela *Amor à vida*, da TV Globo. Depois de alguns sintomas, ela descobre que está com um tipo raro de linfoma de Hodgkin, e que a doença já comprometeu todo seu organismo. Diante da notícia bombástica, vem a pergunta: “Doutor, quanto tempo me resta?”. O médico tenta se esquivar, mas diante da insistência da paciente, finalmente responde: “Seis meses”.

Fora da ficção, a professora Claudia Tanaka, 42 anos, fez o mesmo questionamento. Vítima de um câncer no pulmão, ela se sentia muito mal em fevereiro de 2010. Com muitas dores e 15 quilos mais magra, procurou sua médica com a sensação de que estava chegando ao fim. “Eu perguntei: ‘Doutora, quanto tempo vou viver?’ Ela me falou: ‘Ninguém vai lhe responder isso’. Insisti, pois precisava saber, me organizar, me despedir, sei lá.

Reformulei a pergunta: ‘Qual é a estimativa de sobrevivência de um paciente com câncer metastático no pulmão e mediastino em estágio IV’? Ela não tinha como me negar e, então, respondeu que os pacientes viviam de dois a oito meses”, lembra.

Após a consulta, Claudia chamou a família para comunicar que estava abandonando o hospital e que não iniciaria nenhum tipo de tratamento. “Já que eu tinha tão pouco tempo, não queria ficar ainda mais fraca e careca por causa da quimioterapia. Depois de saber que eu ia viver tão pouco, ninguém contestou minha decisão de não me tratar mais”, recorda.

A coragem da Nicole e de Claudia é considerada rara pela psicóloga Mariana Machado. Especializada em Psicologia Oncológica, ela trabalha na unidade de cuidados paliativos do INCA. Para lá, são encaminhados os pacientes do instituto fora de possibilidade terapêutica. Ou seja, não é mais possível combater a doença, apenas amenizar dores e desconforto.

Segundo a psicóloga, é muito difícil um paciente perguntar o tempo de vida restante. “Os poucos que perguntam, na verdade, não querem saber a resposta e desistem de escutar antes de o médico se pronunciar”, afirma. Segundo Mariana, o perfil desse paciente é alguém que se preocupa com medidas práticas, como fazer um testamento, procurar pessoas ou apressar compromissos com familiares. “Já ouvi casos de pessoas que adiantaram a data do casamento para que o pai pudesse presenciar”, conta a especialista.

A reação depois da revelação dessa estimativa de vida é imprevisível. “Alguns ficam angustiados, com uma urgência enorme de viver. Outros se sentem paralisados e passam a agir como se não estivessem mais vivos”, diz Mariana, que acredita ser necessário investigar qual o verdadeiro motivo do questionamento. “Se a pessoa colocar dados objetivos, como providenciar acolhimento da família depois de sua morte, pode ser que esteja mais preparada. Mas se ficar em dúvida, em silêncio, talvez seja melhor aguardar ou comunicar à família”, avalia.

A presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), Marcia Rosa de Araújo, esclarece que, do ponto de vista ético, o médico deve informar tudo sobre a doença para o paciente, desde que não cause danos. “Cabe ao profissional explicar os cuidados, as possibilidades e dar possíveis alertas. Só que tudo isso é relativo. Precisamos avaliar caso por caso. Já soube de suicídios depois da notícia de que o paciente estaria em fase terminal, com poucas chances de vida”, ressalta.



“Eu morri ao saber que tinha pouco tempo para viver. Mas o tempo passou, os exames mostraram melhoras que não eram esperadas, e os médicos suspenderam a quimioterapia. Agora, só faço tratamento paliativo. Como você pode ver, não morri”

CLAUDIA TANAKA, professora

CONTRARIANDO A EXPECTATIVA

Pouco tempo depois de saber que lhe restavam no máximo oito meses de vida, a professora Claudia conheceu uma família de médicos formada por um cardiologista, um patologista e um pneumologista. Eles pediram para ver seus exames e a convenceram de que a quimioterapia seria a única saída para conseguir passar o Natal de 2010 com seus familiares.

Claudia, então, retomou o tratamento e, ao conceder esta entrevista à REDE CÂNCER, em julho último, era voluntária da Fundação Laço Rosa, que cede perucas para as pacientes que perderam os cabelos com a quimioterapia. “Se eu não iniciasse o tratamento, morreria mais rápido. Eu só chorava, olhava para tudo me despedindo. Enfim, a vida já tinha acabado bem antes do ‘prazo’. Eu morri ao saber que tinha pouco tempo para viver. Doei roupas e sapatos. Escolhia o que iria vestir com muito cuidado porque ‘podia ser hoje’. Mas o tempo passou, os exames mostraram melhoras que não eram esperadas, e os médicos suspenderam a quimioterapia. Agora, só faço tratamento paliativo. Como você pode ver, não morri”, sorri.

A presidente da seção fluminense da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBCO-RJ), Maria de Lourdes Lopes de Oliveira, afirma que não há como precisar a data do óbito. No entanto, com base no estágio da doença e nas condições clínicas do paciente, pode-se calcular uma estimativa. “Todos os tipos de câncer têm estadiamento e estatísticas relacionados à sobrevida e à taxa de recidiva. Mas isso é dinâmico, pois, com a descoberta de novas drogas, cada vez mais a sobrevida do paciente, mesmo com doença metastática, aumenta. O câncer de colón [com metástase], de 2000 até agora, teve mudança na expectativa de vida, passando de alguns meses para quase três anos”, exemplifica.

O oncologista clínico Firmino de Azevedo fez a opção de não dar nenhum tipo de estimativa para seus pacientes. Atualmente aposentado do INCA, o médico lembra de várias histórias em que as previsões contrariaram em muito as expectativas. “Podemos avaliar alguns aspectos da vida do paciente: se ele fuma, se tem diabetes, se é idoso. A probabilidade de uma pessoa nessas condições não resistir por muito tempo é maior do que um jovem que não tenha outros agravantes. Só que tudo é imprevisível. Nunca falei um número sequer ou estimativa de meses que

Raphael Dias



A atriz Marina Ruy Barbosa, ao lado de Ricardo Tozzi, em cena de *Amor à vida*

um paciente meu poderia durar. Acho que isso não o ajudaria em nada”, afirma.

Azevedo finaliza com o exemplo de um senhor que, aos 76 anos, escutou de seu médico a notícia de que teria poucos meses de vida. O paciente morava em Portugal e se mudou para o Brasil porque queria morrer em seu país. Hoje ele está com 88 anos, mas o médico que deu a previsão morreu. ■

educação

INCA É A ÚNICA INSTITUIÇÃO NO PAÍS QUE CAPACITA PROFISSIONAIS PARA TRABALHAR COM A COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Registros de câncer: uma vitória da saúde pública

Na década de 1920, a saúde pública crescia como questão social no Brasil, em pleno auge da economia cafeeira. A partir de então, as ações de saúde tentaram dar conta da demanda em todo o País. Isso levou ao aprimoramento técnico do trabalho de registros de câncer: foi recomendado que os atestados de óbito passassem a ser lavrados em impressos apropriados, contendo informações sobre a doença – um passo importante na longa tarefa de consolidação dos registros de câncer. Hoje, eles são fundamentais como ferramenta de integração e apoio à elaboração da política nacional de prevenção, assistência e controle da doença.

Na década de 1960, foram implantados os dois primeiros Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) do País – Recife e São Paulo –, e, em 1983, o primeiro registro hospitalar de câncer (RHC), seguindo as normas recomendadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Atualmente, o INCA promove, todos os anos, cursos para registradores, com capacitação de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Junto com os conhecimentos técnicos, as habilidades comportamentais se tornam um diferencial



para o registrador de câncer. A aptidão é necessária, já que o registrador vai coletar informações importantes do paciente, como o tipo de tumor e os exames realizados. “É um trabalho de detetive”, compara a estatística Marcell Santos, que possui mestrado e doutorado em Saúde Pública e é técnica da área de Vigilância e Análise de Situação do INCA. Quem lida bem com tarefas rotineiras e é organizado consegue executar o trabalho com extrema eficiência, destaca.

Para se candidatar ao curso de formação de registrador de câncer, é necessário já atuar no SUS, exercendo funções ligadas aos Registros de Câncer, e ter nível médio de escolaridade. O interessado precisa, ainda, apresentar carta de recomendação da instituição onde trabalha. “Podem se candidatar servidores públicos ou prestadores de serviço, de unidades públicas, privadas (prestadores do SUS) ou hospitais filantrópicos. A escolaridade mínima exigida é o nível médio, mas o candidato pode ter nível superior”, esclarece Marcell.

Após a capacitação, os registradores podem trabalhar em Registro Hospitalar de Câncer (RHC) ou Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). Nos RHCs são coletadas informações de todos os pacientes atendidos no hospital com diagnóstico confirmado de câncer. Nos RCBPs, o trabalho se dá por meio de centros sistematizados de coleta, armazenamento, processamento e análise de informações sobre a ocorrência e as características de casos novos em uma determinada população delimitada por uma região geográfica. Nesse caso, o trabalho do registrador é feito dentro das secretarias municipais ou estaduais de Saúde ou entidades filantrópicas.

Há muita rotatividade na função porque, após se capacitar, muitas vezes, o trabalhador acaba sendo absorvido por outros setores, como pesquisa ou faturamento, ou até mesmo em outras unidades.

CERTIFICADO PARA ALUNO COM 70% DE APROVEITAMENTO

Somente o INCA oferece o curso de registrador de câncer. As aulas são ministradas tanto na instituição (ao longo de duas semanas) como nos estados que solicitam o treinamento (durante uma semana).

O primeiro curso foi realizado em 1985. O número de formados, anualmente, varia de acordo com a demanda dos treinamentos descentralizados. Em 2012, foram realizados oito cursos – um organizado pelo INCA e sete pelas secretarias estaduais de Saúde, totalizando 242 participantes.

O INCA oferece, anualmente, 50 vagas para o curso de formação de registradores de câncer na

instituição. As aulas são ministradas pela equipe da área de Vigilância e Análise de Situação e por profissionais de outros setores do Instituto, que formam um corpo médio de 15 instrutores. Os alunos que obtêm 70% de aproveitamento nas aulas recebem o certificado de aprovação.

A primeira semana do curso é teórica e aborda, entre outros temas, planejamento, organização, codificação e análise de prontuário e das fichas para notificação de casos para RHC e RCBP. Na segunda semana, o aluno coloca em prática os conhecimentos de preenchimento e análise de fichas e a utilização dos *softwares* desenvolvidos pelo INCA para RHC e RCBP.

MONITORAMENTO DA TENDÊNCIA DO NÚMERO DE CASOS

Os registros de câncer, tanto os hospitalares como os de base populacional, são de grande importância: a coleta de informações sobre incidência e morbidade hospitalar por câncer permite o monitoramento dos tipos mais frequentes da doença em determinada população, identifica o perfil populacional e qual a magnitude do câncer naquela população, além de propiciar informações sobre os casos novos. “Essas ferramentas orientam a política de assistência e as ações de prevenção e controle da doença”, explica Marcell Santos.

Pelos RHCs é possível saber em que estágio os pacientes chegam aos hospitais: se a tempo de serem tratados ou apenas para receber cuidados paliativos. Os registros hospitalares também servem para monitorar o aumento ou a queda do número de casos de câncer, além de mensurar o tempo entre o diagnóstico e o tratamento. “Tudo é importante para organizar a rede e orientar as medidas que devem ser tomadas. Essas informações subsidiam o Ministério da Saúde e os gestores na tomada de decisões”, diz Marcell.

As informações dos RHCs são enviadas, anualmente, para as secretarias estaduais de Saúde e para o INCA. No momento, está sendo fechada a base consolidada de 2010. Já os números dos RCBPs são atualizados em março, julho e novembro e enviados para o INCA, que disponibiliza as informações consolidadas em seu portal (<http://www.inca.gov.br/vigilancia>).

Resultado de ações nacionais em vigilância, a profissionalização dos registros de câncer no Brasil, ao longo dos anos, vem se destacando pela qualidade na coleta de informações. Prova disto é que a edição de 2013 da *Cancer Incidence in Five Continents*, publicação da Agência Internacional para Pesquisa



Aula do curso de registrador de câncer no INCA, única instituição do País que oferece o treinamento

em Câncer (IARC, na sigla em inglês) vai incluir seis Registros de Câncer de Base Populacional do Brasil que já tiveram seus números aprovados, dentro das diretrizes da agência. A publicação tem periodicidade de cinco anos, e os critérios analisados levam em conta a consistência, série histórica, entre outros indicadores. Os registros considerados aptos para a publicação são os de Aracaju, Belo Horizonte, Cuiabá, Fortaleza, Goiânia e São Paulo. As informações se referem ao período de base 2003/2007.

Outra novidade é que todos os RCBPs brasileiros foram convidados a participar de mais uma publicação da IARC, *Cancer Incidence in Central and South America*. Marise Rebelo, gerente da área de Vigilância e Análise de Situação, é membro do comitê editorial da revista. A expectativa é que 16 registros façam suas publicações, inclusive com séries históricas.

CIDADES QUE TÊM O SERVIÇO NO BRASIL

Há, no Brasil, 32 RCBPs implantados, dos quais 24 têm informações consolidadas. São eles: Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Campinas, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, Distrito Federal, Fortaleza, Florianópolis, Goiânia, Grande Vitória, Jau, João Pessoa, Manaus, Natal, Palmas, Poços de Caldas, Porto Alegre, Recife, Roraima, Salvador, São Paulo e Teresina. Outros três estão em fase de implantação: Angra dos Reis, Maranhão e Santos.

No que se refere aos hospitais, 100% dos 44 Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons) e 90,2% das 224 Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacons) habilitados no Sistema Único de Saúde contam com RHCs.

O apoio da IARC se reverte, muitas vezes, na possibilidade de capacitação, intercâmbio e bolsas para cursos curtos, beneficiando os profissionais que coordenam os registros.

PASSO A PASSO PARA SER UM REGISTRADOR

O candidato ao Curso de Formação Básica de Registradores de Câncer deve ficar atento, porque as inscrições ocorrem, geralmente, no mês de julho, no portal do INCA (www.inca.gov.br). Os pré-requisitos são exercer funções ligadas a registros de câncer (hospitalar ou de base populacional) e possuir, no mínimo, nível médio.

Após a inscrição *on-line*, os documentos necessários deverão ser enviados para o e-mail informado (sedoc@inca.gov.br). São exigidas cópias da carteira de identidade, CPF, carteira do conselho da categoria profissional (se aplicável) e do certificado da última titulação acadêmica (diploma de conclusão do Ensino Médio), além de carta da chefia imediata, indicando que o candidato exerce funções ligadas ao registro de câncer (comprovante de pré-requisito). A falta de envio da documentação necessária ou o envio fora do prazo impossibilitam a participação no curso.

Outra exigência é que os candidatos não tenham participado de cursos de Formação Básica de Registradores de Câncer oferecidos anteriormente. A seleção analisa, ainda, os candidatos que atuam em hospitais da rede SUS ou em RCBPs e a ordem de inscrição. Só é permitido um candidato por instituição.

A solicitação de cursos externos ao INCA depende da necessidade de cada estado. Alguns já vêm adotando a rotina de capacitações anuais para novos profissionais de registro ou de atualização para os que já atuam na área. Os cursos externos previstos para este ano acontecerão na Bahia, de 7 a 11 de outubro, e em Santa Catarina, de 4 a 8 de novembro. ■

capoa

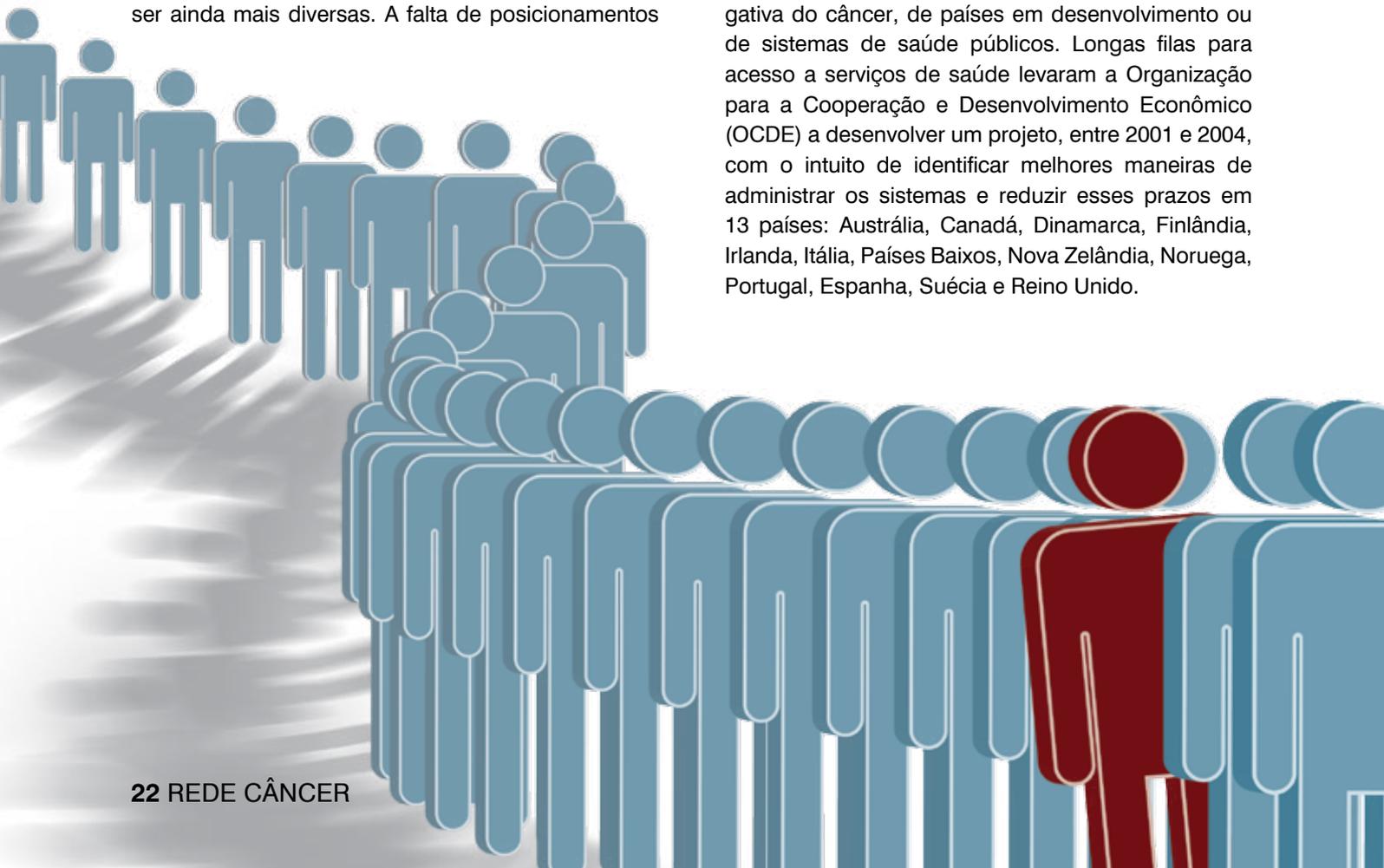
DIMINUIR O TEMPO PARA TRATAMENTO DO CÂNCER É DESAFIO
PARA GESTORES DE SAÚDE EM TODO O MUNDO

A redução da espera

Ver o tempo passar na expectativa de algo que está por acontecer gera angústia e desconforto. Quando essa espera está relacionada com alguma condição de saúde, a aflição é ainda maior. É sabido que, na maioria dos casos, quanto mais cedo se inicia o tratamento, maiores as chances de sucesso. No caso do câncer não é diferente. Entretanto, na perspectiva de um sistema público e unificado de saúde, lidar com esse problema é tarefa bastante complexa. São múltiplas as situações que envolvem a gestão dos sistemas para acelerar os processos relacionados ao tratamento; e as abordagens do caso podem ser ainda mais diversas. A falta de posicionamentos

claros por parte de organizações internacionais demonstra o quanto o assunto é controverso. O certo é que não há solução mágica e que o enfrentamento do problema requer muita reflexão e proposições específicas para cada contexto.

As dificuldades começam com a própria definição do que seja espera. Durante toda a jornada de um paciente, desde sua primeira consulta com um médico generalista até o desfecho do tratamento contra alguma doença, há diversas etapas, como realização de exames, visitas a especialistas e início de terapias. Cada uma dessas gera esperas. Isso não é prerrogativa do câncer, de países em desenvolvimento ou de sistemas de saúde públicos. Longas filas para acesso a serviços de saúde levaram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a desenvolver um projeto, entre 2001 e 2004, com o intuito de identificar melhores maneiras de administrar os sistemas e reduzir esses prazos em 13 países: Austrália, Canadá, Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Itália, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido.



Quase uma década depois, a OCDE lançou este ano publicação que visa a demonstrar as diversas políticas implementadas por esses países, que incluem definição de tempo máximo de espera e organização das linhas de cuidado aos pacientes (veja tabela na página 25). O objeto do trabalho foi o acesso a tratamentos eletivos, mas os autores identificaram lentidão em outros pontos dos sistemas de saúde, como na atenção primária, emergencial e no tratamento do câncer. “Essa é uma questão importante em qualquer lugar do mundo dentro dos mais diferenciados sistemas de atenção à saúde. Dentro mesmo dos Estados Unidos nós não resolvemos esse problema, e muitas pessoas não têm acesso a tratamento dentro de tempo razoável”, afirma Len Lichtenfeld, vice-diretor médico da American Cancer Society (ACS). Mesmo em sistemas de saúde que não são públicos, como o americano, desigualdades são observadas no que se refere à agilidade no acesso ao tratamento.

No contexto do controle do câncer, a questão se torna ainda mais complexa. A começar pelo fato de o câncer não ser uma única doença, mas sim um conjunto delas, com comportamentos diferentes umas das outras e que exigem terapêuticas das mais diversas. Soma-se a isso o fato de que há uma ideia geral de que o avanço de qualquer tipo de câncer acontece de um dia para o outro, o que demandaria início imediato do tratamento em todos os casos. Tal crença só ajuda a aumentar a angústia dos pacientes. Na realidade, a maioria dos casos evolui de maneira lenta; e esperar algumas semanas, ou até meses, para acesso a algumas etapas do tratamento não interfere de maneira importante nos resultados. “A maioria dos casos se desenvolve através de anos; então esperar algumas semanas por exames ou pelo início do tratamento não determina o quão bem-sucedido esse tratamento será”, considera Terrence Sullivan, líder de Qualidade da Canadian Partnership Against Cancer.

Por outro lado, isso não pode ser justificativa para acomodação. Diversos países, incluindo o Canadá, têm empreendido esforços no intuito de reduzir o tempo para iniciar o tratamento contra o câncer. Uma medida comum é o estabelecimento de metas em relação ao tempo máximo que um paciente deve esperar para ter seu tratamento iniciado. Na Inglaterra, por exemplo, o intervalo máximo para a primeira consulta com um especialista é de duas semanas para pacientes com suspeita urgente de câncer referido por médico da atenção básica. E a partir do diagnóstico confirmado de qualquer tipo

de câncer, o tratamento tem de ser iniciado em até 31 dias. No total, fixa-se o prazo máximo de 62 dias entre a indicação do médico generalista e o início do tratamento do câncer.

URGÊNCIA DOS CASOS DEVE SER LEVADA EM CONTA

“A constituição do Serviço Nacional de Saúde na Inglaterra, que tem força de lei, determina padrões que são esperados e devem ser seguidos pelos gestores do sistema. É importante notar que os padrões operacionais exigidos devem ser atendidos em uma porcentagem dos casos, não em todos, já que existem particularidades”, diz o vice-diretor do National Health Service (NHS), Matthew Fagg. Na prática, os tempos de espera variam de acordo com a localização do câncer e o tratamento indicado. É mais comum pacientes terem que esperar mais tempo pela radioterapia do que por quimioterapia ou cirurgia. Além disso, em casos de extrema urgência, um médico da atenção básica pode indicar a admissão de um paciente por um hospital especializado. Assim, o paciente será recebido em caráter de emergência e atendido por um oncologista como um paciente externo.

A urgência dos casos é um fato importante que deve ser levado em conta ao se definir períodos máximos de espera para o tratamento. Na Inglaterra, por exemplo, há orientações para os médicos generalistas avaliarem por meio dos sintomas, o grau de urgência em relação à suspeita de cada tipo de câncer. Em Ontário, no Canadá, são definidas quatro categorias de urgência para acesso à cirurgia oncológica. Na primeira, e mais urgente, se enquadram os pacientes que apresentem condições de risco de vida, como obstrução das vias aéreas, hemorragias ou comprometimento neurológico, e que devem ser submetidos à cirurgia imediatamente. Na segunda, incluem-se os pacientes com tipos de câncer mais agressivos, como os do sistema nervoso central, e que devem ser operados em até 14 dias. No terceiro nível ficam os pacientes com outros tumores invasivos e cuja cirurgia deve ocorrer em até 28 dias. Por último, classificam-se os pacientes com tumores indolentes e que podem esperar até 84 dias pela sua retirada.

“Esse tempo de espera é contado a partir do momento em que o paciente está pronto para ser tratado. Ou seja, todos os exames já foram realizados e o paciente concordou em iniciar o tratamento. Em alguns casos, por questões pessoais, os pacientes decidem retardar o tratamento. Esse tempo não

“A necessidade de rapidez vai variar muito de acordo com diversos fatores, e é preciso que todos esses sejam considerados pelos gestores de saúde no momento de definição de políticas”

CLÁUDIO NORONHA, coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA

pode ser levado em conta, pois interferiria negativamente nos indicadores de qualidade. Por isso, consideramos a situação de ‘pronto para ser tratado’”, explica Terrence Sullivan. O líder de Qualidade da Canadian Partnership Against Cancer ainda destaca que os tempos de espera para tratamento em cada um dos hospitais ficam disponíveis na Internet. Pacientes têm acesso a esses indicadores e podem decidir junto com seu médico para qual hospital gostariam de ir.

As diferentes complexidades dos tratamentos de câncer também devem ser levadas em conta ao se definir tempos máximos de espera. A oferta de tratamento para um câncer de pele do tipo não melanoma, que exige pouca complexidade e pode ser tratado em nível ambulatorial, é muito mais fácil de ser ampliada. Já ampliar a oferta de tratamento de cânceres de cabeça e pescoço, que exigem estruturas mais complexas e profissionais altamente qualificados é mais complicado. Um dos grandes gargalos no mundo todo é a oferta de radioterapia, já que compra de equipamentos, construção de estruturas que receberão os aparelhos e treinamento de profissionais são processos demorados e que tornam qualquer tentativa de solução desse problema uma iniciativa de longo prazo. “Tivemos sérios problemas com acesso ao tratamento radioterápico no Canadá, no passado. Com isso, essa se tornou uma questão prioritária e passou a ser monitorada muito de perto”, conta Terrence.

Os comportamentos de cada tipo de câncer também são fatores importantes na definição dos tempos máximos de espera. “Quando estamos lidando com

um caso de leucemia aguda o tratamento precisa ser oferecido o mais rapidamente possível. Tumores de intestino ou mama também precisam de agilidade, mas não tanta quanto nos casos de leucemia”, afirma Len Lichtenfeld. O vice-diretor médico da American Cancer Society destaca que esses fatores devem fazer parte do planejamento dos sistemas de cuidado que serão implementados para oferecer tratamento do câncer à população.

Nos casos dos tumores pediátricos, a agilidade para início do tratamento é ainda mais importante para o sucesso. Devido à velocidade com a qual o câncer em crianças avança, é comum que não se aguardem nem os resultados de exames citopatológicos para início do tratamento, pois essa espera poderia deixar o paciente muito debilitado e com o tumor em um estágio bem mais avançado. “A necessidade de rapidez vai variar muito de acordo com diversos fatores, e é preciso que todos esses sejam considerados pelos gestores de saúde no momento de definição de políticas”, analisa Cláudio Noronha, coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA.

Noronha destaca, ainda, que a preocupação não deve estar voltada somente para o tratamento em si, mas para toda a trajetória do paciente até acessar uma unidade especializada em oncologia. “Muitas vezes, os maiores gargalos serão encontrados no nível de suspeição. Há demora para realização de exames de imagem e de biopsias que podem impactar negativamente na qualidade do tratamento”, afirma. “Por isso, é importante que o caminho a ser percorrido pelo paciente esteja claramente definido e que esforços sejam colocados em prática no intuito de facilitar cada etapa dessa trajetória. O monitoramento desse caminho é elemento fundamental para identificação dos gargalos e implementação de soluções”, propõe.

NOVA LEI DETERMINA PRAZO PARA TRATAMENTO NO PAÍS

No Brasil, está em vigor há pouco mais de três meses a Lei Federal 12.732/12, que determina que o primeiro tratamento de paciente com diagnóstico confirmado de câncer ocorra em no máximo 60 dias. Pela lei, o prazo começa a contar a partir do registro do diagnóstico no prontuário. (Mas, no dia 5 de setembro, a Justiça Federal determinou que o prazo passe a contar da data do diagnóstico. Essa decisão, no entanto, pode ser alterada). São feitas exceções em relação ao câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular, câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de

TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E O INÍCIO DO TRATAMENTO (CIRURGIA, RADIOTERAPIA E/OU QUIMIOTERAPIA) | 2010

PAÍS	Mama	Colo do útero	Colorretal	Pulmão	Todos os tipos
Canadá	30 dias (média)	20 dias (média)	21 dias (média)	29 dias (média)	25 dias (média)
Chipre	17 dias	11 dias	8 dias	10 dias	11 dias
Escócia	24 dias	-	23 dias	25 dias	-
Eslováquia*	7-21 dias				
Eslovênia*	3-6 meses	3-6 meses	2 meses	2 meses	-
França	21 dias	-	-	38 dias	-
Hungria*	7-14 dias	7-14 dias	10-21 dias	7-14 dias	10-17 dias
Islândia*	1-4 dias				
Israel*	Radioterapia: 15-45 dias				
Japão*	Imediato ou em semanas				
Letônia	30 dias (média)	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Luxemburgo*	< 3 dias				
Malta*	Semanas, não meses				
Noruega*	2-4 semanas	-	-	-	-
Países Baixos	25 dias	15 dias	10-50 dias	21 dias	Aproximadamente 40 dias
Polônia*	3-12 semanas	3-6 semanas	4-8 semanas	4-6 semanas	4-6 semanas
República Tcheca*	Semanas, não meses				
Suécia	Semanas, não meses				
Turquia*	Semanas, não meses				

Nota: Os dados sobre os Países Baixos, Escócia e Suécia se referem a 2008, e sobre Canadá, Israel, Letônia e Polônia, a 2009. Em relação à França, os dados sobre o tempo de espera para o câncer de mama se referem a 2007, e para o câncer de pulmão, a 2003. Países com * são aqueles em que especialistas forneceram as estimativas de tempo de espera.

1) Nota de rodapé da Turquia: As informações sobre o Chipre se referem à parte sul da ilha. Não existem autoridades que representem os turcos e os cipriotas gregos na ilha. A Turquia reconhece a República Turca do Norte de Chipre. Até que uma solução duradoura e justa seja encontrada dentro do contexto da Organização das Nações Unidas, a Turquia deve preservar a sua posição em relação ao "problema de Chipre".

2) Nota de rodapé de todos os Estados-Membros da União Europeia que fazem parte da OCDE e da Comissão Europeia: A República de Chipre é reconhecida por todos os membros das Nações Unidas, com exceção da Turquia. As informações neste documento se referem à área sob o controle efetivo do Governo da República de Chipre.

Os dados estatísticos sobre Israel foram fornecidos pelas e sob a responsabilidade das autoridades israelenses. A utilização de tais dados pela OCDE é feita sem prejuízo ao status das Colinas de Golã, Jerusalém Oriental e os assentamentos israelenses na Cisjordânia, nos termos do direito internacional.

Fonte: *Cancer care: assuring quality to improve survival* (OECD Publishing, Paris, 2013)

“A criação dessa lei no Brasil demonstra o quanto a população passa a exigir mais dos governos a partir do momento em que se alcança mais desenvolvimento”

LEN LICHTENFELD, vice-diretor médico da American Cancer Society (ACS)

alto risco e casos sem indicação de tratamento anti-neoplásico imediato. A lei também considera que o prazo pode ser menor, conforme necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário. O primeiro tratamento se dá na realização da cirurgia, início da radioterapia ou da quimioterapia, conforme indicação. “A nova lei surge como uma oportunidade de começarmos uma discussão tão importante quanto essa no Brasil”, avalia Noronha.

O Ministério da Saúde (MS) criou uma Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732/12 e tem empreendido diversos esforços para ampliar a oferta de tratamento oncológico no País. A Comissão deve se reunir mensalmente, e o próximo encontro está previsto para o dia 12 de setembro. Até o momento, não há indicadores disponíveis, mas o MS está implantando nacionalmente o Sistema de Informação do Câncer (Siscan), que além de integrar os sistemas de informação para alguns tipos de câncer anteriormente existentes, registrará todos os casos de câncer diagnosticados e tratados no âmbito do SUS. O uso do Siscan será obrigatório pelos serviços de apoio diagnóstico e hospitais que são referência para o tratamento oncológico. O sistema contará com o registro das datas do diagnóstico em laudo patológico, registro do exame no prontuário e data do primeiro tratamento.

“É interessante observar a criação dessa lei no Brasil. Isso demonstra o quanto a população passa a exigir mais dos governos a partir do momento em que se alcança mais desenvolvimento. É importante aproveitar essa oportunidade para definir prioridades e avançar com o trabalho”, opina Len Lichtenfeld.

Que esse é um assunto importante todos concordam, mas a falta de posicionamentos mais claros por parte de organizações internacionais demonstra

como a questão é complexa. Procuradas pela REDE CÂNCER, a União Internacional para o Controle do Câncer (UICC) e a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) preferiram não conceder entrevistas. Por meio de suas assessorias de imprensa, a UICC informou que essa não é uma área com a qual a organização lida, e a IARC declarou que a questão está fora do seu escopo de trabalho. A IARC disse que acredita na importância do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno, mas que não faz pesquisas focadas puramente em tempos de espera.

A OCDE, em publicação com lançamento previsto para outubro ou novembro deste ano, já enfoca mais diretamente essa questão. Para a organização, os países devem desenvolver uma compreensão clara do padrão de tempos de espera excessivos ou injustos para o tratamento do câncer em suas populações e responder com políticas adequadas ao contexto local. A OCDE acredita que longos tempos de espera são geralmente causados pela escassez e distribuição desigual de recursos, juntamente com sistemas de referência ineficientes.

Uma solução que parece fácil é aumentar o investimento de recursos, ampliando a oferta de serviços. Mas os países têm implementado soluções que incluem a organização da trajetória dos pacientes, reforço na coordenação dos cuidados e racionalização das vias de prestação de cuidados oncológicos. Além disso, o monitoramento e avaliação dos tempos de espera é fundamental para garantir acesso mais ágil ao tratamento do câncer. “O Brasil já produz muitos dados relativos ao controle do câncer. É preciso agora que esses dados sejam trabalhados e transformados em informações que possam subsidiar gestores na criação de políticas públicas efetivas”, afirma Ian Forde, analista de Políticas da Divisão de Saúde da OCDE.

Apesar de a definição de tempos máximos de espera ser estratégia usada por diversos países, a complexidade da atenção oncológica faz com que os prazos sejam bastante diversos. “Não existe solução genérica. O ideal é se identificar o que é mais importante localmente e passar a monitorar de maneira mais rígida aquela etapa, ou tipo de câncer, ou tipo de tratamento”, defende Terrence Sullivan. De uma maneira geral, os países definem tempos máximos gerais e a partir daí passam a definir etapas ou exceções com base nas prioridades e limitações do contexto local. “Querer focar e consertar tudo ao mesmo tempo pode não ser possível. É mais interessante delimitar um contexto e trabalhar para melhorá-lo. A partir daí passa-se para as próximas etapas”, recomenda Len Lichtenfeld. ■

internas



PROCESSO SELETIVO 2014

As inscrições online para o processo seletivo dos programas de Residência Médica, Residência Multiprofissional em Oncologia e Residência em Física Médica do INCA estão abertas até 6 de outubro, no link: <http://concursos.biorio.org.br/INCA2014>. As provas objetivas serão aplicadas no dia 3 de novembro.

TRABALHOS DO INCA EM CONGRESSO NO PERU

Nada menos que 60 trabalhos de profissionais do INCA, incluindo bolsistas e alunos da Pós-Graduação foram aprovados pela organização do 5º Congresso Internacional de Controle do Câncer (ICCC 5), que será realizado de 3 a 6 de novembro, em Lima, Peru. Foram oito na categoria "apresentação oral" e 52 na categoria "pôster".

PESQUISA QUALITATIVA EM ONCOLOGIA

Profissionais e estudantes interessados em pesquisa qualitativa em oncologia têm até 25 de outubro para se inscrever na I Jornada de Pesquisa Qualitativa em Oncologia, promovida pelo INCA. O evento contará com a participação de profissionais do Instituto, da Fiocruz, da Universidade Federal do Ceará e da Harvard University. Os principais tópicos do encontro são: Contribuições da Pesquisa Qualitativa para a Oncologia; Entendendo a Sobrevivência ao Câncer na América Latina: Os Casos do México e do Brasil; Enfoque Qualitativo na Avaliação em Saúde: Fundamentos e Potencialidades; Limites e Possibilidades da Pesquisa Qualitativa em Oncologia; e Interfaces entre a Pesquisa Qualitativa, a Epidemiologia e a Avaliação de Tecnologias em Saúde. As inscrições para envio de resumos para pôster estão abertas até 4 de outubro. Saiba mais em: www.inca.gov.br. O valor das inscrições varia de R\$ 60 (estudantes externos) a R\$ 120 (no dia do evento).

cartas

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.



IRMÃ DULCE

Solicito o recebimento da revista REDE CÂNCER. Sou enfermeira da Unidade de Oncologia das Obras Sociais Irmã Dulce e tenho muito interesse em acessar o conteúdo da revista, a fim de enriquecer os meus conhecimentos!
Ivana Lopes Barreto – Salvador, BA

ESPECIALISTA

Tenho especialização em Vigilância Sanitária pela Fiocruz. Gostaria de receber as edições da revista REDE CÂNCER.
Elpidio de Lima Araujo – Campina Grande, PB

RC NA SALA DE AULA

Sou enfermeira, especialista em saúde pública e educação permanente em saúde. Gostaria muito de receber a revista REDE CÂNCER em minha residência. Atuo na formação pedagógica do curso técnico de enfermagem da minha cidade e a revista, quando possível o acesso, tem contribuído para as pesquisas dos alunos e atualização dos professores, pois traz conteúdos excelentes e artigos informativos.
Juliana Ferreira Santos – Itabuna, BA

CONGRESSO

Recebi a revista REDE CÂNCER no último congresso de Hematologia e gostei muito. Gostaria de saber como passar a receber as próximas edições.
Tissiana Schmalfluss – Porto Alegre, RS

Para receber a revista, basta enviar seu endereço completo, com CEP, para o e-mail comunicacao@inca.gov.br.

REVISTA & PACIENTES

Utilizo muito a revista no atendimento aos pacientes. Parabéns pela qualidade das reportagens. Espero continuar recebendo a revista.
Tania de Fatima Amaral – Boa Esperança, MG

assistência

VIDEOGAME E TABLET SÃO USADOS NA
RECUPERAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM CÂNCER

Diversão levada a sério



Ana Clara Ribeiro, de 5 anos, joga boliche no Nintendo Wii. Ao lado, a fisioterapeuta Cinthia Moreno e a terapeuta ocupacional Lady Kelly Farias, com crianças beneficiadas pela gameterapia

“Siiiiike”! O grito que interrompe a entrevista é de Ana Clara Ribeiro, de 5 anos, que comemora com entusiasmo seu bom desempenho em um animado jogo de boliche com o Nintendo Wii. O que parece apenas uma brincadeira de criança é, na verdade, algo bem mais sério. Ana Clara é paciente do INCA e, depois de passar por uma cirurgia para retirar um tumor neurológico, teve sequelas, como falta de equilíbrio e movimento desigual entre os dois braços. O videogame está sendo utilizado em seu processo de reabilitação.

Durante muitos anos, os jogos eletrônicos estiveram relacionados ao sedentarismo. Essa visão, entretanto, mudou com o lançamento de consoles (aparelhos) munidos de sensores de movimento, que fazem com que o jogador seja obrigado a se exercitar. O Nintendo Wii, por exemplo, usa controles sem fios e exige do jogador a realização dos movimentos que serão exibidos na tela. Assim, tornou-se um novo recurso para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais promoverem a recuperação funcional de pacientes, com resultados em curto e médio prazos.

Na oncologia, o principal objetivo da terapia com videogames é minimizar as sequelas deixadas pelo tumor ou pelo tratamento, como alterações neurológicas, motoras, respiratórias ou posturais. As atividades escolhidas costumam ter relação com as condições físicas dos pacientes. De forma lúdica e divertida, o próprio jogo indica o que deve ser feito. “Como existe um padrão visual para ser observado e seguido, o paciente fica mais estimulado e ganha motivação para continuar o tratamento”, explica a fisioterapeuta do INCA Rachel Cunha.

Além de beneficiar a parte física, os jogos, muitas vezes, trazem outros ganhos, como o aumento da concentração. “Nós começamos a trabalhar com a criança um determinado aspecto, como o equilíbrio, e com o tempo observamos que ela está mais atenta e centrada na atividade que está executando”, diz Lady Kelly Farias, terapeuta ocupacional da Casa de Apoio à Criança com Câncer Durval Paiva, de Natal (RN).

Não há restrição de idade para a terapia. Mas, em um ambiente hospitalar, deve-se ficar atento a questões como a higienização dos aparelhos e o uso de películas protetoras. “Lidamos com crianças imunodeprimidas. Precisamos ter consciência de que tudo o que elas tocam pode trazer uma

série de implicações à saúde”, acentua Walkyria de Almeida, terapeuta ocupacional do Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (Graacc), de São Paulo.

RESULTADOS RÁPIDOS, EFICIENTES E OTIMISTAS

No INCA, o uso terapêutico do Nintendo Wii começou em junho, após a doação de um aparelho por uma residente. Por enquanto, além de Ana Clara, apenas Caio Gomes dos Santos, de 12 anos, está sendo beneficiado. Os bons resultados apresentados em pouco tempo deixam os profissionais otimistas quanto à continuidade da aplicação da técnica. “Nossa expectativa é ampliar esse tipo de tratamento no futuro”, diz Fátima Bussinger, chefe do Serviço de Integração Humana da instituição.

Ana Clara foi submetida à cirurgia para a retirada do tumor neurológico em outubro de 2012. Apesar do bom prognóstico e de não ter precisado fazer quimioterapia, a operação trouxe consequências para a menina, como dificuldade para andar e até mesmo se sentar sozinha.

Para reduzir as sequelas, a equipe de Fisioterapia do INCA vem usando jogos que trabalhem o equilíbrio e a coordenação motora. A participação da família





Pacientes do Graacc usam tablet para tratar sequelas neurológicas e ortopédicas: reabilitação das mãos

CURSOS CAPACITAM PROFISSIONAIS EM GAMETERAPIA

Existem alguns cursos voltados para profissionais que se interessem em aprender a usar o videogame como terapia ou que desejem ampliar seus conhecimentos sobre o assunto.

A Faculdade Inspirar (www.inspirar.com.br), que tem unidades em vários estados do País, oferece o curso Gameterapia – Além da Wiirreabilitação. Até o final do ano, há duas edições programadas: nos dias 27 e 28 de setembro, na unidade de Belo Horizonte (MG), e de 29 de novembro a 1º de dezembro, em Curitiba (PR).

Outra opção é o curso Wiirreabilitação – Gameterapia e Inovações Tecnológicas em Saúde, oferecido pela Clínica Ludens (www.clinicaludens.com.br). As aulas acontecem nos dias 12 e 13 de outubro, em Campinas (SP).

também tem se mostrado essencial para a recuperação de Ana Clara. “Os pais dela são ótimos e sempre seguem as nossas orientações”, elogia a fisioterapeuta Rachel Cunha. Joelma Mendonça, mãe da paciente, já percebe os ganhos com o uso do videogame. “O equilíbrio e a postura dela estão melhorando

muito. Nós tínhamos o Nintendo Wii em casa, mas ele só ficava guardado. Agora o usamos sempre”, conta.

Diferentemente de Ana Clara, Caio teve de passar pela quimioterapia. Hoje ele enfrenta um dos efeitos colaterais do tratamento: a fadiga oncológica, que impossibilita a realização de atividades da vida diária. “A fadiga é um ciclo repetitivo e não é revertida com o repouso. Se o paciente fatigado continuar sem fazer nada, ela irá aumentar”, explica Rachel. “Os exercícios tradicionais são importantes, mas às vezes esbarramos na falta de motivação e interesse. O videogame atrai mais as crianças”, completa.

Foi o que aconteceu com Caio. Ele ficou ainda mais abatido porque teve de deixar sua cidade, Angra dos Reis, para se tratar no Rio de Janeiro. Saiu da escola, mudou de rotina e passou a morar longe dos amigos e de parte da família. Para a mãe de Caio, Lilian Pereira Gomes, logo na primeira sessão os jogos já serviram para dar ânimo ao filho. “Ele está gostando muito e voltou a ter vontade de brincar. Quando chegou em casa, já pediu para jogar o videogame dele, que é um Playstation”, relata.

JOGOS MELHORAM SOCIALIZAÇÃO E AUTOESTIMA

A terapia com o Nintendo Wii é utilizada desde 2011 na Casa Durval Paiva, instituição fundada em 1995 e que atende hoje mais de 600 crianças e adolescentes. Ao lado da terapeuta ocupacional Lady

Kelly Farias, na equipe responsável pela “wiiirreabilitação”, está a fisioterapeuta Cinthia Moreno. Elas usam jogos individuais ou em grupo, dependendo das necessidades dos pacientes. “Jogar com outras pessoas melhora muito a socialização”, ressalta Cinthia.

Uma das pacientes da Casa, Rayane Stefany Soares Dantas, de 17 anos, foi diagnosticada com meduloblastoma (tumor do sistema nervoso central) e ficou com sequelas após o tratamento, como falta de força em um lado do corpo e deficiência no equilíbrio e na coordenação motora. A prática de jogos de dança no Nintendo Wii foi essencial para a sua recuperação. “Hoje, ela tem mais segurança e consegue caminhar perfeitamente”, garante Lady Kelly.

Na Casa Durval Paiva, os jogos eletrônicos também são usados para tratamento de pacientes com doenças hematológicas. Em outras instituições, a gameterapia – que pode se valer de outros tipos de videogames que incentivem a movimentação dos jogadores – vem sendo aplicada em casos de autismo e de mal de Alzheimer.

Além do Nintendo Wii, os consoles mais usados na gameterapia são o Kinect para Xbox 360 e o Playstation 3.

TABLET É MAIS UM ALIADO NA RECUPERAÇÃO

O Graacc escolheu o tablet como aliado. Essencialmente, a equipe de Terapia Ocupacional da instituição utiliza o iPad para tratar sequelas neurológicas e ortopédicas que envolvam a perda da habilidade manual.

Gustavo Souza, de 21 anos, foi diagnosticado com um câncer que atingiu seu sistema nervoso central. Ficou sem andar e teve os movimentos do lado esquerdo do corpo prejudicados. “Colocamos o tablet na mão esquerda, que não tem nenhuma mobilidade, e com a outra ele consegue executar as tarefas através do toque. Com isso, conseguimos desenvolver uma amplitude maior do braço direito, que ficava boa parte do tempo apoiado na cadeira de rodas”, explica a terapeuta ocupacional Walkyria de Almeida.

Sequelas decorrentes da própria doença, como os tumores oculares, também são alvo da terapia. “Usamos o tablet para estimular as outras vias sensoriais das crianças que estão perdendo a visão. A vibração dos aparelhos e as músicas passam informações importantes para esses pacientes”, relata Walkyria.

MUITO ALÉM DA ONCOLOGIA

O uso de videogames como recurso terapêutico vai além da oncologia. Entre outros casos, jogos eletrônicos também vêm sendo aplicados na recuperação de pessoas que enfrentaram derrames ou acidentes que deixaram lesões.

A Rede de Reabilitação Lucy Montoro, de São Paulo, trata pacientes que perderam parte do movimento após sofrerem sequelas neurológicas ou lesões medulares. O primeiro videogame usado como terapia na instituição foi o Playstation 2 com EyeToy, câmera acoplada ao aparelho que reconhece os movimentos dos jogadores e dispensa controle. Posteriormente, adotou o Nintendo Wii.

O Lar Escola São Francisco, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que atende pacientes com deficiência física e mobilidade reduzida, também escolheu o Nintendo Wii como recurso para a terapia ocupacional, assim como a unidade de terapia intensiva do Hospital Vita, em Curitiba (PR). Um dos casos tratados pela instituição paranaense foi de um adolescente que sofria de fibrose cística. Os jogos o ajudaram a ampliar a capacidade pulmonar e a fortalecer a musculatura.

Além de colaborar na reabilitação física, a técnica também é aplicada na saúde mental. No Hospital Francisca Júlia, de São José dos Campos (SP), portadores de esquizofrenia, bipolaridade e outros transtornos psiquiátricos usam o Kinect, sensor de movimentos do Xbox 360, para atividades de dança e esporte. Os jogos auxiliam na consciência corporal e no convívio social dos pacientes.

O iPad, no Graacc, é utilizado ainda para facilitar a comunicação entre familiares, médicos e pacientes muito graves da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que estão com funções em declínio. O aparelho funciona como intermediador: com um toque na tela, os doentes conseguem dizer se estão com dor ou outro tipo de desconforto.

É cada vez maior o número de aplicativos gratuitos com fins terapêuticos para dispositivos móveis (tablets e smartphones). Para Walkyria, isso confirma a tendência de aumento do uso da tecnologia. “Alguns parceiros têm nos procurado para desenvolver, de forma voluntária, aplicativos voltados para a reabilitação das crianças”, comemora. ■

gestão

AVALIAÇÕES TÉCNICAS E FINANCEIRAS ASSEGURAM MELHORES INVESTIMENTOS EM TECNOLOGIA

Eficiência na execução de recursos

A correta aplicação de recursos é diretriz básica e necessária dentro da administração pública. Essa orientação torna-se ainda mais importante num contexto em que é preciso potencializar o valor do dinheiro público disponível para a saúde. A compra de equipamentos e a execução de obras precisam ser precedidas de análises técnicas e econômicas que justifiquem tais investimentos. Com a ampliação da oferta de serviços para tratamento de câncer no País, área que naturalmente envolve custos elevados, o Ministério da Saúde (MS) tem, por meio da equipe do Fundo Nacional da Saúde (FNS) e com o apoio de profissionais do INCA, trabalhado para aperfeiçoar tais análises e assegurar que o dinheiro dos contribuintes seja gasto da melhor maneira possível.

O FNS é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, responsável por toda execução financeira e orçamentária do MS. Sua missão é contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde.

Para cumprir da melhor maneira sua missão, um decreto acrescentou ao leque de competências do Fundo, em 2012, o planejamento, a orientação e a coordenação das atividades de análise técnica de projetos de investimentos de infraestrutura física e tecnológica em saúde. A Coordenação de Análise de Investimentos e Infraestrutura (Coainf), vinculada



Thiago Rosa

à Coordenação-Geral de Análise e Formalização de Investimentos (CGAFI), é a área técnica responsável pela avaliação técnico-econômica dos projetos de investimentos em equipamentos médico-hospitalares. “O objetivo principal das análises é otimizar os recursos financeiros de modo que as instituições possam adquirir bons equipamentos, em maior quantidade, a um preço justo e exequível”, afirma Marcio Borsio, coordenador de Análise de Investimentos em Infraestrutura do MS.

UMA NOVA FORMA DE COOPERAÇÃO

Toda liberação de recursos do FNS para compra de equipamentos e execução de obras é precedida de análises realizadas pela Coainf, que emite pareceres em relação ao projeto. “Normalmente, esses projetos são recebidos pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), que emite um parecer de mérito. A partir daí, nossa equipe multiprofissional avalia se as especificações técnicas estão corretas e se o preço proposto está dentro da realidade de mercado”, comenta Marcio. Só após a emissão de parecer favorável da Coainf é que o recurso é disponibilizado pelo Fundo. Os projetos podem ser submetidos por prefeituras, governos estaduais ou unidades assistenciais dentro de programas ou convênios oferecidos pelo MS.

O Ministério, através de transferências voluntárias a instituições públicas e privadas sem fins lucrativos vinculadas ao SUS, fomenta substancialmente o mercado de equipamentos médico-hospitalares com mais de R\$ 600 milhões ao ano. Essas transferências ocorrem, fundamentalmente,

a partir do cadastramento de propostas cuja principal característica é a descentralização dos recursos financeiros para a compra dos equipamentos pela própria instituição que faz a solicitação. As propostas devem apresentar as especificações técnicas e os valores solicitados, que são então submetidos às análises técnicas do MS.

“Como a tecnologia avança com muita velocidade no campo do controle do câncer, convidamos profissionais do INCA, que são os especialistas no assunto, para que pudéssemos trocar informações sobre detalhes de funcionamento dessas novas tecnologias”, conta Marcio. A parceria com o Instituto centra-se principalmente em equipamentos de radioterapia (aceleradores lineares); de medicina nuclear (aparelhos de ressonância magnética); e de tecnologias aliadas e tomografia. Uma reunião entre as duas equipes ocorreu em junho deste ano, no intuito de estreitar a relação de trabalho que já vem sendo desenvolvida ao longo do tempo. No encontro, técnicos do INCA fizeram um treinamento para os profissionais da Coainf.

“Essa reunião representou uma nova forma de cooperação. Em vez de reterem o conhecimento e serem consultados toda vez que uma nova proposta chegar ao MS, profissionais do INCA trocaram suas experiências com o objetivo de dar mais agilidade aos processos”, diz Luis Donadio, da Área de Engenharia Clínica (AEC) do INCA. De acordo com Donadio, a ideia é evitar a sobreposição de esforços, ampliando a colaboração entre instituições que lidam com as mesmas dificuldades no momento da aquisição de novos equipamentos e infraestrutura em geral. “Esses equipamentos representam até 60% dos investimentos em tecnologia dentro de um hospital. Daí a grande importância da avaliação técnico-financeira”, frisa.

A AEC trabalha na gestão de todo o parque tecnológico dos hospitais do Instituto, que envolve a aquisição, o gerenciamento e a manutenção dos equipamentos médico-hospitalares. “Além do treinamento que fizemos no MS, também estamos com a proposta de trabalhar em conjunto na elaboração de um programa de reposição de equipamentos médicos que já havíamos começado a desenvolver internamente no INCA”, conta Donadio. A proposta é definir critérios para identificar o momento mais oportuno para substituição de tecnologias. “Hoje o trabalho da Coainf começa a partir de uma demanda. A proposta da nova parceria é trabalhar com critérios que irão passar a definir essas demandas”, afirma. ■



Cooperação, experiência e informação

Uma das formas mais básicas de cooperação é a troca de experiências exitosas. Esse intercâmbio pode ocorrer, entre outras formas, por meio de artigos em revistas científicas, apresentações em congressos ou publicações. Entretanto, a informação pode se dispersar nas diversas fontes disponíveis.

A criação de uma biblioteca temática é uma forma de agrupar, de maneira organizada, todo o conhecimento espalhado e disponibilizá-lo para a população. A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br>) nasceu como uma área temática dentro da BVS do Ministério da Saúde (MS), quando seu conteúdo era exclusivamente produzido pelo INCA. Agora, caminha para uma grande expansão, no intuito de se tornar a maior referência de informações sobre o tema na Internet.

“A área temática cumpriu seu papel como um espaço virtual que funcionou como canal de divulgação

e publicação da produção técnico-científica dos profissionais do INCA e de instituições parceiras. Mas o projeto cresceu e foi preciso estruturar uma biblioteca específica para o tema”, explica Letícia Casado, pedagoga no INCA que coordena o projeto.

Para o desenvolvimento da BVS Prevenção e Controle de Câncer, era necessário estruturar uma rede de instituições usuárias, intermediárias e produtoras de informação que trabalhasse num modelo de cooperação, de forma descentralizada, na definição de diretrizes e na operacionalização do novo portal. O primeiro passo foi formar um comitê consultivo composto por instituições com reconhecido conhecimento na área, no qual diferentes perfis estão representados, como pesquisa, academia, governo, sociedades científicas e usuários.

A definição das instituições também visou a cobrir as diferentes áreas de controle do câncer, como assistência, prevenção, ensino e pesquisa, e

ter representantes de diferentes regiões brasileiras. Ao todo, 11 instituições integram o comitê, que funciona como um fórum de deliberação responsável pelas decisões estratégicas para o desenvolvimento, a avaliação contínua, a definição de critérios de qualidade das fontes de informação e a promoção da biblioteca. “O projeto é prioritário no sentido de criar uma melhor estrutura para o acervo de informações para o controle do câncer”, destaca Vera Luiza Costa e Silva, coordenadora do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde (Cetab), da Fiocruz, e membro do comitê consultivo.

A estrutura de governança da BVS Prevenção e Controle de Câncer ainda conta com comitê executivo, rede colaborativa, matriz de responsabilidades e secretaria executiva. O papel dessa última instância cabe ao INCA.

REDE COLABORATIVA AJUDA NA DIVULGAÇÃO

A matriz de responsabilidades é um documento que indica as atribuições das instituições que constituem os dois comitês, o consultivo e o executivo. Além disso, estabelece as funções da secretaria executiva.

A rede colaborativa, por sua vez, é formada por instituições interessadas em contribuir com a biblioteca, divulgando o projeto ou enviando material para alimentação do site, mas sem ligação com nenhum comitê. “A integração de mais instituições fortalece o projeto”, comenta Paula Johns, diretora executiva da Aliança de Controle do Tabagismo (ACTbr) e membro do comitê consultivo. “Do ponto de vista da informação científica, o acervo me parece excelente, bem como as opções de busca. Já em outros modos de informação, como notícias, textos, notas técnicas e cartilhas, acho que ainda podemos avançar muito. Acredito que é nessa área que a ACTbr tem mais condições de contribuir”, acrescenta.

O próximo passo é a estruturação do comitê executivo. Esse grupo será formado por bibliotecas ou centros de informação ligados a instituições envolvidas com temas relevantes ao controle do câncer e terá como funções operar as fontes de informação de modo descentralizado e manter atualizados seus conteúdos. Uma lista de instituições já foi aprovada pelo comitê consultivo e deverá ser convidada pelo INCA, que oferecerá treinamento para operação dos sistemas do portal.

A BVS está colocando em prática algumas estratégias de divulgação, que integrarão o plano

de promoção do portal. “Uma divulgação mais ampla é necessária para que a população se aproprie mais dessa ferramenta e para que a biblioteca se firme como referência na área, reduzindo as pesquisas com resultados nem sempre confiáveis que pacientes fazem na Internet”, destaca Cristiane Voucher, presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO) e membro do comitê consultivo.

Pretende-se que a biblioteca tenha papel primordial na prevenção e no controle do câncer, tanto por facilitar o acesso à informação pertinente e de qualidade na área como por ser um espaço estratégico de discussão e aprimoramento dos profissionais e demais pessoas interessadas no tema. “Nós já utilizamos as informações disponibilizadas na BVS. É crucial existir um espaço de referência para a divulgação de informações corretas e seguras sobre câncer”, considera Cynthia Brasil, bibliotecária do Instituto do Câncer do Ceará (ICC) e que também integra o comitê consultivo.

A intenção é que as fontes de informação disponibilizadas sirvam como subsídios aos gestores e profissionais de saúde nos processos de tomada de decisão, em capacitações e na formulação de políticas públicas. “A conformação da BVS Prevenção e Controle de Câncer mobiliza a participação da sociedade, além de apoiar a política e os programas de prevenção, ao usar informação e evidências para melhorar a saúde da população”, afirma Letícia Casado. ■

TROCA DE EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS

A primeira BVS do Brasil foi criada em 1998. “A BVS surgiu com o objetivo de tornar acessível todo conteúdo produzido, mesmo que não tivesse sido publicado em grandes periódicos científicos, para facilitar a troca de experiência de sucesso”, lembra Adalberto Tardelli, diretor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (Bireme). Posteriormente, diversas instâncias temáticas e institucionais foram desenvolvidas, e hoje a rede BVS no País conta com 34 bibliotecas ativas – a BVS nacional, oito instâncias institucionais e 25 temáticas.

personagem

ATRIZ THAÍS PACHOLEK CONTA COMO SUPEROU UM CÂNCER NA TIREOIDE AOS 23 ANOS

Otimismo é fundamental

Para quem não a conhece, em um primeiro momento, a beleza da atriz Thaís Pacholek, 29 anos, é o que mais chama a atenção. Natural, já que foi seu visual que a fez ganhar o título de miss Curitiba, em 2002. Mas basta uma rápida conversa para perceber que a força dessa loura é mais notável do que suas belas formas e seus olhos verdes.

A primeira prova de fogo veio ainda na infância. Com apenas 6 anos, Thaís contraiu meningite meningocócica e resistiu bravamente à doença. Passado o susto, os pais da menina começaram a prestar atenção no talento da filha para as artes cênicas e a incentivaram a fazer algo que mais tarde seria a sua profissão. Ela subiu aos palcos aos 9 anos, iniciando no teatro amador. “Eu sempre quis ser atriz. Por isso, acho que o concurso de miss foi quase uma brincadeira, um sonho de criança”, revela.

O empenho na carreira fez com que Thaís deixasse Curitiba e ingressasse em uma companhia teatral no Rio de Janeiro. Em 2005, aos 23 anos, ela estava encenando a peça *Fascinação*, baseada na obra de Nelson Rodrigues, na qual interpretava vários personagens. Thaís começou a estranhar uma fraqueza que insistia em não deixar seu corpo. Para piorar, sofreu dois desmaios em casa, o que apressou uma visita ao médico.

Os primeiros exames foram realizados no Rio, onde foi constatado um nódulo na tireoide. Como a peça ficava em cartaz de quinta-feira a domingo,

Thaís aproveitou para concluir os exames junto da família, em Curitiba. Viajou na segunda-feira e pretendia voltar na quarta da mesma semana. Ela percebeu, porém, que seus pais a impediram de retornar. Eles guardavam o resultado da biópsia, mas resolveram conversar com a filha e revelar o que não podia ser mais adiado. O nódulo era maligno; Thaís tinha um câncer na tireoide.

O primeiro momento foi de choque. A doença era forte no histórico familiar por parte de mãe. Thaís perdeu a avó, o avô e três tios devido ao câncer. Há alguns meses, outra tia foi operada com um tumor maligno nos ossos, conseguindo sobreviver. Thaís foi a primeira pessoa da família a ser diagnosticada com câncer na tireoide. “Quando eu soube, chorei muito. Não pensei no tratamento, em ficar careca, nada disso. Só pensava em viver. Me perguntava: por que eu, tão cedo, com aquela idade? Como alguém tão jovem, que não fumava, não bebia, foi ter câncer? De onde veio aquilo?”, lembra.

A agonia da atriz foi abrandada pelos pais e pelo seu irmão mais velho. Aos poucos, o nervosismo diante da descoberta se transformou em uma força gigantesca e, junto com a família, ela disse para si mesma: “Vamos lá! Vamos vencer essa doença!”. Thaís escutou as recomendações médicas, e a operação para a retirada do nódulo foi marcada para uma semana depois do diagnóstico.



“O que me segurou bem foi a minha família. Nós combinamos desde sempre resolver tudo da maneira mais leve possível, para que o resultado também fosse leve. O otimismo foi fundamental para a cura. Nós acreditamos muito em Deus e na força dos pensamentos positivos”



Logo após a cirurgia, a boa notícia chegou. “Assim que operei, já soube que se eu seguisse o tratamento certinho e tomasse os remédios diariamente e de forma correta, não teria mais problemas”, conta. Porém, antes desse tratamento de “manutenção”, a atriz passaria por uma etapa mais drástica de combate – a iodoterapia, comum nesse tipo de câncer. Para esse procedimento, Thaís permaneceu internada três dias.

Ela explica que não sentiu dores durante o tratamento e que foram necessários apenas alguns cuidados. Um deles foi evitar contato físico durante a internação e mais alguns dias depois de voltar para casa. Seus talheres, copos e toalhas ficaram separados dos demais por cerca de uma semana após a alta. Depois de um tempo, toda a radioatividade decorrente da iodoterapia foi eliminada do corpo, e tudo voltou à sua rotina.

Nesse período, os médicos recomendaram a ingestão de bastante água, para eliminar a radiação mais rapidamente, e fazer bochecho de água com algumas gotas de limão, para incentivar a produção de saliva e excluir o iodo das glândulas salivares, que podem ficar levemente doloridas. Encerrada essa fase, Thaís passou a tomar remédios diariamente, em jejum, e a cada dois anos passa pela iodoterapia, como prevenção a uma possível volta da doença.

Apenas um mês depois da operação, já com todos os efeitos da iodoterapia eliminados, a atriz voltou ao teatro. Seus colegas continuavam encenando *Fascinação*, revezando-se para suprir a ausência de Thaís. Dois anos mais tarde, ela ingressou na TV, fazendo uma participação na novela *Cobras e Lagartos*, na Rede Globo. Em 2009, foi convidada para trabalhar no SBT, onde fez a vilã Mirian Santos, na novela *Amor e Revolução*. Seu último trabalho foi na novela *Balacobaco*, na TV Record.

Agora, a atriz se prepara para o seu primeiro grande projeto no cinema. Ela será a protagonista do longa-metragem *Dona Beja*, com filmagens previstas para iniciar em dezembro. O filme vai ser rodado em Araxá, Minas Gerais, com direção da mineira Débora Torres.

Thaís segue uma rotina normal e não vê problemas em falar do câncer. “É uma doença assustadora, por mais que a medicina esteja avançada. O que me segurou bem foi a minha família. Nós combinamos desde sempre resolver tudo da maneira mais leve possível, para que o resultado também fosse leve. O otimismo foi fundamental para a cura. Nós acreditamos muito em Deus e na força dos pensamentos positivos”, finaliza. ■

notas



PERCENTUAL DE FUMANTES CAI NO BRASIL

O percentual de brasileiros acima de 18 anos que fuma caiu 20% nos últimos seis anos. Os dados são da pesquisa Vigitel 2012 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), divulgada pelo Ministério da Saúde na véspera do Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto). A pesquisa revela que 12% dos adultos brasileiros fumam.

Em 2006, o índice era 15%. Entre os homens, o número passou de 19% para 15%. Entre as mulheres, baixou de 12% para 9%.

Menos pessoas também estão expostas à fumaça alheia, tanto em casa como no local de trabalho. Hoje, os fumantes passivos somam 10%; em 2006 eram 12%.

BRASIL E EUA SEM TABACO

Representantes da sociedade civil, de sociedades médicas e de empresas que têm atuado de forma destacada no controle do tabagismo participam, em setembro, de reunião para discutir como estratégias e parcerias multisetoriais poderão fortalecer iniciativas sobre ambientes livres de tabaco e cessação do tabagismo no Brasil e nos Estados Unidos. A reunião faz parte da ação Parceria Multisetorial Brasil – Estados Unidos para Ambientes de Trabalho Livres de Tabaco, firmada a partir da cooperação bilateral entre Ministério da Saúde do Brasil e o Department of Health and Human Services (HHS) dos Estados Unidos. A reunião foi organizada pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil.

REGISTROS DE CÂNCER DE ABRANGÊNCIA REGIONAL

A entrada do Brasil como membro da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês), da Organização Mundial da Saúde, já teve seu primeiro resultado. Em agosto, o diretor da Seção de Informação sobre Câncer da agência, David Forman, e a gerente de projeto da Iniciativa Global para Registros de Câncer (GICR), Stella de Sabata, participaram da reunião da Rede de Institutos Nacionais de Câncer da Unasul Saúde (Rinc/Unasul) sobre implantação e manutenção de Registros de Câncer.

Forman apresentou projeto de criação de um hub (centro de informação regional) para registros de câncer na América Latina – um dos seis que a Iarc está implantando no mundo. Estiveram presentes representantes dos 14 países que integram o grupo operativo da Rinc sobre o tema: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, Guatemala, México, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

10 ANOS DE UNIDOS PELA CURA

A política Unidos pela Cura, instituída para dar visibilidade ao tema do câncer infanto-juvenil, completou 10 anos, e seu grupo gestor promoveu, em agosto, o segundo Fórum de Oncologia Pediátrica do Rio de Janeiro. Especialistas em Oncologia do Brasil e do exterior e profissionais de saúde em geral participaram de debates com o objetivo de contribuir para a organização de políticas públicas e atendimento integral, eficiente e de qualidade para crianças e adolescentes com câncer.

Composta por gestores públicos dos três níveis de governo, serviços de saúde especializados e instituições da sociedade civil, a Unidos pela Cura visa a garantir que crianças e adolescentes com suspeita de câncer cheguem precocemente aos centros de diagnóstico e de tratamento.



artigo

DÉBORA SANTOS DA SILVA*, INÊS ECHENIQUE MATTOS** E
LILIANE REIS TEIXEIRA***

Mortalidade por câncer infantojuvenil: entenda a queda

O câncer da infância consiste em um conjunto de neoplasias raras, de etiologia pouco conhecida, e corresponde a 3% de todos os casos de neoplasias no mundo (Curado et al., 2007; Kaatsch, 2010). Devido à redução da mortalidade por doenças transmissíveis, o peso do câncer no conjunto de causas de morte na infância aumentou e este se tornou uma das principais causas de óbito nesse grupo etário (Bosetti et al., 2010). Acrescido a isso, a desigualdade de acesso ao diagnóstico e ao tratamento em serviços especializados contribui para que o câncer na infância seja hoje um importante problema de saúde pública.

A incidência anual do câncer infantil no mundo vem se estabilizando desde 1990 e varia entre 70 e 160 casos por milhão de habitantes menores de 15 anos nos Estados Unidos e na Europa (Linabery e Ross, 2008). No Brasil, as taxas de incidência em diversas capitais que dispõem de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) variam segundo região geográfica, sendo, em algumas localidades, maiores que as dos países desenvolvidos, porém mostram frequentes oscilações. Em Goiânia, por exemplo, a

incidência no período de 1989 a 1996 foi de 119/1 milhão para o sexo masculino e 126/1 milhão para sexo feminino; e, entre 2000 e 2003, foi de 249,62/1 milhão em meninos e 212,14/1 milhão em meninas (Braga et al., 2002; Linabery e Ross, 2008).

De modo geral, foi observado declínio da mortalidade por câncer em menores de 15 anos na União Europeia de 2 a 4% no período de 1970 a 2007, com variação entre as regiões. Declínio similar foi registrado no Japão entre 1970 e 2006 (Curado et al., 2007; Yang et al., 2009). Nos Estados Unidos, também observou-se decréscimo acentuado das taxas de mortalidade em menores de 20 anos de 1975 a 1996 (Smith et al., 2010).

No nosso país, onde os dados de incidência ainda não são consistentes, os estudos epidemiológicos sobre câncer na infância valem-se das taxas de mortalidade para avaliar o impacto da doença. Devido às diferenças regionais e de implantação do sistema integrado do Registro de Câncer de Base Populacional, não existe disponibilidade de série histórica de incidência de câncer na infância. Portanto, a análise das tendências de mortalidade por tipo de neoplasia

*Enfermeira do INCA, mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

**Pesquisadora da ENSP/Fiocruz, doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP

*** Pesquisadora da ENSP/Fiocruz, doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP

hematológica pode fornecer subsídios para avaliação da efetividade das estratégias de detecção precoce e intervenção, voltadas para esse grupo, que vêm sendo executadas no Brasil (Monteiro et al., 1997).

Como estudos epidemiológicos sobre câncer pediátrico são escassos em relação aos realizados em adultos, nossa pesquisa teve o objetivo de analisar a tendência de mortalidade por câncer da infância no País e nas suas cinco regiões geográficas e descrever a tendência de mortalidade por leucemias e linfomas no Brasil e nas capitais brasileiras que dispõem de RCBP.

TENDÊNCIA ENTRE OS MENORES DE 20 ANOS

Ao analisar o padrão de distribuição da mortalidade por câncer quanto ao sexo e faixa etária nas diferentes regiões brasileiras, no período de 1981 a 2008, nosso estudo revelou redução das taxas de mortalidade pela doença em menores de 20 anos. Esse declínio pode, em parte, ser explicado pela melhora na terapêutica contra o câncer, sobretudo a leucemia infantil.

As taxas de mortalidade mais elevadas foram encontradas no sexo masculino, para todas as faixas etárias estudadas, variando entre 53,76/1 milhão e 48,37/1 milhão nos quadriênios 1981-1984 e 2005-2008. Crianças menores de um ano e entre 1 e 4 anos apresentaram tendência decrescente e constante da mortalidade pela doença durante todo o período analisado. Na estratificação por sexo, o estudo mostra tendência de declínio dos índices de mortalidade pela doença, com estabilização no fim do período, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino em menores de 20 anos.

Em relação às regiões geográficas, os resultados divergem: o Norte e o Nordeste apresentaram aumento da magnitude das taxas de mortalidade pela doença; enquanto nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste houve tendência de declínio. Os achados sugerem a existência de diferenças no acesso ao diagnóstico e tratamento para a doença no País. Quanto aos tipos de neoplasias, predominaram as leucemias, com variação de 30 a 33% durante todo o período do estudo, seguido das neoplasias do sistema nervoso central, com taxa de 17 a 21%, e dos linfomas não-Hodgkin, que variaram de 6,9% a 5,7% entre 1996 e 2008.

No que se refere à mortalidade por linfoma em menores de 20 anos no Brasil, entre 1996 e 2008, os resultados também foram otimistas, revelando tendência de declínio das taxas de óbito no período, com variação somente entre as faixas de idade analisadas. Nesse tipo neoplásico, houve redução das taxas de mortalidade para todos os grupos etários estudados,

exceto para o entre 10 e 14 anos. Já para as leucemias não houve modelo estatisticamente significativo. As taxas de mortalidade foram mais altas para todo o período e faixas etárias estudadas, com índices mais elevados em crianças de até 4 anos.

Os achados ainda indicam variação da tendência da mortalidade por leucemia e linfoma segundo as capitais brasileiras, refletindo possíveis iniquidades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento das duas doenças. Houve declínio da mortalidade por leucemia na maioria das capitais estudadas, exceto Belém, João Pessoa e Palmas, que apresentaram crescimento de óbitos pela neoplasia. Para os linfomas, o estudo apontou redução das taxas de mortalidade em Belém, Campo Grande e São Paulo.

Os serviços especializados para o tratamento ao câncer estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste, o que pode explicar, em parte, o declínio da mortalidade por leucemias e linfomas nas capitais localizadas nessas regiões, afirmam as estudosas, que também atribuem o aumento da mortalidade em algumas capitais à melhora da qualidade da certificação do óbito nessas cidades. Diante dos resultados, é importante reduzir as iniquidades geográficas, garantindo o acesso aos centros especializados para o diagnóstico precoce e o tratamento de qualidade, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do País. ■

REFERÊNCIAS

- Bosetti, C.; Bertuccio, P.; Chatenoud, L.; Negri, E.; Levi, F.; La Vecchia, C. Childhood cancer mortality in Europe, 1970–2007. *Eur J Cancer*. 2010;46:384 - 94.
- Braga, P. E.; Latorre, M. R. D. O.; Curado, M. P. Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(1):33-44.
- Curado, M. P.; Edwards, M. B.; Shin, H. R.; Storm, H.; Ferlay, J.; Heanue, M.; Boyle, P. et al. *Cancer Incidence in Five Continents*, Volume IX. Lyon: IARC, 2007.
- Kaatsch, P.; Epidemiology of childhood cancer. *Cancer Treat Rev*. 2010 Jun; 36(4):277-85.
- Linabery, A. M.; Ross, J. A.; Trends in childhood Cancer incidence in the U. S. (1992-2004) *Cancer*. 2008;112:416-32.
- Monteiro, G. T. R.; Koifman, R. J.; Koifman, S. Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. I. Confiabilidade da codificação para o conjunto das neoplasias no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13(1 Suppl) 39-52.
- Smith, M. A.; Seibel, N. L.; Altekruse, S. F.; Ries, L. A. G.; Melbert, D. L.; O'Leary, M. et al. Outcomes for Children and Adolescents With Cancer: Challenges for the Twenty-First Century. *J Clin Oncol*. 2010 Apr;19:1-11.
- Yang, L.; Fujimoto, J.; Qiu, D.; Sakamoto, N. Childhood cancer in Japan: focusing on trend in mortality from 1970 to 2006. *Ann Oncol*. 2009;20:166-74.

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br



Mais informações, disque 136.  @minsaude  /minsaude

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.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



Ministério da
Saúde





Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



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