

20

Dezembro
2012


REDE CÂNCER

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

MAIOR E MELHOR

PREPARAÇÃO PARA OBRAS DO COMPLEXO
DE 90.000 M² DO INCA JÁ TEVE INÍCIO

AR GOMES DA SILVA

 @aidsMS
 /campanhaatitudeaids

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



FiqueSabendo



1º DE DEZEMBRO
DIA MUNDIAL DE LUTA
CONTRA A AIDS.

Há 10 anos, João Netto vive com HIV.

Ele estuda, pratica esporte, não abre mão de se divertir. Leva uma vida com qualidade. Tudo isso porque fez o teste de aids e descobriu a tempo de se cuidar.

Faça o teste de aids.
Não fique na dúvida, fique sabendo.
É gratuito, rápido, seguro e sigiloso.
E não se esqueça de sempre usar camisinha.
PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE.
Saiba mais em www.aids.gov.br

MELHORAR SUA VIDA, NOSSO COMPROMISSO.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

sumário



05

ASSISTÊNCIA

Malhação terapêutica

08

PERSONAGEM

Jack, o inovador

12

EPIDEMIOLOGIA

Vitória da saúde

14

DEBATE

O fim, uma decisão do paciente

18

CIÊNCIA

Desvendando o osteossarcoma

22

CAPA

O INCA do futuro

26

REDE

Força nova à pesquisa

28

POLÍTICA

Entre a saúde e o lucro

31

ENTREVISTA

Uma nova política contra o câncer

34

SOCIAL

Tratamentos alternativos: mitos e verdades

40

EDUCAÇÃO

Investimento para a vida



REDE CÂNCER

2012 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

A **Revista 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: **SB Comunicação**.

Jornalista responsável: **Simone Beja - RP 27416/RJ** | Reportagem: **Maria Cristina Miguez, Rodrigo Feijó e Silvana Caminiti** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Eduardo Samaruga** | Revisão gramatical: **José Neves de Oliveira** | 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



Uma virada com boas notícias

Prezado leitor,

O fim do ano chegou com uma boa notícia: o número de casos de câncer do colo do útero e a mortalidade pela doença estão caindo. Das 11 cidades com Registro de Câncer de Base Populacional com pelo menos oito anos de série histórica, a doença apresentou tendência de queda na incidência em oito, e na mortalidade, em seis. Os números e as tendências dos tipos de câncer de maior impacto no Brasil estão no terceiro número do *Informativo Vigilância do Câncer*, que o INCA lançou no Dia Nacional de Combate ao Câncer. Saiba mais na seção *Epidemiologia*, na página 12.

E quem disse que pesquisa em câncer é coisa só de cientista pós-graduado? O americano Jack Andraka, de apenas 15 anos, criou um método inovador para diagnosticar o câncer de pâncreas. Confira a matéria exclusiva para a *REDE CÂNCER* na seção *Personagem*, na página 8.

A resolução do Conselho Federal de Medicina, que permite que o portador de doença crônico-degenerativa em fase terminal decida se deseja ou não ser submetido a procedimentos invasivos e dolorosos, é o tema da seção *Debate*, na página 14. Leia, entenda e tome uma posição.

Em setembro, foi dado início à preparação do terreno onde será construído o Campus do INCA, o mais completo centro de desenvolvimento científico e de inovação tecnológica para o controle do câncer da América Latina. O complexo vai ampliar a capacidade do Instituto para internações em 22%, para atendimentos de quimioterapia em 45% e de radioterapia em 40%. Conheça o projeto e veja como vão ficar as novas instalações do INCA na matéria de capa, a partir da página 22.

E para fechar esta edição, vamos conhecer os sonhos, as expectativas e os desafios dos residentes dos programas de Oncologia na seção *Educação*.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

assistência

EXERCÍCIOS FÍSICOS GANHAM ESPAÇO ENTRE TERAPIAS
COADJUVANTES NO TRATAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Malhação terapêutica

A prática de atividades físicas sempre constou das orientações médicas quando o assunto é bem-estar e qualidade de vida. E, hoje, a recomendação também se estende ao paciente com câncer. Um número cada vez maior de instituições especializadas na assistência oncológica inclui os exercícios físicos como coadjuvantes em todas as fases do tratamento: antes e depois da cirurgia, da quimioterapia e/ou da radioterapia. Oncologistas e fisiatras garantem que fazer exercícios não só é seguro e possível, como também ajuda a melhorar a resposta ao tratamento, a disposição e a qualidade de vida do paciente. Entre os principais benefícios, garantem, estão: melhora da autoestima; controle do peso; diminuição do risco de desenvolver depressão e náuseas; melhora do humor; e combate da fadiga e da caquexia

(síndrome multifatorial caracterizada pela perda contínua de massa muscular, com ou sem a presença de perda de gordura).

“A prática de exercícios ajuda a melhorar a capacidade física e permite ao paciente maior independência para atividades cotidianas, beneficiando o tratamento e a recuperação da saúde. Por isso, é importante que os oncologistas orientem seus pacientes para que se exercitem”, diz a fisiatra Christina Brito, coordenadora do Serviço de Reabilitação do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp).

O Serviço de Reabilitação da instituição mantém uma equipe multidisciplinar com 112 profissionais, entre fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, educadores físicos e outros especialistas. O setor conta com equipamentos



esportivos, como esteiras, bicicletas ergométricas e halteres. Atualmente, atende cerca de 2.500 pacientes por mês. De acordo com Christina, no momento do diagnóstico da doença, a boa condição física ajuda o paciente a aceitar mais facilmente o tratamento, o que é considerado positivo do ponto de vista psicológico. E a continuação das atividades durante o tratamento auxilia na redução de alguns efeitos colaterais da terapia.

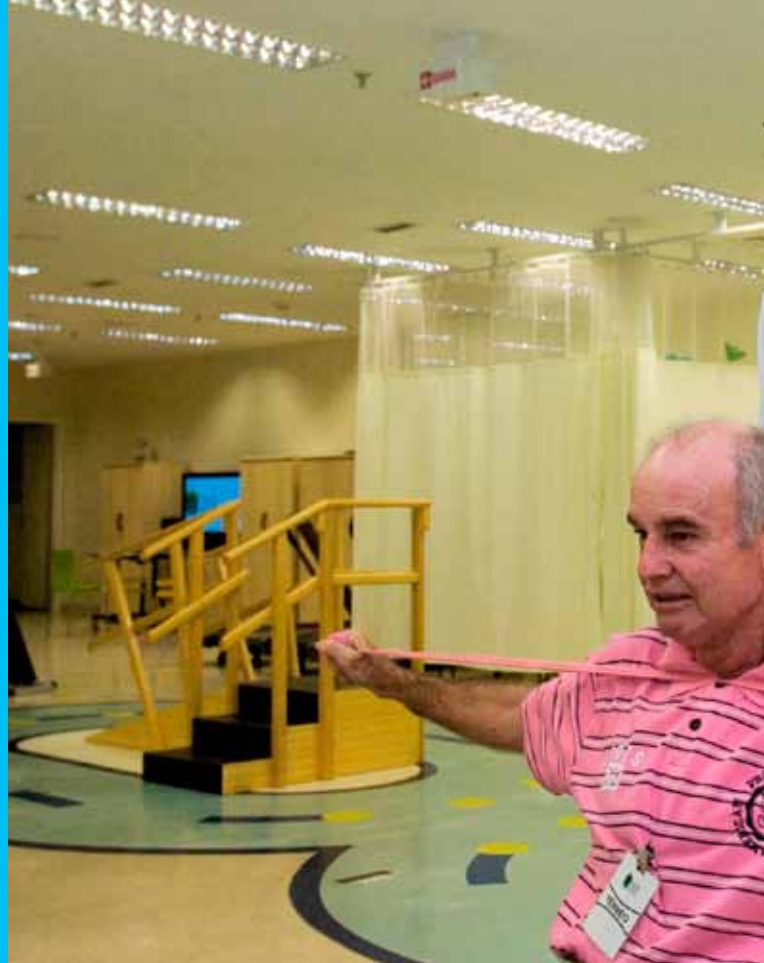
“Com os exercícios físicos, trabalhamos em importantes frentes contra a doença, incluindo o manejo da dor e o combate à fadiga crônica, manifestação que acomete 90% dos pacientes com qualquer tipo de câncer”

Christina Brito, coordenadora do Serviço de Reabilitação do Icesp

A especialista lembra que, no caso de tumores de mama e cólon, estudos científicos comprovam que os exercícios, além de colaborarem no tratamento, diminuem as chances de recidiva. Com relação ao câncer de próstata, ela cita estudo publicado no *Journal of Clinical Oncology*, em 2010, demonstrando que apenas 15 minutos diários de exercícios foram suficientes para reduzir a taxa de mortalidade em pacientes com a doença. Os pesquisadores, da Escola de Saúde Pública de Harvard (EUA), avaliaram os níveis de atividade física de 2.686 pacientes, antes e depois do diagnóstico.

“Com os exercícios, trabalhamos em importantes frentes contra a doença, incluindo o manejo da dor e o combate à fadiga crônica, manifestação que acomete 90% dos pacientes com qualquer tipo de câncer”, explica. A médica ressalta que outro aspecto importante é o aumento da eficiência metabólica e energética do corpo, reduzindo assim a ação dos carcinógenos. Segundo ela, para cada paciente é criado um programa de exercícios, levando em conta suas necessidades terapêuticas e condição clínica.

Entre os muitos pacientes que já tratou com bons resultados, Christina, também coordenadora médica do Serviço de Reabilitação do Hospital Sírio-Libanês (SP), cita um homem de 60 anos com câncer de pulmão, que chegou bastante fragilizado, com sedentarismo crônico, dor, fadiga e distúrbios do sono.



Após três meses de acompanhamento, sua qualidade de vida melhorou significativamente.

Para a especialista, o grande desafio é convencer o paciente a continuar praticando exercícios após a alta. No serviço do Sírio-Libanês, que conta com 152 profissionais, são atendidos cerca de 1.500 pacientes com doenças crônicas por mês, 10% deles oncológicos.

Chefe do Serviço de Fisiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj), Mauro Meirelles Pena é outro defensor da prática da atividade física nas diferentes fases da doença. Segundo Pena, no período anterior ao tratamento, os exercícios agem na preservação das funções fisiológicas e metabólicas, preparando o paciente física e psicologicamente para o processo terapêutico que irá enfrentar. “Fazer atividades físicas também pode contribuir para melhorar o apetite, a autoestima e a autopercepção, com influência positiva na rotina diária”, destaca.

Vários estudos indicam ainda importante ação terapêutica dos exercícios no pós-operatório, minimizando o desconforto em pessoas acamadas por longo período, como forma de prevenir complicações e acelerar a recuperação da mobilidade e amplitude de movimentos. O importante, de acordo com Pena, também professor da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj, é que o programa de exercícios – em qualquer fase



do tratamento – seja sempre preparado levando-se em conta as condições clínicas do paciente.

EFEITO PROTETOR E TERAPÊUTICO

Outras duas unidades que empregam os exercícios físicos como coadjuvante no tratamento do câncer são o Hospital de Base e o Lucy Montoro, de São José do Rio Preto, e o Albert Einstein, em São Paulo. Para os coordenadores de ambos os serviços, é sempre importante que o oncologista converse com seu paciente a respeito dos efeitos protetor e terapêutico da atividade física em relação ao câncer e seu papel como atenuante de complicações associadas à doença e a seu tratamento.

Os especialistas lembram que estudos com pacientes em quimioterapia, contra diferentes tipos de tumor, evidenciam que, aqueles submetidos a um programa de exercícios, apresentaram redução da fadiga, melhora da vitalidade, da força muscular, da funcionalidade e da capacidade respiratória. “O oncologista deve identificar as necessidades do paciente, que vão além do tratamento convencional contra a doença”, opina o cirurgião Paulo de Tarso Lima, chefe do Grupo de Medicina Integrativa do Instituto de Oncologia e Hematologia do Albert Einstein. Ele explica que nos andares destinados à oncologia

existem equipamentos para exercícios, como esteiras e bicicletas. “Procuramos passar para o paciente o conceito do autocuidado; ajudá-lo a ter consciência do que é importante para sua saúde; e, a partir daí, o orientamos a praticar atividades físicas”, diz. Os pacientes oncológicos representam 20% dos 200 atendidos por mês pelo Grupo. Atualmente o hospital vem trabalhando para levar a outras instituições que atendem pacientes com câncer a proposta da medicina integrativa.

Para os especialistas, os possíveis mecanismos responsáveis pelos efeitos benéficos da atividade física em pacientes com câncer envolvem sua atuação sobre a indução da carcinogênese (iniciação e progressão tumoral), o metabolismo, a imunidade, os níveis hormonais, a inflamação e a angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos, que acabam ‘alimentando’ os tumores) entre outras teorias, todas ainda em estudo. ■

EXERCÍCIOS NA RECEITA MÉDICA

No início de outubro, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo lançou um programa inédito no País, o Exercise is Medicine (exercício é remédio), que prevê que médicos da rede pública, sempre que possível, prescrevam na receita exercícios físicos a seus pacientes. Criado há cinco anos pelo American College of Sports Medicine (considerada a maior organização de medicina esportiva e ciência do exercício do mundo) e pela American Medical Association, a ação foi implantada em parceria com o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs). O programa consiste na capacitação dos profissionais em relação à inclusão da atividade física na rotina de condutas terapêuticas para tratamento e recuperação de doenças crônicas, entre elas o câncer. O primeiro curso, com seis horas de duração, teve a participação de cerca de 150 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, educadores físicos e fisioterapeutas de 14 instituições, entre elas, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Albert Einstein e Icesp. Além de prescrever a atividade física, o médico também deve indicar o paciente a um profissional de educação física. Inicialmente, o programa ocorre na capital, mas deve ser ampliado para as demais cidades paulistas, por meio de uma rede virtual de capacitação. A ideia é levar, no futuro, a ação para todo o Brasil. A logística para que isso aconteça será discutida com o Ministério da Saúde.

personagem

COM APENAS 15 ANOS DE IDADE, AMERICANO PODE
REVOLUCIONAR O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PÂNCREAS

Jack, o inovador

A experiência de conviver com um parente em tratamento de câncer pode ser bastante transformadora. Em alguns casos, serve de motivação para a busca de novos caminhos. Foi o que aconteceu com Jack Andraka, um americano de 15 anos que, depois de perder seu tio por conta de um câncer de pâncreas, decidiu investir seu tempo livre em uma atividade muito pouco comum para alguém da sua idade: pesquisar formas de combate à doença. Em 18 de maio deste ano, seu esforço foi recompensado. Jack venceu a Feira Internacional de Ciência e Engenharia da Intel, a maior do mundo para pré-universitários, com seu projeto de um método inovador para o diagnóstico de câncer de pâncreas muito mais barato e sensível do que as técnicas atualmente utilizadas.

Jack conta que sempre teve interesse em ciências e saúde. Nas feiras de ciência de sua escola, desenvolveu projetos ligados ao controle de inundações e de poluição da água. “Minha família é muito importante para o meu sucesso. Nós debatemos ciência e matemática durante o jantar e temos muitas discussões frutíferas sobre nossas hipóteses”, revela. Jack vive com seus pais e seu irmão mais velho em Maryland, próximo a Washington, capital norte-americana, onde cursa o que seria o equivalente no Brasil ao primeiro ano do Ensino Médio no North County High School. Fã do seriado de TV Glee, o menino também gosta de fazer origamis e praticar canoagem.

Perguntado sobre quem teria sido modelo para seu trabalho, Jack não hesita. “Philip Streich foi definitivamente um grande modelo de comportamento para mim. Ele apresentou projetos na feira da Intel (fabricante de processadores para computadores) diversas vezes antes de vencer. Eu tenho certeza de que muitas dos milhares de visualizações de seu vídeo no Youtube (site público de vídeos na internet) são por eu ter assistido repetidamente ele apresentar e ganhar!”, afirma. Philip venceu a feira da Intel em 2007 com um projeto no campo da nanotecnologia, ciência que estuda a manipulação da matéria em escala atômica e molecular. Philip fundou, ainda adoles-

cente, duas empresas no ramo da ciência. Ele estava estudando na Universidade de Harvard, e, no final de setembro, morreu acidentalmente na fazenda da família.

O projeto de Jack também é relacionado com a nanotecnologia. Ele criou um teste que usa nanotubos de carbono (estruturas com a espessura de um átomo, muito usadas pela indústria farmacêutica) revestidos com um anticorpo específico projetado para se ligar com uma proteína. Nesse caso, o objetivo é detectar um marcador biológico do câncer de pâncreas, a mesotelina. “Desenvolvi um sensor de papel, uma fita, que identifica uma proteína encontrada no sangue e na urina. Em grandes quantidades, essa proteína indica que a pessoa tem câncer de pâncreas, ovário ou pulmão. Trata-se de um sensor genérico para esses três tipos de



Fotos: Arquivo pessoal

câncer”, explica o garoto. Basta uma gota de sangue na tira de papel com reagentes para a realização do exame, como nos sensores para medição de glicose.

Em comparação com o teste Elisa, o método de detecção de câncer mais difundido atualmente, o novo sensor se mostrou 168 vezes mais rápido, 26.667 vezes mais barato e 400 vezes mais sensível. “Meu teste pode diagnosticar o câncer antes que a doença se torne invasiva a um custo de três centavos de dólar por exame”, afirma. Jack conta que sua ideia surgiu durante uma aula de biologia, em 2011, quando juntou o que havia aprendido sobre a condutividade elétrica dos nanotubos e a reação de anticorpos. Essa condutividade muda sensivelmente quando a distância entre os nanotubos se modifica. E quando anticorpos entram em contato com uma proteína-alvo, eles se espalham. Pensando nessas duas coisas, Jack imaginou que se revestisse nanotubos com um anticorpo, em seguida poderia usar um dispositivo de medição elétrica para verificar a reação ao contato com o sangue de um indivíduo.

“Levei dois meses para pensar em como montar o sensor, quais reagentes usar e planejar quanto tempo eu precisaria em um laboratório”, lembra. A partir daí, Jack começou a disparar e-mails para diversas instituições solicitando permissão para usar um laboratório para trabalhar em seu projeto. Dos 200 e-mails que enviou, 197 retornaram com negativa, dois nunca foram respondidos e um aceitou a sua proposta. O homem que disse sim foi Anirban Maitra, professor de patologia e oncologia na respeitada Universidade Johns Hopkins School of Medicine e pesquisador de câncer pancreático. “Quando eu estava prestes a desistir, recebi minha última resposta”, conta o menino.

Na segunda metade de 2011, Jack começou o trabalho, que duraria sete meses. O menino ia para o laboratório, uma viagem de 70 km a partir da sua casa, todos os dias depois da escola. Fazia esse trajeto até mesmo em feriados e costumava sair de lá tarde da noite. “No início, minha família achou que meu projeto era complexo demais, mas depois que perceberam o quanto eu estava apaixonado pela investigação e o quão duro eu estava disposto a trabalhar, eles me ajudaram a organizar meu cronograma e disponibilizaram muito tempo para me apoiar”, afirma. Jack conta ainda que os pais o incentivaram a permanecer otimista mesmo com todos os contratemplos.



Jack já começa a ser recompensado por seu árduo trabalho. Na Feira Internacional de Ciência e Engenharia da Intel levou 100 mil dólares para casa; 75 mil pelo prêmio principal e mais 25 mil em prêmios especiais. Esse dinheiro deverá ser usado para financiar sua carreira como patologista. Apesar de bastante promissor, o projeto de Jack ainda é um trabalho para uma feira de ciências e precisa passar pelo rigor da comunidade científica antes de chegar aos pacientes. Seu trabalho deve ser submetido agora à publicação pela American Association for Cancer Research. O menino já entrou com pedido de patente para sua ideia. “Eu contratei um advogado de patentes bem ‘fera’ logo após vencer a feira”, conta.

Jack diz que, no momento, se dedica a comercializar o produto e que várias empresas já entraram em contato com objetivo de licenciar o teste. “Eu ainda estou aprimorando meu projeto e tenho um grupo de mentores maravilhosos que me ajudam a aprender sobre as diferentes opções e oportunidades em negócios, pesquisa e faculdade.” Junto a isso, Jack também segue os conselhos de seus pais e busca aproveitar a adolescência. Seus planos para o futuro, mesmo que daqui a duas décadas, ainda o encontram muito jovem e cheio de possibilidades. “Em 20 anos eu estarei com 35 anos! Espero ter conseguido desenvolver minhas ideias e a ajudar muitas pessoas a permanecerem saudáveis e seguras”, torce.

Apesar de concordar com o fato de ter uma inteligência acima da média, Jack diz que o principal é a dedicação ao trabalho que está sendo feito. Para ele, o mais importante é encontrar aquilo por que você tem paixão e fazer as perguntas certas. “Eu diria para todas as crianças continuarem curiosas. Há problemas no momento, mas elas podem mudar o mundo para melhor. Elas conhecem os problemas de suas comunidades e podem encontrar soluções para eles. É por isso que é tão importante conectar os milhões de crianças no mundo umas às outras e ao conhecimento. Juntos nós podemos resolver problemas!”, acredita. ■



notas

FUMO X MEIO AMBIENTE

Em novembro, foi realizada em Seul, Coreia do Sul, a quinta sessão da Conferência das Partes, que faz balanços das ações e estabelece metas para a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Desta vez, os destaques nas discussões foram os artigos referentes à promoção de alternativas ao plantio de fumo e à proteção do meio ambiente.

FLORES

O Mercosul recebeu da Framework Convention Alliance, organização internacional da sociedade civil, o Prêmio Orquídea, por promover a cooperação regional para implementação do tratado, inserir o controle do tabaco na agenda de desenvolvimento e priorizar a saúde ao comércio.

Segundo Leandro Viegas, chefe da Assessoria Internacional de Assuntos de Saúde do Ministério da Saúde, a maioria dos países do bloco já aprovou leis que proíbem o fumo em locais fechados, incluíram imagens de advertência nos maços e implantaram medidas de suporte e tratamento para quem deseja parar de fumar. Além disso, entre 2010 e 2012, o aumento de preços dos cigarros na região variou de 12,5%, no Uruguai, a 138% no Chile.

O Brasil ocupa a presidência pro-tempore do bloco.

CORTINA DE FUMAÇA...

Do outro lado, a indústria do tabaco concentrou esforços para enfraquecer o apoio às alternativas ao cultivo do fumo, por entender a proposta como uma ameaça a sua lucratividade.

A produção agrícola é um componente central para redução dos custos, e a diminuição do preço dos cigarros é estratégia comercial para ampliar o acesso a esses produtos.

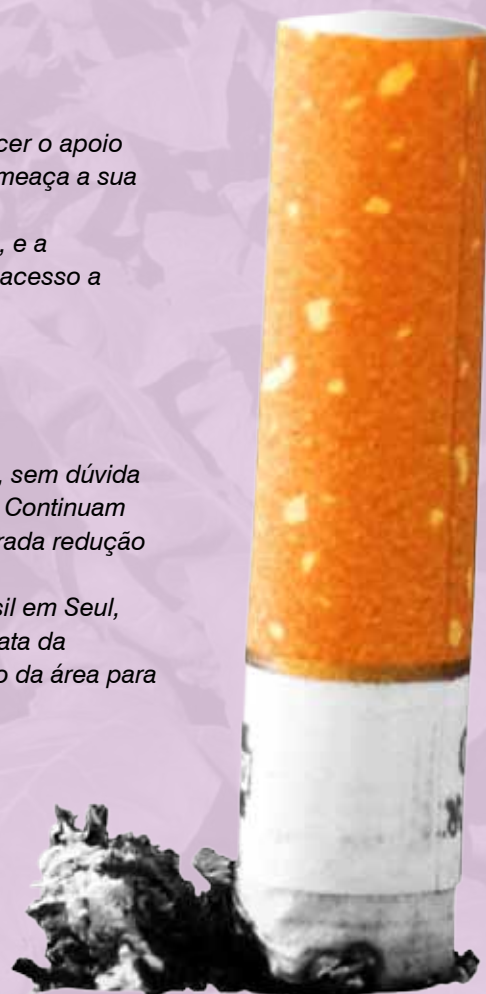
...E POLÊMICA

O item da minuta que se referia à redução da área plantada com tabaco, sem dúvida o assunto mais polêmico na Conferência, ficou fora do documento final. Continuam na Convenção medidas para salvaguardar os fumicultores de uma esperada redução da demanda com o alcance dos objetivos do tratado.

Sérgio Luis Lebedeff Rocha, ministro-conselheiro da Embaixada do Brasil em Seul, lembrou que o País trabalhou ativamente para a criação do grupo que trata da diversificação de culturas. Entretanto, discordou da proposta de redução da área para o plantio do fumo.

COMÉRCIO ILEGAL

Os delegados aprovaram um protocolo que define regras para combater o comércio ilegal por meio do controle da cadeia de fornecimento e cooperação internacional.



60 DIAS PARA TRATAMENTO NO SUS

A partir de maio de 2013, pacientes do SUS que forem diagnosticados com câncer terão seus tratamentos iniciados em até 60 dias. A lei que estabelece o prazo máximo para o primeiro tratamento – cirurgia, radioterapia ou quimioterapia – foi sancionada em novembro pela presidente Dilma Rousseff. Se o caso for grave, o prazo pode ser menor.



Foto: Arquivo INCA

CÂNCER INFANTIL

Para marcar o Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil, 23 de novembro, o Instituto Desiderata incentivou ações em hospitais públicos que atendem crianças com câncer no Rio de Janeiro. Sessão de cinema, esquetes com palhaço, jogos e oficina de artes plásticas foram algumas das atividades realizadas.

Desde 2003, o Desiderata vem atuando na mobilização de gestores e profissionais de saúde dos hospitais públicos do Rio de Janeiro em prol do diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil e do acesso e humanização do tratamento. Como resultado desse esforço, foram capacitados, só este ano, por meio da ação Unidos Pela Cura, 800 profissionais, entre médicos, enfermeiros e, principalmente, agentes comunitários de saúde. A formatura do grupo aconteceu no próprio dia 23.



Fotos: José Antônio Campos



ADVERTÊNCIAS: ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS

Está em fase de testes um experimento piloto para avaliar o impacto emocional de advertências sanitárias textuais vinculadas à publicidade de produtos alimentícios com alto teor de sódio, açúcar e gorduras trans e saturada. Cinquenta e seis universitários classificaram imagens de produtos alimentícios, elencando-as de acordo com seu impacto emocional. Metade era precedida de mensagens de advertência, e as demais, de mensagens neutras. Conclusões parciais revelaram que as imagens com advertência desagradavam aos participantes, mesmo quando relatavam estar com fome, e despertaram menor vontade de consumo, principalmente nos voluntários com maior circunferência abdominal. Assim, o uso de advertências pode ser uma importante estratégia de saúde pública na prevenção de doenças relacionadas à má alimentação.

O trabalho foi desenvolvido pelo INCA com os laboratórios de Neurobiologia e Integrado de Pesquisa Sobre o Estresse (Linpes), da Universidade Federal do Rio de Janeiro e de Neurofisiologia do Comportamento (Labnec), da Universidade Federal Fluminense. Apresentado em formato de pôster no VI Simpósio de Oncobiologia da UFRJ, em setembro, foi eleito o melhor cartaz do evento.

EFEITO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE
JÁ É OBSERVADO NAS TENDÊNCIAS DE CÂNCER

Vitória da saúde

As ações de controle do câncer no Brasil estão surtindo efeito. Alguns tipos de tumores malignos com grande potencial de prevenção primária ou detecção precoce demonstram estabilidade ou queda nas taxas de incidência e de mortalidade. Os números mais expressivos foram constatados em relação ao câncer do colo do útero: entre as 11 cidades com Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) com pelo menos oito anos de informações consolidadas, nove demonstram tendência de queda nas taxas de incidência e de mortalidade. Em duas foi registrada tendência crescente na incidência e, em apenas uma, tendência crescente da mortalidade.

As quedas mais relevantes ocorreram em Curitiba (-9,4% na incidência e -7,9% na mortalidade, por ano), São Paulo (-7,4% e -3,6%) e Goiânia (-4,9% e -3,2%). A cidade de João Pessoa apresentou aumento nas taxas de incidência (+6,1%) e de mortalidade (+21,3%).

Essas e outras análises estão no terceiro número do Informativo Vigilância do Câncer, que a Divisão de

Vigilância e Análise da Situação do INCA lançou em comemoração ao Dia Nacional de Combate ao Câncer, 27 de novembro. A publicação é inédita, pois, pela primeira vez no País, apresenta análise de tendência. “Hoje dispomos de informações de incidência e de mortalidade confiáveis, o que permitiu fazermos essa avaliação”, resumiu Marcell Santos, estatística do INCA.

Informações coletadas por 22 RCBP com pelo menos um ano consolidado foram analisadas em relação à incidência e à mortalidade. A relação entre elas permitiram estimar também o grau de letalidade e a sobrevivência para os cânceres de maior magnitude no País. E a partir das informações dos 11 RCBP com pelo menos oito anos de série histórica, foi feita a avaliação de tendência. “Embora as informações sejam restritas à área de cobertura, o perfil de câncer tende a ser semelhante entre locais próximos. Então, os resultados apresentados provavelmente são um reflexo do Estado e das regiões onde ficam os RCBP”, destaca Marcell.

CÂNCER

“As ações de controle do tabagismo, iniciadas há duas décadas, já começaram a surtir efeito na incidência, mas ainda não chegaram na mortalidade”

MARCELI SANTOS, estatística do INCA

As ações de prevenção ao tabagismo puderam ser evidenciadas na redução da incidência do câncer de pulmão em algumas capitais. Entre os homens, a incidência desse tipo de câncer diminuiu em São Paulo (- 7,2% ao ano), Salvador (-5,7% ao ano) e Curitiba (-3,2 % ao ano). A queda de mortalidade mais expressiva aparece em Salvador (-4,5% ao ano), seguida de São Paulo (-2,2%). Já entre as mulheres a incidência só caiu em São Paulo (- 3,5% ao ano) e Curitiba (- 1,1% ao ano). João Pessoa, por sua vez, apresentou elevada tendência de alta (+21,4% ao ano). A mortalidade cresceu em todos os RCPB analisados, provavelmente um reflexo da melhoria da qualidade no preenchimento dos atestados de óbitos.

“As ações de controle do tabagismo, iniciadas há duas décadas, já começaram a surtir efeito na incidência, mas ainda não chegaram na mortalidade. Entre as mulheres, a tendência ainda é de alta porque elas começaram a fumar cerca de 20 anos após os homens”, situou a estatística.

Outra constatação positiva é que a sobrevida em cinco anos de pacientes de câncer de mama está em torno de 80%, ligeiramente superior à de outros países da América Latina. Nesse caso, ponto para as ações de detecção precoce.

O câncer de mama feminina apresentou tendência de queda, tanto na incidência como na mortalidade em três dos RCBP estudados: Jaú, Salvador e São Paulo. Em Curitiba, a incidência também está em queda. Cinco registros apontaram tendência de alta na incidência (Aracaju, Goiânia, João Pessoa, Palmas e Porto Alegre), e três, na mortalidade (Aracaju, Curitiba e João Pessoa). Os demais demonstraram estabilidade das taxas.

Além desses três tipos, também foram analisadas as tendências de incidência e mortalidade dos cânceres de próstata, estômago e cólon e reto. Em relação ao de pele não melanoma, devido à sua baixa letalidade, foi avaliada apenas a tendência de incidência. ■

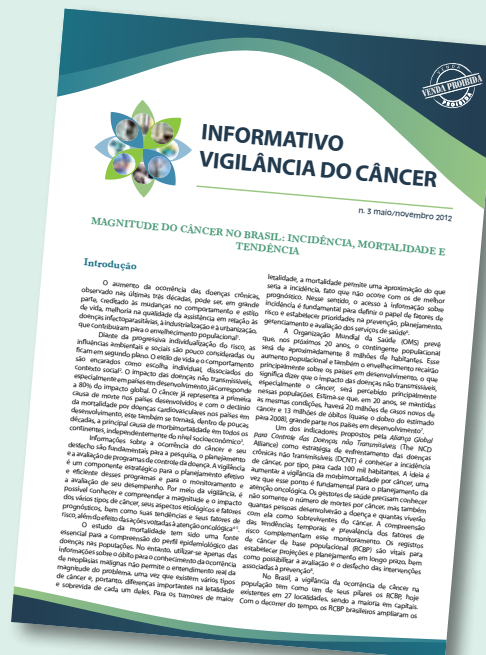
METODOLOGIA

Uma vez que o Brasil não tem informações nacionais para incidência, para se obter uma avaliação global, a estratégia foi calcular a mediana da distribuição das taxas de incidência dos 22 RCBP por localização e sexo.

Para a análise de incidência, a publicação contou com informações coletadas em períodos diversificados, iniciando em 1988 e indo até 2009. O RCBP com a maior série história é o de Goiânia (1988-2008). As outras cidades participantes são Aracaju (1996-2006); Belém (1998-2001); Belo Horizonte (2001-2005); Campinas (1991-1995); Campo Grande (2000-2003); Cuiabá (2001-2005); Curitiba (1998-2006); Distrito Federal (1999-2002); Florianópolis (2008); Jaú (2000-2009); João Pessoa (1999-2006); Manaus (2001-2005); Natal (2000-2004); Palmas (2000-2009); Poços de Caldas (2007-2008); Porto Alegre (1993-2005); Recife (1996-2005); Salvador (1997-2004); São Paulo (1997-2008); e Vitória (1997).

As informações mais recentes de mortalidade no Brasil, disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde, são de 2010.

A publicação pode ser acessada na íntegra em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_vigilancia_cancer_n3_2012.pdf.



debate

MÉDICOS SE DIZEM FAVORÁVEIS A RESOLUÇÃO DO CFM QUE PREVÊ RESPEITO À AUTONOMIA DO DOENTE TERMINAL DE DECIDIR COMO QUER MORRER

O fim, uma decisão do paciente



Oncolistas e médicos especialistas em cuidados paliativos que lidam em seu cotidiano com a iminência da morte receberam com aprovação a Resolução 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelecendo critérios sobre o uso de tratamentos considerados invasivos ou dolorosos, em casos clínicos nos quais não exista nenhuma possibilidade de recuperação. Por meio da nova regra, o portador de doença crônica-degenerativa, como câncer, pode optar por não querer ser submetido a determinados procedimentos, na fase terminal.

Sob o nome formal de “diretiva antecipada de vontade”, a resolução, editada em agosto, ficou conhecida como testamento vital, e prevê o registro do desejo expresso pelo paciente em documento – que pode ser feito com antecedência, em cartório, pela própria pessoa, ou mais tarde, no hospital. Nesse caso, cabe ao médico registrar no prontuário do paciente a decisão comunicada diretamente a ele pelo doente.

Para o primeiro-secretário do CFM, o anestesiólogo Desiré Carlos Callegari, a resolução representa um importante avanço na relação médico-paciente, pois dá autonomia ao doente para escolher sobre a fase terminal de sua vida e amparo legal ao profissional para respeitar tal decisão. “Assim, o testamento vital permite que a equipe que atende o paciente tenha o suporte legal e ético para cumprir sua orientação, quanto ao tratamento que quer receber.”

Ainda segundo Callegari, a Resolução 1.995 foi bem recebida pela comunidade médica e a sociedade como um todo, inclusive por representantes de diversas religiões e por comissões bioéticas de várias instituições do País, que têm entre seus membros advogados, psicólogos e religiosos.

O primeiro-secretário do CFM diz que a diretiva antecipada de vontade complementa a Resolução 1.806/2006 do CFM, que criou a ortotanásia (morte natural sem sofrimento em fase terminal de doença crônica). A norma permite ao médico limitar ou suspender tratamentos exagerados e desnecessários que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Prevê ainda que o médico preste os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal.

“É uma questão de respeito ao direito do paciente que não tem mais possibilidade de cura. O paciente que não responde mais ao tratamento curativo tem direito a ter qualidade de vida nesse estágio e escolher como quer morrer”

Claudia Naylor, diretora do Hospital do Câncer IV do INCA

A Resolução 1.806 foi incorporada ao Código de Ética Médica, em 2009, e julgada procedente pela Justiça Federal, em 2010.

A sentença foi dada pelo juiz Roberto Luis Luchi Demo, da 14ª Vara da Justiça Federal, em Brasília, em 1º de dezembro de 2010, após considerar improcedente pedido feito pelo Ministério Público Federal, por meio de ação civil pública, de decretação de nulidade da Resolução nº 1.805/2006. Em sua sentença, o juiz afirma que “a Resolução não determinou modificação significativa no dia a dia dos médicos que lidam com pacientes terminais, e deve incentivar os médicos a descrever exatamente os procedimentos que adotam e os que deixam de adotar, em relação a pacientes terminais, permitindo mais transparência e possibilitando maior controle da sua atividade médica”. A decisão pôs o ponto final em uma discussão que já durava mais de três anos.



Para a cirurgiã e oncologista Claudia Naylor, diretora do Hospital do Câncer IV, unidade de Cuidados Paliativos do INCA, a diretiva antecipada de vontade é um tema que deveria estar sendo discutido no Brasil há mais tempo, dada sua importância extrema. No entender dela, a sociedade precisava ter esse tipo de norma em mãos, por isso a nova resolução é bem-vinda. “É uma questão de respeito ao direito do paciente que não tem mais possibilidade de cura. O paciente que não responde mais ao tratamento curativo tem direito a ter qualidade de vida nesse estágio e escolher como quer morrer”, afirma. Segundo Claudia, a Resolução 1.995 também traz mais responsabilidade para o médico, na questão de comunicar ao paciente sobre seus direitos de escolha. “Cabe ao oncologista não apenas informar sobre a nova norma, mas explicar para o paciente o que significam as escolhas que ele vai fazer. Deixar claro que sua vontade será respeitada, e que ele tem direito de mudar de ideia durante o processo também”, define.

QUALIDADE DE MORTE PARA PACIENTES CRÔNICOS

Claudia lembra que pesquisa realizada pela consultoria Economist Intelligence Unit e publicada pela revista inglesa *The Economist*, em 2010, coloca o Brasil em 38º lugar em um ranking de 40 países quando o assunto é qualidade de morte de pacientes com doenças crônicas, à frente apenas de Uganda e da Índia. Esse resultado indica que o brasileiro em estado terminal ainda sofre muito em seu processo de morte. Já o Reino Unido, que discute o tema qualidade de morte há 60 anos, ocupa o primeiro lugar no ranking. “Precisamos melhorar muito ainda em termos de qualidade de morte no Brasil. Essa nova resolução do CFM nos dará mais tempo para organizar a ortotanásia”, diz.

O diretor de Prática Médica do Hospital Israelita Albert Einstein, o nefrologista Oscar Pavão, também concorda que a criação do testamento vital “é um avanço em relação ao respeito do direito do paciente com doença progressiva, incurável e avançada e sem possibilidade razoável de resposta a tratamento específico curativo”. O exercício do princípio da autonomia do paciente terminal, em razão da dificuldade e abrangência de tal decisão, mesmo para aqueles que não estejam emocionalmente envolvidos, deve ocorrer de uma maneira evolutiva e com a velocidade adequada a cada caso”, opina.



Já a médica Lílian Trindade, do serviço de Cuidados Paliativos e Tratamento da Dor do Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba, lembra a importância da humanização da morte e que é preciso que o médico transmita ao paciente a segurança de que ele será respeitado até o último momento. Para ela, o paciente tem o direito de morrer com dignidade. De escolher, por exemplo, morrer em companhia de familiares, num quarto de hospital ou mesmo em casa, e não sob ventilação mecânica, sedado, recebendo medicamentos que não vão reverter seu quadro. “O leito de UTI é para o paciente que vai conseguir restabelecer sua saúde. O paciente terminal tem o direito de escolher ficar com a família, em vez de internado num hospital, rodeado de pessoas desconhecidas e com aparelhos apitando”, diz.



Segundo Lílian, cirurgiã e médica da dor, os profissionais do hospital procuram ver o paciente como um todo e mostrar a ele que sua vontade é fundamental. De acordo com a especialista, a equipe da unidade também trabalha no sentido de preparar a família para acatar a vontade do paciente. “É direito do paciente ter uma morte serena, entre familiares”, defende a médica, que lembra que todo o trabalho é feito dentro do conceito da ortotanásia.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos previstos para a ortotanásia são o controle da dor e outros sintomas; e o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual; para que o paciente e sua família possam atingir a melhor qualidade de vida possível. Dessa forma, o bem-estar do paciente passa a ser a prioridade, e não a luta contra algo que, inevitavelmente, não há como combater. ■

SÃO PAULO TEM LEI ESTADUAL SOBRE O ASSUNTO

Muitos anos antes de o CFM editar a resolução que cria o testamento vital, o Estado de São Paulo já contava com uma lei similar. A Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (10.241/99) assegura em seu artigo 2º que “é direito dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida”. A lei foi criada pelo então governador Mário Covas, que viria a morrer, em decorrência de complicações por causa de um câncer. Covas criou a lei um ano após saber de sua doença, e, quando já não havia mais possibilidades terapêuticas de cura, optou por ficar com os familiares.

O geriatra Toshio Chiba, coordenador do Programa de Cuidados Paliativos do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), lembra que a resolução do CFM não tem poder legal, porém, para o médico, tem a força de lei. “Estamos falando da integralidade do tratamento até o seu final, com o sentido de oferecer o melhor tratamento até o fim. O paciente tem o direito de morrer com dignidade”, comenta. De acordo com ele, o programa do Icesp conta com uma equipe multidisciplinar, que trata das dores físicas e também das dores emocionais dos pacientes por estarem tão perto da morte. A abordagem também se estende à família, para que todo o processo seja aceito com a maior naturalidade e com o mínimo de sofrimento possível.

“O programa conta ainda com um núcleo avançado de cuidados especiais, para atender os pacientes terminais que não querem mais ficar no hospital, mas não podem ir para casa, porque a família não tem a estrutura necessária. Tudo isso faz parte de um trabalho voltado para o respeito da autonomia de escolha do paciente”, completa.

Em relação ao câncer, o documento traz boas notícias: a variação da cobertura nacional da mamografia aumentou de 54,8% (2003) para 71,1% (2008) e a do exame papanicolaou, de 82,6% para 87,1%, no mesmo período. Outro dado relevante sobre cobertura mamográfica é o que registra que a realização do exame cresce hoje a um ritmo de 3,3% ao ano no País. A meta é passar para 4,2% ao ano, até atingir 95% de cobertura entre as brasileiras na faixa etária de 50 a 69 anos em 2022.

ciência

PESQUISA BRASILEIRA COM CÉLULAS-TRONCO TUMORAIS PODE CONTRIBUIR NO TRATAMENTO DE CÂNCER ÓSSEO E NA REDUÇÃO DE AMPUTAÇÕES

Desvendando o osteossarcoma



Altamente agressivo, o osteossarcoma atinge principalmente crianças e adolescentes e resulta na necessidade de amputação em cerca de 30% dos casos. Ainda se sabe pouco sobre a doença – o que a causa, como detectá-la precocemente, e, principalmente, por que alguns pacientes respondem bem à quimioterapia anterior à cirurgia e outros, não. Para tentar desvendar essa última questão, o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into) iniciou pesquisa com células-tronco tumorais de pacientes sob tratamento. O estudo permitirá, entre outras conclusões, observar se existe correlação entre a proporção de células-tronco no tumor e a resposta do organismo à quimioterapia. Oito pacientes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) participam da pesquisa.

A biomédica Suzana Kahn, do Centro de Pesquisa em Terapia Celular e Bioengenharia Ortopédica (CTCel) do Into, conta que o trabalho vem sendo feito a partir do isolamento e da expansão *in vitro* de células-tronco tumorais retiradas dos pacientes em dois diferentes momentos: durante a biópsia para confirmação do diagnóstico e após a quimioterapia neoadjuvante pré-operatória. “Relacionaremos a proporção de células-tronco tumorais presentes nas amostras provenientes de biópsias com a evolução do osteossarcoma após 12 semanas de quimioterapia. Dessa forma, avaliaremos o papel dessas células na resistência do osteossarcoma à quimioterapia”, explica.

Paralelamente, os pesquisadores fazem testes *in vivo*, com camundongos nos quais são injetadas



Foto: Vini Arruda

células tumorais, para acompanhar o desenvolvimento da doença. “Os animais passarão pela quimioterapia também. O objetivo é investigar o efeito do tratamento na taxa de expressão das células-tronco tumorais e na disseminação do tumor no organismo”, revela Suzana. Esse é o primeiro estudo com células-tronco tumorais feito pelos pesquisadores do CTCel, criado em 2006. O laboratório é pioneiro no Brasil na especialização de terapia celular e medicina regenerativa voltada exclusivamente para o tratamento das doenças do aparelho locomotor.

“Embora a quimioterapia seja capaz de eliminar as células defeituosas ou reduzir o tamanho do tumor, as células-tronco tumorais são bem mais resistentes”

MARIA EUGÊNIA DUARTE, chefe da Divisão de Pesquisa do Into

A chefe da Divisão de Pesquisa do Into, Maria Eugênia Duarte, esclarece que a quantidade de células-tronco tumorais pode estar relacionada a três variáveis determinantes: agressividade, resistência ao tratamento e disseminação da doença. “Poderemos

fornecer importantes informações para o oncologista como, por exemplo, se houve resposta à quimioterapia pré-operatória. E, a partir daí, os médicos poderão programar o tratamento baseado nas características individuais de cada tumor”, explica.

Até os anos 70, o único tratamento para o osteossarcoma era a cirurgia ablativa, ou seja, em 100% dos casos, o membro acometido pelo tumor era amputado. A partir da década de 1980, o protocolo de assistência passou a contar com quimioterapia neoadjuvante pré-operatória, com o objetivo de reduzir o inchaço e diminuir o tamanho do tumor. Com isso, passou a ser possível preservar o membro afetado. Mas, apesar de o tratamento ser oferecido a todos os pacientes elegíveis, nem todos respondem da mesma forma à quimioterapia. Os que apresentam boa resposta são operados e recebem endoprótese ou enxerto (transplante ósseo), para substituir a articulação. Os demais são submetidos à amputação.

RESISTÊNCIA À TERAPIA

As células-tronco tumorais representam cerca de 1% da massa tumoral, porém são mais resistentes à quimioterapia e têm o potencial de formar as células que compõem os tumores, dependendo do estímulo que recebem. São chamadas de células-mãe, reservatório do tumor. “Embora a quimioterapia seja capaz de eliminar as células

defeituosas ou reduzir o tamanho do tumor, as células-tronco tumorais são bem mais resistentes. O que pretendemos desenvolver é uma ferramenta de prognóstico, para futuramente buscar alternativas que melhorem a resposta dos pacientes ao tratamento”, explica Maria Eugênia.

Para o ortopedista Walter Meohas, cirurgião do INCA e do InTo, especializado no tratamento do osteossarcoma e que participa da pesquisa, a expectativa é que seus resultados contribuam para reduzir a necessidade de amputações. “É uma pesquisa que vai revolucionar muita coisa no tratamento do osteossarcoma. Estou otimista e espero que possamos preservar mais as crianças”, diz.

Meohas argumenta que o estudo permitirá observar se existe modificação nas células-tronco tumorais no decorrer da terapia. “Essa resposta, do componente celular, é algo que ainda não conseguimos”, salienta.

“O estudo introduz nova forma de avaliar a agressividade do tumor, com o uso de uma técnica envolvendo os conceitos de células-tronco. Será possível identificar quais foram os efeitos da quimioterapia, observando em laboratório a proliferação, a sobrevivência e a invasão das células

no organismo, e se aumentará ou não a chance de ocorrer metástase”, resume o especialista.

O CTCel trabalha em colaboração com institutos de pesquisa nacionais e internacionais. Sua principal proposta é desenvolver projetos de pesquisa básica e protocolos clínicos no âmbito da Medicina Regenerativa, utilizando a terapia celular e a bioengenharia tecidual como principais ferramentas. ■

SOBRE A DOENÇA

O osteossarcoma atinge principalmente jovens entre 10 e 20 anos e tem elevado índice de mortalidade — menos de 5% dos pacientes sobrevivem à doença. Na metade dos casos, o tumor ocorre na região do joelho, mas ele atinge também ossos dos braços e a coluna, podendo chegar ainda aos pulmões, em decorrência de metástase. De acordo com o ortopedista Walter Meohas, em adultos, o osteossarcoma surge como doença secundária em dois casos: efeito colateral da radioterapia e complicação da doença de Paget (que altera a velocidade do metabolismo ósseo).

De acordo com Meohas, quanto menor o tumor ao ser descoberto, melhor será o prognóstico e maior a chance de preservar o membro afetado. Por isso, o diagnóstico precoce é importante. Os primeiros sinais são dor e aumento rápido de volume no local do tumor. O diagnóstico é feito com exame clínico, radiografia e biópsia. A taxa de sobrevivência é de 64% em cinco anos e cai para 50% quando ocorre metástase. A taxa de recidiva local após a cirurgia conservadora é de aproximadamente 7%.



internas

AGROTÓXICOS E CÂNCER

Os riscos do consumo de agrotóxicos e sua relação com determinados tipos de câncer foram debatidos no Seminário Agrotóxicos e Câncer, o primeiro sobre o assunto no País. A promoção foi do INCA em parceria com Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Fundação Oswaldo Cruz. O Brasil já é líder mundial em consumo de agrotóxicos. Segundo o Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Agrícola, somente em 2010 foram jogados mais de 1 milhão de toneladas de venenos nas lavouras. De acordo com a Anvisa, 14 tipos de agrotóxicos prejudiciais à saúde já foram proibidos em outros países, e devem ser banidos imediatamente no Brasil. Os mais prejudicados são os trabalhadores agrícolas, mas toda a população é exposta pelo consumo da água e dos alimentos contaminados. Os agrotóxicos ocupam o quarto lugar no ranking de intoxicações. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são 3 milhões de casos anualmente no mundo, 70% nos países em desenvolvimento.



JOGO ALERTA PARA OS PERIGOS DO CIGARRO



O INCA e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) lançaram o jogo “Agentes da Saúde: Por um Mundo Livre do Cigarro”, destinado a crianças e jovens de 10 a 14 anos. O game aborda de forma lúdica a influência da indústria do tabaco na sociedade.

O jogo dá continuação ao tema do Dia Nacional de Combate ao Fumo, e se centra nos malefícios que a fumicultura e o tabagismo causam ao meio ambiente, ao agricultor, ao fumante e à população em geral.

O game foi financiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), está hospedado no portal do INCA (www.inca.gov.br) e disponível para qualquer plataforma com acesso à internet.

INCA SE AFILIA A GRUPO DE PESQUISA INTERNACIONAL

O INCA se filiou ao grupo cooperativo de pesquisa Southwest Oncology Group (Swog), sediado nos Estados Unidos.

Trata-se de uma rede de organizações líderes de pesquisa de oncologia, que integram o National Clinical Trials Network. Participar desse grupo possibilita ao Instituto estar à frente nas pesquisas que podem até mesmo modificar a forma de tratamento de determinados tumores. Trabalhando de forma colaborativa, os pesquisadores de Colômbia, México e Peru vão explorar a possibilidade de criar um grupo específico para a América Latina. A rede conta com mais de 4 mil pesquisadores em mais de 500 instituições nos EUA e em vários outros países.



RBC SOBRE CÂNCER DE MAMA

Com o objetivo de promover e disseminar a produção do conhecimento acerca do câncer de mama, a Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) terá uma edição temática sobre essa doença. Os manuscritos enviados devem ser inéditos, sendo considerados para publicação os seguintes tipos: Artigos Originais, Revisão da Literatura, Relato de Casos/ Série de Casos, Artigo de Opinião e Resenha. Os artigos devem ser elaborados segundo as normas da RBC constantes em www.inca.gov.br/rbc. O prazo para submissão de artigos é 15 de março de 2013 pelo e-mail: rbc@inca.gov.br



capa

NOVO CAMPUS SERÁ SEDE DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA A SERVIÇO DO CONTROLE DO CÂNCER

O INCA do futuro

Inovação e evolução contínua em medicina e gestão são características marcantes do INCA ao longo de seus 75 anos de existência. E, como órgão propulsor de mudanças, o Instituto dá um importante passo – um divisor de águas – na assistência ao paciente oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro de alguns anos, o País vai ganhar o mais moderno e completo centro de desenvolvimento científico e de inovação tecnológica para o controle do câncer da América Latina: o Campus do INCA. A unidade será construída na Praça Cruz Vermelha, na região central do Rio de Janeiro, e concentrará as áreas de pesquisa, assistência, ensino, prevenção, vigilância e detecção pre-

coce do Instituto, hoje espalhadas em 18 endereços. Arrojado e moderno, o projeto reúne um complexo de edifícios, que ocuparão uma área de 148 mil metros quadrados. “Ao longo de todos esses anos, ocorreram muitas mudanças na assistência ao paciente com câncer. A internação se tornou mais complexa, exigindo mais tecnologia. E a estrutura atual do INCA se tornou obsoleta, assim como outros equipamentos de Saúde. Para acompanharmos essa evolução, e levando em conta outros aspectos, como o fortalecimento e o aumento da capacidade de produção científica, foi que pensamos no Campus do INCA. Uma ideia que nasceu em 2007, de toda a diretoria, após a realização do congresso internacional que marcou os 70 anos da Instituição. Nós nos perguntamos: ‘Chegamos até aqui, mas e os próximos 70 anos?’”, lembra o diretor-geral, Luiz Antonio Santini.



Ele explica que o novo centro será possível graças ao entendimento entre Ministério da Saúde (MS), INCA e governo do Estado do Rio de Janeiro, que cedeu ao Instituto o terreno onde antes funcionava o Hospital Central do Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (Iaserj). A demolição do antigo hospital teve início em setembro e a previsão é que esteja concluída até dezembro. O terreno cedido fica ao lado do atual prédio-sede do INCA, que será reformado e integrado ao novo centro. A expectativa é que o complexo esteja pronto em 48 meses após o início da construção. Duas empresas estão envolvidas no processo: a BB Enge assumiu a demolição; e a Schahin Engenharia ficará responsável pela construção. Todo o trabalho vem sendo supervisionado por engenheiros do INCA.

Quem observa a maquete do “INCA do futuro” percebe logo a grandiosidade da obra e a valorização da humanização do ambiente em todo o projeto. O Campus contará com pátio interno – com as dimensões de uma praça pública –, aberto à população, que possibilitará aos pedestres cruzarem a quadra, integrando o Instituto ao seu entorno. O acesso aos blocos poderá ser feito por todas as ruas do quarteirão. O projeto prevê ainda certificação verde, com luz natural e reaproveitamento da água da chuva, entre outras medidas que colaboram com o meio ambiente.

“A produção científica vem crescendo, não só em volume, mas em termos de qualificação, e precisamos acompanhar essas mudanças”

LUIZ ANTONIO SANTINI, diretor-geral do INCA

A facilidade de circulação dentro dos prédios para pacientes, familiares e funcionários também merece destaque. Será possível deslocar-se tanto horizontalmente quanto verticalmente, e, uma vez dentro de um dos blocos, o usuário não precisará descer e subir novamente para chegar a qualquer ponto do Campus. Outra inovação estética e com valor simbólico é relativa aos laboratórios de pesquisa, que contarão com paredes de vidro, para que o público possa observar os pesquisadores em plena atividade.





Segundo Santini, antes do início da execução do projeto, o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam) preparou um estudo sobre seu impacto urbanístico, que mostrou que o empreendimento será positivo para a região, que, aliás, vem passando por um processo de recuperação desenvolvido pela Prefeitura. O projeto também passou por estudos de viabilidade técnica e sustentabilidade.

O diretor-geral do INCA salienta que a criação do novo centro trará significativo impacto econômico, pois vai favorecer o comércio e empresas de serviços que funcionam na área.

MAIS ECONOMIA, MELHORIA DA LOGÍSTICA E AVANÇO CIENTÍFICO

Reunir os serviços hoje instalados em diferentes endereços trará economia (com a redução dos gastos com vigilância, alimentação e manutenção, contratados para as demais unidades) e melhoria de logística. Mas, para Santini, o mais importante será o avanço do conhecimento científico sobre o câncer. “Temos uma estrutura de desenvolvimento científico, tecnológico e de pesquisa básica-translacional e clínica que precisava ser mais bem incorporada. E isso será possível no Campus. Assim, o INCA cumprirá melhor seu papel que, além da assistência, é produzir conhecimento e formar recursos humanos. A produção científica vem crescendo, não só em volume, mas em termos de qualificação, e precisamos acompanhar essas mudanças”, adianta. Para Santini, o novo complexo permitirá um salto na qualidade da assistência ao paciente oncológico, uma vez que o INCA integra o SUS, e o conhecimento gerado será disseminado e incorporado pelas demais unidades da rede pública.

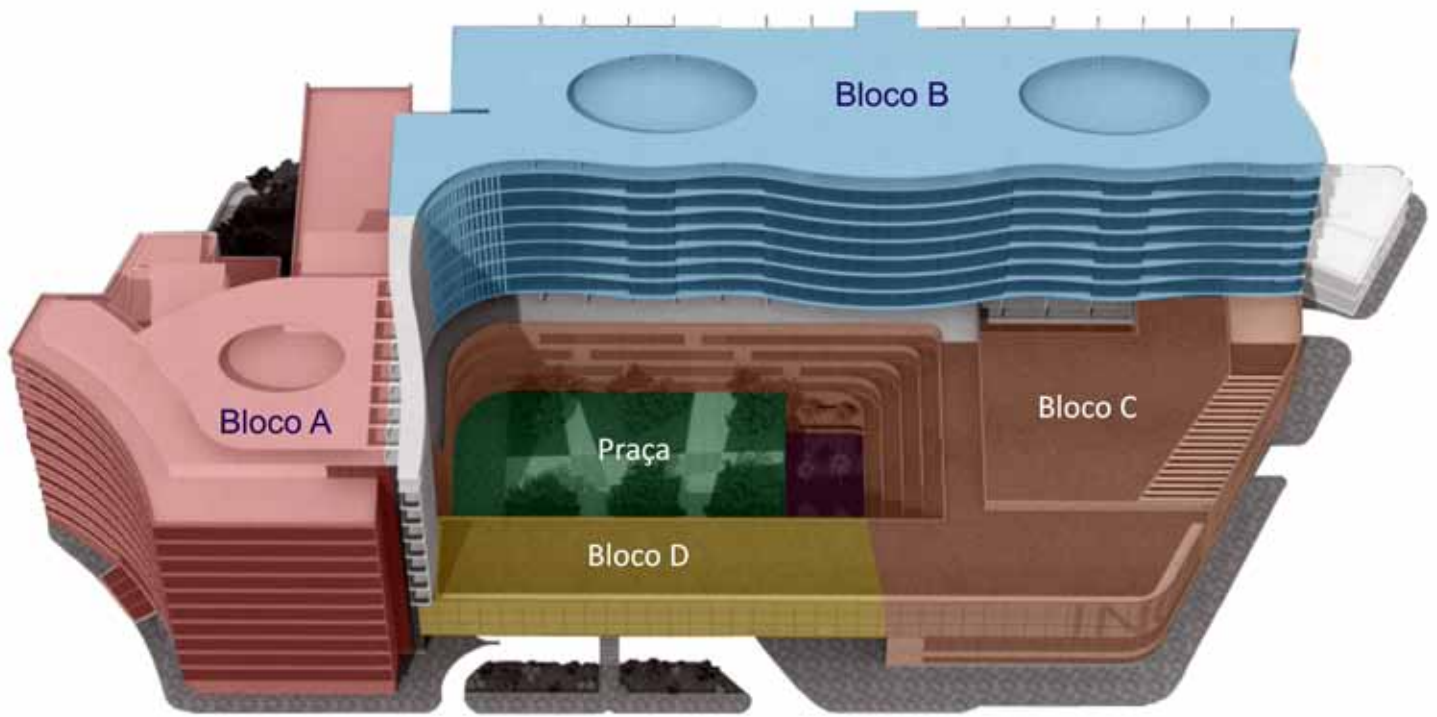


AUMENTO DE PRODUÇÃO NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA

O Centro Integrado INCA contará com 438 leitos de internação, sendo 90 de terapia intensiva e semi-intensiva e 118 consultórios de atendimento ambulatorial. Santini lembra que a modernização do INCA permitirá tratar mais e melhor o paciente. O campus vai fortalecer a prevenção e a redução da incidência do câncer. Ele lembra que os gastos do SUS com o tratamento de doenças complexas chegam a 20% do Orçamento da Saúde, sendo destinados à assistência com o câncer R\$ 2 bilhões anualmente.



Fotos: Carlos Leite



Com relação à rede pública de assistência oncológica no Estado do Rio de Janeiro, atualmente, o INCA é responsável por 49% do total de procedimentos cirúrgicos e 40% do tratamento com quimioterapia. Quando calculada a produção da rede municipal de assistência, esses índices sobem, respectivamente, para 58% e 60%. O Instituto realizou, só no ano passado, 15.638 internações, 8.614 cirurgias, 37 mil procedimentos de quimioterapia e 179 mil de radioterapia. Com a inauguração do Centro, a estimativa é de aumento na capacidade de atendimento em cerca de 22% quanto às internações; de 68% na ocupação de leitos de terapia intensiva e semi-intensiva; de 45% no atendimento de quimioterapia; e de 40% nos procedimentos de radioterapia. Além disso, haverá a criação de leitos de hospital-dia. ■

PROJETO VENCEDOR

Profissionais do Instituto visitaram vários centros de cancerologia em outros países, e depois foram constituídos grupos de trabalho, que criaram a proposta conceitual do Campus. A empresa que venceu a licitação para a execução das obras conta em seu portfólio com projetos como o novo prédio do Hospital Sírio-Libanês e o complexo hospitalar Santa Paula, ambos em São Paulo (SP). Já o projeto arquitetônico e de engenharia é do consórcio MHA Engenharia e RAF Arquitetura, e recebeu o prêmio Merit Award Unbuilt, em 2010, do American Institute of Architects (AIA), dos Estados Unidos, além de dois prêmios no VIII Grande Prêmio de Arquitetura Corporativa, em 2011, nas categorias master e projetos na área da Saúde.



rede

NOVOS PAÍSES SE SOMAM À US-LA CRN, QUE APRESENTA OS AVANÇOS NA INVESTIGAÇÃO SOBRE CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO

Força nova à pesquisa



Bastaram três anos de formalização da Rede de Investigação de Câncer Estados Unidos-América Latina (US-LA CRN, na sigla em inglês), composta inicialmente por um total de seis países, para que mais três integrantes se somassem à iniciativa: Colômbia, Peru e Porto Rico. O anúncio da chegada dos novos membros foi feito durante o quarto encontro anual da rede, em novembro, em Buenos Aires, quando tam-

bém foram apresentados os primeiros resultados da pesquisa que visa a identificar o perfil molecular dos subtipos de câncer de mama localmente avançado, uma investigação que vem sendo desenvolvida desde o ano passado.

De acordo com o coordenador da rede, Jorge Gómez, os três novos países poderão se integrar a essa pesquisa, dependendo do orçamento do proje-

“Um dos benefícios que o estudo já trouxe, mesmo para as pacientes não incluídas, foi a melhoria no fluxo de atenção”

MARISA BREITENBACH, coordenadora de pesquisa do INCA, instituto que coordena o grupo brasileiro

to. Além disso, também poderão fazer parte das novas investigações que estão sendo planejadas pelo grupo: sobre câncer colorretal e de estômago, cujos pré-projetos começam a ser traçados já no próximo ano.

Os países que já integravam a rede – EUA, Argentina, Brasil, Chile, México e Uruguai – apresentaram seus avanços no desenvolvimento da pesquisa sobre câncer de mama localmente avançado, principalmente em relação ao número de mulheres incluídas até agora no estudo e o perfil detalhado das participantes quanto a idade, escolaridade, idade da primeira gravidez, número total de gestações, idade da menopausa, peso, tipo de tratamento para a doença a que já foram submetidas, histórico familiar da doença, uso de anticoncepcional hormonal, tabagismo, consumo de álcool, prática de exercícios físicos, entre outras variáveis epidemiológicas.

Na Argentina, por exemplo, três hospitais participam da pesquisa, que envolve 55 pesquisadores. Até 15 de agosto (data de corte para fechamento do relatório que seria apresentado na reunião) foram admitidas 115 pacientes. Um dos hospitais iniciou a captação de pacientes há 17 meses, e os outros dois há 15 e 14 meses. A expectativa do grupo é chegar a 660 mulheres até o final de 2013.

No Brasil, INCA, Instituto de Câncer do Estado de São Paulo, Hospital de Câncer de Barretos e Hospital A.C. Camargo são os centros de pesquisa participantes, totalizando 52 pesquisadores. O total de pacientes matriculadas por INCA e Barretos, de novembro de 2011 a agosto era 129. A meta das duas instituições é finalizar o estudo com 450 pacientes.

“Tivemos vários desafios antes de iniciar de fato o projeto. Primeiro, conseguir padronizar as metodologias de avaliação para que todos as instituições trabalhassem seguindo um mesmo processo. Depois enfrentamos dificuldades para importar reagentes. Um dos benefícios que o estudo já trouxe, mesmo para as pacientes não incluídas, foi a melhoria no fluxo de atenção”, disse a coordenadora de Pesquisa do INCA, instituto que coordena o grupo brasileiro, Marisa Breitenbach.

Desde a formação da rede, foram dois anos desenhando o estudo, que pretende identificar o perfil molecular dos tumores malignos de mama localmente avançado, com seus principais subtipos, aqueles que têm receptores hormonais para progesterona ou estrogênio ou os que são HER-2 positivo (possuem o receptor HER-2, sigla para fator de crescimento epidérmico humano), ou aqueles que são triplo negativos (não dispõem de receptor para progesterona, estrogênio ou para HER-2) e são os mais difíceis de tratar. Para esse tipo, até agora, a única forma de tratamento é a cirurgia e a quimioterapia convencional. Esse tipo de câncer tem crescimento rápido e, frequentemente, provoca metástase. Além de traçar o perfil molecular desses tipos específicos de câncer de mama, a rede pretende fazer o seguimento das pacientes, para estabelecer a sobrevida.

O projeto-piloto tem abordagem multidisciplinar e envolve seis subáreas do conhecimento: oncologia clínica/mastologia, patologia, epidemiologia, molecular/bioinformática, tecnologia da informação e bioética.

O interesse dos Estados Unidos, por intermédio do National Cancer Institute de criar a rede, foi devido ao crescimento da população latina no país. A estimativa é que em 2020 eles já sejam 19% da população norte-americana, ou 60 milhões. ■

ENTENDA A REDE

O acordo de cooperação foi assinado em setembro de 2009 entre o National Cancer Institute (NCI) dos EUA e os governos de Brasil, Argentina, Chile, México e Uruguai.

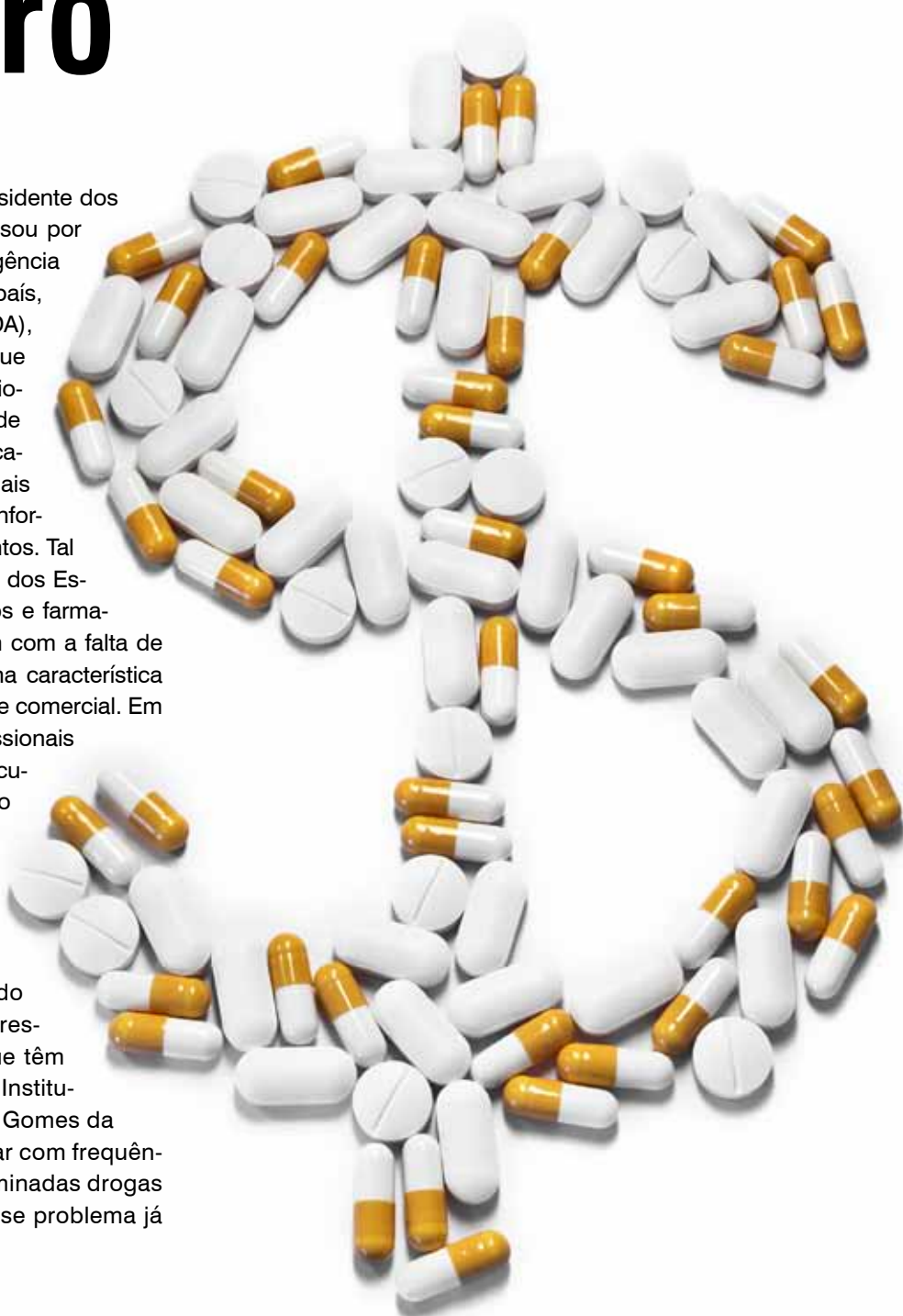
A parceria visa a apoiar o desenvolvimento conjunto de programas em três áreas científicas: pesquisa sobre o câncer e ensaios clínicos; programas de treinamento multinacionais e multidisciplinares; e capacitação e desenvolvimento de tecnologia.

Desde então foram realizadas oficinas centradas em cada uma das subáreas. A primeira, de Patologia e Epidemiologia, ocorreu em março de 2010, no Rio de Janeiro, e teve como objetivo uniformizar critérios de classificação e práticas com vistas ao diagnóstico padronizado dos subtipos do tumor de mama. Uma segunda oficina, no Uruguai, no mesmo ano, promoveu a capacitação em Biobancos e em Perfil Molecular. No encontro, foram apresentados os bancos de tumores e a infraestrutura correspondente de cada país. A terceira oficina foi realizada no Rio de Janeiro em 2012 para finalizar o questionário epidemiológico.

Entre a saúde e o lucro

No final do ano passado, o presidente dos Estados Unidos, Barack Obama, passou por cima do Congresso e deu ordem à agência reguladora de drogas e alimentos do país, a Food and Drugs Administration (FDA), no intuito de controlar um problema que classificou como de segurança nacional: o desabastecimento de mais de 200 medicamentos no território americano. A ordem era para a FDA cobrar mais efetivamente e forçar as indústrias a informarem possíveis faltas de medicamentos. Tal problema está longe de ser exclusivo dos Estados Unidos. Aqui no Brasil, médicos e farmacêuticos constantemente se deparam com a falta de algumas drogas que têm apenas uma característica em comum: despertam baixo interesse comercial. Em meio a uma grande polêmica, profissionais ligados ao controle do câncer têm discutido maneiras para lidar com a questão e amenizar seus efeitos.

Apesar de também envolver diversas classes de medicamentos, no Brasil o problema começou a ser alardeado por profissionais que atuam no tratamento do câncer. Durante o ano passado, prestatadores de serviços oncológicos que têm assento no Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Consinca) começaram a relatar com frequência a dificuldade de encontrar determinadas drogas essenciais para seus pacientes. “Esse problema já



vinha sendo observado há algum tempo. O médico prescrevia o medicamento, e o farmacêutico hospitalar informava que estava difícil adquirir a droga”, conta Anderson Silvestrini, presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.

O estopim aconteceu com a falta do medicamento asparaginase, usado no tratamento da leucemia infantil. De acordo com Cláudio Galvão, presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica, o medicamento chegou a ficar em falta por quase 10 meses, de julho de 2010 a abril de 2011. “Primeiro foram hospitais menores que começaram a sentir dificuldades para comprar o medicamento. Depois até os hospitais maiores não conseguiam mais encontrar asparaginase disponível para compra”, afirma Cláudio. De acordo com o médico, as justificativas do laboratório eram muito desencontradas. “A cada novo contato de um profissional buscando o medicamento, novas razões para o desabastecimento e perspectivas de normalização do fornecimento eram dadas.”

RETRATO DA SITUAÇÃO TRAÇADO AO LONGO DE 2012

Frente ao problema, o Consinca criou um grupo de trabalho para tratar da questão. Foram seis reuniões desde novembro de 2011. Os integrantes montaram um retrato da situação de desabastecimento de drogas oncológicas no País naquele momento. “Criamos três classificações para os medicamentos: desabastecimento, risco e vigilância. Além disso, sugerimos diretrizes a serem seguidas no intuito de criar outras formas de controle desse problema”, diz Gustavo Advíncula, da Coordenação Geral de Gestão e Assistência do INCA. Em janeiro, o documento resultante do trabalho do grupo foi encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS).

Uma das conclusões do grupo foi que a situação do desabastecimento é bastante desigual, mas afeta tanto grandes quanto pequenos hospitais. Um medicamento que hoje se encontra em falta no Sudeste pode estar disponível no Nordeste e vice-versa. Com isso, uma das sugestões foi a criação de um sistema de monitoramento mais ativo. “Os laboratórios nem sempre relatam para o ministério o risco de desabastecimento. É preciso haver rígida vigilância e comunicação aos profissionais de saúde”, pondera Silvestrini. Hoje, os laboratórios não são obrigados a constantemente informarem a situação de seus estoques. Apesar de não haver obrigatoriedade, Jorge Raimundo, presidente do Conselho Consultivo da Associação da Indústria Far-

“Precisamos estudar cada caso. O que posso dizer é que estamos abertos ao diálogo, uma vez que a garantia do acesso a medicamentos é nossa missão. Podemos discutir juntos como enfrentar esse desafio”

HAYNE FELIPE DA SILVA, diretor do Farmanguinhos

macêutica de Pesquisa (Interfarma), afirma que a comunicação é feita. “Os laboratório informam não só ao ministério como também aos médicos quando sentem que algum medicamento pode faltar”, relata.

Outra sugestão do grupo foi avaliar a possibilidade de laboratórios públicos assumirem a produção de alguns quimioterápicos em risco de desabastecimento. Esta não é, porém, uma solução de curto prazo, já que a estruturação de uma planta de produção leva anos. No Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fundação Oswaldo Cruz (Farmanguinhos), por exemplo, a produção de um medicamento começa no quarto ano de vigência de um termo de cooperação técnica. Além disso, os acordos firmados até o momento se baseiam na importância epidemiológica e econômica da droga para o Sistema Único de Saúde. “Precisamos estudar cada caso. O que posso dizer é que estamos abertos ao diálogo, uma vez que a garantia do acesso a medicamentos é nossa missão. Podemos discutir juntos como enfrentar esse desafio”, comenta Hayne Felipe da Silva, diretor do Farmanguinhos.

As possíveis causas para o desabastecimento são diversas. Podem envolver problemas na produção ou entaves nas autorizações para importação e comercialização emitidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Além disso, para a produção de um medicamento, muitas vezes o laboratório precisa comprar matéria-prima de intermediários. Interrupções no fornecimento desses intermediários também podem levar ao desabastecimento.

Apesar dos riscos, Jorge Raimundo considera muito remota a chance de desabastecimento. “As matrizes mundiais dos laboratórios trabalham com três

meses de margem de segurança. Ou seja, sua produção anual é capaz de atender seus clientes durante 15 meses. Além do excedente na matriz, os laboratórios no Brasil, por sua vez, têm mais dois meses de margem de segurança. Apenas em uma situação muito extrema é que poderíamos enfrentar o “desabastecimento”, afirma o presidente do Conselho Consultivo da Interfarma. Ele esclarece ainda que os laboratórios trabalham, em média, com 65% de sua capacidade produtiva. Mesmo com o aumento do número de casos de câncer e o maior acesso da população mundial a medicamentos, os laboratórios ainda poderiam aumentar sua produção para atender à demanda.

MANOBRAS DE MERCADO

Para os profissionais que denunciam a dificuldade de acesso a certos medicamentos, a raiz do problema está do lado oposto ao aumento de demanda. Alguns quimioterápicos mais antigos passam a ter baixo preço de venda, pois suas patentes já expiraram, e baixo consumo, pois foram substituídos por drogas mais novas. “O mercado daquela droga fica pequeno e ela deixa de ser altamente rentável. Sem o interesse comercial, os laboratórios diminuem a sua produção”, explica Galvão.

No centro do problema encontram-se os pacientes pediátricos. Especialistas afirmam que, como as tecnologias para tratar tumores em crianças apresentam altas taxas de sucesso há mais tempo, as drogas usadas são antigas e quase não há necessidade de criar novos medicamentos, que demandariam grandes investimentos em pesquisa e inovação e justificariam a cobrança de altos preços. Além disso, como o número de casos de câncer infantil é pequeno em comparação com o de adultos, o grupo que faz uso de determinado quimioterápico é reduzido.

Jorge Raimundo não acredita nessa possibilidade e coloca o conceito de responsabilidade social como base para seu argumento. “Há no mercado uma série do que chamamos de drogas órfãs, que não apenas não geram lucros, mas prejuízos. É a indústria que pesquisa, investe, inventa. É sua responsabilidade garantir a produção”, afirma. Ele ainda destaca que o processo na Anvisa para que um laboratório deixe de produzir um medicamento para o qual solicitou registro de produção no passado é bastante difícil. O pedido para interrupção da fabricação e comercialização só poderia ocorrer com base em uma justificativa de que a efetividade daquela droga fosse comprovadamente muito inferior à de uma nova tecnologia.

O problema se torna bastante complexo e exige diálogo entre todos os envolvidos. Após o encaminhamento do relatório do grupo de trabalho do Consinca à SAS, o assunto foi levado à Comissão Intersetorial de Assistência Farmacêutica e ao Conselho de Biotética do INCA. Além disso, o Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde do Ministério da Saúde promoveu reunião que contou com a participação de representantes da Indústria, do INCA e da Fundação Oswaldo Cruz. O Consinca tem discutido como levar o debate ao Congresso Nacional. “É importante que outras pessoas se apropriem desse assunto. A questão precisa ser tratada de forma mais ampla e fora dos muros do INCA”, comenta Advíncula. O Ministério da Saúde prepara nota técnica com propostas para o enfrentamento do problema.

Como os tratamentos são baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a substituição de uma droga devido ao desabastecimento pode não ser recomendada ou nem mesmo possível. Os profissionais são unânimes em defender a necessidade de comunicação entre os médicos ao se depararem com dificuldades de acesso a medicamentos. “Ele deve evitar ao máximo que o tratamento de um paciente seja interrompido. É preciso se comunicar, buscar ajuda em outros hospitais ou ver se é possível fazer a importação do medicamento. O paciente e seus responsáveis precisam ser claramente informados sobre a real situação e as alternativas que estão sendo buscadas para contornar o problema”, argumenta Silvestrini. ■



entrevista

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR,
Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

Uma nova política contra o câncer

O controle do câncer já vem sendo apontado há certo tempo por governantes como fundamental para as ações no campo da saúde. Mais recentemente, o tema se tornou prioritário para o Ministério da Saúde (MS), com o lançamento e a implantação de diversas ações nos campos da

prevenção, do diagnóstico e do tratamento de tumores. Com o objetivo de fortalecer ainda mais todas essas estratégias, o ministério anuncia uma adequação da Política Nacional de Atenção Oncológica, de 2008. De acordo com Helvécio Miranda Magalhães Júnior, secretário de Atenção à Saúde, o texto com as propostas para a nova política deverá estar disponível para consulta pública até o final do ano. A intenção do governo é debater com a sociedade e publicar o resultado dessa discussão nos primeiros meses de 2013.

Helvécio tomou posse na Secretaria de Atenção à Saúde em janeiro de 2011, junto com a nova equipe trazida pela presidente Dilma Rousseff. Médico clínico e epidemiologista pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), é doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Mineiro, Helvécio coordenou o Setor de Urgência e Emergência da Secretaria Estadual de Saúde de seu estado natal. Em Belo Horizonte, foi secretário municipal de Saúde de 2003 a 2008 e de Planejamento, Orçamento e Informação de 2009 a 2011. Entre 2007 e 2009, presidiu o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Foi um dos primeiros nomeados da equipe de secretários do MS comandado por Alexandre Padilha.



Fotos: José Antônio Campos

REDE CÂNCER - Qual a importância dada ao controle do câncer pelo atual governo?

Desde a equipe de transição para o governo da presidenta Dilma Rousseff, o câncer esteve no topo das prioridades na área da saúde. Quando assumi a Secretaria de Atenção à Saúde, essa era uma responsabilidade claramente colocada, e, desde então, é acompanhada diretamente pela equipe da Casa Civil.

RC - Por que a atenção se voltou para o controle do câncer de mama e do colo do útero?

Com o desafio em nossas mãos, decidimos dar ainda mais ênfase para esses dois tipos de câncer, já que a saúde integral da mulher também figurava como uma prioridade. Além disso, esses são dois tipos de câncer altamente tratáveis.

RC - Como tem sido desenvolvido esse trabalho?

Nossa intenção é criar uma verdadeira mobilização social em prol desse tema. Criamos um comitê que se reúne semestralmente e implantamos diversas medidas com o intuito de qualificar as ações de rastreamento para esses dois tipos de câncer. Durante a execução desse trabalho fomos percebendo que o tema todo merecia uma readequação.

RC - O que então tem sido pensado em relação ao controle do câncer?

Vimos que era necessário aperfeiçoar a Política Nacional de Atenção Oncológica e começamos o trabalho nesse sentido. O esboço da nova política já está pronto e o texto deve entrar em consulta pública até o final de outubro.

RC - Qual a vantagem de submeter o texto a uma consulta pública?

Acreditamos que esse tema precise ser discutido por toda a sociedade, pois as propostas trazem muitas novidades. Pretendemos, por exemplo, mudar os critérios para implantação de unidades de alta complexidade em oncologia, os hospitais especializados no tratamento do câncer. A nova política deverá incluir um componente de acesso nesses critérios, que deixará de ser apenas populacional. Atualmente, a decisão quanto à localização de uma unidade de alta complexidade se baseia na população de referência para aquele hospital. Ou seja, calcula-se quantos pacientes potencialmente vão desenvolver câncer em uma dada população e verifica-se se esse número justifica uma unidade.



RC - E como o componente de acesso irá afetar a seleção?

Com a nova política, nossa ideia é incluir esse componente e verificar, por exemplo, dificuldades de deslocamento da população que possa justificar a implantação de uma unidade em determinada região, mesmo que o número de casos de câncer naquela localidade seja pequeno. A intenção é levar a assistência oncológica para mais perto da população e, assim, efetivamente ampliar as possibilidades de acesso ao tratamento para os brasileiros que vivem nas regiões Norte e Nordeste.

RC - E o que mais a Política trará de novidade?

Queremos que as unidades e os centros de alta complexidade em oncologia assumam a supervisão da totalidade de ações referentes ao controle do câncer em sua região. Ou seja, essas unidades, a partir de um plano estabelecido por uma matriz diagnóstica (avaliação feita antes da implantação de um programa para monitoramento de indicadores), acompanhariam as ações de prevenção, rastreamento, detecção precoce e tratamento de câncer dentro da população sob sua responsabilidade.

RC - Que outras medidas estão sendo pensadas para a ampliação do acesso ao tratamento?

Estamos credenciando novos serviços e realizamos a maior aquisição da história de aparelhos de radioterapia. São 80 aceleradores lineares adquiridos de maneira inovadora que possibilitarão uma inédita expansão dos serviços existentes.



RC - Por que a maneira foi inovadora?

A contrapartida para aquisição dos aparelhos foi a transferência de tecnologia para o território nacional por meio da construção de uma fábrica no Brasil. Com isso conseguimos modernizar o parque eletrônico nacional e gerar mais emprego e renda para a população brasileira.

RC - E no campo de detecção precoce, o que está sendo pensado?

A intenção é incluir o controle do câncer dentro das inovações que estão sendo pensadas para a Estratégia de Saúde da Família. As Clínicas da Família deverão se tornar a autoridade sanitária mais importante para seu território de responsabilidade. Só por meio da ampliação da interface com a atenção básica é que teremos diagnósticos de câncer mais precoces. A equipe de saúde da família deverá estar atenta a quantos novos casos de câncer poderão surgir na população dentro do seu território e assim fazer um levantamento mais ativo, centrado no diagnóstico de câncer, junto aos pacientes sob sua responsabilidade. Isso exige treinamento, criação de protocolos e disseminação de informação.

RC - Que investimentos estão sendo feitos nesse sentido?

O modelo da Saúde da Família é visto como algo contemporâneo e arrojado. Dentro do Programa de Aceleração do Crescimento 2, estão previstos investimentos em estrutura física das unidades, como fornecimento de banda larga e disponibilização de serviços de telessaúde.

RC - E para a prevenção do câncer?

A lógica da promoção da saúde está cada vez mais forte nas ações do ministério. Seja por meio de parcerias com o setor privado, como a feita com as indústrias de alimento para redução da gordura e sódio usados, ou por iniciativas como as Academias da Saúde, queremos estimular hábitos de vida mais saudáveis que terão impacto na prevenção de diversas doenças, inclusive no controle do câncer.

RC - E as crianças também são foco desse trabalho?

Um estilo de vida mais saudável precisa estar presente no imaginário das crianças e nós estamos usando a interação saúde-escola para isso. O Programa Saúde na Escola está passando por um processo de expansão, e temas como alimentação saudável e prevenção ao tabagismo estarão certamente presentes nas atividades.

RC - Como está a oferta de tratamento para quem deseja parar de fumar?

Estamos debatendo com o INCA uma forma de flexibilizar os critérios para credenciamento de novas unidades de tratamento de fumantes no Sistema Único de Saúde. A ideia é facilitar o credenciamento das unidades sem perder o controle e a qualidade. Observamos que o maior entrave hoje é o treinamento dos profissionais que irão oferecer o tratamento e estamos pensando novos formatos para ele que podem incluir educação a distância, por exemplo. Com a regulamentação da nova lei federal de ambientes livres do fumo e o estabelecimento de preço mínimo para cigarros, cada vez mais pessoas deverão decidir parar de fumar e precisamos estar preparados para oferecer tratamento a elas.

RC - O que mais tem sido feito para o controle do câncer?

Temos expandido tanto o diagnóstico quanto o tratamento por meio de medidas inovadoras. Estamos revendo a remuneração das cirurgias oncológicas, centralizando a compra de alguns quimioterápicos e ampliando a oferta de radioterapia.

RC - Qual a sua avaliação sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido?

Meu balanço é bastante positivo. Acredito que o controle do câncer foi definitivamente alçado à prioridade. Com o envelhecimento da população, o número de casos só tende a aumentar, e é preciso que o Sistema Único de Saúde esteja preparado para enfrentar esse desafio. ■

social

ALGUMAS VEZES, A “ESPERANÇA” NOS MÉTODOS NÃO CONVENCIONAIS PODE SE TORNAR UM RISCO

Tratamentos alternativos: mitos e verdades

Quando descoberto, o câncer causa um misto de emoções: indignação, raiva, revolta, medo... No entanto, um sentimento se sobrepõe aos demais: esperança. E, com ela, a vontade de sobreviver. E esse desejo leva muitas pessoas a procurarem tratamentos não convencionais, como aqueles à base de plantas ou religiosos. Fundador da empresa de tecnologia Apple, o empresário Steve Jobs foi um dos que retardaram a cirurgia do câncer de pâncreas para aderir a um tratamento com ervas, o que agravou seu quadro. O vale-tudo pela cura do câncer apregoa o poder curativo de substâncias naturais livremente, tanto por meio de cartazes colados em postes quanto pela internet, e dá falsas esperanças para quem precisa enfrentar a doença.

Estimativa da American Society of Clinical Oncology (Asco) mostra que cerca de 80% dos pacientes com neoplasias recorrem, em algum momento, ao tratamento alternativo. O chefe do Serviço de Oncologia Clínica do INCA, Daniel Herchenhorn, adverte: “Não há nenhum indício de que esses tratamentos contribuam para a regressão ou a cura do câncer”.

Professor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

e coordenador da Oncologia Cirúrgica do Hospital São José (SP), o cirurgião torácico Riad Younes diz que tem visto diversos ‘Srs. e Sras. Jobs’. “São muitos os exemplos de pacientes que, infelizmente, postergam tratamentos eficientes, para fazer cirurgia espiritual ou outro método sem comprovação científica, e, quando retornam, a doença não é mais operável, o tumor já se espalhou e a chance de cura diminui”, alerta.

O interesse de doentes por tratamentos naturais levou o médico a fazer um levantamento com 3 mil pacientes oncológicos para saber quantos utilizavam chás, ervas e florais na busca pela cura da doença. “Quase metade dos pacientes procura e usa algum tratamento não convencional durante a evolução do câncer”, afirma Younes, que revelou ainda que 48% dos entrevistados usam pelo menos um outro tipo de terapia paralelamente à quimioterapia. Apesar de o estudo ter sido feito há quase 15 anos, Younes acredita que ele evidencia o impacto das terapias alternativas – que prefere chamar de “não convencionais” – nos pacientes com câncer.





PROMESSA VIRTUAL

Chá de babosa, limão, cebola, avelós, bicarbonato de sódio e folha de graviola. São variados os e-mails que circulam atribuindo ao poder de plantas e outras substâncias naturais a cura do câncer. Blogs e sites oferecem livremente esses produtos. Para sustentar a tese de cura, as mensagens têm forte apelo religioso, trazem depoimento de pessoas que teriam ficado sãs usando os produtos, atribuem a explicação do poder curativo a cientistas e dizem até que o tratamento é aprovado pelo Ministério da Saúde ou algum instituto internacional. Mas o presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), Anderson Arantes Silvestrini, alerta: “Não existem evidências científicas que comprovem a eficácia dessas terapias. A SBOC é contra seu uso, pois desconhecemos se podem interferir nos resultados das terapias-padrão. Muitas dessas substâncias são metabolizadas no fígado e podem alterar a absorção de quimioterápicos, bem como sua eficácia e eliminação.”

Chefe do Serviço de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo (RJ), o médico Décio Lerner também reforça o perigo dos tratamentos sem comprovação científica. “Além de não trazerem nenhum benefício, podem ser danosos ao fígado.”

O oncologista André Deeke Sasse, professor de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em São Paulo, afirma que a receita que mistura chá de babosa com bebida destilada é prejudicial. “A babosa pode causar inflamação das mucosas, diarreia e outros problemas gastrointestinais. O álcool compromete

a função hepática e pode interferir no metabolismo de vários medicamentos, entre eles os quimioterápicos e hormonais”, aponta Sasse, que coordena o Centro de Evidências em Oncologia (Cevon) da Unicamp.

Sobre a afirmação de que o bicarbonato de sódio e a folha de graviola tenham poder curativo 10 mil vezes superior ao da quimioterapia, Sasse assegura que é falsa. Ele enfatiza que a administração de bicarbonato em excesso pode causar alcalose metabólica iatrogênica (aumento do pH do organismo), o que pode levar a confusão mental, enjoos, náuseas e vômitos, muitas vezes acompanhados de espasmos musculares e inchaço no rosto ou nas extremidades. “O pH fisiológico é fundamental para o desenvolvimento das funções do organismo, incluindo imunidade, respiração, celular e transporte de nutrientes”, sublinha.

O coordenador do Cevon afirma que apenas estudos clínicos podem levar qualquer substância, natural ou sintética, a ser incorporada como medicamento convencional.

PERIGOS “NATURAIS”

Embora os oncologistas concordem que chás naturais não trazem nenhum benefício antineoplásico, além de serem tóxicos, ainda é vasto o relato de médicos cujos pacientes aderiram a métodos não convencionais e prejudicaram a saúde. Lerner se lembra de um paciente que, apesar de manter a doença estável, optou por parar o tratamento convencional e iniciar um alternativo. “Quando retornou ao tratamento convencional, a doença já estava bastante avançada e não teve mais resposta”, lamenta.

Sasse ressalta que há uma mística popular de que o que é natural pode até não fazer bem, mas mal também não faz. Mas a história de sua paciente é diferente. Com câncer de mama, ela inicialmente recusou a cirurgia ou outra forma de tratamento. “Com o uso de fitoterápicos, homeopáticos e mudanças de hábitos alimentares, ela esperava não só controlar, mas curar a doença. Mas não houve benefício; pelo contrário”, depõe o médico.

Younes tem um relato similar. Ele acompanhava e controlava o tumor de um paciente com exames e pôde ver a progressão da doença quando a quimioterapia e a radioterapia foram trocadas por uma terapia não convencional. Quando o paciente voltou ao consultório, o tumor havia crescido e se espalhado. O professor da USP é taxativo: “Natural não significa bom! A maconha é uma planta, o tabaco é uma planta, e nem por isso são isentos de prejuízos graves à saúde. Muitos chás e ervas vendidas como curas naturais do câncer podem ter efeitos colaterais, pequenos, graves e até fatais.”

Para evitar comportamentos como esses, Herchenhorn é da opinião de que a relação médico-paciente deve ser de confiança e transparência. Ele diz que conversa abertamente com seus pacientes sobre o uso de suplementos alimentares ou paralelo de fitoterápicos, discute benefícios e aborda estudos e comprovações científicas. “A decisão é sempre do paciente. Os médicos devem ter mente aberta para ouvir seus pacientes e recomendar aquilo que é melhor, baseado em evidências científicas e no melhor bom senso que rege a prática médica”, defende.

COMPROVAÇÃO NECESSÁRIA

Embora já tenha sido comprovado em laboratório que a folha de graviola, na forma de acetogenina, tem atividade antitumoral, sua aplicação clínica ainda está distante. Para um medicamento ser adotado na prática clínica são necessários pesquisas aprofundadas e testes laboratoriais e em humanos, com tipos tumorais diferenciados e cenários clínicos controlados. E os resultados precisam ser comparados aos de drogas já em uso. Caso sejam mais eficientes, o laboratório pede o registro às agências competentes, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no Brasil, e a Food and Drug Administration (FDA), nos Estados Unidos.

“É preciso informar a dose correta, sua eficácia e potencial terapêutico. Afirmações baseadas em achados laboratoriais são importantes, mas têm, obri-

gatoriamente, que ser confirmados por estudos clínicos [com pacientes]. É fundamental separarmos algo que é interessante ou até mesmo promissor, daquilo que é verdadeiro. Do mesmo modo, devemos separar o que é preventivo do que é terapêutico. Esses termos não podem ser confundidos e muito menos vendidos como falsa esperança”, adverte Herchenhorn. Ele menciona um produto divulgado até mesmo em matérias jornalísticas, como a cura do câncer de próstata. “Verificou-se que o PC-Spes, composto de oito ervas que prometia reduzir o nível do antígeno prostático específico (PSA) continha mistura variável de hormônios e anti-inflamatórios, o que levou à proibição de seu uso.”

Todo medicamento para entrar em uso rotineiro precisa passar por várias etapas (pré-clínica, fase I, fase II e fase III), como explica o presidente da SBOC. “Nesse processo são avaliadas a toxicidade e a eficácia, e esta é comparada com o melhor tratamento disponível. Essas substâncias naturais oferecidas na internet estão pulando tais etapas. Então, não sabemos se são tóxicas ou eficazes”, diz Silvestrini, que destaca ainda que a fitoterapia não é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como especialidade médica.



“As pessoas devem estar atentas para não cair no conto do milagre. Devem conversar com seus médicos, mencionando até mesmo esses e-mails e sites absurdos que se aproveitam da boa-fé das pessoas fragilizadas”

NARA SARAIVA, advogada

Sasse chama a atenção para um posicionamento comum daqueles que promovem os métodos alternativos para a cura do câncer. “Eles se queixam da falta de aceitação dos chás naturais devido à ‘máfia do câncer’. Entretanto, sobre as regras da Ciência, os proponentes têm a responsabilidade de conduzir estudos bem feitos e relatá-los com pormenores suficientes para permitir sua avaliação e confirmação por outros pesquisadores”, pondera. O coordenador do Cevon assegura



os grandes avanços no tratamento de linfomas, leucemias agudas, câncer de testículo e carcinoma de bexiga foram obtidos por meio da condução de estudos clínicos. O oncologista estima que, a cada ano, cerca de 40 mil novas drogas sejam propostas para o tratamento do câncer e que, “ao final dos estudos, apenas uma ou duas deverão ter sua eficácia comprovada”.

“CONTO DO MILAGRE”

Além do atraso no início do tratamento, o que pode significar a transformação de um tumor maligno curável numa doença fatal, os tratamentos não comprovados cientificamente causam danos psicológicos e financeiros, já que muitos doentes correm o risco de empobrecer no desesperado esforço pela busca da cura.

Mestra em Direito Constitucional pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-RJ), a advogada especializada em direito civil e administrativo Nara Saraiva assegura que expor à venda ou induzir ao consumo de qualquer produto terapêutico não registrado na Anvisa constitui infração sanitária grave, além de poder ser considerado crime contra a pessoa, já que o responsável se vale de um momento de fragilidade das famílias e dos enfermos para ganhar dinheiro anunciando curas não comprovadas.

No fim de outubro, dois homens foram presos no Rio por venderem medicamentos contra o câncer sem registro. A pena de cada um pode chegar a 15 anos de prisão

“As pessoas devem estar atentas para não cair no conto do milagre. Devem conversar com seus médicos, mencionando até mesmo esses e-mails e sites absurdos que se aproveitam da boa-fé das pessoas fragilizadas”, sugere. Ela diz que a internet representa um grave problema para as autoridades sanitárias, já que é difícil controlar tudo o que é anunciado, e recomenda que blogs e sites irregulares e fraudulentos sejam denunciados à Anvisa, por e-mail ou carta.

A recomendação de tratamentos alternativos por profissionais da saúde também é passível de punição. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, aproximadamente 95% do conhecimento disponível em fitoterapia provém da sabedoria popular. Mesmo sendo livre para adotar a prescrição que achar conveniente ao seu paciente, o médico assume o risco caso adote um medicamento que não seja cientificamente comprovado, não surta o efeito desejado ou possa provocar reação adversa. Nesses casos, não sendo o paciente esclarecido pelo médico sobre essas possibilidades, ele pode entrar com denúncia no Conselho Regional de Medicina, e o médico, sofrer penalidades. ■

Redução do cálcio livre no núcleo da célula tumoral: aliado da radioterapia

O surgimento do câncer decorre de etiologia multifatorial com origem na inter-relação de vários fatores, combinando tendências genéticas, ação ambiental, hábitos e estilo de vida, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, exposição a agentes químicos e/ou físicos além de microrganismos carcinogênicos, sendo o cigarro o principal agente envolvido no câncer de cabeça e pescoço (Rocha & Kagohara, 2004). Os tumores de cabeça e pescoço representam um sério problema de saúde pública no Brasil.

O câncer de boca é o mais prevalente e são estimados mais de 14.000 casos para este ano (disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>). Raramente um paciente descobre a doença em seu estágio inicial. Na maioria das vezes, os pacientes chegam ao oncologista com tumores em estágio III e IV, são encaminhados para o cirurgião de cabeça e pescoço e depois para a radioterapia e/ou quimioterapia (Moraes *et al.*, 2004). Após o tratamento, graves complicações e sequelas são achados comuns, reduzindo de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes (Andrade & Viana, 2006).

Apesar de os protocolos terapêuticos serem universais e apresentarem boa resposta, entre 30% e 50% dos pacientes têm novo tumor em cinco anos (Moraes *et al.*, 2004). Por essa razão, várias pesquisas vêm sendo desenvolvidas em todo o mundo na tentativa de melhorar as terapias existentes.

Experimentos envolvendo cultivo celular se tornaram uma importante ferramenta no estudo do comportamento da célula cancerígena, bem como na busca de novas formas de tratamento. O cultivo de células tumorais humanas permite a avaliação dos efeitos diretos e indiretos das radiações ionizantes sobre as células, incluindo radiorresistência e radiosensibilidade. Porém, os modelos experimentais tradicionais não reproduzem integralmente os efeitos da radioterapia sobre o comportamento celular por não levarem em consideração parâmetros usados nos protocolos clínicos.

O desenvolvimento de um sistema *in vitro* que se aproxime das condições clínicas de tratamento é a forma mais desejável para o estudo dos efeitos da radiação X sobre as células tumorais submetidas à radioterapia. No nosso estudo, conseguimos criar uma estratégia em que as células humanas do carcinoma escamoso são irradiadas, num sistema *in vitro*, utilizando um esquema de fracionamento diário de doses de raios X, seguindo as mesmas orientações prescritas para um paciente com tumor de cabeça e pescoço (Scaff, 1997; Salvajoli *et al.*, 1999; Silva *et al.*, 2004). Os resultados mostram que, mesmo recebendo radiação X diariamente, as células continuam se reproduzindo, similarmente ao que ocorre em pacientes com recorrência da doença após o tratamento radioterapêutico.

“Investigamos na nossa pesquisa o efeito da ação terapêutica que combina a redução do cálcio livre no interior do núcleo das células tumorais com a radioterapia, em carcinoma de células escamosas”

Desde a descoberta do retículo nucleoplasmático (Echevarria *et al.*, 2003) (organela localizada no interior do núcleo das células, cuja função é armazenar o íon cálcio e liberá-lo para o nucleoplasma mediante estímulos específicos), vários grupos de pesquisa vêm estudando sistematicamente as funções celulares reguladas pelo cálcio nuclear. Demonstramos, por exemplo, que o cálcio livre no interior do núcleo das células é responsável pela indução da proliferação celular, e quando a concentração desse íon no nucleoplasma é reduzida, a taxa de proliferação de células tumorais hepáticas é também diminuída (Rodrigues *et al.*, 2007).

Baseados nesses achados, investigamos na nossa pesquisa o efeito da associação terapêutica que combina a redução do cálcio livre no núcleo das células tumorais com a radioterapia, em carcinoma de células escamosas. Para reduzir a concentração do cálcio livre no nucleoplasma utilizamos a estratégia de terapia gênica, por meio de um adenovírus construído em nosso laboratório. Essa construção adenoviral induz as células tumorais a expressar uma proteína capaz de aprisionar o cálcio dentro de compartimentos nucleares, reduzindo assim a concentração desse íon livre no nucleoplasma.

Os resultados mostraram que essa associação da radioterapia com a terapia gênica diminuiu a sobrevivência das células tumorais em 90%, demonstrando-se melhor que as duas estratégias usadas separadamente. Um dos mecanismos se deve ao fato de a terapia gênica empregada ter sido capaz de prevenir a ativação de genes responsáveis pela proliferação das células tumorais que, em certos casos, o tratamento radioterápico por si só pode induzir, como, por exemplo, o receptor do fator de crescimento epidérmico.

Além disso, esse resultado foi alcançado com cerca de metade da dose acumulada em um ciclo

de radioterapia. Outro resultado importante encontrado no nosso estudo foi que a estratégia de terapia gênica empregada não afetou a proliferação de células saudáveis adjacentes às células tumorais, indicando maior susceptibilidade das células tumorais ao aprisionamento de cálcio no núcleo e certa segurança para células normais em relação ao uso dessa terapia gênica. Os resultados alcançados nesse estudo indicam que o aprisionamento do cálcio nuclear nas células tumorais pode ser um aliado da radioterapia (Andrade *et al.*, 2012).

Esse projeto de pesquisa foi integralmente desenvolvido por pesquisadores brasileiros, financiado por agências nacionais de fomento à pesquisa, como CNPq, Capes e Fapemig, e pela agência americana Howard Hughes Medical Institute (HHMI). As perspectivas dos pesquisadores são bastante promissoras em relação aos futuros segmentos dessa pesquisa até que possam ser implementados protocolos usando terapia gênica associada à radioterapia para futuros testes clínicos. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, L.M., Viana, A.M.F.C. Estudo das Complicações Pós-Radioterapia para o Tratamento de Tumores de Cabeça e Pescoço para o Aumento da Qualidade de Vida. *Rev. Dentística On line*, Santa Maria - RS, v. 14, n.7, p. 31-37, 2006.

Andrade, L.M., Geraldo, J.M., Gonçalves, O.X. et al. Nucleoplasmic Calcium Buffering Sensitizes Human Squamous Cell Carcinoma to Anticancer Therapy. *J. Can. Sci. Therapy*; 4(5): 131-139, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>> Acesso em: 14-11-2012.

Echevarria W, Leite Mf, Guerra MT, et al. Regulation of calcium signals in the nucleus by a nucleoplasmic reticulum. *Nat Cell Biol*; 5(5):440-446, 2003.

Moraes, E.D., Lessa, G.S. Angra, I. et al., Tumores de Cabeça e Pescoço In: Guimarães, J.R.Q. *Manual de Oncologia Clínica*, São Paulo: BBS, 2004. p.429-55.

Rocha, J.C.C, Kagohara, L.T. Oncogenética e Farmacogenética In: Guimarães, J.R.Q. *Manual de Oncologia*. São Paulo: BBS, 2004.p.37-44

Rodrigues, M. A., Gomes, D.A., Leite, M.F. et al., Nucleoplasmic Calcium Is Required for Cell Proliferation* *The J. Biol.Chem.* v. 282, n. 23. 2007. p. 61-68.

Salvajoli, J.V., L. Souhami, S.L Faria, *Radioterapia em Oncologia*, São Paulo: MEDSI, 1999, p.1243.

Scaff, L.M., *Física da Radioterapia*. São Paulo: Sarvier, 1997. p.351.

Silva, J.L.F., Arruda, F.F. Radioterapia nos tumores de cabeça e pescoço. Aspectos gerais In: Guimarães, J.R.Q. *Manual de Oncologia Clínica*, São Paulo: BBS, 2004. p.475-88.

educação

OS SONHOS, OS DESAFIOS E AS EXPECTATIVAS DOS ALUNOS DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ONCOLOGIA

Investimento para a vida

A proximidade com o final do ano, além das decorações natalinas, traz um ar de renovação para dentro dos hospitais que oferecem programas de residência. Alguns alunos estão prestes a concluir um ciclo e buscar novos caminhos, enquanto outros se preparam para as provas de seleção cheios de esperança de ingressar em um programa para aperfeiçoar seus conhecimentos na área escolhida. A residência é um método de treinamento reconhecido no mundo todo como a melhor forma de capacitar profissionais de saúde para o exercício de suas atividades de maneira responsável e com qualidade. A decisão de ingressar num desses programas traz, como quase tudo, bônus e ônus. Apesar das dificuldades, a maioria dos que passam pela experiência acaba apurando um saldo positivo.

Ter feito residência em Clínica Médica é pré-requisito para ingresso nos programas de Oncologia Clínica. Assim, no início de novembro, Gabriel Werberich, residente de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), preparava-se para a seleção para a residência em Oncologia Clínica do INCA. Calmo, mas concentrado nos estudos, Gabriel comentava que conciliar o segundo ano de residência no Hospital Universitário Pedro Ernesto e o estudo para os exames no INCA era bastante complicado. “Gostaria de poder focar mais nos estudos. Estou fazendo o possível fora das 60 horas semanais de dedicação ao meu programa”, disse. Seu esforço compensou: ele foi aprovado em primeiro lugar na primeira fase de seleção da residência do INCA.

Gabriel: concentração nos estudos resultou no primeiro lugar na seleção de residência do INCA



Foto: Carlos Leite

“Assim como na Clínica Médica, podemos pensar o doente como um todo. Além disso, é uma área com ensino bastante moderno e grandes investimentos em ciência e pesquisa”

MARIANA DO VALLE, residente do primeiro ano de Cirurgia Oncológica do INCA

A experiência em programas de residência mais amplos, como Cirurgia Geral e Clínica Médica, pode existir em residências médicas em cancerologia, mas não na residência multiprofissional. Nesses programas, que atendem graduados em Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, o ingresso pode se dar logo após a conclusão da faculdade. Foi o que aconteceu com Pamela Resende, aluna do segundo ano da residência multiprofissional em Fisioterapia do INCA. “Decidi pela área oncológica porque as faculdades não abordam muito esse assunto, e, no Brasil, há poucos profissionais especializados”, explicou. Pamela lembra que no último ano da graduação se organizou para dedicar duas horas diárias ao estudo para a seleção da residência.

Já para Mariana do Valle, residente do primeiro ano de Cirurgia Oncológica do INCA, o motivo para se especializar em cancerologia foi exatamente o oposto: “Sempre gostei da área e tivemos bastante contato com ela na faculdade.” Gabriel destacou a generalidade da Oncologia Clínica como sua motivação. “Assim como na Clínica Médica, podemos pensar o doente como um todo. Além disso, é uma área com ensino bastante moderno e grandes investimentos em ciência e pesquisa”, opinou. Razão parecida levou o farmacêutico Arthur Agrizzi a ingressar no programa multiprofissional do INCA. “O farmacêutico tem várias frentes de atuação na área, como acompanhamento farmacoterapêutico, farmacovigilância e participação em equipe de terapia nutricional”, detalhou.

Arthur teve que deixar a família em São Francisco de Itabapoana, no interior do Estado do Rio de Janeiro, para fazer a residência no INCA. O farmacêutico mora em alojamento oferecido pelo Instituto a seus residentes. Além de benefícios no lado profissional, como a troca de experiência com as diversas áreas do programa, Arthur destacou vantagens no aspecto

peçoal. “Os moradores do alojamento formam quase um tipo de família e se juntam para várias atividades de lazer, como ir a praia, cinema e shows. Isso faz com que diminua a saudade de casa”, contou. As instituições que têm programa de residência são obrigadas a oferecer alojamento para todos os alunos que solicitarem. O INCA conta com dois alojamentos, que somam 63 apartamentos que podem ser simples, duplos, triplos ou quádruplos.

Natural do Espírito Santo, Mariana também se mudou para o Rio, mas preferiu alugar um apartamento e dividi-lo com uma amiga. “O lado ruim do programa é que ele toma muito seu tempo. Não consigo, por exemplo, visitar minha família”, lamentou. Todos os programas de residência exigem 60 horas semanais para atividades teóricas e práticas. Na residência médica, fazem parte dessa carga dois plantões mensais de 12 horas que, dependendo da escala, podem cair em finais de semana ou feriados. Para os médicos não é cobrada dedicação exclusiva, exigência do programa multiprofissional. Dentro das 60 horas, 80% são para atividades práticas e 20% para atividades teóricas.



Foto: José Antônio Campos

“Eles podem ter certeza de que terão uma excelente formação. Participar de um programa de residência é um bom investimento para a vida”

ANKE BERGMAN, chefe da Divisão de Ensino do INCA

Na residência médica, o conteúdo de cada programa é específico. Já para as demais áreas, há um eixo teórico transversal comum e um eixo específico para cada carreira. A maioria das atividades teóricas acontece por meio de debates que estimulam a participação dos estudantes. “Normalmente um residente apresenta um artigo científico ou discutimos algum estudo de caso”, contou Mariana. Participantes do programa de residência recebem bolsa mensal de R\$ 2.384,82, além de alimentação e alojamento, se solicitado. O valor é um dos pontos fracos apontados pelos alunos, principalmente os residentes médicos. “A carga horária é muito alta para o valor da bolsa. Apesar disso, o programa traz um crescimento técnico e emocional incrível”, ponderou Gabriel.

O lado emocional traz desafios ainda maiores quando os residentes precisam lidar com pacientes de uma doença tão estigmatizada quanto o câncer. “Tem sido bem mais difícil do que eu imaginava. A gente sabe do tabu, mas há questões do paciente que não sabemos até estarmos lá”, admitiu Pamela. Outra dificuldade destacada por quase todos os estudantes foi a complexa posição do residente, nem sempre bem compreendida pelos demais profissionais. De um lado, esses alunos são profissionais já graduados; por outro, são alunos ainda em formação. “Alguns não entenderam ainda o papel do residente. O consideram muitas vezes como mão de obra para a execução das atividades rotineiras e não como um estudante que está ali para aprender”, revelou Arthur.

Mas essa posição também traz benefícios, como avaliou Mariana. “O lado bom de ser residente, além da convivência com outras pessoas, é que somos profissionais que contamos sempre com alguém responsável pela gente. Temos ‘costas quentes’”, brincou a médica. O INCA conta hoje com 166 residentes na área médica e 75 de residência multiprofissional. Procurados pela revista REDE CÂNCER, os ministérios da Saúde e da Educação não souberam informar o número de vagas de residência oferecido na área de cancerologia no Brasil. Anke Bergman, chefe da Divisão de Ensino

do INCA, estimula todos os profissionais que estejam considerando ingressar em um programa de residência a tomar essa decisão. “Eles podem ter certeza de que terão uma excelente formação. Participar de um programa de residência é um bom investimento para a vida”, garantiu Anke. Um programa de residência dura normalmente de dois a três anos, podendo, opcionalmente, ser estendido por mais um ano. Pamela e Arthur estão terminando seus programas com planos de futuro semelhantes. A fisioterapeuta tenta se dedicar aos estudos com o objetivo de se preparar para concursos públicos, mas confessou que está sendo mais difícil do que no seu último ano de faculdade. “A residência toma muito nosso tempo. O Sistema Único de Saúde faz um investimento em nós, mas depois não oferece nenhuma forma de reingresso. Não há uma continuidade”, criticou. Já o farmacêutico incluiu em seus projetos a possibilidade de continuar investindo em atividades acadêmicas. “Vou tentar continuar a me aprimorar cursando um mestrado ou conseguir emprego em um lugar que me possibilite pôr em prática os conhecimentos adquiridos, com remuneração justa”, planejou . ■



O hotel dos residentes do INCA

Foto: Carlos Leite

DENGUE

É FÁCIL COMBATER,
SÓ NÃO PODE
ESQUECER

**DENGUE
PODE MATAR**

DISQUE SAÚDE

136

Divisão Geral do SUS
www.saude.gov.br



**Família, vizinhos, agente de saúde e você:
a parceria perfeita para vencer a dengue.**

O número de casos de dengue está diminuindo, mas não podemos deixar a prevenção de lado. Por isso, o SUS preparou milhares de agentes de saúde para ajudar no combate. Se um deles bater à sua porta, receba-o bem. Conte também com a sua família e os vizinhos. Vencer a dengue depende de cada um de nós.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



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