

16

Dezembro
2011

REDE CÂNCER

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

FIM DE ANO NOS HOSPITAIS

COMO O NATAL E O ANO-NOVO MUDAM A ROTINA
DE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br



Ações simples ajudam a manter a dengue longe da sua casa, do seu bairro e até da sua cidade. Fique atento e evite que locais e utensílios acumulem água e sirvam como focos do mosquito transmissor.

Faça sua parte.

JUNTOS SOMOS MAIS FORTES NESTA LUTA.

O SUS está com você no combate à dengue.

www.combatadengue.com.br



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

sumário



05

POLÍTICA

Novidade na estimativa do câncer

08

ENTREVISTA

O câncer de pele de hoje é aquele que já vem sendo 'cultivado' há anos

11

EDUCAÇÃO

Biossegurança se aprende na escola

16

PERSONAGEM

'A única maneira de enfrentar a morte é com a vida'

18

ASSISTÊNCIA

Reabilitação após o câncer

24

CAPA

Efeito de Natal

28

PREVENÇÃO

Mais uma dose?

32

REDE

A união faz a força

36

CIÊNCIA

Alta tecnologia para o controle do câncer

38

ARTIGO

O tratamento de tabagismo para o paciente com câncer



REDE CÂNCER

2011 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

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** | Chefia da Divisão de Comunicação Social: **Franco Thomé** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Daniella Daher** | Editor assistente: **Nemézio Amaral Filho** | Redator: **Marcio Albuquerque**.

Comissão Editorial: **Cassilda dos Santos Soares, Letícia Casado, Luiz Felipe Ribeiro Pinto, Marceli de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **SB Comunicação**.

Jornalista responsável: **Simone Beja RP 27416/RJ** | Reportagem: **Maria Cristina Miguez, Bel Levy e Igor Waltz** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Eduardo Samaruga** | Revisão ortográfica: **Gerdal J. Paula** | 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





Histórias de Natal

Prezado leitor,

A última edição de 2011 da **Rede Câncer** busca inspiração no espírito fraternal de fim de ano para focar o lado humano de quem convive com o câncer, seja paciente ou profissional de saúde. Vamos revelar aspectos do cotidiano dos hospitais de câncer no período entre Natal e réveillon. Estar ao lado da família nesta época pode contribuir para uma melhor resposta ao tratamento. Para os pacientes internados, por motivos clínicos ou outros, cabe aos profissionais de saúde assumir o papel dos familiares, num exemplo de humanização da medicina.

Como estamos no verão, nossa entrevista é com o presidente da Regional-RJ da Sociedade Brasileira de Dermatologia, David Azulay, que alerta: precisaremos de, pelo menos, 10 anos para reduzir a incidência do câncer de pele não melanoma. Somente para 2012 são estimados 135 mil novos casos.

Falando em estimativas, esse é o tema da seção Política. O INCA lançou em novembro publicação que traz o número esperado de casos novos de 18 tipos de câncer para o biênio 2012-2013. Nada menos do que 520 mil brasileiros por ano deverão receber o diagnóstico da doença. O estudo

é uma ferramenta fundamental para gestores de saúde planejarem as políticas públicas dentro da realidade de cada região do país.

Rede Câncer também presta uma homenagem a um grande pesquisador em oncologia do Brasil: Ricardo Brentani, diretor-presidente da Fapesp, que faleceu no dia 29 de novembro. Brentani desbravou o território até então inexplorado da pesquisa em câncer no país, sobretudo na investigação do Projeto Genoma Humano. Sua importância pode ser entendida a partir das palavras do pesquisador Roger Chammas: “Cada um de nós saberá identificar um traço da personalidade de Brentani, que se destacou como gestor, acadêmico, educador e formador de instituições (...) Um cientista ousado e à frente de seu tempo. Nas décadas de 1960 e 1970, ele introduziu pesquisas pioneiras na área atualmente conhecida como biologia molecular, mas que ainda não tinha esse nome. Os estudos dessa época foram precursores da biotecnologia.”

Por todo esse imenso legado – que inspirou e vem norteando as ações de pesquisa do INCA –, o nosso eterno obrigado ao grande mestre.

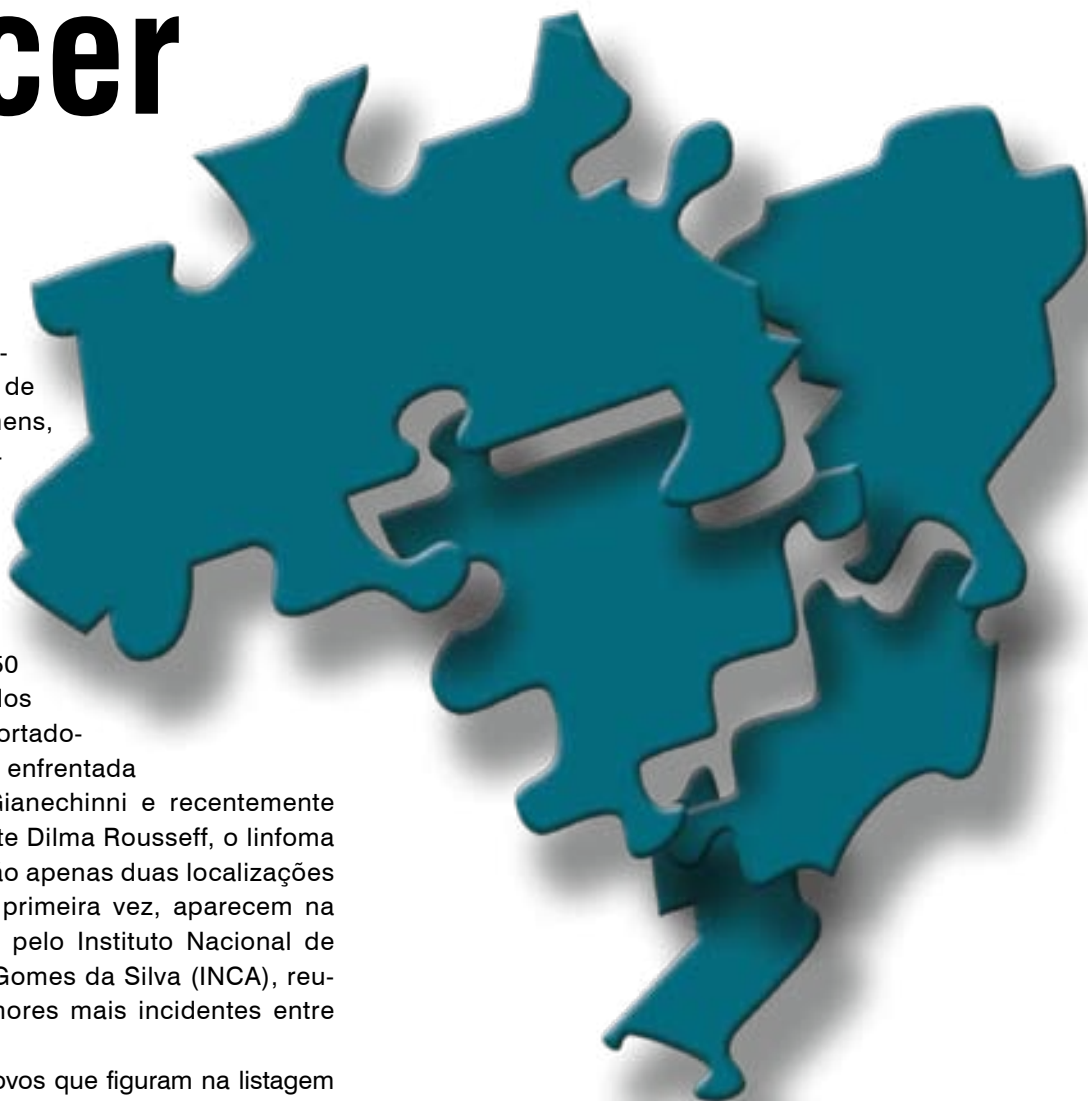
Boa leitura!

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

Novidade na estimativa de câncer

No próximo ano, 520 mil brasileiros receberão o diagnóstico de câncer. Entre os homens, 6.110 serão diagnosticados com o mesmo câncer que afeta o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o de laringe. Outros 5.190 homens e 4.450 mulheres ouvirão dos médicos que são portadores da mesma doença enfrentada pelo ator Reynaldo Gianechinni e recentemente vencida pela presidente Dilma Rousseff, o linfoma não Hodgkin. Esses são apenas duas localizações da doença que, pela primeira vez, aparecem na estimativa bienal feita pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), reunindo os tipos de tumores mais incidentes entre os brasileiros.



Os outros tipos novos que figuram na listagem são bexiga, corpo do útero, ovário, tireoide (para mulheres) e Sistema Nervoso Central. “A divulgação das estimativas disponibiliza aos gestores de saúde – e,



especificamente, aos da atenção oncológica – informações fundamentais para o planejamento das políticas públicas de forma regionalizada”, afirma o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini.

A inclusão das novas localizações deu-se, entre outros motivos, pela melhoria dos métodos para o diagnóstico precoce. “A melhoria na qualidade dos exames de investigação em casos suspeitos contribui para a exatidão do diagnóstico do câncer da tireoide. Isso se reflete no aumento do número de casos desse tipo de tumor”, diz a responsável pelo Serviço de Endocrinologia do INCA, Rossana Corbo. O câncer de tireoide aparece como o quinto mais incidente entre as brasileiras, atrás apenas do de pele não melanoma, de mama, do colo do útero e de cólon e reto.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012 por sexo, exceto pele não melanoma*

	Localização primária	casos novos	percentual
Homens 	Próstata	60.180	30,8%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%
	Cólon e Reto	14.180	7,3%
	Estômago	12.670	6,5%
	Cavidade Oral	9.990	5,1%
	Esôfago	7.770	4,0%
	Bexiga	6.210	3,2%
	Laringe	6.110	3,1%
	Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%
	Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%
Mulheres 	Mama Feminina	52.680	27,9%
	Colo do Útero	17.540	9,3%
	Cólon e Reto	15.960	8,4%
	Glândula Tireoide	10.590	5,6%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
	Estômago	7.420	3,9%
	Ovário	6.190	3,3%
	Corpo do Útero	4.520	2,4%
	Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%
	Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Entre os tumores que ganharam relevância no sexo masculino, os de bexiga e laringe ocupam, respectivamente, a sétima e a oitava posições no ranking, excluindo-se os de pele não melanoma, que representam 25% de todos os casos novos de câncer no país.

A incidência do câncer de laringe está associada à exposição aos principais fatores de risco: tabagismo e sua interação com o álcool. Por isso, a doença afeta mais os homens (entre as mulheres

“A melhoria na qualidade dos exames de investigação em casos suspeitos contribui para a exatidão do diagnóstico do câncer da tireoide. Isso se reflete no aumento do número de casos desse tipo de tumor”

ROSSANA CORBO, responsável pelo Serviço de Endocrinologia do INCA

ocupa a 13ª posição) a partir da quarta década de vida. “No mundo, o câncer de laringe é o segundo do aparelho respiratório, só perdendo para o de pulmão. No entanto, quando diagnosticado em estádios iniciais, possui um bom prognóstico, com alto potencial de cura, podendo variar de 80% até 100% dos casos”, revela Marise Rebelo, responsável pela Divisão de Informação e Análise de Situação do INCA.

Apesar de fazer parte do sistema urinário, a bexiga também tem no cigarro o principal fator de risco para o desenvolvimento de tumores. “O tabagismo é responsável por 66% dos casos novos de câncer de bexiga em homens e 30% nas mulheres nos países mais desenvolvidos”, aponta Marceli Santos, também da Divisão de Informação do INCA. Outros fatores predisponentes para esse tipo de câncer são a exposição ocupacional a aminas aromáticas, como o benzeno.

O linfoma não-Hodgkin e tumores do Sistema Nervoso Central também têm sua incidência aumentada em razão da longevidade. “Ações de promoção da saúde, diagnóstico precoce e a ampliação do acesso aos serviços de saúde favorecem a longevidade. Quanto mais velha é uma população, maiores as chances de alguns tipos de câncer surgirem”, diz o coordenador de Ações Estratégicas do INCA, Claudio Noronha.

Além da longevidade, a melhoria nos procedimentos diagnósticos também justifica o aumento de casos desses dois tipos de câncer. No caso específico do linfoma não-Hodgkin, houve mais um motivo: mudanças na classificação morfológica do tumor.

O câncer de ovário é o oitavo mais incidente entre as mulheres na maioria das regiões do país e

tem como principal fator de risco história familiar de câncer de mama ou ovário. Outros fatores que contribuem para o desenvolvimento desse tipo de tumor é a síndrome de Lynch (câncer de cólon hereditário não polipoide), terapia de reposição hormonal (TRH) na pós-menopausa, tabagismo e obesidade.

A obesidade e a TRH, ao lado de primeira menstruação precoce, menopausa tardia e sedentarismo, são situações predisponentes para o câncer do corpo do útero, que afeta, notadamente, o endométrio (revestimento interno do órgão). A incidência desse tipo de câncer também está relacionada ao envelhecimento.

REGIONALIZAÇÃO

Além da apresentação das estimativas de forma consolidada para o Brasil, a publicação traz a previsão de casos novos para cada um dos estados e suas capitais. Essa regionalização é fundamental para o planejamento das ações de prevenção e detecção precoce de acordo com a realidade local.

A Região Norte, diferentemente das demais – onde, excluindo-se os de pele não melanoma, o tumor maligno de mama lidera –, tem o câncer do colo do útero como o mais incidente. Na Região Sul, o câncer colorretal é o segundo mais comum na população feminina. No Norte, aparece como o sétimo do ranking.

“O tabagismo é responsável por 66% dos casos novos de câncer de bexiga em homens e 30% nas mulheres nos países mais desenvolvidos”

MARCELI SANTOS, da Divisão de Informação do INCA

Entre os homens, as divergências também ocorrem. A terceira colocação – após pele não melanoma e próstata, é ocupada pelo câncer de estômago, no Norte e Nordeste, pelo tumor de pulmão, no Centro-Oeste e Sul, e pelo câncer colorretal, no Sudeste.

O número de casos novos para cada tipo de câncer foi calculado com base nas taxas de incidência nas 17 cidades onde existem Registros de Câncer de Base Populacional (RCPB) e nas taxas de mortalidade dos estados e capitais brasileiros (Sistema de Informação Sobre Mortalidade do Ministério da Saúde).

A publicação pode ser acessada integralmente no portal do INCA pelo endereço: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>. ■

Estimativas para o ano de 2012 de número de casos novos de câncer, por região.*

Localização Primária	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
Próstata	2.390	11.550	5.350	9.490	31.400
Mama Feminina	1.530	8.970	3.470	9.350	29.360
Colo do Útero	1.860	5.050	2.020	2.000	6.610
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.030	3.890	1.860	7.820	12.720
Cólon e Reto	690	3.280	2.080	5.370	18.720
Estômago	1.300	3.940	1.480	3.410	9.960
Cavidade Oral	390	2.550	850	2.040	8.340
Laringe	210	1.090	400	1.310	3.100
Bexiga	210	940	610	1.650	5.490
Esôfago	190	1.550	650	2.830	5.200
Ovário	200	1.250	420	1.110	3.210
Linfoma não-Hodgkin	290	1.540	610	1.600	5.600
Glândula Tireoide	580	1.670	460	1.480	6.400
Sistema Nervoso Central	290	1.650	740	1.870	4.720
Leucemias	500	1.840	630	1.520	4.020
Corpo do Útero	110	900	320	790	2.400
Pele Melanoma	120	610	390	1.580	3.530
Outras Localizações	3.400	14.040	5.480	14.810	44.110
Subtotal	15.290	66.310	27.820	70.030	204.890
Pele não Melanoma	6.410	22.040	16.810	20.910	68.000
TOTAL	21.700	88.350	44.630	90.940	272.890

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

entrevista

DAVID AZULAY,
presidente da Sociedade Brasileira de
Dermatologia - regional Rio de Janeiro

“O câncer de pele de hoje é aquele que já vem sendo ‘cultivado’ há anos”

O verão é a estação mais aguardada pelos brasileiros. Até mesmo quem não gosta de ficar se bronzeando na praia aproveita os dias quentes para passar mais tempo ao ar livre. E acaba exagerando na exposição da pele ao sol. Consequência disso é que o número de casos de câncer de pele aumenta a cada nova estimativa. O presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia – regional Rio de Janeiro, David Azulay, diz que as mudanças de comportamento ainda vão demorar para apresentar resultados. “Educação é um processo lento e gradual. Os resultados virão com o passar do tempo. Aos poucos, a população está aprendendo.”

REDE CÂNCER – *Como se dá o efeito cumulativo do sol sobre a pele e como isso provoca as mutações nas células que podem resultar num câncer?*

DAVID AZULAY – Mutações ocorrem frequentemente, mas, felizmente, existem mecanismos de reparação ou bloqueio dessas mutações. Quando esses mecanismos são ultrapassados é que surgem as neoplasias. Para que isso aconteça, há necessidade tanto da existência de um fator desencadeante (iniciação) capaz de produzir a mutação quanto



um outro capaz de estimular essa mutação de forma continuada, ou seja, de fazer a promoção. A radiação ultravioleta é um carcinógeno completo, porque é capaz tanto de fazer a iniciação quanto a promoção da mutação que levará à neoplasia cutânea.

RC – *Além do sol, há outros fatores de risco para o câncer de pele? Quais?*

DAVID AZULAY – Não há dúvida de que o sol é, de longe, o maior vilão. Outros fatores, como o calor, substâncias químicas, como o arsênio inorgânico, antraceno, vírus – em especial o HPV – e a radiação ionizante (raios X), também propiciam o aparecimento do câncer cutâneo. Antigamente, não se sabia dos malefícios das radiodermites crônicas e, portanto, o câncer de pele era frequente nos dedos dos dentistas, pois eles os expunham continuamente à radiação quando ajudavam os seus pacientes a segurar o filme para fazer as radiografias.

RC – *O sol é fator de risco para os três principais tipos de câncer?*

DAVID AZULAY – Do ponto de vista científico, só é possível demonstrar o aparecimento do carcinoma espinocelular (cerca de 20% do total dos casos de câncer de pele) por meio da irradiação lumínica constante em ratos; no carcinoma basocelular (cerca de 70% dos casos) e no melanoma (menos de 10% do total de cânceres de pele), não. Acredita-se que, nesses tipos, a exposição intermitente e, sobretudo, aquela acompanhada de queimadura contribuam para o desencadeamento do processo neoplásico ao longo da vida.

RC – *Além das áreas do corpo que normalmente ficam expostas à claridade, o couro cabeludo também pode ser afetado pelo câncer de pele? No dia a dia, seria necessário o uso do chapéu mesmo para pessoas que não são calvas (até mesmo pelas mulheres)?*

DAVID AZULAY – O câncer de pele, em termos gerais, ocorre predominantemente nas áreas fotoexpostas. O couro cabeludo raramente apresenta neoplasias associadas ao sol, pois os cabelos dão uma proteção adequada à irradiação solar. Nos calvos, dependendo de quando se instalou a calvície, o grau dela e a cor da pele, a região pode ser afetada. Há uma enorme quantidade de homens que apresentam uma verdadeira cancerose nessa região à medida que os anos passam, tal a quantidade de ceratoses actínicas que apresentam na área calva. Como se sabe, as ceratoses actínicas têm o potencial de evoluir para o carcinoma espinocelular. Seria recomendável aos calvos o uso diário tanto do protetor solar na região quanto de chapéu ou



boné. Com certeza, se isso fosse feito desde o início da calvície, certamente minimizaria muito o problema. O uso de chapéu é mais eficiente que o do boné, pois cobre também a pele do rosto e as orelhas.

RC – *Como tem sido a adesão da população em geral às campanhas de prevenção ao câncer de pele no que se refere ao uso de proteção, seja por meio de roupas, barracas, chapéus e filtro solar?*

DAVID AZULAY – Educação é um processo lento e gradual. Os resultados virão com o passar do tempo. Aos poucos, a população está aprendendo. Atualmente, o que mais chama a atenção nesse assunto é que as pessoas, em geral, percebem de forma errada o papel do fotoprotetor. Para a grande maioria, o protetor solar tem servido como um “passaporte” para maior exposição ao sol. Entretanto, o protetor solar tem que ser entendido como apenas uma das muitas medidas que devem ser adotadas para evitar a exposição solar e, conseqüentemente, o fotoenvelhecimento, assim como o surgimento do câncer cutâneo. A principal medida a ser adotada é evitar a exposição ao sol, principalmente no horário das 10h às 14h ou, no horário de verão, das 11h às 15h.

RC – *A maioria das pessoas que não usa filtro solar alega que não o faz devido ao alto custo do produto. O que a Sociedade Brasileira de Dermatologia vem fazendo para sensibilizar as autoridades a fim de que o produto tenha impostos reduzidos e, assim, o preço caia?*

DAVID AZULAY – O preço do produto no Brasil é muito alto quando comparado ao dos outros países. Há alguns anos, foi feita uma redução do IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) por lei, mas esse benefício não chegou ao consumidor. O certo seria que o protetor solar fosse enquadrado como medicação, e não como produto cosmético. Dessa forma, o preço poderia cair substancialmente.



RC – *O senhor acredita que a redução do preço do produto vai aumentar o percentual de pessoas que passará a usar o filtro solar?*

DAVID AZULAY – Com certeza, fará aumentar – e muito. Além disso, se fosse barato, muitas pessoas seriam mais generosas no momento da aplicação do produto. Vale lembrar que a quantidade aplicada é também um fator determinante para garantir a fotoproteção prometida.

RC – *Entre as pessoas que usam filtro solar, a maioria o faz apenas quando está diretamente exposta ao sol, na praia ou piscina. Alguns lembram-se de usá-lo ao praticar esportes ao ar livre. No entanto, o uso diário ainda é bastante modesto. Qual alerta o senhor faria em relação a esse comportamento?*

DAVID AZULAY – Conceitos arraigados, como a associação de beleza com bronzeamento, levam muito tempo para ser modificados. Como eu disse, educação é um processo lento e gradual.

RC – *Outro erro recorrente é aplicar o filtro solar uma única vez, sendo que o efeito protetor diminui após algumas horas, mesmo que a pessoa não transpire ou não entre na água. Isso é verdade? Ou seria uma estratégia da indústria para aumentar as vendas?*

DAVID AZULAY – De fato, recomenda-se a reaplicação do protetor solar após duas horas, em caso de transpiração ou banhos. Devemos lembrar também que veículos em gel ou não oleosos saem mais facilmente, pois têm menor substantividade, ou seja, a capacidade de aderir à pele. Realmente é costume se fazer uma única aplicação. Isso é, por si, um indicativo de que a pessoa não está com os seus conceitos adequados quanto à fotoproteção.

RC – *Os dermatologistas, em geral, aconselham espontaneamente seus pacientes a fazerem uso frequente do filtro solar ou a maioria só o faz quando o*

paciente aparenta se expor muito ao sol – ou apresenta manchas/pintas com potencial de se tornarem câncer?

DAVID AZULAY – Há, de fato, uma tendência à recomendação do uso diário do fotoprotetor para pessoas sem doenças agravadas ou desencadeadas pelo sol. É uma medida a ser considerada. Eu, particularmente, não o faço a não ser que seja perceptível a exposição solar exagerada no dia a dia. O importante é o paciente ter a consciência de que qualquer exposição solar deve ser evitada, pois a quantidade necessária à pele para exercer sua necessária fabricação de vitamina D é desprezível em termos de tempo de exposição.

RC – *Na formação do dermatologista, a questão proteção solar faz parte da grade curricular?*

DAVID AZULAY – Sim. No nosso curso de pós-graduação, no Instituto de Dermatologia Prof. Azulay, da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, esse assunto é recorrente e revisto algumas vezes ao longo do curso.

RC – *Qual a forma correta de usar o filtro solar?*

DAVID AZULAY – O ideal é aplicar o produto ainda em casa, pois assim se evita a exposição que ocorre ao longo do trajeto, assim como estará, dependendo do protetor, dando o tempo necessário para sua adesão à pele. A quantidade aplicada é normalmente de 1/4 a 1/3 da recomendada pelo fabricante, que seria de 2 mg/cm² para obter o fator de proteção solar (FPS) anunciado no rótulo do produto. Esse é um parâmetro que serve apenas para a radiação UVB. É importante lembrar que o protetor solar deve conferir proteção também quanto à radiação UVA para ser considerado eficaz.

RC – *O câncer de pele não melanoma é o tipo mais comum entre os brasileiros. Para 2012, são esperados quase 135 mil novos casos. Qual sua recomendação – para os médicos em geral; para os dermatologistas e, claro, para a população – para que esse número não se confirme?*

DAVID AZULAY – O câncer de pele não melanoma é o mais frequente não só no Brasil, mas também em todos os países em que predominar a população branca (fototipos I e II), sobretudo se for tropical. A Austrália é o país recordista mundial do câncer de pele, porque associa a colonização inglesa com uma grande quantidade de radiação solar. Não há o que se possa fazer para mudar a projeção estatística de 135 mil novos casos para 2012, pois, como se sabe, o efeito da radiação é cumulativo, ou seja, o câncer de hoje é aquele que já vem sendo “cultivado” há anos. Mas, no futuro, se medidas conscientes forem adotadas pela população após, pelo menos, uma dezena de anos, é certo que essa projeção será reduzida. ■

educação

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM ONCOLOGIA INVESTEM NO ENSINO DO TEMA PARA APRIMORAR A ATENÇÃO À SAÚDE

Biossegurança se aprende na escola

Medidas simples, como a higienização das mãos, são decisivas na atenção à saúde e essenciais para prevenir casos de infecção hospitalar – complicação evitável que acomete cerca de 14% dos pacientes brasileiros, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Em âmbito mundial, o Centro para Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC, na sigla em inglês) estima que um em cada 20 pacientes seja contaminado em ambientes clínicos. Os dados são tão alarmantes que a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu a redução dos riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde como uma das seis metas do programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente – e o uso correto da técnica de higiene das mãos está entre as estratégias mais eficientes para o controle do problema.

No Brasil, apesar de a recomendação ser institucionalmente reconhecida, a adesão dos profissionais de saúde à prática ainda é um desafio. “Apenas 40% dos traba-



lhadores que atuam em hospitais lavam as mãos com a frequência adequada. Ampliar essa cobertura é fundamental, pois 70% dos casos de infecção hospitalar poderiam ser evitados com a adequada higienização das mãos antes da realização de qualquer procedimento invasivo e entre um atendimento e outro”, informa Heleno Costa Júnior, coordenador de educação do Consórcio Brasileiro de Acreditação, representante no Brasil da Joint Commission International, principal agência acreditadora na área da saúde.

“Em nossa rotina, são abordadas, sobretudo, medidas de precaução para prevenir infecções relacionadas à assistência hospitalar”

ANNA CLÁUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS, coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFU

Para garantir a qualidade e a segurança da atenção ao paciente, o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) aposta na educação continuada dos profissionais. “O programa de ensino a distância oferece um curso sobre o tema, obrigatório para todo o corpo clínico da instituição, incluindo os alunos da Residência Multiprofissional em Oncologia”, diz a médica Laura Maria Campello Martins, chefe da Divisão de Saúde do Trabalhador do INCA. Docente da Residência Multiprofissional da instituição, para Laura, os cursos de graduação na área da saúde pecam ao não destacar as normas de biossegurança, como a lavagem das mãos, em seus conteúdos programáticos. “A disciplina não é oferecida nos cursos de graduação e os conceitos acabam sendo transmitidos na prática das atividades e nem sempre são internalizados”, ressalta.

A representante do programa Aliança Mundial para Segurança do Paciente da OMS, Carmen Audeira Lopez, afirma que há um consenso mundial sobre a carência de recursos humanos para a saúde e, em especial, uma deficiência na formação de quadros na área de segurança do paciente. “A ausência de uma educação voltada para a segurança do paciente não é um problema individual, mas sistêmico. Esses conceitos devem ser introduzidos precocemente, nos primeiros anos de formação, e reforçados ao longo de toda a carreira profissional, por meio de cursos de extensão”, defende. Para apoiar a formação con-

tinuada, a OMS conta hoje com um guia curricular, que serve de base para que as instituições de ensino insiram as práticas de biossegurança em seus conteúdos programáticos, e um guia prático de treinamento, voltado para pesquisadores.

No Brasil, o tema ganha relevância com o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Saúde – uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação que preza pelo ensino permanente como forma de provocar mudanças positivas nos processos de formação, trabalho e gestão na saúde. “É preciso estimular e incentivar a qualidade e a segurança do cuidado ao paciente durante toda a carreira. Fundamentais para a especialização de recursos humanos e para a formação de massa crítica e questionadora de processos de trabalho, os programas de residência devem promover discussões teóricas e práticas sobre biossegurança”, acredita Sigisfredo Luis Brenelli, diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

APRENDENDO COM A PRÁTICA

Para preencher a lacuna deixada pelos cursos de graduação, as residências multiprofissionais em Oncologia contemplam o tema da biossegurança por meio de abordagens teóricas e práticas. No INCA, o conteúdo está inserido na unidade didática Qualidade e Acreditação Hospitalar. “O módulo Gestão em Saúde integra diversos subtemas ligados à biossegurança hospitalar: riscos ocupacionais, condutas em caso de acidentes com material biológico, gerenciamento de resíduos e normas de biossegurança em laboratório, quimioterapia e radioterapia”, explica Luciane Souza Soares, supervisora da Área de Ensino Multiprofissional da Coordenação de Educação do INCA.

A toxicidade dos agentes antineoplásicos representa um perigo potencial aos profissionais de oncologia devido à manipulação e à exposição a essas drogas. O risco tóxico durante o manuseio dos medicamentos antineoplásicos leva instituições, como a Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer e a Agência de Substâncias Tóxicas e Registro de Doenças, ligada ao Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos Estados Unidos, a fazer constantes estudos e alertas sobre o tema. A enfermeira Valdete Santos, chefe do Serviço de Procedimentos Externos do Hospital do Câncer I/INCA, enfatiza a importância da prática dos residentes que atuam no centro de quimioterapia do instituto: “Orientamos quanto aos

princípios básicos ao manipular essas substâncias (não tocar, não aspirar e desfazer-se dos resíduos de forma apropriada) e também sobre a importância de usar equipamentos de proteção individual (EPIs), cabendo aos preceptores do curso fazer o controle da prática desses residentes, até mesmo porque ainda não estão habilitados para agir sozinhos.”

Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos, coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), em Minas Gerais, salienta que as normas de biossegurança são abordadas nos seminários multiprofissionais, na discussão de casos clínicos e, principalmente, na observação dos diferentes cenários da prática. “Em nossa rotina, são abordadas, sobretudo, medidas de precaução para prevenir infecções relacionadas à assistência hospitalar, como o manuseio correto de materiais e equipamentos, os cuidados na administração de medicamentos, a hemovigilância e a segurança de gases medicinais”, sublinha a coordenadora.

Angela Maria Machado, enfermeira do Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem do Hospital das Clínicas da UFU, vê na interação multiprofissional a oportunidade de contemplar os diversos aspectos da biossegurança. “Essa abordagem tem partido da equipe de preceptores de nossa residência multiprofissional, em especial dos enfermeiros que, por estarem bem próximos aos residentes, têm condições de trabalhar melhor esses aspectos”, analisa. Ela destaca que a educação continuada dos preceptores também é importante. Por isso, o Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem desenvolveu um programa contínuo de enfermagem no Hospital das Clínicas da UFU, contemplando segurança na administração de medicamentos, armazenamento e transporte de materiais estéreis, entre outros aspectos abrangidos pela biossegurança.

A cerca de 2.500 quilômetros de Uberlândia, a diretora da Pós-Graduação e Pesquisa do Hospital Universitário João Barros Barreto, da Universidade Federal do Pará (UFPA), Maria Tereza Sanches de Figueiredo, garante que as normas de biossegurança, principalmente o uso adequado dos equipamentos de proteção individual, o descarte de material perfurocortante e a frequência da lavagem das mãos, continuam sendo negligenciadas pelos profissionais de saúde. Para melhorar esse quadro, a residência multiprofissional da instituição promove aulas teóricas e práticas sobre biossegurança. “As técnicas são simuladas durante o treinamento e posteriormente aplicadas nas unidades assistenciais”, explica Maria Tereza.

Para a supervisora da Área de Ensino Multipro-

fissional do INCA, as iniciativas são fundamentais. “A residência multiprofissional representa a possibilidade de superação do modelo biomédico nas relações de trabalho da saúde, ou seja, a mudança de paradigma da organização da assistência”, conclui Luciane. ■

PELO BEM DE TODOS

As normas de biossegurança são fundamentais para proteger pacientes, profissionais de saúde e o ambiente. Conheça os principais riscos da atenção oncológica, que podem ser minimizados por medidas de precaução:

- *Risco biológico, pela exposição a matéria orgânica, sangue, secreções e outros fluidos corporais;*
- *Risco físico, relacionado aos procedimentos de radiologia, mais especificamente à radioterapia;*
- *Risco químico, mais evidente nos procedimentos relacionados ao preparo e à administração de quimioterápicos e à manipulação de substâncias nos laboratórios, como também no uso de saneantes no ambiente;*
- *Risco ergonômico, relacionado à sobrecarga física (posturas inadequadas e manuseio de pacientes) e mental intrínseca ao processo de atendimento em saúde (estresse; trabalho em turnos);*
- *Risco de acidente, sobretudo o relacionado à não adoção de normas de segurança coletivas e individuais.*



homenagem

A MORTE DE RICARDO BRENTANI, PIONEIRO NA PESQUISA DO CÂNCER NO BRASIL, DEIXA ÓRFÃ A ONCOLOGIA PÁTRIA

Pesquisa, bom humor e saúde

Em 1985, a revista *Science* publicou artigo destinado a se tornar referência na pesquisa em oncologia, sendo citado cerca de 300 vezes em outros trabalhos acadêmicos semelhantes: pela primeira vez, demonstrava-se como a bactéria *Staphylococcus aureus* saía da circulação sanguínea e provocava infecções em outras partes do organismo. A descoberta permitiu constatar que outras bactérias, além de protozoários patogênicos, também agiam de maneira semelhante. O artigo seminal foi resultado de pesquisas do início da carreira de Ricardo Renzo Brentani, já preocupado com a estrutura e atividade do ácido ribonucleico, então um campo novo da ciência.

O estudo, publicado em parceria com José Daniel Lopes, abriu caminho para novas estratégias de drogas antimicrobianas e quimioterápicas. Brentani, que concluiu sua graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 1962, seria descrito como “uma revolução na área de oncologia”, nas palavras de Riad Younes, seu ex-aluno e atual professor da FMUSP. A trajetória de Brentani como pesquisador, professor e gestor é difícil de resumir. Mas, além do rigor acadêmico, todos os que tiveram o privilégio de trabalhar com ele sabem que o médico costumava pôr o coração em tudo o que fazia. Foi justamente por isso que muitos de seus admiradores, alunos e pacientes procuraram encontrar algum con-



Foto: Eduardo Cesar/Fapesp

solo na coerência do destino ao escolher uma forma de privar o mundo do gênio do mestre: no dia 29 de novembro de 2011, aos 74 anos, o carismático Ricardo Brentani morria vítima de um infarto.

Nascido na Itália, em 1937, Brentani cursou o secundário no Instituto Mackenzie do final dos anos 1940 até 1955, quando o país e o mundo viviam o novo momento que trouxera para o Brasil a família do futuro diretor-presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). No final do politicamente conturbado ano de 1966, ele já se doutorava pelo Departamento de Química Fisiológica e Fisiocímica da FMUSP.

“Ele deu início à carreira de oncologia na época em que o conceito era muito novo e nem sempre aceito na comunidade médica e universitária”

RENATA PASQUALINI, pesquisadora do Centro de Câncer M. D. Anderson, Universidade do Texas

Basta olhar para trás e ver que, quase cinco décadas de carreira depois, a trajetória de Ricardo Brentani foi saudavelmente irrequieta: produziu mais de 150 artigos científicos em revistas internacionais – algo que parecia natural para o homem que, já no terceiro ano de graduação, assinara artigo na revista *Nature* sobre a atividade de uma enzima, a ribonuclease, junto com o prestigiado pesquisador Michel Rabinovitch. O jovem Brentani não pararia mais de ajudar na produção científica, e de seu compartilhamento, sua sagrada obstinação, uma vez que ele não se recusava a falar de nada, “nem de Deus”, como garantiu recentemente à revista *Onco&*.

“O Brentani é um pesquisador que pertence a uma categoria rara. Em vez de se enterrar num mesmo assunto a carreira inteira, como faz a maioria, teve a capacidade de descobrir problemas originais diversos para estudar e envolveu alunos e assistentes na busca por respostas”, disse, em 2007, à revista *Pesquisa Fapesp*, Isaias Raw, orientador do oncologista em sua tese de doutorado. A vida trouxe muitas conquistas profissionais a Brentani. Duas, porém, são inegavelmente notáveis: o desenvolvimento do projeto Genoma Humano do Câncer, financiado pela Fapesp e pelo Instituto Ludwig, que sequenciou 20 tipos de tumor e ajudou a pôr o Brasil em destaque na ciência mundial; e a

condução do Hospital A.C. Camargo a uma posição de referência em câncer no País.

Nos dias que antecederam sua morte, Brentani não dava sinais de que gostaria de aposentar sua disposição à pesquisa, mesmo que já fosse professor emérito de sua querida Fmusp, presidente da Fundação Antônio Prudente, que mantém o Hospital A.C. Camargo, e coordenador do Centro Antônio Prudente para Pesquisa e Tratamento do Câncer, um dos centros de pesquisa da Fapesp. Tal vontade de trabalhar foi reafirmada por Renata Pasqualini, pesquisadora do centro de câncer M.D. Anderson, da Universidade do Texas, em Houston, à revista *Carta Capital*: “Estamos chocados. Havíamos, após dar uma aula, passado o dia em uma reunião com ele no A.C. Camargo. Ele estava tão contente, cheio de vida. Não conseguimos acreditar que isso tenha acontecido”. Riad Younes é outro que, na mesma revista, deu testemunho do dinamismo de um dos pioneiros da pesquisa de câncer no Brasil: “Brentani faleceu em plena atividade, estava a todo o vapor graças às novas pesquisas. É muito triste”.

Mas o bem-humorado Brentani nunca teve lá muito tempo para ela, a tristeza. O médico tornou-se pioneiro no campo da oncologia no país. Por exemplo, foi o primeiro professor de Oncologia da Universidade de São Paulo (USP). E o pioneirismo exige sacrifícios. “Ele deu início à carreira de oncologia na época em que o conceito era muito novo e nem sempre aceito na comunidade médica e universitária. Seus esforços tornaram possível a grande capacidade instalada que temos hoje na área e foi o embrião de tudo o que estamos vendo na USP em relação à pesquisa sobre o câncer”, disse o diretor-geral do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), Paulo Hoff, à *Agência Fapesp* quando Ricardo Brentani recebeu o prêmio *Octavio Frias de Oliveira*, na categoria “Personalidade de Destaque”, promovido pelo Icesp e o Grupo Folha, em agosto deste ano.

Admirador da mãe e da esposa, crente em “uma força superior que criou o universo”, Ricardo Brentani ao completar 70 anos, oficialmente aposentado (e apenas isso: oficialmente) e longe de seus laboratórios, mais uma vez não se queixou do próprio destino. Disse que não brigaria com sua cria, os alunos, que apenas daria palpites e que seguiria se divertindo. Foi o que fez, como se deduz do “causo” que contou à revista *Onco&*: “Outro dia estava conversando com um amigo, dizendo que eu estava ficando velho. Ele perguntou: ‘Mas você ainda fica bravo quando a revista recusa um artigo seu ou só seus alunos ficam?’. Respondi que sim. ‘Ah, então você não está velho!’”

Adeus, professor. Seu bom humor fará falta, mas seu exemplo fica com os pesquisadores e alunos que inspirou. I

personagem

JORNALISTA RUY CASTRO CONTA A EXPERIÊNCIA DE ESCREVER DURANTE O TRATAMENTO CONTRA UM CÂNCER NA BOCA

‘A única maneira de enfrentar a morte é com a vida’

Entre 2001 e 2004, o escritor e jornalista Ruy Castro dedicou-se quase que integralmente à sua pesquisa para a biografia da cantora luso-brasileira Carmen Miranda. Nesse período, ele mergulhou no universo da Pequena Notável: fez mais de mil entrevistas com pessoas que conheceram pessoalmente a artista, pesquisou em sebos e arquivos, leu análises dos discos e filmes da artista e até empreendeu uma visita à terra natal de Carmen, Várzea da Ovelha, próxima à cidade do Porto, em Portugal. Em janeiro de 2005, com tudo pronto para começar a escrever o livro, o autor deparou-se com uma reviravolta: o diagnóstico de um tumor na base da língua.

“Confesso que minha primeira reação ao receber a notícia foi dar um muxoxo e dizer para o cirurgião e para minha mulher: ‘Droga, vou atrasar o livro.’ Naturalmente, bastou refletir um pouco sobre minha própria trajetória – fumei de 1967 a 2005, abusei do álcool entre 1968 e 1988 e fui um grande boêmio – para me convencer de que eu era um candidato natural àquela situação”, recorda. “Concluí que o jeito era seguir em frente e tentar o tratamento com o mesmo empenho com que eu vivera até então”, completa.

Escrever o livro foi parte fundamental no processo de recuperação de Castro. Na época do lançamento, em novembro de 2005, o escritor, nascido em Caratinga (MG), mas que adotou o Rio de Janeiro como sua terra, fez declarações à imprensa atribuindo a Carmen a “salvação de sua vida”. “Eu não podia passar vergonha diante da mulher fabulosa que ela era – tinha de trabalhar na sua

biografia, custasse o que custasse. Todo fim de tarde, antes das aplicações de radioterapia, eu levava comigo material para trabalhar na sala de espera – um capítulo para corrigir, anotações para checar etc.”,

lembra. “E, semanalmente, aproveitava as três horas que passava na quimioterapia também para rever o material ou mesmo escrever trechos inteiros. Às vezes, a quimioterapia me dava uma cansa e eu dormia, mas o material nunca caiu das minhas mãos”, revela o autor, que recebeu o Prêmio Jabuti em 2006 por *Carmen – Uma Biografia*, na categoria Livro de Não Ficção do Ano.

O jornalista reconhece que sua preocupação maior com a obra nos momentos imediatamente após o diagnóstico deveu-se ao desconhecimento da dimensão do desafio que estava por vir. “À medida que o tratamento avançava, pude ver quão duro é passar por 33 aplicações de radioterapia e 24 horas de quimioterapia. A consciência da dificuldade também aumentou e passei pelas mesmas angústias que experimenta todo



Foto: Assessoria Companhia das Letras.



Foto: Bel Pedrosa/
Assessoria Companhia das Letras.

mundo nessa mesma situação, a ponto de perguntar: ‘Por que eu?’ ou ‘O que eu fiz para merecer isso?’ Foram uns três meses de intenso sacrifício”, relata. “Mas o próprio tratamento me tornou mais resistente e corajoso. Quando chegou o momento da cirurgia, eu já estava pronto para ela.”

O câncer de boca é o quinto mais incidente entre os homens brasileiros com mais de 40 anos. Associada principalmente ao tabagismo, combinado à ingestão de bebidas alcoólicas e à má alimentação, a doença deve atingir aproximadamente 14,2 mil brasileiros em 2012, sendo dois terços homens, de acordo com estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

“Parei de fumar no mesmo dia em que recebi o diagnóstico e nunca recaí. E foi tranquilo: apenas tive que decidir fazer isso e aguentar o tranco da síndrome de abstinência pelos primeiros dias. Gosto de pensar que, assim como exerci minha liberdade de fumar durante 38 anos, passei apenas a exercer, desde então, a minha liberdade de não fumar”, afirma Ruy Castro. “Aliás, não devo esquecer que o cigarro não foi o único responsável pela minha doença – a bebida também contribuiu, embora eu, como alcoólatra, já tivesse parado completamente de beber desde 1988. As pessoas tendem a demonizar apenas o cigarro, esquecendo-se das bebidas alcoólicas”, pondera.

SEM INTERROMPER O COTIDIANO

Além das mais de 500 páginas da biografia de Carmen Miranda concluídas durante o tratamento, Ruy Castro conta que o apoio da esposa, a também escritora Heloisa Seixas, das filhas e de amigos mais próximos foi fundamental. Ele afirma que tentou manter os amigos de fora o maior tempo que pôde, por temer que, com tanta gente lhe “dando uma força”, acabasse sem tempo para concluir a biografia. No livro *Álbum de Retratos*, Heloisa escreve que, apesar de debilitado pelos efeitos colaterais –, o escritor chegou a perder 12 quilos –, Castro não deixou de trabalhar horas e horas por dia em seu projeto e chegava a fazer piada com a doença.

O escritor, que sempre falou abertamente sobre o período em que enfrentou o câncer, acredita que o mais importante é não se abalar frente às dificuldades e não interromper seu cotidiano. “Hoje meus projetos incluem continuar trabalhando, aprendendo e me divertindo, além de fazer todos os exames a que tenho direito. Devo ser hoje um dos sujeitos mais examinados do Brasil”, afirma, rindo. “A única maneira de enfrentar a morte é com a vida. Nesse sentido, pelo menos para mim, o negócio é ignorar a doença e se dedicar completamente ao tratamento”, recomenda. |

assistência

FISIOTERAPIA AJUDA A PREVENIR E SUPERAR AS SEQUELAS DECORRENTES DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Reabilitação após o câncer

Durante muito tempo, o único foco do tratamento do câncer era a sobrevivência dos pacientes. Mas, nos últimos anos, vem se estabelecendo uma nova mentalidade: a preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar durante e após o tratamento. Por isso, tem crescido cada vez mais a importância do acompanhamento de um profissional de fisioterapia para os pacientes oncológicos. Apesar de a fisioterapia oncofuncional ainda ser considerada uma especialidade recente, reconhecida apenas em 2009 pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) criou, em 1980, o Serviço de Fisioterapia Oncológica, ligado, na época, à Seção de Cirurgia Torácica.

Passados mais de 30 anos, hoje são realizados cerca de 3 mil atendimentos em fisioterapia por mês, apenas no Hospital do Câncer I (HC I), uma das cinco unidades assistenciais do instituto. Segundo Eliane Oliveira, especialista em Fisioterapia Oncológica do HC I, o procedimento pode ser indicado para pacientes com os mais diferentes tipos de câncer, como os de mama, sistemas neurológico e musculoesquelético, linfomas e tumores de cabeça e pescoço.

Fátima Bussinger auxilia paciente de câncer ginecológico a voltar a ter uma vida sexual saudável



Fotos: arquivo do INCA

“Recebemos pacientes com perfis e condições socioeconômicas diversos, o que exige a adaptação do tratamento a cada realidade. Pacientes oncológicos com doenças cardíacas não podem ser submetidos a grande esforço; os que moram longe têm dificuldade de vir várias vezes por semana ao hospital e, por isso, é preciso conciliar a rotina do tratamento à sua disponibilidade. Com as crianças, investimos em abordagens lúdicas, por meio de jogos e música, para a recuperação da autonomia se dar de forma divertida. Já com os idosos, a participação dos familiares e cuidadores é fundamental”, revela a fisioterapeuta.

“Os exercícios facilitam a realização das tarefas do dia a dia sem precisar de ajuda. Em muitos casos, a melhora é apenas sintomática, como a diminuição de um inchaço nas pernas, por exemplo, que compromete a vida social”

ELIANE OLIVEIRA, especialista em Fisioterapia Oncológica do HC I

O trabalho de fisioterapia tem forte impacto na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que diminui sua dependência funcional. “Os exercícios facilitam a realização das tarefas do dia a dia sem precisar de ajuda. Em muitos casos, a melhora é apenas sintomática, como a diminuição de um inchaço nas pernas, por exemplo, que compromete a vida social”, comenta Eliane.

Mas o papel da fisioterapia não se limita à reconquista da autonomia e ao combate às sequelas: faz parte do processo de recuperação integral dos pacientes, colaborando para manter a adesão ao tratamento ao combater efeitos como dores crônicas e dispneia (dificuldade para respirar). “A fisioterapia oncológica tem uma gama extensa de atuação, desde resgatar a mobilidade dos músculos da face até promover a adaptação de pacientes amputados à prótese, passando pela prevenção de pneumonia e infecção respiratória nos portadores

de câncer de pulmão”, enumera Rosana Lucena, também fisioterapeuta do HC I. Mais um exemplo é o apoio à Enfermagem na orientação aos pacientes laringectomizados sobre como manter a higiene das cânulas de traqueostomia e trocar o cadarço de fixação.

Rosana frisa que o trabalho do fisioterapeuta deve estar inserido na atenção multidisciplinar. “O tratamento do câncer deve ser precedido de orientação aos pacientes sobre os sintomas e efeitos que podem ocorrer. Isso requer uma equipe multiprofissional (Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social), que vai adaptar a assistência ao contexto biopsicossocial do paciente. Muitas vezes, lidamos com pacientes carentes, que não têm condições financeiras de se deslocar várias vezes por semana ao hospital. A conjunção desses fatores implica diretamente o sucesso do tratamento”. Ela ainda observa que a fisioterapia também é fundamental durante os cuidados paliativos, promovendo melhor qualidade de vida a pacientes fora de possibilidade de cura.

Maria de Fátima Bussinger Ferreira, chefe do Serviço de Integração Humana e do setor de Fisioterapia em Oncologia Ginecológica do INCA, destaca que o atendimento multiprofissional tem forte impacto na reabilitação, tanto física quanto emocional, do paciente após o tratamento. “Não adianta apenas dar alta à paciente com todas as sequelas decorrentes da quimio e da radioterapia”, afirma. O tratamento inclui diversas técnicas, como drenagem linfática, alongamento, relaxamento e terapia manual. “Quando seguido à risca, é possível superar todas as sequelas e retornar a uma vida sexual saudável”, completa.

O Hospital do Câncer II, do INCA, é o único no Brasil especializado no tratamento do câncer ginecológico. Mensalmente, o setor de Fisioterapia presta 1,5 mil atendimentos a pacientes com câncer de colo de útero, ovário, vagina, vulva e endométrio (revestimento interno do útero), entre outros. De acordo com Fátima, as principais queixas das pacientes dizem respeito à incontinência urinária e dores durante as relações sexuais. “Muitas pacientes acabam desenvolvendo problemas emocionais, e várias abandonam o emprego. Aqui prestamos o cuidado completo para sua recuperação. Além do atendimento ambulatorial aos casos mais graves, oferecemos orientação e todos os materiais, como malhas e estimuladores, para que as pacientes possam dar continuidade aos exercícios em casa”, explica Fátima.

Celena Freire Friedrich, diretora de Fisioterapia do Hospital A. C. Camargo, de São Paulo, diz que, apesar de as técnicas empregadas serem as mesmas da fisioterapia em geral, o grande diferencial da fisioterapia oncológica é o conhecimento adequado do profissional sobre a patologia e o tratamento. “É necessário que o fisioterapeuta saiba quais são as complicações e disfunções advindas do tratamento, seja ele cirúrgico, quimioterápico e

“A realização de um programa de atividade física ativa mecanismos biológicos atuantes no sistema imunológico, contribui para a melhora da capacidade cardiovascular e pulmonar, aumenta a resistência muscular, a força e a flexibilidade”

CELENA FREIRE FRIEDRICH, diretora de Fisioterapia do Hospital A. C. Camargo

radioterápico ou mesmo a associação de dois ou mais. Cabe ao fisioterapeuta oncológico saber o momento ideal de instituir ou de amenizar o programa de atividade física, pois é preciso que este seja condizente com as necessidades do paciente nas diferentes etapas do atendimento”, observa.

Ela defende que a atividade física melhora a resposta ao tratamento. “O paciente com câncer geralmente se queixa de dor e fadiga, decorrentes da própria doença e do tratamento. Esses efeitos podem levá-lo a um quadro de depressão e redução do apetite, que conseqüentemente geram fraqueza generalizada. A realização de um programa de atividade física ativa mecanismos biológicos atuantes no sistema imunológico, contribui para a melhora da capacidade cardiovascular e pulmonar, aumenta a resistência muscular, a força e a flexibilidade”, explica.

UMA NOVA ABORDAGEM

Por se tratar de uma especialidade nova, ainda há muitos desafios a ser enfrentados. Além de carência de recursos humanos e do pouco espaço para a disciplina nos currículos da graduação, um dos grandes problemas reside na própria construção na especialidade, voltada essencialmente para a reabilitação. De acordo com Anke Berg-

Pacientes fazem exercícios para recuperar os movimentos dos braços e do tronco após tratamento contra o câncer de mama



mann, presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia (ABFO), é necessário que o trabalho do fisioterapeuta contemple também a prevenção das sequelas.

“Quando falamos em reabilitação, estamos falando de um problema já instalado e na tentativa de retornar a uma condição anterior. Mas acredito que nosso grande objetivo é trabalhar na prevenção das sequelas”, sustenta a fisioterapeuta, doutora em saúde pública. “A fisioterapia pode melhorar as condições do paciente para que ele suporte melhor o tratamento. Um exemplo seria reduzir o quadro inflamatório de bursite no ombro de uma paciente que vai se submeter a uma cirurgia de mama naquele mesmo lado”, comenta.

“Há iniciativas por parte das instituições de saúde em oferecer uma visão mais aprofundada sobre a fisioterapia em oncologia, mas nós estamos ainda estabelecendo as diretrizes que definem a qualificação específica desse especialista”

ANKE BERGMANN, presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia (ABFO)

Fundada em 2008, a ABFO conta hoje com 300 profissionais e tem como um dos principais objetivos promover o atendimento em fisioterapia oncológica. Anke, também responsável pela Divisão de Ensino da Coordenação de Educação do INCA, acredita que essa visão ‘reabilitadora’ da fisioterapia é uma questão que esbarra na formação dos profissionais.

“O ensino de oncologia dentro da graduação deve ser transversal a todas as especialidades, como fisioterapia respiratória, neurológica, pediátrica, etc. Não adianta manter a oncologia como uma disciplina separada, pois cada tipo de câncer gera sequelas em diferentes partes do organismo”, analisa. “O fisioterapeuta especialista em oncologia deve atuar dentro de uma instituição que trate do

câncer, para evitar o aparecimento de danos físicos. Mas, uma vez que a complicação ocorra, o paciente deveria ser encaminhado para a atenção básica e para a média complexidade. Os profissionais que atendem nesses locais são especialistas em outras áreas. Por isso, o conhecimento em oncologia deveria ser mais disseminado”, afirma.

Ainda são poucas as instituições de ensino no país que oferecem o curso de Fisioterapia em Oncologia. De acordo com a presidente da ABFO, grande parte desses cursos é anterior a 2009, quando o Coffito reconheceu a especialidade. “Há iniciativas por parte das instituições de saúde em oferecer uma visão mais aprofundada sobre a fisioterapia em oncologia, mas nós estamos ainda estabelecendo as diretrizes que definem a qualificação específica desse especialista”, explica Anke.

Segundo a fisioterapeuta, está prevista para o primeiro semestre de 2012 a realização de uma primeira prova para os interessados em obter o título de Especialista em Fisioterapia Oncológica. Realizada por meio de um convênio entre a ABFO e o Coffito, poderão concorrer profissionais que já cursaram especialização ou que contam com experiência na área. Os interessados em saber mais informações sobre cursos de especialização e sobre a prova podem entrar em contato com a Associação pelo e-mail abfo@abfo.org.br.

DEVOLVENDO A CAPACIDADE DE SE COMUNICAR

O câncer na região da cabeça e do pescoço pode trazer uma série de complicações na voz e na audição dos pacientes, seja pela extensão dos tumores ou em decorrência da cirurgia e do tratamento químico e radioterápico. Diante de situações como essas, o trabalho do profissional de fonoaudiologia oncológica é fundamental para devolver ao paciente as funções de comunicação. Mariana Guedes, responsável técnica pelo setor de Fonoaudiologia do Hospital do Câncer I (HC I), explica que o câncer na região pode atingir estruturas importantes, como lábios, língua, bochechas, faringe e laringe, afetando os movimentos da face responsáveis pela fala.

“O tratamento fonoaudiológico pode ser indicado ainda para os pacientes de câncer neurológico e de pulmão, além de pessoas traqueostomizadas. Nesses casos, quando o câncer obstrui parte da laringe e a passagem do ar é feita por uma aber-

tura na garganta, o profissional ensina o paciente a continuar se comunicando mesmo estando com o tubo traqueal”, explica Mariana.

Para Elisabete Carrara de Angelis, diretora de Fonoaudiologia do Hospital A. C. Camargo, o trabalho do fonoaudiólogo deve começar antes do tratamento oncológico, orientando os pacientes a respeito de possíveis sequelas. “Muitos mostram-se preocupados porque gostam de falar ou têm a voz como seu instrumento de trabalho, e acabam ficando temerosos em se submeter à cirurgia”, explica a fonoaudióloga. “Após o tratamento, o profissional vai ajudar a reabilitação da fala, melhorando a qualidade de vida dos pacientes”.

“Nossos índices de sucesso com a fala esofágica têm atingido 60%. Quando o paciente não consegue voltar a falar, implanta-se uma prótese na região. Nessas situações, a capacidade de comunicação é recobrada em 90% dos casos”

ELISABETE CARRARA DE ANGELIS, diretora de Fonoaudiologia do Hospital A. C. Camargo

De acordo com Elisabete, a fonoaudiologia oncológica não se diferencia da tradicional em relação às técnicas de trabalho, mas, sim, no que diz respeito à experiência do profissional. No paciente oncológico, é possível antever as sequelas e preparar o tratamento de forma mais rápida e eficiente. Mesmo em casos mais extremos, é possível recuperar a fala.

“Nos casos de tumor avançado da laringe, em que é indicada a cirurgia de retirada do órgão, conseqüentemente há a perda das cordas vocais. Por meio do trabalho de fonoaudiologia, o paciente pode voltar a falar usando o esôfago, órgão originalmente empregado para a alimentação. Nosso trabalho só é possível graças à grande capacidade do cérebro de assumir novas funções”, afirma

a especialista, também doutora em Neurociências. “Nossos índices de sucesso com a fala esofágica têm atingido 60%. Quando o paciente não consegue voltar a falar, implanta-se uma prótese na região. Nessas situações, a capacidade de comunicação é recobrada em 90% dos casos.”

Segundo Mariana, entre os mais de 700 atendimentos mensais aos pacientes internados no INCA e os 400 realizados no ambulatório, também estão os pacientes que apresentam dificuldade com alimentação, principalmente em mastigar e engolir. “A radioterapia e a quimioterapia podem causar a diminuição da produção da saliva e reações inflamatórias na região da boca, conhecidas como mucosites, o que gera alterações na mastigação. Isso dificulta a passagem do alimento em direção ao esôfago”, explica a fonoaudióloga.

Elisabete lembra que esse acompanhamento é importante também nos casos de cirurgia nos lábios e palato, uma vez que pode haver dificuldade da contenção do alimento na cavidade oral. “Pode ocorrer o que chamamos de aspiração, quando o alimento vai para o pulmão, podendo gerar infecções, como pneumonia”, conta. “Nosso trabalho inclui reeducar o paciente sobre como mastigar e engolir sem causar risco à sua saúde”, acentua. ■

Fonoaudióloga ensina a paciente que perdeu as cordas vocais como voltar a falar



publicações



CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO – DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS ARTIGOS 5.3, 8º, 11 E 13 (INCA, 117 págs.)

Esta publicação contém as diretrizes de orientação para a implementação dos artigos 5.3 (Proteção das políticas públicas de saúde para o controle do tabaco dos interesses comerciais e outros interesses garantidos para a indústria do tabaco), 8º (Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco), 11 (Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco) e 13 (Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco) da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). A CQCT é um tratado internacional de saúde pública que visa conter a epidemia de tabagismo em todo o mundo e foi ratificada pelo Brasil em 2005.

O objetivo dessas diretrizes é auxiliar os Estados-Parte a cumprirem as obrigações segundo as disposições dos artigos da Convenção-Quadro. Elas refletem pontos de vista consolidados das Partes sobre diferentes aspectos da implementação, suas experiências e avanços, além dos desafios enfrentados.



VIGILÂNCIA DO CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO E AO AMBIENTE, 2ª edição revista e atualizada (INCA, 63 págs.)

Alguns tipos de câncer e sua incidência têm relação direta com os fatores de risco aos quais os trabalhadores estão expostos em seu ambiente profissional. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a proporção de casos de câncer atribuída a fatores de risco ocupacionais está entre 4% e 40%, dependendo do tipo de tumor e da metodologia. Por exemplo: 10% das mortes por câncer de pulmão, o que mais afeta a população trabalhadora, estão diretamente relacionadas aos riscos ocupacionais.

Uma das peculiaridades do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente é seu potencial de prevenção. Por isso, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), vem desenvolvendo, desde 2004, o fortalecimento das ações nessa área, com projetos que visam à redução, à eliminação ou ao controle de agentes cancerígenos no meio ambiente e nos locais de trabalho. Este livro faz parte dessa iniciativa e apresenta informações sobre os principais agentes cancerígenos encontrados nos ambientes profissionais no Brasil, como: amianto; sílica; solventes aromáticos, como o benzeno, o tolueno e o xileno; metais pesados, como o níquel e o cromo; radiação ionizante; radiação solar; e agrotóxicos. O efeito cancerígeno desses agentes pode ser potencializado ao se somar a fatores de risco aos quais a população está exposta, como a poluição ambiental, dieta rica em gorduras trans, consumo exagerado de álcool, agentes biológicos e tabagismo.



INFORMATIVO VIGILÂNCIA DO CÂNCER (INCA, 12 págs.)

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), por meio da Divisão de Informação e Análise de Situação, lançou em dezembro a primeira edição do Informativo Vigilância do Câncer. Com esta publicação, de periodicidade quadrimestral, o INCA pretende retratar o cenário da atenção oncológica e a morbimortalidade por esse agravo no Brasil usando informações dos sistemas de vigilância do câncer.

Na primeira edição, apresenta-se o panorama da assistência oncológica a partir das informações dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) que enviaram suas bases de dados ao IntegradorRHC, sistema web desenvolvido pelo INCA para consolidação e divulgação de dados hospitalares, que podem ser acessados na página (<http://irhc.inca.gov.br>).

capa

FESTAS DE FIM DE ANO MOVIMENTAM A ROTINA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PACIENTES E ACOMPANHANTES EM HOSPITAIS ONCOLÓGICOS

Efeito de Natal

O fim do ano é um momento de esperança e renovação. Nos hospitais oncológicos não é diferente. Profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes alteram suas rotinas para participar das festas – em casa e na unidade de saúde – e preparam-se para a chegada de um novo ano. Além da movimentação para as comemorações, algumas mudanças estratégicas são colocadas em prática para adaptar a rotina das instituições, como escalas das equipes e o prolongamento dos horários de visita, para que as pessoas internadas possam passar a noite de Natal e de ano-novo com seus familiares.

Ângela Cói, gerente da Área de Apoio Técnico e Administrativo do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), dedicou cinco dos seus 28 anos na instituição a plantões como enfermeira do Centro de Tratamento Intensivo. Ela reco-

nhece que, nesta época do ano, os pacientes costumam estar mais motivados em relação ao tratamento e à recuperação, com a expectativa de passar o Natal e o ano-novo em casa, com a família. “A força de vontade é fundamental para o tratamento oncológico e o processo de recuperação do paciente. Analisamos caso a caso com todo o cuidado e, quando possível, liberamos os pacientes do hospital, já que estar perto da família e dos amigos também é importante para o seu bem-estar”, afirma.

Ângela conta que, para atender às especificidades desse período, a instituição opta pela flexibilização de algumas normas e abre a possibilidade de mais de um familiar acompanhar o paciente. “Cada situação é discutida com os profissionais do Serviço Social e da Psicologia, que avaliam a possibilidade de liberar a permanência de mais um acompanhante nas



Foto: arquivo do INCA



noites de Natal e do ano-novo. É um detalhe que faz a diferença para crianças, que podem passar a meia-noite ao lado do pai e da mãe, e também para os pacientes adultos e idosos, que podem ter a companhia de cônjuges e filhos”, exemplifica.

“Analisamos caso a caso com todo o cuidado e, quando possível, liberamos os pacientes do hospital, já que estar perto da família e dos amigos também é importante para o seu bem-estar”

ÂNGELA CÓE, gerente da Área de Apoio Técnico e Administrativo do INCA

No Hospital A. C. Camargo, em São Paulo, a orientação é que, sempre que possível, os pacientes internados sejam liberados para passar o Natal e o ano-novo em casa, retornando em seguida. Os casos mais graves permanecem no hospital e, para melhor acolhê-los, algumas regras para os acompanhantes também são flexibilizadas. Para a coordenadora da Escola da Pediatria do Hospital A. C. Camargo, a pedagoga Rosemary Viccari, a época de final de ano é um momento significativo para os pacientes oncológicos fortalecerem o vínculo com a vida e com a alegria – o que é fundamental para o sucesso do tratamento.

A animação começa desde os preparativos da tradicional festa de Natal – etapa que conta com a participação de pacientes pediátricos e adultos, acompanhantes e profissionais de saúde. “Todos os anos, uma festa de Natal reúne 300 pacientes em tratamento, familiares e a equipe clínica no anfiteatro de uma universidade próxima ao hospital. Para contemplar as pessoas que permanecem internadas, um grupo vai até a nossa sede para distribuir presentes e fazer apresentações culturais, como esquetes teatrais e corais”, conta Rosemary.

O final do ano também é uma época corrida para a Escola Pediátrica do Hospital A. C. Camargo, que trabalha de forma integrada aos colégios dos pacientes com até 21 anos. “É preciso concluir as tarefas, ajudar os alunos que estejam com alguma dificuldade, enviar os relatórios às escolas

originais dos pacientes, enfim, fechar o ano”, relata Rosemary. Tarefa cumprida, todos participam da festa de final de ano e comemoram a chegada do recesso escolar. “Nosso papel é promover a escolarização dos pacientes, com vistas a um futuro melhor. Mas também fortalecer o vínculo com a vida, com a esperança, com a alegria. E as atividades de final de ano são essenciais nesse processo”, conclui.

A enfermeira Andréa Lago, chefe do Setor de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo, no Rio de Janeiro, conta que a movimentação de final de ano influencia a rotina de profissionais e pacientes do ambulatório da unidade. “Como as atividades são interrompidas em finais de semana e feriados, é preciso reorganizar antecipadamente as agendas, para que os protocolos dos pacientes sejam seguidos à risca”, enfatiza. Na prática, isso significa um mutirão para que tudo ocorra da melhor forma possível para os pacientes – o que pode incluir muitas horas extras. “Muitos pacientes em tratamento ambulatorial aproveitam esta época do ano para viajar com a família, o que certamente traz benefícios para o tratamento. Articular as agendas dos profissionais, a programação social dos pacientes e os protocolos de tratamento exige organização e planejamento – uma tarefa que começa muito antes do Natal”, descreve a enfermeira.

APOIO EMOCIONAL

A humanização da atenção aos pacientes que permanecem internados no período de final do ano é fundamental para prevenir quadros de depressão, sobretudo entre as pessoas que são levadas por seus familiares ao hospital. “Infelizmente, alguns familiares preferem deixar os pacientes no hospital e viajar. Não se trata da maioria, mas é perceptível o aumento, a partir do dia 23 de dezembro, do número de pessoas na Emergência, solicitando a internação de seus parentes. Em geral, são pacientes idosos, que demandam muito cuidado”, revela Ângela Cóe.

Por isso, toda a equipe se esforça para garantir que as noites de Natal e de ano-novo não sejam nada tristes, pelo contrário. “É reconfortante para o paciente saber que a equipe está ali, junto com ele, neste momento. Para nós, não é sacrifício nenhum trabalhar neste período – faz parte da profissão que escolhemos. Com ou sem família, nenhum paciente fica sozinho”, garante a enfermeira.



Foto: arquivo do HSVP

“Muitos pacientes em tratamento ambulatorial aproveitam esta época do ano para viajar com a família. Articular as agendas dos profissionais, a programação social dos pacientes e os protocolos de tratamento exige organização e planejamento – uma tarefa que começa muito antes do Natal”

ANDRÉA LAGO, chefe do Setor de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo

A chefe do Setor de Psicologia do INCA, Ana Cristina Waissman, ressalta que esta é uma época delicada para os pacientes e seus familiares, que se sentem mais sensibilizados e, principalmente, temerosos em relação à morte. Segundo a especialista, a demanda pelo apoio psicológico começa a crescer no fim de outubro e início de novembro. “O mês de dezembro é caracterizado por um aumento dos quadros de depressão e angústia existencial. Principalmente entre os pacientes que não têm chances de sair do hospital para passar as festas em casa. Há uma mobilização da equipe para mantê-los emocionalmente estáveis, uma vez que a motivação influi diretamente no sucesso do tratamento oncológico”, defende Ana Cristina.

Muitos pacientes e familiares constroem uma relação de proximidade com os profissionais de saúde e fazem questão de entregar presentes aos enfermeiros e médicos que os acompanham durante o tratamento.

Ângela Cóe lembra que, durante a gravidez de sua filha, recebeu um conjuntinho de bebê, tricotado pela esposa de um paciente durante a internação dele. “Nós nos esforçamos para não nos envolver emocionalmente com os pacientes, mas muitas vezes isso não é possível. E, de fato, nos tornamos bem próximos de algumas famílias. É indescritível o carinho que recebemos”, revela.

No Hospital do Câncer I (HC I), do INCA, a situação é ainda mais delicada entre os pacientes laringectomizados da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – muitos deles ex-dependentes de álcool e drogas e com estrutura familiar fragilizada. Nesse contexto, a gerente de Enfermagem da unidade, Ailse Bittencourt, afirma que o acolhimento e a humanização são preponderantes na atenção à saúde. “Os pacientes, especialmente os da seção de Cabeça e Pescoço, sofrem com o distanciamento da família e a solidão. A proximidade dos profissionais de saúde ajuda a suprir essa carência e é fundamental para



que eles tenham força para seguir com o tratamento. Muitos nos tratam como se fôssemos da família. É uma experiência tão marcante que até hoje recebo ligações de ex-pacientes desejando feliz Natal e próspero ano novo”, emociona-se Ailse.

“Dedicar as nossas vidas ao cuidado de outras pessoas é algo fortemente recompensador. Nós precisamos administrar essa tristeza nos motivando com o trabalho que realizamos”

IONE DE SOUZA FERREIRA, médica do CTI do Hospital do Câncer I/INCA

A TURMA DO PLANTÃO

No INCA, o período de fim de ano é oportunidade para estimular o entrosamento entre os colaboradores de diferentes áreas do hospital. Como há uma redução na quantidade de procedimentos cirúrgicos, há também menos internações e, com isso, é possível reunir pacientes de diferentes setores nas mesmas alas de enfermaria, o que aproxima os profissionais envolvidos. Para incentivar esse processo – e também para estimular os pacientes que permanecem internados

nas noites de Natal e de ano-novo –, são organizadas ceias, sempre respeitando as normas de biossegurança hospitalar. “Essas festas reúnem funcionários do plantão, pacientes, acompanhantes e voluntários e são importantes porque amenizam a tristeza e a ansiedade dos pacientes e ajudam a esquecer um pouco os problemas relacionados à doença. Os resultados são notados sobretudo na Pediatria, onde há uma movimentação maior de voluntários, que distribuem brinquedos para as crianças”, descreve Ângela Cóe.

A enfermeira do INCA explica que os plantões dos profissionais de assistência, como enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas, são de 12 horas, o que lhes permite passar parte das datas comemorativas com a família e parte com os colegas de trabalho. “Dessa forma, quem passar a meia-noite dos dias 24 e 31 de dezembro no trabalho estará em casa para o almoço de família no dia seguinte, e vice-versa. Esse esquema fortalece os laços entre os profissionais e o resultado é uma equipe mais unida e coesa”, pontua Ângela.

Já para os médicos, o plantão é de 24 horas. No HC I desde 1986, a médica Ione de Souza Ferreira, da equipe de pós-operatório do CTI, já participou de vários plantões nas noites de Natal e de ano-novo. Ela reconhece que é difícil estar longe da família nessas datas, mas garante que a proximidade com os colegas e o retorno afetivo dos pacientes compensam o esforço. “Dedicar as nossas vidas ao cuidado de outras pessoas é algo fortemente recompensador. Nós precisamos administrar essa tristeza nos motivando com o trabalho que realizamos. Não é nada impossível de ser superado”, ensina Ione. ■



Foto: arquivo do INCA

prevenção

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS CRESCE NO PAÍS, PREOCUPA AUTORIDADES E É ALVO DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Mais uma dose?

Fator de risco para neoplasias de boca, laringe, faringe e esôfago, além de outras doenças crônicas não transmissíveis, o álcool está associado a 4% dos óbitos por câncer, segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ainda assim, o consumo de bebidas alcoólicas é socialmente aceito – e até estimulado. O resultado é a tendência de crescimento da prevalência desse comportamento na população brasileira – o que vem preocupando autoridades de saúde. De acordo com o levantamento Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), re-

alizado anualmente com adultos residentes nas capitais brasileiras, o consumo abusivo de álcool subiu de 16,2%, em 2006, para 18%, em 2010.

O problema torna-se ainda mais grave quando as estatísticas refletem o comportamento dos jovens. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), realizada em 2009 nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, 71% dos alunos do 9º ano – com idades entre 13 e 15 anos – já experimentaram bebidas alcoólicas. E mais: 27% deles consumiram álcool nos últimos 30 dias e quase 25% já vivenciaram episódios de embriaguez.

A pesquisadora Leticia Casado, chefe do Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica da Coordenação de Educação do INCA, esclarece que o Ministério da Saúde define consumo abusivo de álcool para adultos como a ingestão de quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias – e que por uma dose entende-se uma medida-padrão de bebida destilada, uma taça de vinho ou uma lata de cerveja.



“Ultrapassar o limite recomendado significa certamente um risco para a saúde – que pode ser imediato, sob a forma de acidentes de trânsito ou atos de violência, ou de longo prazo, como o desenvolvimento de tumores ou doenças cardiovasculares. Além disso, por agir sobre o sistema nervoso central, o álcool ocasiona mudanças de comportamento que podem gerar mais fatores de risco para a saúde, como relações sexuais desprotegidas e o consumo de outras drogas”, alerta a pesquisadora.

“O consumo contínuo de álcool, mesmo em pequenas quantidades, é um fator de risco para a saúde. Isso se torna claro quando observamos o impacto do uso medicinal da substância”

LUÍZ PAULO KOWALSKI, diretor do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A. C. Camargo

O cirurgião oncológico Luiz Paulo Kowalski, diretor do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A. C. Camargo, em São Paulo, informa que, além da quantidade, a frequência da ingestão de álcool deve ser controlada. “O consumo contínuo de álcool, mesmo em pequenas quantidades, é um fator de risco para a saúde. Isso se torna claro quando observamos o impacto do uso medicinal da substância. Estudos recentes apontam que o uso regular de enxaguatórios bucais com álcool na fórmula – que não são ingeridos – eleva de três a quatro vezes o risco de desenvolvimento de câncer de boca”, relata.

Além dos riscos diretos para a saúde, o álcool é um facilitador dos efeitos do tabaco e influencia negativamente as condições nutricionais de quem bebe com frequência (e a alimentação não saudável também constitui fator de risco para o desenvolvimento de câncer, incluindo os tumores de cabeça e pescoço). “Álcool e tabaco formam uma combinação explosiva, que multiplica o risco de ocorrência de câncer. O consumo abusivo de álcool aumenta entre sete e oito vezes as chances de uma pessoa desenvolver câncer de boca. O tabagismo eleva esse risco em 15 vezes. O uso simultâneo das duas substâncias significa um risco, para o câncer de boca, de 80 a 150 vezes maior comparado a quem não bebe nem fuma”, explica Kowalski.

Em relação ao efeito protetor do vinho tinto no miocárdio, os especialistas são unânimes: o impacto é positivo para a saúde quando o consumo não ultrapassa uma taça da bebida por dia – o que muitas vezes não acontece. “As pessoas costumam exagerar na dose e até misturar o vinho tinto a outras bebidas. Dessa forma, o que seria um consumo saudável torna-se um importante fator de risco para o câncer de garganta, particularmente de orofaringe. Da mesma forma, de nada adianta tomar uma taça de vinho tinto por dia, fumar e alimentar-se basicamente de produtos industrializados”, pondera Kowalski.

O médico do Hospital A. C. Camargo explica que a toxicidade do álcool para o organismo humano varia de pessoa para pessoa. “Quando ingerido, o etanol presente na bebida alcoólica é transformado em acetaldeído, uma substância tóxica que é metabolizada em acetato, que não é tóxico. Em algumas pessoas, as enzimas que metabolizam o acetaldeído em acetato não funcionam muito bem, o que leva ao acúmulo da substância tóxica nas células”, esclarece. Por isso, a ingestão da mesma quantidade de bebida alcoólica pode ter efeitos diversos em pessoas diferentes. “No futuro, será possível determinar, com base na genética, os indivíduos mais e menos suscetíveis aos efeitos tóxicos do álcool e definir as pessoas que não devem, de forma alguma, consumir a substância”, garante Kowalski.

CONTROLE DO ÁLCOOL

Os dados alarmantes sobre o consumo de álcool no Brasil, levantados pelo Ministério da Saúde, confirmam a urgência de políticas públicas nacionais para a prevenção do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, especialmente as voltadas para a população mais jovem. Para responder a essa demanda, diversas ações vêm sendo planejadas e desenvolvidas, em níveis local e nacional. As diretrizes estão reunidas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil para o período 2012-2020, lançado em agosto pelo Ministério da Saúde e apresentado à comunidade internacional na Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro.

A coordenadora-geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Deborah Malta, ressalta que o documento está em sintonia com as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). “O Plano lança as bases para um trabalho com ênfase em ações de prevenção e promoção da saúde, a partir dos quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis”.

veis – cardiovasculares, respiratórias, diabetes e câncer – e de seus fatores de risco, que podem ser modificáveis: alimentação não saudável, inatividade física, tabagismo e consumo abusivo de álcool”, apresenta Deborah.

“O álcool é socialmente aceito e estimulado. Da mesma forma que, em gerações passadas, pais incentivavam o tabagismo ao pedir que seus filhos acendessem seus cigarros”

LETÍCIA CASADO, chefe do Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica da Coordenação de Educação do INCA

Entre as principais ações recomendadas pelo documento estão o aumento de impostos sobre as bebidas alcoólicas, com vistas à elevação dos preços e à consequente redução do consumo, e a intensificação da fiscalização de ações regulatórias essenciais, como a proibição da venda do produto a menores de 18 anos. “Também estão previstas ações de prevenção e promoção da saúde nas escolas, para redução do consumo de álcool e tabaco entre os adolescentes, e o adiamento da idade de experimentação dessas drogas”, completa Deborah.

Apesar dos avanços na definição do tema como prioridade para a saúde pública nacional, muitos desafios ainda se impõem, sobretudo em consequência da função social que o álcool representa na sociedade brasileira. “O álcool é socialmente aceito e estimulado. Da mesma forma que, em gerações passadas, pais incentivavam o tabagismo ao pedir que seus filhos acendessem seus cigarros, hoje o consumo de álcool é igualmente incentivado em momentos festivos, quando muitas crianças iniciam a experimentação, por exemplo, no Natal ou no réveillon. Por isso, ações educativas de longo prazo que objetivem a prevenção e a iniciação são tão importantes”, sintetiza Letícia.

“O Brasil já conquistou importantes avanços no controle do tabaco. Os esforços em relação ao álcool são recentes e estão ganhando força. Uma ação importante é o combate ao alcoolismo na adolescência – o consumo de álcool entre adolescentes e jovens é cada vez maior e nessa fase da vida as pessoas estão mais propensas a desenvolver o alcoolismo. É um esforço muito importante, que deve ser contínuo e mobilizar toda a sociedade”, diz Kowalski. ■

ASSOCIAÇÃO COM O CÂNCER

A relação entre álcool e câncer tem sido avaliada, no Brasil, por meio de estudos de caso-controle, que estabeleceram a associação epidemiológica entre seu consumo e cânceres da cavidade oral e de esôfago.

O uso combinado de álcool e tabaco aumenta ainda mais o risco de câncer nessas e em outras localizações, como faringe e laringe supraglótica. Além de agente causal de cirrose hepática, em interação com outros fatores de risco, como o vírus da hepatite B, o alcoolismo está relacionado a de 2% a 4% das mortes por câncer, já que está, também, na origem de cânceres de fígado e reto. Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que o tipo de bebida ingerida é indiferente, pois o etanol é propriamente o agente agressor.

A multicausalidade é frequente na formação do câncer. O álcool em associação com o tabaco e residir na zona rural aumentam o risco de câncer de esôfago. Já a combinação álcool, tabaco, chimarrão, churrasco e cozimento de alimentos em fogão à lenha pode desencadear tumores na cavidade oral. Nessas duas associações, os fatores de proteção são, respectivamente, o consumo de frutas cítricas e vegetais ricos em caroteno.



TRANSFORMAMOS HORAS DE TRABALHO EM ANOS DE VIDA.

Desde 1991, a Fundação do Câncer trabalha para dar boas notícias e esperança no combate à doença. Vamos desde a captação de recursos e desenvolvimento de projetos na área de pesquisa até a educação e mobilização social para prevenção e controle do câncer. Foi assim que nos tornamos a principal parceira do Instituto Nacional de Câncer e de todas as pessoas que valorizam a vida.



**FUNDAÇÃO
DO CÂNCER**

Saiba mais sobre a Fundação do Câncer

www.cancer.org.br

rede

INICIATIVA INTERNACIONAL UTILIZA CAPACIDADE OCIOSA DE COMPUTADORES PESSOAIS PARA ACELERAR REALIZAÇÃO DE PESQUISAS EM SAÚDE

A união faz a força

A geração de conhecimentos em saúde, que podem ser revertidos em vacinas, kits diagnósticos e medicamentos, é um processo de longo prazo que pode durar décadas. Acelerar essa dinâmica, sem comprometer a qualidade dos estudos, é a proposta da iniciativa World Community Grid (Comunidade Mundial em Rede, em tradução livre) liderada pela empresa de tecnologia da informação IBM. A rede utiliza a capacidade ociosa de computadores pessoais para a análise automática de dados de investigações científicas. Atualmente, cerca de 600 mil pessoas em todo o mundo contribuem voluntariamente com o tempo ocioso de quase 2

milhões de computadores para impulsionar pesquisas sobre saúde e meio ambiente.

“A World Community Grid contribui para a corrida contra o tempo que caracteriza a pesquisa científica, sobretudo na área da saúde. Noventa por cento dos computadores pessoais passam a maior parte do tempo ociosos. Essa força de trabalho, que seria desperdiçada, pode ser decisiva para a geração de conhecimentos e resultados para a saúde”, explica o gerente de projetos de Cidadania Corporativa da IBM Brasil, Bruno Rondinella.

Um exemplo que ilustra o que pode ser feito a partir dessa rede é o projeto Ajuda para Combater o



Câncer na Infância, coordenado pela Universidade de Chiba, no Japão. Após a adesão à World Community Grid, em março de 2009, a iniciativa anunciou, em agosto de 2011, a conclusão da primeira etapa da pesquisa que busca novos alvos terapêuticos para o neuroblastoma – tumor de células do sistema nervoso periférico, frequentemente de localização abdominal, que acomete sobretudo crianças. Os resultados apontam sete compostos químicos promissores para o tratamento do tumor, capazes de bloquear três proteínas essenciais ao ciclo da doença (TrkB, ALK e SCxx).

“Noventa por cento dos computadores pessoais passam a maior parte do tempo ociosos. Essa força de trabalho, que seria desperdiçada, pode ser decisiva para a geração de conhecimentos e resultados para a saúde”

BRUNO RONDINELLA, gerente de projetos da Cidadania Corporativa da IBM Brasil

Durante o estudo, os cientistas promoveram experimentos de química virtual para testar as respostas dessas três proteínas a cada um dos 3 milhões de substâncias candidatas previamente selecionadas como promissoras para o tratamento do neuroblastoma. O trabalho gigantesco – que realizou 9 milhões de experimentos de química virtual – demandaria 8 mil anos, se realizado em um único computador. Com a ajuda dos computadores pessoais cadastrados na World Community Grid, foi possível realizar a triagem em apenas dois anos, por meio de análises de imagem molecular e de toxicidade celular. Agora, os compostos químicos selecionados serão submetidos a novos estudos, para elucidação dos mecanismos moleculares envolvidos na desativação das proteínas e avaliação de toxicidade.

Outra iniciativa, em curso desde 2007, é protagonizada pelo Instituto de Câncer de Ontario, no Canadá. Intitulado Missão para Ajudar no Controle

do Câncer, o esforço visa à melhoria da técnica de cristalografia de raios X, utilizada em análises proteômicas para identificação da estrutura e das funções de proteínas. O objetivo é compreender como determinadas proteínas são afetadas pelos tumores e têm suas funções alteradas, sendo sobre-expressas, reprimidas ou modificadas. O aprimoramento da técnica contribuirá para a melhor compreensão da função de cada proteína no desenvolvimento de diferentes tipos de câncer – conhecimento essencial para a investigação de métodos diagnósticos e alvos terapêuticos. Os cientistas envolvidos na “Missão” trabalham para analisar 86 milhões de imagens de 9.400 proteínas submetidas a experimentos de cristalografia no Instituto de Pesquisa Médica Hauptman-Woodward, nos Estados Unidos. A análise de cada imagem demandaria cerca de 10 horas em um único computador – exigindo quase 100 mil anos para a conclusão da tarefa. ■

COMO PARTICIPAR

O processamento de dados por múltiplos computadores interligados em rede é uma estratégia tecnológica amplamente utilizada em diversas áreas do conhecimento. Por meio de um programa simples, fácil e seguro, qualquer pessoa que utilize um computador – em casa ou no trabalho – pode contribuir para o desenvolvimento de pesquisas importantes para a humanidade, sem comprometer o desempenho do equipamento. Podem participar máquinas com os sistemas operacionais Windows, Linux ou Mac – basta baixar o programa em www.worldcommunitygrid.com e seguir as instruções na tela.

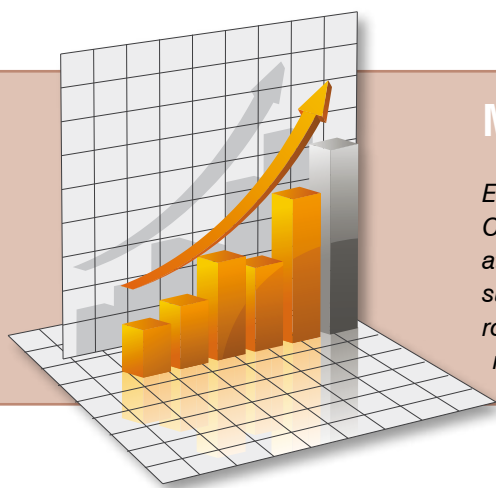
A utilização do aplicativo não prejudica o desempenho do computador, pois ele é executado sempre como última prioridade, quando a máquina estiver ociosa. A conexão à internet é necessária somente para o recebimento das tarefas a serem processadas e o envio de resultados. Uma vez cadastrado, o usuário pode configurar a sua máquina de forma a destinar determinada porcentagem de sua força ociosa à iniciativa. Também é possível escolher com quais pesquisas contribuir ou optar por participar de todos os projetos. Periodicamente, são enviados relatórios sobre a participação do voluntário no andamento da pesquisa – o que contribui para a sensação de pertencimento do voluntário ao projeto.

notas

SANCIONADA LEI QUE PÕE FIM AOS FUMÓDROMOS NO PAÍS

A presidente Dilma Rousseff sancionou a lei que proíbe o fumo em locais fechados em todo o país, sejam eles públicos ou privados. O texto também prevê aumento na carga tributária dos cigarros, além de fixar preço mínimo de venda do produto no varejo. Fica estabelecida em 300% a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) para o cigarro. O aumento no preço está previsto para o início de 2012. Com o reajuste do imposto e o estabelecimento de um preço mínimo, o cigarro subirá cerca de 20% em 2012, chegando a 55% em 2015.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, ressaltou que a meta é reduzir o número de fumantes em diferentes grupos, principalmente a iniciação de adolescentes e adultos. "A expectativa é chegar a 2022 tendo reduzido a prevalência de fumantes de 15% para 9% na população adulta", afirmou. A nova lei também proíbe a propaganda de produtos de tabaco nos locais de venda. Os fabricantes também ficam obrigados a incluir mensagens sobre os malefícios do fumo em 30% da área frontal dos maços de cigarros, partir de 1º de janeiro de 2016.



MAIS DIAGNÓSTICOS DE CÂNCER DE PELE

Em 12 anos (1999/2010) de Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele, a Sociedade Brasileira de Dermatologia proporcionou o atendimento de mais de 400 mil pessoas. A média anual de participantes subiu de 17 mil para 40 mil e o índice de casos suspeitos também está em rota ascendente: passou de 8,3% para 11,1%. Veja mais sobre o assunto na seção Entrevista.

TOMOGRAFIAS AUMENTAM RISCO DE CÂNCER DE MAMA

Mulheres podem reduzir o risco de câncer de mama evitando a exposição desnecessária à radiação de exames de imagem, tratamentos de reposição hormonal, reduzindo o consumo de álcool e perdendo peso. Já manter a forma só é efetivo para evitar tumores que aparecem após a menopausa. Essas são conclusões de revisão de estudos publicada pelo Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciência dos EUA e apresentada em congresso sobre a doença, no Texas, em dezembro. O trabalho, de 364 páginas, levou dois anos para ficar pronto e consumiu US\$ 1 milhão. Segundo o levantamento, o excesso de tomografias, que emitem dose relativamente alta de radiação, preocupa. Por outro lado, não é preciso evitar as mamografias, cujos níveis de radiação são mais baixos.



MAIS SETE GRUPOS DE ALIMENTOS TERÃO REDUÇÃO DE SÓDIO

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e representantes da indústria alimentícia assinaram, no dia 13 de dezembro, nova fase do acordo que prevê a redução gradual de sódio em 16 categorias de alimento. Nessa etapa, o foco são os alimentos que estão entre os mais consumidos pelo público infanto-juvenil: batatas fritas e batata palha, pão francês, bolos prontos, misturas para bolos, salgadinhos de milho, maionese e biscoitos (doces ou salgados). As metas devem ser cumpridas pelo setor produtivo até 2014 e aprofundadas até 2016.

A redução do consumo de sódio no Brasil é uma das estratégias do Governo Federal para o enfrentamento das doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e câncer. A meta é respeitar a recomendação de consumo máximo da Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de menos de 5 gramas de sal diários, por pessoa, até 2020. Em relação aos adultos, os adolescentes consomem sete vezes mais salgadinhos, quatro vezes mais biscoitos recheados, duas vezes e meia mais biscoitos doces e duas vezes mais biscoitos salgados.



PROGRAMA DA AVON FOUNDATION FOR WOMEN TREINARÁ MÉDICOS NOS EUA

AVON
Foundation
for Women

Seis de janeiro é a data-limite para inscrição no programa global da Avon Foundation for Women – www.avonfoundation.org – que distribui bolsa de estudos clínicos a médicos de todo o mundo especializados em câncer. O objetivo do programa é dar oportunidade a profissionais não residentes nos Estados Unidos de obter treinamento intensivo em um dos 12 centros de câncer de mama do país, filiados à Avon Foundation.

O programa premiará 50 médicos em início de carreira, que tenham autorização das instituições onde trabalham para receber de quatro a oito semanas de treinamento nos EUA. As instituições devem declarar que o profissional terá emprego garantido depois do programa.

As especialidades disponíveis são: cirurgia de câncer de mama; patologia; radiologia; oncologia médica; estudo clínico e da comunidade/saúde pública. O treinamento será dado em dois períodos: a partir de setembro de 2012, para 25 médicos, e a partir de junho de 2013, para o segundo grupo. O anúncio dos contemplados será no dia 15 de março.

A solicitação de propostas, o atendimento de requerimentos e outros detalhes de como participar estão no seguinte link: <http://www.avonfoundation.org/programs-and-events/125-anniversary-global-scholars-program.html>

CORRIDA EM BENEFÍCIO DA DOAÇÃO DE MEDULA REÚNE 3 MIL PARTICIPANTES

A terceira edição da Corrida e Caminhada com Você, pela Vida – Doe Medula Óssea reuniu cerca de 3 mil participantes no dia 11 de dezembro, no Rio. O evento, promovido pela Fundação do Câncer (www.cancer.org.br), marcou a abertura da Semana de Mobilização Nacional para Doação de Medula Óssea e contou com 406 pessoas que se cadastraram como doadores em unidade móvel do Hemorio.



ciência

BRASIL INVESTE EM DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO PARA AMPLIAR O ACESSO A TERAPIAS INTELIGENTES CONTRA A DOENÇA



Alta tecnologia para o controle do câncer

O investimento em terapias com alvo molecular para o tratamento do câncer – por meio de drogas que agem seletivamente sobre as células tumorais, preservando as saudáveis – tem sido a principal estratégia das pesquisas que buscam definir esquemas terapêuticos mais eficazes e menos tóxicos. No entanto, apesar de promissores, os medicamentos dessa classe já registrados no Brasil estão disponíveis na rede pública apenas em algumas instituições, como o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

e o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira (Icesp). Para ampliar o acesso a essas inovações, o Governo Federal e o Ministério da Saúde vêm desenvolvendo uma política de estado para o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, de forma a incrementar a produção nacional de insumos para a saúde.

Uma das ações é estabelecer Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) com vistas ao desenvolvimento e à produção de medicamentos. “É priorida-

de para o Brasil a ampliação dos acordos internacionais e as PDPs para transferência de tecnologia e produção nacional de medicamentos inovadores voltados ao tratamento de doenças prevalentes na população brasileira”, afirma o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

“Os dois tipos de tratamento buscam as alterações moleculares mais frequentes nas células malignas e agem preferencialmente sobre as células cancerosas, preservando as saudáveis”

CARLOS GIL MOREIRA FERREIRA, pesquisador do Serviço de Pesquisa Clínica do INCA

O esforço inclui as classes de medicamentos mais promissoras para o tratamento do câncer – os anticorpos monoclonais e as chamadas pequenas moléculas inibitórias, que atuam, respectivamente, sobre proteínas seletivas da superfície da célula tumoral e moléculas-chave de sinalização, essenciais para o desenvolvimento de tumores. “Os dois tipos de tratamento buscam as alterações moleculares mais frequentes nas células malignas e agem preferencialmente sobre as células cancerosas, preservando as saudáveis. Por isso, são mais eficazes e menos tóxicos que a quimioterapia convencional”, esclarece o pesquisador do Serviço de Pesquisa Clínica do INCA, Carlos Gil Moreira Ferreira.

O grande desafio para garantir acesso a esses medicamentos é o custo elevado, imposto pela complexa infraestrutura necessária à sua produção, que exige fábricas e equipamentos de ponta. Nesse cenário, o investimento em desenvolvimento tecnológico é estratégico para que o país possa alavancar a produção nacional dos anticorpos monoclonais. “Enquanto não for possível efetivar a produção nacional, a estratégia para ampliação do acesso a esses medicamentos inclui acordos de transferência de tecnologia firmados com países e laboratórios que detêm a *expertise*”, explica Carlos Gil.

Um exemplo é a cooperação com Cuba, que prevê a transferência de tecnologia para a produção de anticorpos monoclonais. Os acordos determinam ainda prioridade para o registro de sete inovadores medicamentos para tumores de origem epitelial, de pulmão, mama e colorretal, além de leucemia, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e a

sua consequente avaliação para possível incorporação no Sistema Único de Saúde (SUS).

Cuba tem uma rede de tecnologia reconhecida para o desenvolvimento e produção desses anticorpos – a maior parte ainda em estudo. Por meio do acordo entre os dois países, o Brasil terá acesso a essa tecnologia, o que permitirá estudos em conjunto. Em contrapartida, o Brasil oferece a Cuba estrutura para a realização de estudos clínicos, sustentada tanto pela *expertise* brasileira na área quanto pelos mecanismos regulatórios bem desenhados que o país possui. “O Brasil oferece um caminho para que Cuba atinja o mercado mundial. Os estudos que forem desenvolvidos aqui e registrados pela Anvisa podem servir de plataforma para o registro dos medicamentos cubanos em todo o mundo”, completa Carlos Gil. ■

ANVISA APROVA MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL

Em setembro, a Anvisa aprovou o anticorpo monoclonal humano panitumumabe para pacientes com câncer colorretal em estágio avançado. Por ser composto inteiramente por material humano, o medicamento é mais seguro e apresenta reduzidas possibilidades de efeitos colaterais. No entanto, como é indicado para casos de metástase (quando o tumor já se espalhou para outras partes do corpo), não visa à cura, mas ao aumento da sobrevida e à melhoria da qualidade de vida do paciente.

O diretor de Oncologia Clínica do Hospital A.C. Camargo, Marcello Fanelli, explica que o panitumumabe atua sobre um receptor da célula cancerosa relacionado ao crescimento do tumor, conhecido como Fator de Crescimento Epitelial, ou EGFR, na sigla em inglês. “Ao reconhecer o receptor EGFR e interromper a sua sinalização, o panitumumabe inibe a proliferação da célula tumoral, contribuindo para o controle do desenvolvimento da doença”, sintetiza. Fanelli ressalta que, em termos clínicos, o panitumumabe não traz grandes novidades ao tratamento do câncer colorretal: o medicamento cetuximabe, amplamente utilizado, tem o mesmo mecanismo de ação. “O panitumumabe significa mais uma opção para o tratamento do câncer colorretal, menos tóxica que as terapias já disponíveis, pois é composto totalmente por material humano. O aumento da oferta também poderá levar à redução dos preços dos medicamentos, o que será decisivo para a ampliação do acesso”, avalia.

O tratamento de tabagismo para o paciente com câncer

A abordagem integral do paciente com câncer inclui o tratamento da doença e o esclarecimento sobre a importância da mudança no estilo de vida. A introdução de hábitos saudáveis na rotina dessas pessoas é fundamental para um tratamento eficaz. Alimentação saudável, atividade física regular, bem-estar psíquico e afastamento dos principais fatores de risco para o câncer, sendo o principal o tabagismo, vão colaborar para o sucesso do tratamento. O uso de derivados do tabaco aumenta a chance tanto do aparecimento quanto da recidiva do câncer e interfere na efetividade do tratamento e na qualidade de vida.

Os centros de referência em tratamento de câncer no Brasil e no mundo se esmeram na atualização das melhores práticas para a realização de procedimentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos, mas a promoção da saúde ainda é deixada em segundo plano. Evidências científicas demonstram que os riscos para a saúde ao continuar fumando e os claros benefícios da cessação tornam imperativo, do ponto de vista ético, oferecer tratamento de tabagismo para pacientes com câncer [1], mas são poucos os serviços que o oferecem [2].

Existem diversas razões para oferecer o tratamento do tabagismo, uma vez que continuar fumando após o diagnóstico pode contribuir para piores resultados do tratamento oncológico, assim como para o aparecimento de outras doenças. Portadores de câncer morrem mais de outras causas do que a população em geral. Têm risco aumentado não só para recidivas, mas também para o aparecimento de um segundo tumor primário e de outras doenças, como osteoporose, obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes [3]

O desafio dos oncologistas é expandir o tratamento do câncer para a gestão da saúde em longo prazo, ampliando o cuidado para além do tratamento da doença. Médicos são os profissionais com o maior poder para estimular a mudança de comportamento nos seus pacientes. Entretanto, apenas 20% se ocupam com esse tipo de orientação. O diagnóstico de câncer traz a oportunidade para estimular mudanças de estilo de vida que podem melhorar a duração e a qualidade de vida dos pacientes [3,4]. O currículo da maioria das escolas médicas não contempla o tema tabagismo, e perde-se a oportunidade de preparar o futuro médico para enfrentar esse desafio.

Sabemos que 64% dos pacientes sobrevivem ao câncer cinco anos após o diagnóstico, mas 20% destes continuam fumando [3,5]. A literatura é escassa quanto às características comportamentais desse grupo na cessação de tabagismo, o que torna a individualização do tratamento, a atenção, o acolhimento e a capacidade de escuta do médico assistente fundamentais para o sucesso do processo.

Quando abordamos fumantes com câncer, devemos esclarecer que ele é o ator principal do processo de cessação. O tabagismo é fator prognóstico independente para a sobrevivência global e livre de doença em pacientes operados de tumor de pulmão não pequenas células [6]. Esse é um dos poucos fatores prognósticos sob controle direto do paciente. A informação torna-o ativo na busca de sua cura.

O impacto do tabagismo sobre o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com câncer é importante e bem estudado em oncologia, mas não é tão claro para os pacientes fumantes [7,8]. Cabe ao médico

* Coordenadora do Centro de Tratamento de Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Membro da Comissão de Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

** Acadêmica da Escola de Medicina Souza Marques

esclarecer, permitindo uma escolha informada sobre o ato de fumar, mas sempre motivando sua interrupção.

Ao tomar conhecimento do diagnóstico de câncer, o paciente fica mais sensível a promover mudanças de comportamento, sendo esta uma ótima oportunidade para que ele seja abordado visando à cessação de tabagismo. A motivação para a cessação aumenta, principalmente nos portadores de tumores de pulmão e de cabeça e pescoço. Os médicos ainda deixam escapar a grande oportunidade que esse momento oferece para incentivar pacientes e seus familiares [9].

Dados de literatura fortalecem a sensibilização de profissionais de serviços oncológicos, que ainda não tiveram a oportunidade de dedicar seu tempo para estudar a importância da cessação de tabagismo para portadores de câncer, como:

- continuar fumando após o diagnóstico altera a efetividade do tratamento e a sobrevida e aumenta o risco de segundo tumor primário em portadores de tumores relacionados ao tabaco e não relacionados ao tabaco [9];
- como fumar aumenta o metabolismo hepático de muitas drogas, continuar fumando pode diminuir a eficácia da quimioterapia [10];
- pacientes com tumores de cabeça e pescoço e pulmão apresentam maiores índices de cessação de tabagismo do que pacientes com tumores não tabaco relacionados [11];
- cessação do tabagismo após o diagnóstico de câncer de pulmão em estadiamentos iniciais melhora o prognóstico [6,12];
- portadores de tumores de cabeça e pescoço que fumam durante a radioterapia têm menor resposta e sobrevida do que os que não fumam durante o tratamento [13,14];
- portadores de tumores de bexiga que permanecem fumando apresentam pior prognóstico do que os que deixaram de fumar [15];
- mulheres fumantes submetidas à radioterapia após mastectomia aumentam o risco de segundo tumor primário de pulmão, especialmente ipsilateral, em comparação com não fumantes [16];
- maior autoconfiança para deixar de fumar é relacionada com menor grau de depressão e estágios iniciais do tumor [17].

A motivação para a cessação aumenta e a sensação de grande ameaça à integridade física diminui quando o fumante percebe que muitas queixas atribuídas ao tumor melhoraram ou desapareceram após parar de fumar, como tosse, expectoração, distúrbios do sono, apetite diminuído e cansaço. Além dos benefícios vivenciados pela população em geral

ao parar de fumar, esse grupo alcança benefícios adicionais, como melhora da respiração, da circulação, do sistema imunológico, do metabolismo, do sono, do apetite, do humor, da autoestima, da sobrevida e qualidade de vida e da cicatrização da ferida cirúrgica; e da diminuição dos efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia; de complicações peri e pós-operatórias; de recidivas tumorais; e da incidência de segundo tumor primário tabaco-relacionado [18].

Os pacientes mais motivados para deixar de fumar apresentam características fundamentais no processo: maior autoconfiança; maior percepção do risco de fumar e dos benefícios da cessação; menor grau de dependência da nicotina; e identificam o cigarro como o principal responsável pela doença. Também fazem parte desse grupo os abordados logo após o diagnóstico de câncer (até três meses); os que recebem acolhimento e integração da cessação no controle de doenças crônicas e os usuários de farmacoterapia de apoio [19-24].

Foi com o olhar voltado para a abordagem integral do paciente com câncer que o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) criou o Centro de Tratamento de Tabagismo. O início das ações se deu em 1996. Pesquisa constatou que 26,4% dos funcionários do Hospital do Câncer I (HC I) – a maior unidade assistencial do instituto – eram fumantes e que 81,8% desejavam parar de fumar. Em 1997, foi implantado o Programa INCA Livre do Cigarro (PIL). O tratamento para funcionários fumantes num prédio relativamente distante do HCI foi iniciado em 1998. Vale destacar que a prevalência de tabagismo entre funcionários do HC I em 2009 era de 6%.

Como os funcionários apontaram dificuldades de deslocamento para o local dos encontros, um pneumologista do Serviço de Tórax iniciou o atendimento no próprio hospital em 1999. Cerca de 70% da força de trabalho interessada em parar de fumar apresentava grau de dependência química à nicotina elevado ou muito elevado, o que explicava o fato de ter permanecido fumando apesar de conhecer os malefícios do cigarro e vivenciar as consequências do uso de tabaco na rotina de trabalho.

Em 2000, com o objetivo de facilitar a abstinência do funcionário e de tornar sua casa livre do tabaco, o tratamento foi ampliado para seus familiares. Com o aumento da demanda, a pneumologista identificou profissionais de outros serviços com interesse e perfil adequados – todos voluntários – para somar esforços. A equipe foi treinada e os atendimentos eram realizados nos horários vagos de ambulatórios cedidos por outros serviços.

No final de 2001, pesquisa feita em parceria com o Serviço Social do HC I permitiu que fosse conhecido o desejo dos pacientes de receber ajuda para deixar de fumar. Em setembro de 2002, foi inaugurada uma sala específica para o tratamento do fumante no HC I.

Nessa ocasião, os serviços que encaminhavam mais pacientes para o centro eram o de Cabeça e Pescoço (41%) e o de Tórax (17%). Apesar da distância, as pacientes do Serviço de Mastologia, que funciona no Hospital de Câncer III, já apareciam como o terceiro maior grupo (13.5%) atendido em 2005. Em 2007, a direção do HC III solicitou o atendimento na própria unidade. Profissionais do HC III foram treinados e deram início ao atendimento.

Com a evolução do trabalho e as boas taxas de cessação de tabagismo dos pacientes – 67,4% mantendo a abstinência no final de seis meses de tratamento –, o atendimento foi ampliado para os familiares dos pacientes. Assim ficou determinada a clientela atual do centro: funcionários, pacientes e familiares de ambos. Entre 1º de janeiro de 2000 e 3 de março de 2011, foram tratadas 1.391 pessoas, sendo 903 portadoras de câncer.

A conduta adotada no INCA segue o modelo do Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT) do Ministério da Saúde [23] com pequenas adaptações, como: maior número de sessões semanais; maior flexibilidade para atendimentos individuais; abordagem evidenciando os benefícios da cessação; busca ativa dos pacientes; inclusão de familiares; parceria com o Serviço Social no encaminhamento de pacientes; parceria com o Serviço de Fisioterapia, para oferecer fisioterapia respiratória, exercícios de alongamento e relaxamento de acordo com a necessidade dos pacientes; apoio medicamentoso para a maioria dos pacientes e integração ao tratamento da doença de base.

Para avaliar o cenário brasileiro quanto ao oferecimento de tratamento de tabagismo gratuito para pacientes oncológicos, fizemos uma pesquisa em 32 centros de referência com as maiores produções da rede de assistência oncológica no SUS, contemplando todas as regiões do Brasil.

Dos 32, apenas sete oferecem algum tipo de tratamento. Entre esses, um encaminha o paciente para a mesma fila da população em geral, um só atende através de convênios ou consultas particulares e um faz o atendimento gratuito, mas não fornece a medicação. Apenas quatro entre os 32 oferecem ao paciente oncológico o tratamento preconizado pelo PNCT. Um dos quatro é o próprio INCA, com atendimento ambulatorial e durante a internação.

Esperemos que, num futuro próximo, todos os hospitais de referência em tratamento de câncer possam oferecer tratamento de tabagismo. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Cox, LS; Africano, NL; M.Phil; Tercyak, LP; Taylor, KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer: review and recommendations. *Cancer* 2003.
- 2 – Mazza, R; Lina, M; Boffi R; Invernizzi, G; De Marco, C; Pierotti, M. Taking care of smoker cancer patients: a review and some recommendations. *Annals of oncology* 2010.
- 3 – Demark-Wahnefried, W; Aziz NM; Rowland JH; Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: Promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 2005.
- 4 – Bowles, EJA; Tuzzio, L; Wiese CJ; Kirilin B; Greene, SM; Clauser, SB, et al. Understanding high-quality cancer care. A summary of expert perspectives. *Cancer* 2008.
- 5 – Tønnesen P; Carrozzi L; Fagerström, KO; Gratiou, C; Jimenez-Ruiz, C; Nardinie, S; et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007.
- 6 – Niaa, PS; Weylerc, J; Colpaertb, C; Vermeulenb, P; Van Marckb, E; Van Schila, P. Prognostic value of smoking status in operated non-small cell lung cancer lung cancer. 2005; 47:351-9.
- 7 – Bastian, LA. Smoking cessation for hospital patient: an opportunity to increase the reach of effective smoking cessation programs. *J Gen Intern Med* 2008.
- 8 – Sanderson Cox, L; Africano, NL; Tercyak, KP; Taylor, KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer* 2003.
- 9 – Gritz, ER; Fingeret, MC; Vidrine, DJ; Lazev, AB; Mehta, NV; Reece, GP. Successes and failures of the teachable moment. *Smoking cessation in cancer patients. Cancer* 2006.
- 10 – Dresler, CM; Gritz ER. Smoking, smoking cessation and the oncologist. *Lung Cancer* 2001.
- 11 – Schnoll, RA; Zhang, B; Rue, M; Krook, JE; Spears, WT; Marcus, AC; et al. Brief physician-initiated quit-smoking strategies for clinical oncology settings: a trial coordinated by the eastern cooperative oncology group. *J Clin Onc* 2003.
- 12 – Parsons, A; et al. Influence of smoking cessation after diagnosis of early state lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010.
- 13 – Browman, GP; Wong, G; Rodson, I; Sathya, J; Russell, R; McAlpine L, R.T, et al. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *N Engl J Med* 1993.
- 14 – Garces, YI; Schroeder; DR; Nirelli LM, BS; Croghan GA; Croghan IT; Foote, RL; et al. Second primary tumors following tobacco dependence treatments among head and neck cancer patients. *Am J Clin Oncol* 2007.
- 15 – Fleshner, N; et al. Influence of smoking status on the disease-related outcomes of patients with tobacco-associated superficial transitional cell carcinoma of the bladder. *Cancer* 1999 December.
- 16 – Kaufman, EL; Jacobson, JS; Hershman, DL; Desai, M; Neugut, AI. Effect of breast cancer radiotherapy and cigarette smoking on risk of second primary lung cancer. *J Clin Oncol* 2008.
- 17 – Martinez, E; Tatum, KL; Weber, DM; Kuzla, N; Pendley, A; Campbell, K; et al. Issues related to implementing a smoking cessation clinical trial for cancer patients. *Cancer causes control* 2009.
- 18 – Garces, YI; Yang, P; Parkinson, J; Zhao, X; Wampfler, JA; Ebbert, JO; et al. The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest* 2004.
- 19 – Taylor, AH; Ussher, MH; Faulkner, G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction* 2007.
- 20 – Wu, P; Wilson, K; Dimoulas, P; Mills, EJ. Effectiveness off smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006.
- 21 – Schnoll, RA; Rothman, RL; Newman, H; Lerman, C; Miller, SM; Movsas, B; et al. Characteristics of cancer patients entering a smoking cessation program and correlates of quit motivation: implications for the development of tobacco control programs for cancer patients. *Psycho-Oncology* 2004.
- 22 – Fiore, MC; Jaén, CR; Baker, TB; et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. *clinical practice guideline*. Rockville, Department of Health and Human. May, 2008.
- 23 – Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e Tratamento do Fumante-2001.
- 24 – Reichert J, Araújo, AJ; Gonçalves, CMC; Godoy, I; et al. Diretrizes para Cessação de tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008.

internas

INCA INTEGRA REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma das instituições-membro da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), criada pela Portaria 2.915 do Ministério da Saúde. A Rebrats é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa voltada à geração e à síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) no Brasil e no exterior.

A visão estratégica da Rebrats é a busca por qualidade e excelência na conexão entre pesquisa, política e gestão, por meio da elaboração de estudos de avaliação de tecnologias em saúde nas fases de incorporação, monitoramento e exclusão de tecnologias no âmbito do SUS.

Os objetivos da Rebrats são: padronizar metodologias, validar e atestar a qualidade dos estudos, promover a capacitação profissional na área e estabelecer mecanismos para o monitoramento de tecnologias novas e emergentes. O INCA vai atuar como um dos núcleos de avaliação de tecnologias em saúde em hospitais de ensino.



HOMENAGEM AO EX-VICE-PRESIDENTE JOSÉ ALENCAR



O Ministério da Saúde celebrou, no dia 20 de outubro, a inclusão do nome José Alencar Gomes da Silva ao do Instituto Nacional de Câncer (INCA). A solenidade contou com a presença do ministro da Saúde, Alexandre Padilha; do diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini; da diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan; da viúva de José Alencar, Mariza Alencar, e de um de seus filhos, o empresário Josué Christiano.

Josué Christiano se mostrou emocionado com a homenagem: “É um verdadeiro presente à memória de meu pai, justamente na semana em que ele estaria completando 80 anos de vida – uma vida de luta e de exemplo de amor pelo Brasil.”

“José Alencar será sempre lembrado pela forma forte como enfrentava a doença e a maneira como tocava na reflexão de cada um”, assegurou o ministro Padilha. Desde o dia 21 de julho, o INCA passou a se chamar Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

CURSO DE VERÃO DE PESQUISA EM ONCOLOGIA TEM INSCRIÇÕES ABERTAS ATÉ 30 DE DEZEMBRO

Estão abertas até o dia 30 de dezembro as inscrições para o IV Curso de Verão de Pesquisa em Oncologia, promovido por alunos da pós-graduação do INCA. O curso será dado de 30 de janeiro a 10 de fevereiro. As inscrições podem ser feitas pela internet a partir do seguinte endereço: <http://pgoncologia.inca.gov.br>



CRIADA REDE NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO DE FÁRMACOS ANTICÂNCER

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) criou a Rede Nacional de Desenvolvimento e Inovação de Fármacos Anticâncer (Redefac). O objetivo da rede é articular projetos de desenvolvimento de fármacos na área de oncologia com potencial translacional para atender às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na condição de formulador e executor de políticas de câncer, cabe ao INCA a gestão e a operacionalização financeira da Redefac.

A rede vai auxiliar o cumprimento da meta do Complexo Econômico e Industrial de Saúde de redução do déficit da balança comercial da saúde por meio do incentivo à produção nacional de fármacos e medicamentos, diminuindo a dependência do mercado externo e aumentando a competitividade da indústria, de acordo com as prioridades estabelecidas pelo MS.



MINISTRO DA SAÚDE VISITA SETOR DE PESQUISA DO INCA

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, esteve no INCA no final de novembro para conhecer os projetos desenvolvidos pela área de pesquisa do instituto. A visita durou quatro horas, período durante o qual Padilha interagiu com técnicos, buscou informações sobre os principais programas – entre eles o Banco de Tumores e de DNA – e diversas outras inovações desenvolvidas pelo setor.

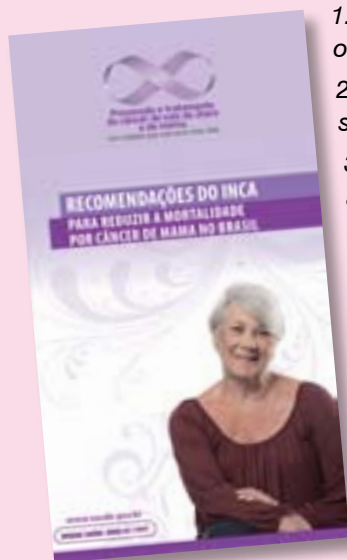
Para o ministro, a constante evolução das descobertas científicas sobre o câncer colocam o INCA numa posição de destaque no SUS e no mundo. “O instituto será um dos alicerces dentro do novo modelo de saúde global”, disse.



LANÇADAS RECOMENDAÇÕES PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O INCA lançou em outubro outras sete recomendações para a redução da mortalidade por câncer de mama. As recomendações abordam especificamente o tratamento e complementam as lançadas em 2010. O anúncio foi feito durante o evento INCA no Outubro Rosa: fortalecendo laços para o controle do câncer de mama.

1. Toda mulher com diagnóstico de câncer de mama confirmado deve iniciar seu tratamento o mais breve possível, não ultrapassando o prazo máximo de três meses.
2. Quando indicado, o tratamento complementar de quimioterapia ou hormonioterapia deve ser iniciado, no máximo, em 60 dias, e o de radioterapia, no máximo, em 120 dias.
3. Toda mulher com câncer de mama deve ter seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor hormonal.
4. Toda mulher com câncer de mama deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar especializada que inclua médicos (cirurgião, oncologista clínico e radioterapeuta), enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta.
5. Toda mulher com câncer de mama deve receber cuidados em um ambiente que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.
6. Todo hospital que trata câncer de mama deve ter Registro de Câncer em atividade.
7. Toda mulher com câncer de mama tem direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.



DOUTOR, BEM-VINDO.

O Governo Federal oferece incentivos para levar médicos para mais perto da população.

Onde quer que ela esteja, nos bairros carentes das grandes cidades ou nas cidades do interior. São melhores condições de trabalho, qualidade de vida, oportunidade de crescimento e realização profissional. Quanto mais médicos perto da população, mais saúde para o Brasil.

Conheça os principais incentivos:

ABATIMENTO NO SALDO DO FIES >>>

Médicos formados pelo FIES terão abatimento em seus saldos devedores, com valor proporcional ao período que trabalharem em um dos 2.282 municípios com carência de profissionais na atenção básica.

PROGRAMA PRÓ-RESIDÊNCIA >>>

Os Ministérios da Saúde e da Educação possibilitam a abertura de residência médica para formação de profissionais nas especialidades e nas regiões onde eles são mais necessários.

PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES >>>

O Governo Federal oferece às equipes de Saúde da Família (ESF) uma segunda opinião, à distância, assegurando ao cidadão e ao profissional maior segurança no diagnóstico e tratamento.

PROGRAMA NACIONAL DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA >>>

Beneficia profissionais recém-formados nas especialidades prioritárias do Ministério da Saúde e que optaram por atuar nas áreas mais necessitadas. Além disso, bônus para concursos de residência, supervisão e apoio aos profissionais.



Informe-se www.medicospertodevoce.com.br



Ministério da
Saúde

G O V E R N O F E D E R A L
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 22230240

www.inca.gov.br