

39

Novembro  
2017

# REDE CÂNCER

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

## LAÇOS DE FAMÍLIA

APOIO AO PACIENTE ONCOLÓGICO É FUNDAMENTAL,  
MAS PARENTES E AMIGOS TAMBÉM PRECISAM DE ATENÇÃO

Quem doa sangue  
também doa

Esperança

**MARCOS TARCITANI**

Doador regular

**POLIANA PACIFICO**

Psicóloga



Marcos Tarcitani e Poliana Pacifico não se conhecem, mas graças ao Marcos, doador regular de sangue, Poliana ganhou a esperança de continuar vivendo novos amanhã. Faça como ele: abrace essa causa e seja um doador regular.

**#doesangue**



**DOE SANGUE  
REGULARMENTE  
E AJUDE A QUEM PRECISA**

**PROCURE UM HEMOCENTRO  
E SE JA UM DOADOR REGULAR**



**MINISTÉRIO DA  
SAÚDE**



# sumário



05

## CIÊNCIA

*O núcleo do mal*

08

## SOCIAL

*Sabor à vida*

12

## CAPA

*"Tamo junto"*

16

## PERSONAGEM

*"Agora penso no futuro"*

18

## ASSISTÊNCIA

*Além dos 60*

24

## ENTREVISTA

*Descrição em números*

28

## COMPORTAMENTO

*Conhecimento de causa*

32

## EDUCAÇÃO

*De boca em boca*

38

## POLÍTICA

*Pensando bem...*



Divulgação

## REDE CÂNCER

### 2017 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

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

Realização: **Equipe do Serviço de Comunicação Social do INCA** | Edição: **Nemézio Amaral Filho** | Secretaria Executiva: **Daniella Daher** | Comissão Editorial: **Mônica Torres (chefe do Serviço de Comunicação Social), Adriana Tavares de Moraes Atty, Alessandra de Sá Earp Siqueira, Andreia Cristina de Mello, Carlos José Coelho de Andrade, Fabio E. Leal, Fernando Lopes Tavares de Lima, Juliana Garcia Gonçalves, Marceli Oliveira Santos e Ronaldo Correa Ferreira da Silva** | Produção: **Conceito Comunicação Integrada** | Jornalista responsável: **Marcos Bin - JP23.958RJ** | Reportagem: **Daniela Rangel, Rosana Melo, Roseane Santos e Verônica de Oliveira** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Hugo Pereira e Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA, Adobe Stock, Can Stock Photo, Depositphotos, Dollar Photo, Pexels, Shutterstock e Stock Unlimited** | Revisão gramatical: **Annecy Moraes** | Impressão: **WalPrint** | Tiragem: **6.000 exemplares**.

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



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# editorial

## União e melodia

Prezado leitor,

Ao se ouvir um diagnóstico de câncer, todas as preocupações voltam-se para os cuidados clínicos. Mas a medicina não detém exclusividade sobre o tratamento do paciente, que será afetado em aspectos financeiros, psicológicos e sociais. Nesse momento, o equilíbrio demonstrado por parentes e amigos é essencial. E é preciso entender ainda que as pessoas emocionalmente próximas aos pacientes com câncer também demandam atenção e carinho. Um pouco do poder transformador dos laços afetivos na recuperação daqueles direta ou indiretamente atingidos pela doença pode ser conhecido em *Capa*.

Transformação, aliás, é um dos objetivos declarados pelos formuladores de projetos de lei em tramitação em várias esferas legislativas pelo País. Esses projetos tentam melhorar a vida do paciente oncológico. O problema é que, muitas vezes, os assuntos são diversos e apenas replicam ações já praticadas pelas instituições que lidam com a doença. Falta orientação especializada na hora de propor uma lei? Acompanhe essa discussão em *Política*.

Foi uma boa orientação, por falar nisso, que levou projetos gastronômicos a instituições oncológicas. O objetivo é mostrar que alimentação gostosa e saudável não é necessariamente uma contradição, como apregoam o senso comum e a indústria alimentícia. Mais do que isso: o preparo dos alimentos pode ser um estímulo às emoções positivas. Em *Social*, é possível saborear a experiência de dois hospitais oncológicos – um no Norte e outro no Sudeste do País – com a gastronomia.

Para saborear uma boa comida, o ideal é que a boca também esteja saudável, não é mesmo? A prevenção e o diagnóstico do câncer da cavidade oral têm aberto muitas alternativas de trabalho para o

cirurgião-dentista que deseja atuar na área oncológica. Mas o profissional enfrenta barreiras para abraçar esse campo. Os obstáculos começam já na graduação, que não aborda o paciente com o câncer. Descubra os maiores problemas e possíveis soluções em *Educação*.

Por outro lado, metodologias para o enfrentamento da doença, felizmente, estão em aperfeiçoamento constante. É o caso, por exemplo, da epidemiologia descritiva, que analisa taxas de incidência de câncer e o número de novos casos, relacionando-os ao tamanho e à idade da população, comparando essas taxas em populações distintas no interior de um país ou de uma região do planeta, para entender por que são diferentes e por que os variados tipos de câncer são mais comuns em certos locais. A importância desses números para a política de controle do câncer no Brasil e no mundo é explicitada, em *Entrevista*, por Freddie Bray, chefe da Seção de Vigilância do Câncer da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer.

Saberes como os pontuados acima, normalmente, têm nos mais velhos seus maiores guardiães. E não apenas na área da Saúde. A música, por exemplo, perdeu recentemente o cantor Luiz Melodia, aos 66 anos, vítima de um tipo raro de câncer no sangue. O tratamento do câncer no idoso exige trabalho multidisciplinar e olhar individualizado, como é mostrado em *Assistência*. Afinal, nós os queremos por aqui mais tempo, para ouvi-los ensinar, ou, como entoava o cantor, por “pura melodia”.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer  
José Alencar Gomes da Silva*

# ciência

DOIS ESTUDOS INTERNACIONAIS TRAZEM NOVA LUZ  
SOBRE O COMPLEXO PROCESSO DE METÁSTASE

## O núcleo do mal

**D**urante o tratamento de um câncer, médicos e pacientes estão sempre alertas quanto à possibilidade de retorno da doença (recidiva) ou, ainda, ao surgimento de um processo mais complexo e temido: a metástase – quando a doença se espalha para outros órgãos, perto ou longe do local de origem. Dois estudos tentam preencher algumas lacunas que envolvem a questão. Em um deles, foi demonstrado que as células cancerígenas que “viajam” pelo corpo saem do núcleo do tumor. No outro, cientistas espanhóis, entre eles Salvador Aznar Benitah, descobriram uma proteína que potencializa o risco de ocorrência da metástase. Nesse mesmo estudo, a gordura foi identificada como combustível da disseminação das células tumorais.

A pesquisa *Intratumoral Cancer Cell Intravasation Can Occur Independent of Invasion into the Adjacent Stroma* (“Intravasamento de Células de Câncer Intratumoral Pode Ocorrer Independentemente de Invasão no Estroma Adjacente”) foi divulgada na publicação científica *Cell Reports*, dos Estados Unidos. Os cientistas americanos Elena I. Deryugina e William B. Kiosses observaram que o primeiro câncer envia células tumorais pela corrente sanguínea, o que pode acontecer mesmo nos estágios iniciais da doença. Ainda de acordo com o estudo, essas células se parecem tumores secundários, que podem demorar anos até se tornarem visíveis.

A literatura médica costuma classificar os tumores em quatro estágios: 0 e 1, nos quais o tumor sólido é identificado (sítio primário); 2, no qual o tumor pode se espalhar para os tecidos próximos (invasão); 3, quando o tumor começa a enviar células para órgãos distantes (intravasamento); e 4, geralmente associado com a presença de tumores secundários descritos

como metástases. Essa classificação convencional é questionada pelo estudo publicado na *Cell Reports*.

Usando uma linhagem de tecidos neoplásicos, os pesquisadores demonstraram que os tumores primários podem enviar células para a corrente sanguínea muito mais cedo, independentemente da invasão do câncer no tecido adjacente. Essa descoberta ajudaria a explicar por que pacientes diagnosticados com tumores em estágio inicial também têm risco de desenvolver doença metastática. Os pesquisadores acreditam que essas metástases possam ter sido semeadas quando o tumor primário era pequeno demais para ser visualizado.

O estudo também é o primeiro a examinar tumores inteiros para investigar de onde saem as células cancerígenas que escapam. Marcando-as com proteína fluorescente e usando técnicas de microscopia 3D, os cientistas tiveram a visão dos tumores inteiros, incluindo os vasos sanguíneos.

Eles descobriram que as células neoplásicas que migram para outras partes do corpo saem do núcleo do tumor, e não dos vasos que ficam na “fronteira” com outros tecidos, como se pensava. Essa constatação desafia a crença de que as células tumorais entram na corrente sanguínea após a invasão de tecidos adjacentes. O estudo comprovou que menos de 10% de células metastáticas decorrem de tecidos invadidos.

### CONCEITOS REVISTOS

Os achados criam um novo olhar sobre o que se sabia dos processos de invasão (câncer em tecidos adjacentes) e intravasão (câncer que se espalha para órgãos distantes), que, segundo demonstrado pelo estudo, parecem ser processos independentes um do

outro. Isso sugere que os médicos devam reconsiderar o período em que tem início a disseminação das células cancerígenas para além do tumor primário.

O pesquisador João Viola, da Coordenação de Pesquisa do INCA, enaltece a descoberta. “O que se pode pensar a partir dessa pesquisa é que a metástase está principalmente na corrente sanguínea. O tumor primário solta células que param em outro tecido e que depois saem dali para o sangue, formando um tumor secundário. Ou seja, a corrente sanguínea e os vasos formados nos diferentes tecidos e no próprio tumor são importantíssimos para levar a metástase”, constata.

O pesquisador do INCA acrescenta que alguns tipos de câncer têm maior propensão a causar metástase, e não estando, necessariamente, relacionados ao tamanho do tumor. “Alguns tumores são muito pequenos, mas extremamente metastáticos. O melanoma [pele] é um deles, assim como alguns tumores pulmonares”, exemplifica.

Ele considera significativas as descobertas de Deryugina e Kiosses. “A importância [do estudo] está na possibilidade de se conseguir identificar a metástase nos primeiros momentos, quando pode ainda estar se formando, e conseguir intervir”, diz o pesquisador. Mas segundo Viola, mesmo com modernos métodos

de diagnóstico – exames de imagem molecular são os mais usados para esse monitoramento – nem sempre é possível enxergar as células metastáticas, sobretudo quando em estágio muito inicial. “Houve um avanço muito grande, mas não conseguimos ter 100% de detecção. Alguma coisa ainda escapa.”

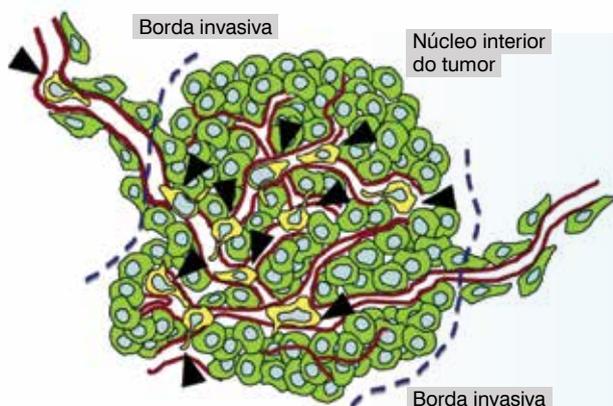
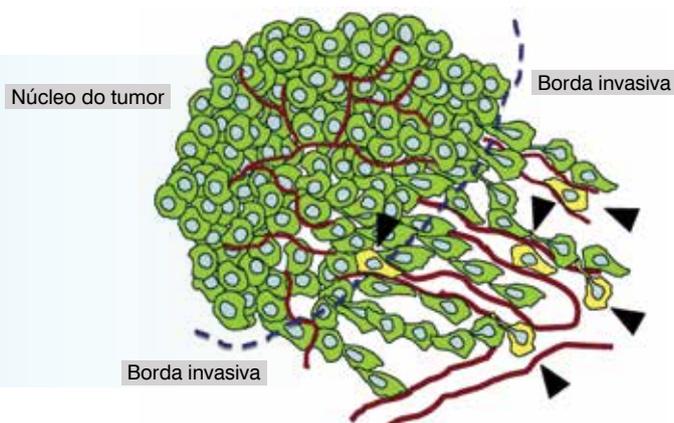
## OUTRAS POSSIBILIDADES

O estudo, de acordo com o médico do INCA, abre espaço para que sejam tentados outros tipos de tratamento, caso sejam identificados os mecanismos que fazem com que as células saiam dos tumores iniciais, entrem na corrente sanguínea e migrem para outro tecido. “Se for possível identificar de que forma esse processo acontece, teoricamente, ele poderia ser interrompido”, explica Viola, que defende a classificação convencional dos estágios dos tumores. “É uma escala usada internacionalmente.”

Perguntado se há condições de se parar uma metástase, o pesquisador responde que é possível combatê-la. “Depende dos mecanismos que as células usam – e que normalmente não são únicos – para fazer essa migração. Mas ainda estamos iniciando o entendimento desses eventos que mediam a migração celular e a metástase.”

### Modelo convencional: intravasamento na frente invasiva do tumor primário expansível

As células tumorais deixam o tumor primário, invadem o estroma adjacente, migram para e ao longo de vasos sanguíneos associados a tumores e encontram um lugar para intravasarem



### Modelo alternativo: intravasamento dentro do núcleo interior do tumor primário em expansão

Após o interruptor angiogênico, as células tumorais primárias induzem o desenvolvimento de uma vasculatura intratumoral específica e permeável, mas estruturalmente sólida, capaz de iniciar e sustentar o intravasamento de células tumorais

“A importância [do estudo] está na possibilidade de se conseguir identificar a metástase nos primeiros momentos, quando pode ainda estar se formando, e conseguir intervir”

**JOÃO VIOLA**, pesquisador do INCA

Viola também derruba o mito de que não há possibilidade terapêutica para o paciente com câncer metastático. “É claro que, em um tumor nas fases iniciais, o tratamento é mais eficaz. Na metástase é muito mais complicado, mas a doença pode ser tratada, embora com índices de sucesso menores”, esclarece.

## GORDURA, A VILÃ

Na pesquisa espanhola, publicada na revista *Nature*, e que também começa a desvendar os mecanismos da metástase, cientistas descobriram uma proteína que pode potencializar o risco de ocorrência desse processo.

Os pesquisadores encontraram a proteína CD36 em células de um câncer de boca. Depois, a adicionaram em células tumorais que não produziam metástase. Isso resultou na proliferação do câncer para outras regiões do corpo, o que serviu, segundo os cientistas, para comprovar que a proteína é essencial no processo metastático. A mesma proteína foi identificada em outras neoplasias, como câncer de pele (melanoma), mama, ovário, bexiga e pulmão.

O passo seguinte foi entender como a CD36 propagava os tumores, já que as células normais se autodestroem quando saem de sua região original. Como procuram uma nova área do corpo, as células cancerígenas estão em constante “batalha” contra o organismo, razão pela qual consomem gordura, essencial para a produção de energia.

É nessa parte do processo que atua a CD36, ajudando as células cancerígenas a pegar a gordura do ambiente onde vivem. Com energia acumulada, elas conseguem ultrapassar as barreiras criadas pelo corpo e, assim, atacar vários órgãos.

Para tentar encontrar uma maneira de interromper o transporte da gordura, os cientistas do Instituto

de Pesquisa de Barcelona, em colaboração com a organização britânica Pesquisa Mundial de Câncer, analisaram os anticorpos da CD36 e encontraram dois capazes de reconhecer e bloquear a proteína. Em testes com ratos, eles notaram que as cobaias foram capazes de inibir a metástase por completo em 20% dos casos. No restante, a quantidade e o tamanho dos tumores metastáticos foram reduzidos em 80%. Os anticorpos, porém, não afetaram o desenvolvimento de tumores primários. Como o tratamento não apresentou efeitos colaterais, é grande a possibilidade, no futuro, de testes em humanos.

Ao estudar ratos com câncer humano, os pesquisadores foram capazes de impedir completamente a metástase do câncer ao bloquear a CD36. Foi observado que os animais que receberam células neoplásicas e continuaram com uma dieta normal apresentaram metástase em 30% dos casos. Já 80% dos ratos que foram alimentados com uma dieta 15% mais rica em gorduras desenvolveram mais tumores e de maior tamanho nos linfonodos e pulmões.

A pesquisadora do INCA Andréia Melo reforça que a gordura é um dos elementos relacionados à formação e disseminação de diversos tipos de tumor. “Eu não diria que é o principal combustível, mas que faz parte de uma série de etapas e alterações que acontecem no desenvolvimento do câncer. A presença de receptores de gordura na superfície de células tumorais e sua ligação com a formação de metástases foram os achados descritos nesse estudo espanhol”, destaca.

Ainda não é conhecido o tempo necessário para que uma célula cancerígena migre para outros órgãos. Isso deve-se aos tumores terem comportamentos biológicos diferentes.

## O PESO DA ALIMENTAÇÃO

Gabriela Villaça Chaves, nutricionista do Hospital do Câncer II (HC II), do INCA, e docente do Programa de Pós-Graduação em Oncologia do Instituto, acredita que o estudo poderá dar subsídio a pesquisas que avaliem o efeito das intervenções dietéticas na redução da ocorrência de metástases. Mas faz uma advertência: “Vale lembrar que as gorduras poli-insaturadas, especialmente os ácidos graxos ômega-3, são reconhecidamente benéficas para indivíduos com câncer, pois preservam a musculatura esquelética, têm efeito anti-inflamatório – reduzindo a produção de citocinas pró-inflamatórias – e agem de forma adjuvante a alguns quimioterápicos, aumentando a resposta ao tratamento.” ■

# social

PROJETOS GASTRONÔMICOS EM INSTITUIÇÕES ONCOLÓGICAS AMENIZAM TRATAMENTO INFANTOJUVENIL E ENTRETÊM MÃES DE PACIENTES

## Sabor à vida

A alimentação é fonte de bem-estar e saúde, mas o preparo das refeições e a reunião de pessoas em torno da mesa para saborear desde simples refeições às mais sofisticadas iguarias envolvem relações sociais que ultrapassam a necessidade biológica. Compreendendo que o preparo dos alimentos pode ser um estimulador de emoções positivas, dois hospitais – um do Norte e o outro do Sudeste – vêm utilizando a gastronomia como atividade prazerosa para ajudar familiares e crianças, adolescentes e jovens em tratamento oncológico.

No Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo (Hoiol), em Belém (PA), são realizadas oficinas culinárias dirigidas aos pacientes (crianças e adolescentes) por meio do projeto Canto do Chef. Esse momento de descontração permite às famílias o contato com boas dicas para uma alimentação mais adequada a quem se encontra em tratamento do câncer.

Já em São Paulo, numa cozinha experimental montada pela ONG Tucca (Associação para Crianças e Adolescentes com Câncer) dentro do Hospital Santa Marcelina, *chefs* premiados, como Bel Coelho, Henrique Fogaça, Helena Rizzo, Rodolfo de Santis, Janaína Rueda, Salvatore Loi e as mirins Ivana Coelho e Sofia Bresser, vêm emprestando seu talento para ensinar mães e acompanhantes de pacientes a arte de cozinhar.

Os dois projetos têm em comum a busca pela humanização, proporcionando momentos de relaxamento, essenciais em tratamentos longos, como o oncológico. O Canto do Chef surgiu no ano passado para atender a um pedido de uma paciente de 7 anos, que desejava comer pizza (um dos pratos desaconselhados à dieta dos que estão em tratamento oncológico, se preparado conforme a receita tradicional).

Tendo como principais ingredientes a boa vontade da equipe do projeto, orientação médica e



Bel Coelho (à esq.) é uma das *chefs* voluntárias da iniciativa de São Paulo

“Para as mães, é um momento mágico. Elas se sentem acolhidas e adoram. São pessoas muito carentes emocionalmente. Os *chefs* explicam como fazer os pratos, olhando para elas com toda delicadeza”

**SIDNEI EPELMAN**, oncologista pediátrico, fundador e presidente da Tucça

o apoio dos nutricionistas do hospital, o desejo da menina foi atendido em 15 de julho, Dia Internacional da Pizza. Naquela ocasião, crianças e jovens pacientes puderam aprender uma receita diferenciada, sem ingredientes desaconselhados, e degustaram o prato preparado de forma mais saudável.

Além de suavizar o ambiente hospitalar, o projeto paraense tem como foco a autonomia do paciente, como explica a diretora-geral da instituição, Alba Muniz. “Pensamos que o paciente e sua família têm direito a conhecer mais sobre alimentação para ter maior participação no tratamento. Quanto mais o paciente souber, melhor vai se cuidar lá fora. Estamos falando de autocuidado, e isso não é só em relação ao tratamento oncológico, é para a vida inteira.”

## CARÊNCIA EMOCIONAL

No Hospital Santa Marcelina, o projeto Chef pela Cura é realizado semanalmente desde 2013. As mães assistem às aulas enquanto seus filhos passam por sessões de quimioterapia no ambulatório. Nos outros dias da semana, a cozinha experimental é utilizada na preparação de lanches para esses pacientes, que têm de 0 a 21 anos.

Cada *chef* convidado escolhe a receita que vai ensinar para cerca de 15 mães e acompanhantes. Os pratos não seguem nenhuma orientação nutricional específica. O objetivo, segundo o oncologista pediátrico Sidnei Epelman, fundador e presidente da Tucça e diretor do Departamento de Oncologia Pediátrica do Hospital Santa Marcelina, é entreter, criar cumplicidade e, principalmente, resgatar a afetividade e a autoestima entre os familiares dos pacientes. Os *chefs* são voluntários do projeto. “Para as mães, é um momento

mágico. Elas se sentem acolhidas e adoram. São pessoas muito carentes emocionalmente. Os *chefs* explicam como fazer os pratos, olhando para elas com toda delicadeza”, ressalta Epelman.

O sucesso do projeto pode ser medido pela satisfação das mães, que ficam eufóricas. “Elas abordam os *chefs* e contam que fizeram as receitas ensinadas em dias especiais, como o dos Pais, das Mães ou o Natal. Também tiram fotos, mandam para eles e colocam nas redes sociais. É muito interessante ver essa integração”, diz o presidente da Tucça.

## DIVERSÃO E GOSTOSURAS

Cozinhar vira quase uma brincadeira sob a orientação do Serviço de Nutrição e Dietética do Hoiol. A nutricionista Rita de Cássia Bahia conta que, no dia das aulinhas de culinária, o refeitório é fechado, e o setor de humanização prepara o local para receber cerca de 20 “alunos”, com idades de 2 a 10 anos. Algumas vezes também participam adolescentes de 13 a 15.

O prato a ser ensinado é escolhido pela equipe de nutrição, levando em conta a preferência e o que é mais pedido pela garotada. “Pizza, biscoitinho de aveia, crepe e espetinho de frutas foram alguns dos pratos que já fizemos”, lembra Rita.

E as crianças não ficam só ouvindo explicações. Elas põem a mão na massa e elaboram as receitas, misturando os ingredientes, sempre com supervisão. As nutricionistas executam as tarefas que envolvem objetos cortantes e fogo.

Antes das aulas, as crianças assistem a uma palestra, na qual aprendem a importância da manipulação correta dos alimentos e de uma nutrição saudável, além do que podem e o que não podem comer e o que é permitido consumir esporadicamente. Quando vão participar das aulas, os pequenos recebem toucas e luvinhas.

A nutricionista reforça a relevância de ações como essa para o bem-estar emocional dos pacientes mirins. “No dia do projeto, o hospital fica bastante animado. Eles ficam ansiosos para participar. Esperam para degustar e tiram muitas fotos; é uma festa”, resume.

O Pará tem tradição na gastronomia, e o paraense se orgulha dessa diversidade de sabores à mesa. As crianças crescem se alimentando com uma dieta rica em peixes e frutas variadas, como taperebá, bacuri, murici e pupunha, desconhecidas em outras regiões do Brasil, exceto o açaí e o cupuaçu, que ganharam fama em todo o País e até no exterior. Por esse aspecto muito valorizado da culinária, é natural que um projeto que envolva gastronomia tenha caído no gosto da garotada e de seus familiares.



No Pará, as crianças aprovaram a receita diferenciada de pizza

“Quando as crianças ficam doentes, os pais se deparam com uma recusa de alimentação. E o início do tratamento tem reflexos no paladar”, comenta Stephanie Mengarda, administradora de apoio do Hoiol. “A partir dessa vivência, buscamos tirar o paciente do leito e trazê-lo para o refeitório. Queremos mudar sua rotina de uma maneira saudável.”

Rita Bahia acrescenta que é preciso lidar com essa alteração do paladar da criança e com os efeitos colaterais, como náuseas, oferecendo alimentos que agradem aos pequenos e amenizem o desconforto. “Eles adoram açaí com farinha d’água, mas frisamos que a fruta tem que ser comprada em um ambiente seguro. Explicamos que as crianças podem tomá-lo, com moderação, não diariamente.”

Para a coordenadora de humanização do hospital paraense, Paula Viana, “as crianças precisam continuar com suas vidas, e projetos como o Canto do Chef servem para deixá-las mais interessadas e motivadas”. Uma grande preocupação em um tratamento longo e pesado é que elas possam ficar tristes e sem motivos para lutar, o que poderia, até mesmo, resultar em baixa adesão.

Paula atesta que esse momento de alegria para as crianças ocorre dentro de toda a segurança. Para isso, há uma conversa com os médicos e articulação com toda a equipe de Enfermagem e de Nutrição, a fim de que o projeto transcorra com sucesso.

“Observamos ser muito comum a apreensão das famílias, quando se começa o tratamento oncológico, com o que a criança pode ou não comer. O Canto do Chef também serve para isso: esclarecer que é possível ter uma alimentação saudável, e ela não precisa ser sem gosto, sem graça ou sem

diversão para a criança. O fato de os próprios meninos e meninas produzirem os alimentos os deixa mais seguros em seus tratamentos”, avalia.

## MÃO NA MASSA

Aprender a cozinhar pode ser uma terapia para as mães de pacientes, que, por momentos, se distraem e esquecem um pouco a preocupação com o tratamento de seus filhos. Esse é o caso de Zizelda Conserva da Silva, mãe de Joyce, de 16 anos. A filha vem tratando uma leucemia há três anos no Hospital Santa Marcelina, e Zizelda, embora confesse não ser “uma amante da cozinha”, tem gostado de participar das aulas de culinária e aprender receitas com *chefs* estrelados. Ela já se arriscou a fazer as receitas ensinadas.

“Muitas vezes eu chego ao hospital pesada, preocupada, angustiada, por conta do tratamento de minha filha, que é intensivo e agressivo. Isso mexe muito com a nossa cabeça; a mãe é a base, porque precisamos suportar a nossa dor e a de nosso filho. E esse projeto é muito bom, porque aquele é o nosso momento. Quando a gente está dentro da cozinha, é uma hora muito especial. Eu chego até a me desligar dos problemas lá fora”, revela.

No dia seguinte às aulas, Zizelda compra os ingredientes e procura fazer as receitas que aprendeu, mas conta que a filha Joyce é ainda mais empenhada e gosta de cozinhar. “Ela aprendeu a fazer estrogonofe e preparou sozinha, ficou uma delícia. Nas aulas eu já aprendi a cozinhar tortilhas, galinhada, arroz de carreiro e moqueca de ovos”, enumera.

Mas, para ela, o que chamou a atenção no projeto foi o amor dos *chefs* e funcionários envolvidos. “A atenção que existe ali não é só com os nossos

“É possível ter uma alimentação saudável, e ela não precisa ser sem gosto, sem graça ou sem diversão para a criança”

**PAULA VIANA**, coordenadora de humanização do Hoiol

filhos, é com a gente também. A essência da Tucça é o amor, a compreensão e o carinho”, observa.

No Pará, Ivenice Souza Ribeiro acompanha o tratamento de Theylon, de 13 anos, o mais velho de seus três filhos, e ambos participam do Canto do Chef. Ele é um entre os cerca de 700 jovens e crianças que se tratam no Hoiol. “Meu filho amou o crepe com queijo e goiabada. Ele nunca tinha provado desse jeito. Pediu até que tivesse sempre no lanche do dia no hospital.”

Quem a vê contente pelo entusiasmo do filho não tem ideia de que em 2012, antes de a instituição ser inaugurada, Ivenice perdera o filho do meio, com a mesma doença, quando a criança tinha apenas 6 anos.

## SAÚDE E PRATICIDADE

Os profissionais da gastronomia que doam seu tempo ao projeto de São Paulo não economizam elogios. A chef paulistana Bel Coelho conta que já participou de muitas causas, mas a Tucça é a primeira instituição de combate ao câncer infantil com a qual contribui. “Poder ajudar uma causa tão nobre é um privilégio”, testemunha. Ela também participa do *Jantar Chefs pela Cura*, evento beneficente anual que arrecada recursos em prol da iniciativa.

Como dá aulas com frequência, Bel já ensinou várias receitas às mães. A chef faz questão de sempre incentivar o uso de ingredientes bons para a saúde e de estimular as famílias a adotar uma alimentação equilibrada. “Procuro apresentar receitas saudáveis e com ingredientes acessíveis para as mães poderem repetir o prato no dia a dia”, explica. ■



Fonte: Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

# capa

COMO MANTER O EQUILÍBRIO PARA NÃO ADOECER EMOCIONALMENTE DIANTE DO CÂNCER DE UM ENTE QUERIDO?

## “Tamo junto”

A servidora pública Silvia Helena Almeida, 45 anos, descobriu que estava com câncer de mama em setembro de 2016. Antes mesmo do diagnóstico, ela mostrou o nódulo no seio para o marido, Gilmar, 46, e os três filhos – Gilmarcio, 23, Leonardo, 20, e Vitor, 18. Ao receber a confirmação da malignidade, o choro veio compulsivamente, mas ela nunca vai esquecer o abraço coletivo que recebeu da família e a frase: “Tamo junto”. Moradora de Birigui, interior de São Paulo, Silvia afirma que o fato de a família não ter entrado em desespero foi fundamental para seu tratamento. “Apesar de tudo, ficamos firmes e fortes para vencer esse desafio”, lembra. Ela operou no mesmo mês e, em junho último, comemorou o fim da série de quimioterapia.

O equilíbrio fez a diferença na história de Silvia, mas ainda é incomum nessas situações. Considerado uma doença familiar, o câncer desestabiliza a vida do paciente e de seus parentes em vários aspectos – emocional, financeiro e social. A psicóloga Melissa Mosca Pantarotto, especializada em cuidados paliativos e *life coaching* (serviço para resolução de questões pessoais e profissionais), ressalta que nem sempre a família consegue dar conta desse processo sozinha. Muitas vezes, segundo ela, são necessárias intervenções psicossociais voltadas para o bem-estar emocional do paciente e de seus familiares. “Há benefícios nas diferentes fases do tratamento. Infelizmente, muitos procuram apoio psicológico somente quando a questão emocional se encontra muito comprometida”, lamenta.

Além do auxílio psicológico, algumas atitudes simples podem ajudar a vencer os desafios

desse período conturbado. A psiquiatra Maria Teresa Lourenço, do A.C. Camargo Cancer Center (SP), acredita que dividir tarefas é fundamental nessas horas difíceis. “Peça a um amigo que pegue seu filho na escola, delegue as compras do supermercado, reveze com alguém as idas ao hospital para acompanhar o paciente”, aconselha.

Essa interação familiar trouxe mais segurança para a psicóloga paulistana Maria Pol, 55, que em 2015 teve recidiva de um câncer de mama diagnosticado pela primeira vez em 2000. Com mãe idosa e sem filhos, coube a uma das irmãs, a biomédica Aparecida Pol, 52, acompanhá-la no tratamento. A proximidade entre as duas ajudou. “Ela me auxiliou nos cuidados pós-operatórios e foi comigo às consultas. Fiquei com dreno, que foi o mais chato”, lembra Maria. Aparecida saía de Bauru, a cerca de quatro horas da capital paulista, para acompanhar a irmã. “Meus sobrinhos e meu cunhado deram conta das tarefas domésticas, enquanto ela ficava comigo”, revela.

### OBSTÁCULOS EXTRAS

Quando o assunto é internar o familiar ou acompanhá-lo às sessões de quimioterapia, o cenário fica ainda mais complicado. A chefe do Serviço Social do Hospital do Câncer I (HC I) do INCA, Érika Schreider, destaca que, muitas vezes, boa vontade e dedicação não bastam para se colocar à disposição de um ente querido nesses momentos. “É preciso pontuar algumas questões, como o mercado de trabalho. Os empregadores não liberam pai nem mãe para acompanhar o tratamento dos filhos. Esse é um dos equívocos da legislação trabalhista



Há benefícios [de intervenções psicossociais] nas diferentes fases do tratamento. Infelizmente, muitos procuram apoio psicológico somente quando a questão emocional se encontra muito comprometida

**MELISSA MOSCA PANTAROTTO**, psicóloga especializada em cuidados paliativos e *life coaching*

brasileira, que não garante o direito de estar junto em caso de internação por algo que não pode ser comparado com uma gripe. O período de internação pode ser longo”, salienta.

A advogada Daniele Rocha Brasil Taffarel Chagas, especialista em Direito Tributário, Civil e Aplicado, esclarece alguns pontos que podem

ajudar a família durante o tratamento. A servidora federal com filhos menores tem o direito de obter licença por motivo de doença em pessoa da família, conforme o art. 81, inciso I, da Lei 8.112/90 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis da União). Servidoras estaduais ou municipais precisam consultar o estatuto do estado ou município onde trabalham.

Já a trabalhadora submetida ao regime geral da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) não tem amparo legal para acompanhar familiar doente. “Cabe a ela buscar amparo no Poder Judiciário para que, com base nos princípios constitucionais da igualdade e isonomia, detenha os mesmos direitos da servidora pública federal”, aconselha Daniele. A advogada informa ainda que tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei (PL) 3.011/2011, do deputado federal Aguinaldo Ribeiro (PP-PB), que inclui na CLT o direito do pai ou da mãe de se afastar do trabalho, com manutenção do salário, em caso de doença grave de filho ou dependente.

Outro ponto a ser avaliado é a condição socioeconômica dos demais membros da família. Quais as necessidades? Todos trabalham? São independentes? Érika lembra que, em algumas

“O pai pode ter ido embora, deixado os filhos com a mãe e não vê-los há 20 anos. Aí ele adoece, e o hospital consegue localizar esses filhos. A lei diz que eles têm a responsabilidade de cuidar dos pais, mas vamos refletir: qual é o vínculo afetivo que existe ali?”

**ÉRIKA SCHREIDER**, chefe do Serviço Social do HC I/INCA

famílias, pode haver outros doentes, ou alguém que precise de cuidados dobrados, como um bebê ou um idoso. “Como pagar um cuidador nesses casos, considerando que um câncer, mesmo tratado em hospital público, requer despesas, seja de locomoção ou alimentação de quem está acompanhando?”, questiona.

Quando o paciente precisa interromper suas atividades profissionais durante o tratamento, o orçamento da casa fica ainda mais comprometido. “A pessoa até pode requerer auxílio-doença ao INSS, mas não será o mesmo valor do salário. Além disso, questões burocráticas podem retardar o recebimento desse dinheiro. Quando o doente é o que tem a principal renda da família, piora ainda mais a situação”, relata a assistente social.

Daniele Rocha cita o auxílio-cuidador pago pelo INSS. Trata-se do acréscimo de 25% ao valor da aposentadoria quando o segurado, aposentado

## Carga mais leve

Orientações da psicóloga Melissa Mosca Pantarotto para familiares e amigos de pacientes oncológicos



### Seja positivo

O acompanhante também tem a função de “não deixar a peteca cair”. Identifique momentos positivos, traga lembranças alegres e construa o futuro por meio da imaginação: “Como será quando o filho vier visitar?” “O que vai fazer quando estiver recuperado?” O importante é ter momentos de bem-estar e prazer nessa fase.



### Distribua tarefas

Diante do diagnóstico de câncer, a família se depara com a perda da rotina. Os membros precisam se adequar às novas demandas e definir quem vai cuidar do quê. Por isso, é indicada uma conversa franca e constante, já que o afeto deve ser demonstrado entre todos.



### Recupere as energias

Mantenha sua rotina, inclusive o lazer, dentro do que for possível e de acordo com os seus valores pessoais. É nos momentos de descontração que “as baterias são recarregadas”. Assim, você terá mais energia e disposição, enquanto o paciente passará a ter ao seu lado uma pessoa equilibrada emocionalmente para lhe dar suporte.



### Seja companheiro

O paciente quer estar com quem ama e tem vínculo afetivo. Seja um familiar ou pessoa próxima, o acompanhante deve saber ouvir e ser capaz de acolher os medos, anseios e angústias do doente.

por invalidez, necessita de assistência permanente de uma pessoa. Importante: esse acréscimo é pago apenas a quem se aposentou por invalidez em decorrência da doença que deu causa à aposentadoria e comprove precisar de cuidador em tempo integral.

## RELAÇÕES DELICADAS

Com sua experiência em serviço social na área de pediatria, Érika observa que existe uma discussão sobre a questão de gêneros, em que a mulher é colocada, pela sociedade, como uma “cuidadora natural”. “Muitos pensam que cabe somente a ela acompanhar um filho, mas ignoram o fato de que a mulher pode ser a única provedora da família e também ter outros filhos menores dependentes dela para ir à escola, comer, tomar banho. Vejo crescer muito o número de mães que sustentam a casa

sozinhas, que são separadas ou têm companheiros desempregados”, revela.

A Constituição Federal, o Código Civil Brasileiro – Lei 10.406/2002 e as leis específicas – 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), 8.842/1994 (Política Nacional do Idoso) e 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social) – determinam que, na ausência dos filhos, o dever passa para os parentes mais próximos – irmãos. Na falta desses vêm primos, sobrinhos e assim por diante.

Mas a assistente social pondera sobre o tipo de relação que o paciente construiu com sua família. “Existem casos de filhos afastados e pessoas que estão sem contato há muitos anos com seus familiares. O pai pode ter ido embora, deixado os filhos com a mãe e não vê-los há 20 anos. Aí ele adocece, e o hospital consegue localizar esses filhos. A lei diz que eles têm a responsabilidade de cuidar dos pais, mas vamos refletir: qual é o vínculo afetivo que existe ali?” ■



### Contrate ajuda profissional

Muitas famílias, impossibilitadas de ter um cuidador próximo, optam por profissionais. Nesse caso, é importante conhecê-lo. Busque uma pessoa interessada, que seja atenciosa e faça companhia ao paciente. A família, mesmo distante, não deve se afastar e delegar tudo ao profissional, pois o doente precisa perceber que é considerado.



### Fuja da culpa

A culpa surge do anseio à perfeição e da sensação de que tudo depende de você. Mas a vida trilha seus próprios caminhos, não há controle absoluto de tudo. Reavalie o momento que está vivenciando, livre-se das amarras do passado e de crenças que não constroem e acredite que está fazendo o seu melhor.



### Esteja sempre presente

Quando a família não consegue estar ativamente no processo, é importante o contato por meio de telefonemas e mensagens. Procure também intensificar as visitas, mas se isso não for possível, demonstre que se importa com aquela pessoa, com o que ela está sentindo. Compartilhe as situações do dia a dia, demonstrando que ela é parte integrante da família.



### Sugira novas atividades

Não falar da doença pode ser uma forma de negação. Converse sobre o que for necessário, mas busque também outros temas. Além disso, sugira ao paciente que faça uma atividade nova, descubra um lazer, como leitura ou pintura, escreva em um blog ou busque centros onde possa se conectar com outras pessoas.

# personagem

RECUPERADO DE UM CÂNCER DE LÍNGUA, MAQUIADOR DUDA MOLINOS CONTA QUE DOENÇA O FEZ REVER HÁBITOS DE VIDA

## “Agora penso no futuro”

**E**le é conhecido no mundo da moda como um dos maquiadores mais queridos das celebridades. O talento de Duda Molinos já realçou a beleza de modelos como Gisele Bündchen e estampou vários editoriais de revistas femininas e desfiles ao redor do mundo. Há seis anos, em meio a pincéis e cores, algo que parecia sem importância começou a incomodar. Era uma “dorzinha” de garganta, daquelas comuns no início de resfriado. “Tomei um analgésico, mas não passou. Então, comecei a fazer um tratamento caseiro, coisas do tipo mel e limão. Depois de uma semana, como ainda não havia passado, resolvi ir ao médico”, recorda.

Quando chegou ao seu clínico, o que parecia ser simples mudou de figura. “Ele me conhecia muito bem, cuidava de mim há uns 20 anos. Sabia que eu não era muito de ficar doente”, diz. Nesse mesmo dia, Duda ficou internado para investigar mais a fundo o que estava acontecendo. O resultado dos exames trouxe uma surpresa. Seu médico entrou no quarto acompanhado de um oncologista e foi direto ao assunto. “Ele falou: ‘Tenho uma notícia boa e outra ruim. A ruim é que você tem um nódulo maligno na base da língua, vai precisar de tratamento. A boa é que você não vai morrer disso’”, relata.

O maquiador acredita que o sucesso do tratamento se deva ao fato de a doença ter sido descoberta na fase inicial. “No hospital, o médico brincou

espalhando algumas coisas da minha maleta em cima da cama e dizendo que eu não precisaria de nada daquilo, somente de um pouco de paciência, mas que tudo passaria muito rápido. Não tive tempo de sentir medo”, conta. Duda foi submetido a 29 sessões de radioterapia e a quatro de quimioterapia, durante cerca de três meses. “Meu cabelo não caiu porque a quimioterapia foi administrada de uma forma mais branda, de modo que não prejudicasse outros órgãos. Eu não tenho um rim. Isso foi considerado ao escolher o tipo de conduta a ser seguida”, detalha.

A parte pior veio no final do tratamento, quando Duda precisou ser internado



com queimaduras no pescoço por causa da radioterapia. “Avisaram que a minha pele poderia ir queimando aos poucos, mas nada acontecia. Somente no último dia que explodiu tudo de uma vez só”, revela. Como a dor da queimadura era muito intensa, ele teve que ser sedado, o que o fez se esquecer de vários momentos dos dez dias de internação. “Eu não me lembro de quase nada, só alguns flashes vêm à memória. Não perdi totalmente a consciência, mas me contaram que eu fiquei muito engraçado, falando com as paredes, parecendo que tinha tomado alguma droga, que estava doidão”, brinca.

Ele conta com carinho que fez muitos amigos no hospital e que mantém contato com vários funcionários até hoje. “Se eu for lá, me lembrarei de cada enfermeiro, cada manobrista, cada faxineiro. Todo mundo que trabalha em hospital passou a ser meu foco de atenção. Eu rezo para essas pessoas todo dia. Sempre que penso nelas, a sensação é de cuidado”, afirma.

## O SABOR DA VIDA

Duda chegou a pesar 45 quilos durante o tratamento. “Sempre fui muito magrinho. Antes de iniciar as sessões de rádio e quimioterapia, os médicos falaram que eu teria que engordar, porque seria natural perder peso. Logo preveni que era muito difícil. Eu até queria ser mais gordinho, mas nunca consegui. Comia contra a vontade e não alterava quase nada meu peso.”

Se Duda pouco se lembra do período de internação, ainda está bem vivo em sua memória um detalhe complicado da recuperação. Como o tumor foi na base da língua, seu paladar ficou totalmente comprometido. “Fui para casa acompanhado de uma enfermeira. Não sentia o gosto das coisas, parecia que eu estava comendo cartolina. Foi bem difícil perceber que a vida poderia perder o sabor”, recorda. Como não conseguia comer direito, ele precisou se alimentar por meio de uma sonda. Desse modo, recebia suplementos para evitar baixa de imunidade.

Ao final de três meses, a vida foi voltando a ter seu gosto. Ainda nesse período de recuperação, Duda retomou o trabalho e se colocou à disposição de hospitais para promover *workshops* de maquiagem com pacientes de câncer internados. Ele garante que continua o mesmo depois de passar pela



Ele e elas: Duda Molinos maquia a modelo Gisele Bündchen, a apresentadora Sarah Oliveira e a atriz Grazi Massafera

Fotos: divulgação e acervo pessoal

doença, mas alguns valores mudaram. “Eu não pensava muito, apenas vivia. Agora reflito mais sobre tudo que pratico. Eu fumava e parei de fumar; não me alimentava bem, agora tenho cuidado com a alimentação; só vivia o presente, agora penso no futuro, me planejo mais. Não me tornei uma nova pessoa, e sim mais consciente das coisas que preciso manter, porque as coisas não se mantêm sozinhas”, confessa.

## CARREIRA PRECOCE

Natural de Porto Alegre (RS), Eduardo Coutinho Molinos, começou a frequentar aulas de desenho e pintura aos 13 anos, e desde então nunca mais se separou dos pincéis. Um ano depois, já morava sozinho. Seu primeiro emprego foi num salão de beleza da capital gaúcha, onde se tornou responsável por todos os rostos com ares de vanguarda que passaram a desfilar pela cidade.

Munido de tesouras, pincéis de maquiagem e maleta de artes plásticas, desembarcou, em 1984, no circuito de moda paulistano. Sua primeira grande criação em São Paulo foi com a modelo, então estreada, Cláudia Liz, fazendo cabelo e maquiagem para o clique do fotógrafo J. R. Duran, sob coordenação de moda de Constanza Pascolato. A partir daí, Duda entrou de vez para o mundo da moda e assinou como coordenador de beleza (responsável por penteados e maquiagem) desfiles das grifes Paco Rabanne, Pierre Cardin, Gaultier Jeans, Christian Dior e Christian Lacroix.

Atualmente, é maquiador oficial da SD Make•Up e tem presença certa na agenda de moda brasileira como criador de beleza para desfiles dos principais estilistas nacionais e para campanhas publicitárias das mais destacadas marcas de moda e beleza. ■

# assistência

PACIENTES IDOSOS COM QUADRO DE SAÚDE EQUILIBRADO PODEM SER TRATADOS COM OS MESMOS PROCEDIMENTOS QUE OS MAIS JOVENS

## Além dos 60

A música brasileira perdeu um de seus principais representantes, em agosto, com a morte do cantor Luiz Melodia, aos 66 anos, em decorrência de um mieloma múltiplo, um tipo raro de câncer no sangue. De acordo com a Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (ABHH), a doença geralmente atinge pessoas do sexo masculino, com mais de 60 anos e histórico familiar. O caso do artista só faz lembrar um grande desafio para os especialistas na área da oncologia: de todos os casos de câncer no mundo, 70% acontecem na terceira idade. O envelhecimento e a diminuição da capacidade de recuperação das células fazem com que o corpo dos idosos seja mais suscetível a tumores.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um em cada quatro homens entre 60 e 79 anos no mundo tem ou vai desenvolver algum tipo de câncer. Entre as mulheres na mesma faixa etária, o índice é ainda maior: uma em cada três. Em pesquisa recente, a OMS aponta a expansão das mortes por câncer como um fenômeno global. O número de óbitos pela doença cresceu 22% em 15 anos – de 6,9 milhões, em 2002, para 8,8 milhões, em 2015 –, e, para 2030, a estimativa é de que 21 milhões de pessoas morram de câncer. Um dos diretores da entidade, Etienne Krug, atribuiu esse crescimento, entre outros motivos, ao fato de a população estar ficando mais velha.

No Brasil, o panorama não é diferente. A chefe da Divisão de Vigilância e Análise de Situação do INCA, Marise Rebelo, ressalta que, com o envelhecimento da população, as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se cada vez mais comuns no País. “Hoje, as doenças cardiovasculares e o câncer já são as principais causas de morte entre os brasileiros. O câncer destaca-se como um importante desafio à saúde pública e que demanda foco em ações de prevenção e controle”, diz.

O presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Tarso Mosci, esclarece que o câncer tem o envelhecimento como um de seus principais fatores de risco. Salvo algumas exceções, a grande maioria dos tipos da doença tem maior incidência com o avançar da idade. “As pessoas estão vivendo mais e, com isso, também têm maior risco de desenvolver câncer”, constata.

Se a expectativa de vida aumentou – e com ela a chance de contrair doenças –, os avanços da medicina beneficiam também quem chega à terceira idade. O médico, professor e pesquisador do INCA Luiz Claudio Santos Thuler observa que é cada vez maior o número de idosos com melhor qualidade de vida, o que faz com que mantenham um quadro de saúde mais equilibrado. Segundo ele, isso torna ainda mais importante a avaliação clínica individual do paciente. “As pessoas estão chegando mais saudáveis à velhice. Precisamos avaliar caso a caso, pois muitos idosos podem ser tratados com os mesmos procedimentos que alguns pacientes mais jovens. Se as comorbidades estão controladas, o idoso pode receber um tratamento mais adequado ao seu quadro, sem tantas restrições”, argumenta.

Entretanto, essa não foi a realidade encontrada por Thuler em um estudo que coordena no INCA. Uma avaliação com 40 mil pacientes de câncer de pulmão, em todo o Brasil, mostrou que aqueles acima de 70 anos recebem 39% menos quimioterapia, 31% menos cirurgia e 14% menos radioterapia. Para o pesquisador, isso acontece, de modo geral, devido ao excesso de cuidado do oncologista com o paciente da terceira idade, que geralmente apresenta comorbidades. “Se a avaliação clínica assegurar que o idoso tem condições de receber um atendimento padrão, não há por que ser subtratado”, acredita.

## MÚTIPLAS VISÕES

Em outra pesquisa, para a tese de doutorado da oncologista clínica Jurema Telles de Oliveira, de quem Thuler é coordenador, foram analisados 608 pacientes de câncer, todos com mais de 60 anos. O trabalho, parceria do INCA com o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), de Pernambuco, visava a avaliar a sobrevida e os fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos em pacientes oncológicos. Foram analisados 12 instrumentos da AGA (Avaliação Geriátrica Ampla), incluindo questões como doenças associadas, desempenho funcional, estado mental e aspectos nutricionais. Uma das conclusões alarmantes foi que os idosos sofriam mais complicações no quadro geral de saúde por conta da desnutrição do que por problemas relacionados às comorbidades.

O nutricionista Nivaldo Barroso de Pinho, chefe da Divisão de Assistência do Hospital do Câncer I (HC I), do INCA, adverte que vários distúrbios surgidos durante o tratamento do câncer, como mucosite e xerostomia [ver gráfico], podem comprometer a alimentação do idoso. “Percebemos desnutrição mais acentuada nesse paciente, se comparado aos adultos mais jovens. Por isso, ele passa mais tempo internado, e a taxa de mortalidade também é maior”, relata o nutricionista, que defende o cuidado multidisciplinar ao paciente da terceira idade. “Ele deve ser avaliado por uma equipe, e cada profissional, em sua especialidade, estudará como cuidar do câncer, considerando o impacto sobre as condições não favoráveis que apresenta.”

Já Cristiane Ferreira Rodrigues, fonoaudióloga do Instituto, argumenta que o trabalho multidisciplinar pode evitar que o idoso enfrente quadros complexos de desnutrição. “Normalmente, a musculatura tem perdas com a idade. Isso acontece também com os músculos responsáveis pela mastigação. Há, ainda, casos de pacientes que perdem peso muito rápido e usam próteses dentárias que, quando mal adaptadas, contribuem ainda mais com esse processo. Então, preciso



# Desafios no tratamento de idosos

**Desnutrição**

Perda de apetite e dificuldades para deglutir os alimentos fazem os idosos comer menos. Além disso, o próprio tumor e os tratamentos causam alterações metabólicas.

**Sarcopenia**

Perda de massa e força na musculatura esquelética, como bíceps, tríceps e quadríceps. Cerca de um terço da massa muscular se perde com a idade avançada. O problema traz dificuldade na deglutição, o que pode levar à desnutrição, e, conforme apontam estudos com pacientes de câncer, induz à menor sobrevida, por influenciar na interrupção do tratamento e na redução da dose da quimioterapia.

## Xerostomia

Também conhecida como boca seca, é um sintoma relacionado à falta de saliva. Causa dificuldade para falar e comer, além de afetar o paladar e a saúde dentária. Pode ocorrer como efeito colateral da radioterapia.

## Mucosite

Inflamação da mucosa de revestimento do tubo digestivo causada pelo efeito citotóxico da quimioterapia ou pela radioterapia. Essa enfermidade começa na boca e pode ir até o ânus, comprometendo o intestino.

## Comorbidades

É comum o idoso com câncer também ter outras doenças, como diabetes e pressão alta.

## Cuidados especiais



### Alimentação

O idoso pode ter dificuldade na deglutição. Então a adaptação na consistência e na temperatura de alguns alimentos pode fazer a diferença no paladar. Converse sempre com o nutricionista.



### Comunicação

Se o idoso estiver com dificuldade de falar, pesquise qual a melhor maneira de se comunicar com ele, para identificar o que sente ou necessita.



### Parceria

Uma pessoa da família deve estar atenta aos detalhes de comportamento e às reações fisiológicas. O esquecimento também é comum na terceira idade.

estar sempre em contato com profissionais de outras especialidades, como o dentista, para estudar o que cada um pode fazer para ajudar o paciente”, explica.

A fonoaudióloga acrescenta que o paciente idoso deve ser analisado sob variados aspectos, inclusive os emocionais, pois, se tiver depressão, por exemplo, sua imunidade poderá cair, o que acarretará também problemas físicos.

## NOVO CENÁRIO

A preocupação com uma possível depressão foi o que motivou a família da dona de casa Inês Terra, de Vitória (ES), a não revelar detalhes de seu problema de saúde. Depois de sofrer um desmaio na casa de um de seus 11 filhos, ela foi submetida a uma série de exames até constatar um câncer no intestino. Aos 80 anos, diabética e já depois de ter sofrido um enfarte durante uma ressonância, dona Inês retirou um tumor que “parecia até uma laranja”, segundo uma de suas netas, a assistente de dentista Sheila Terra, 45 anos. “Preferimos não contar que era câncer. Ela fez umas cinco sessões de quimioterapia depois, mas o cabelo não caiu. Achamos que, se contássemos, poderia piorar. Uma pessoa idosa, quando recebe uma notícia dessas, pensa logo que vai morrer”, acredita Sheila.

“Ela gostava muito de viver, era vaidosa, usava sempre bijuterias e andava com as unhas feitas. Era muito apegada à família também”, recorda. A avó de Sheila morreu aos 94 anos, depois de complicações decorrentes de uma infecção urinária.

Marcelo Chahon, psicólogo do INCA, frisa que a postura da família é fundamental para o tratamento e a recuperação do idoso. “Tenho acompanhado histórias muito bonitas. Muitos idosos começam a fazer uma revisão de vida e refletir sobre as relações”, comenta. Ele explica que uma pessoa na terceira idade costuma ter uma visão diferente da doença, até porque já está acostumada a lidar com

“A tendência, no longo prazo, é de o câncer se tornar uma doença a ser controlada. O diagnóstico é feito cada vez mais precocemente, o que aumenta a sobrevida”

**TARSO MOSCI**, presidente da SBGG

outros tipos de limitação. “Tudo vai depender da personalidade, do estilo. De forma geral, o idoso costuma ter uma aceitação maior, porque a doença não está ‘atropelando’ uma vida ativa. O pensamento do jovem é ‘Quanta coisa eu ainda tenho pra viver’, e o idoso avalia o quanto já viveu”, diz.

Assim como dona Inês, grande parte dos pacientes oncológicos idosos sofre com outras doenças, que demandam múltiplos medicamentos. Para a farmacêutica Marcelle Jacomelli, do INCA, há uma linha tênue entre as comorbidades e o tratamento oncológico. “É uma avaliação constante. Muitas vezes, o idoso chega com câncer, mas já faz uso de múltiplos remédios. Precisamos ver qual é a medicação coerente, a que não compromete ou, pelo menos, não altera tanto a quimioterapia”, explica.

A especialista diz que, durante o tratamento, pode acontecer a troca de protocolo várias vezes e por diferentes motivos. “O objetivo maior é o bem-estar, e por isso precisamos contar com muitas opções. Os corticoides aliviam a dor, mas aumentam a glicose. Então, precisamos avaliar o que causará menos dano para o diabético, por exemplo. Também é preciso considerar se não há excesso de medicações e atentar à reação dos pacientes com a alteração de substâncias”, adverte.

Apesar de todas as dificuldades e desafios, o presidente da SBGG tem uma visão otimista em relação ao tratamento do câncer em idosos. Tarso Mosci compara a situação com o avanço da medicina diante de algumas doenças que assustavam a população em um passado nem tão distante. “A tendência, no longo prazo, é de o câncer se tornar uma doença a ser controlada. O diagnóstico é feito cada vez mais precocemente, o que aumenta a sobrevida”, defende.

O oncologista do HC I Roberto Gil concorda. E acrescenta que, com o aumento da população idosa e da incidência de câncer nessa faixa etária, crescem também o investimento em estudos e o interesse de profissionais em um novo conceito de especialidade médica que está sendo chamado de oncogeriatrics, no qual se avalia como esse paciente se apresenta, qual sua expectativa de vida e o impacto social que ela pode causar. “Hoje em dia, é preciso avaliar a idade cronológica e biológica da pessoa, bem como as suas condições de vida. A comunidade científica tem se preparado melhor para esse cenário, que avalia o idoso de forma multidisciplinar. Existem mais tratamentos, mais medicamentos. Além de estar envelhecendo de forma mais saudável, as pessoas chegam a uma certa idade economicamente ativas, querendo viver mais, lutando pela vida”, avalia. ■



## Congresso INCA 80 Anos

O INCA comemorou oito décadas de existência discutindo estratégias, desafios e perspectivas para o controle do câncer no século XXI. O Congresso INCA 80 Anos, realizado em setembro, no Rio de Janeiro, reuniu profissionais, parceiros, ex-funcionários e especialistas na área oncológica, nacionais e estrangeiros, em torno de uma programação atualizada e abrangente.

### Grata surpresa I

Brasileiros fumantes e não fumantes apoiam a criação de novas ações governamentais para a cessação do tabagismo. Existe um forte apoio até mesmo para a proibição total da comercialização dos produtos de tabaco – algo que não está na agenda legislativa, mas demonstra a aprovação da atuação do Estado no controle do tabagismo.

As informações constam do Projeto Internacional de Avaliação das Políticas de Controle do Tabaco (Projeto ITC), criado para medir o impacto das ações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os dados nacionais (Projeto ITC Brasil) foram divulgados durante o Congresso INCA 80 Anos.

### Grata surpresa II

A pesquisa do Projeto ITC Brasil revela, aliás, que fumantes e não fumantes apoiam fortemente duas políticas-chave para reduzir publicidade e promoção de produtos de tabaco: a proibição da exibição de produtos de tabaco nos pontos de venda e a padronização das embalagens de cigarros. Aproximadamente três quartos dos fumantes (72%) apoiam a proibição de displays dentro de lojas, e quase metade (49%) aprovam as embalagens padronizadas. O apoio é ainda maior entre os não fumantes: 86% apoiam a proibição dos displays dentro de lojas e 56% são a favor das embalagens padronizadas.

## Importância reconhecida

O ministro da Saúde, Ricardo Barros, gravou um depoimento em vídeo no qual destacou os avanços no desenvolvimento de pesquisas, na formação de profissionais e na atenção aos pacientes.

“Ainda temos muitos desafios e uma longa jornada para combater essa doença. O foco da discussão precisa ser a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer. Por isso, este congresso é tão importante”, defendeu Barros. “Celebramos o aniversário da instituição de câncer mais importante do País”, afirmou.

## No Youtube

Nos dois dias do congresso, passaram pelas seis salas de convenção do Othon Palace 1.020 pessoas. Algumas palestras e as cerimônias de abertura e de encerramento estão no canal do INCA no Youtube. Acesse e assista: <https://youtube.com/user/tvinca/videos>.

## Epidemiologia e história

A conferência de abertura foi sobre “Epidemiologia translacional: da evidência à tomada de decisão”, com o professor e pesquisador Moysés Szklo. O vídeo “INCA 80 anos: toda uma vida cuidando de vidas”, iniciativa do servidor Alexandre Octávio Ribeiro de Carvalho, com imagens raras da história da instituição, agradou ao público.

O passado também foi reverenciado na homenagem a Mário Kroeff, idealizador e primeiro diretor do Instituto, recebida pelos filhos do médico gaúcho, Marina e Mário Kroeff Filho, na foto ao lado da ex-paciente Cléo Neves.



## Banimento

Quanto ao banimento do display nos pontos de venda, há um consenso entre os pesquisadores que é extremamente importante: o Brasil precisa efetivar a proibição via parlamento. “O tabagismo é uma doença pediátrica, e mostrar o produto atraente ajuda a capturar os jovens”, explicou a secretária executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro (Conicq/INCA), Tânia Cavalcante.

## Experiências para a saúde

O projeto do INCA “Mapeamento e Sistematização de Experiências de Multiplicação para a Promoção da Alimentação Saudável e Prevenção de Câncer”, lançado no congresso, foi selecionado pela Organização Pan-Americana da Saúde como uma das 13 experiências mais significativas das Américas em promoção da saúde.

Ainda no evento, a Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto discutiu experiências nacionais e internacionais bem-sucedidas sobre advertências na parte da frente das embalagens de alimentos processados e ultraprocessados, taxaço de bebidas açucaradas e proibição da publicidade infantil. “Essas medidas são fundamentais para a prevenção do câncer. As escolhas alimentares são influenciadas pelo rótulo”, destacou a nutricionista do INCA Maria Eduarda Melo.

# entrevista

FREDDIE BRAY,

chefe da Seção de Vigilância da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer

## Descrição em números

Os números são sempre astronômicos quando o assunto é câncer. Se, em 2012, foram registrados 14 milhões de novos casos da doença no mundo, de acordo com a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês) – braço da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a oncologia –, para 2035 são esperados 23,3 milhões de casos novos. Isso significa que um em cada seis homens e uma em cada seis mulheres terão câncer antes dos 75 anos.

Dentro da Iarc, a Seção de Vigilância é a responsável, entre outras ações, pela coleta, análise e divulgação de dados. Um pouco desse trabalho foi mostrado aos brasileiros em setembro, quando o epidemiologista britânico Freddie Bray, chefe do departamento, apresentou a palestra *Controle global do câncer – desafios e oportunidades* no Encontro Internacional de Pesquisa Oncológica, um dos eventos em comemoração aos 80 anos do INCA.

Com graduação em Estatística pela Universidade de Aberdeen, mestrado em Estatística Médica pela Universidade de Leicester e doutorado em Epidemiologia pela Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, todas no Reino Unido, Bray atua sobretudo com a epidemiologia descritiva do câncer, investigando a estimativa da carga global da doença e analisando tanto tendências quanto o perfil do câncer ligado às transições do desenvolvimento humano.

Em um dos intervalos do evento do INCA, no Rio de Janeiro, ele conversou com a REDE CÂNCER sobre seu trabalho, o cenário atual e futuro do câncer no mundo e o papel da Iarc no apoio ao desenvolvimento de registros de câncer, entre outros assuntos.

### **O que é epidemiologia descritiva?**

No câncer, a epidemiologia descritiva analisa as estatísticas específicas da doença ligadas à pessoa, ao lugar e ao tempo. Por exemplo, quando você olha para as taxas de incidência de câncer e o número de novos casos, relacionados ao tamanho e à idade da população, compara essas taxas em diferentes populações, dentro de um país ou de uma região do planeta, e tenta entender por que elas são diferentes e por que os variados tipos de câncer são mais comuns em certos locais, isto é epidemiologia descritiva. É verdadeiramente tentar entender a escala e o perfil do câncer para elucidar por que há diferenças em lugares e ao longo do tempo, com o objetivo de tentar controlar a doença. Se você entende por que há variações, em princípio pode fazer algo a respeito. Ao saber quais são os fatores de risco subjacentes, por exemplo, é possível prevenir que eles sejam comuns na população.

### **Deve ser um grande desafio colher e analisar os dados de câncer, já que, na verdade, se tratam de mais de 100 doenças...**

De fato, o câncer é um conjunto complexo de doenças. Não é apenas uma doença ou um único fator de risco para todos os tipos de câncer. Em minha palestra, mostrei que os perfis dos cânceres variam incrivelmente por país e, muitas vezes, dentro do mesmo país. No Brasil, por exemplo, existem taxas e perfis de câncer muito diferentes de região para região. Precisamos olhar para isso com atenção, entender e, em seguida, direcionar estratégias específicas de controle do câncer com base nos perfis que encontramos.

### **Quais os principais motivos que têm levado a um aumento tão grande no número de casos de câncer em todo o mundo?**

São muitas razões, sendo as principais o crescimento e o envelhecimento da população. Isso fez com que o câncer se tornasse uma doença mais comum, porque muitos tipos são mais frequentes em pessoas mais velhas – quanto mais a população envelhece, mais cânceres existirão. Sabemos que haverá um provável aumento de 60% na carga do câncer apenas devido à demografia. Além disso, como parte da transição socioeconômica global, muitos países atualmente classificados como de baixa ou média rendas adotam cada vez mais dietas ocidentalizadas e estilos de vida mais sedentários e menos ativos fisicamente, levando a uma rápida mudança no perfil dos cânceres

comuns nessas populações. Christopher Wild [diretor da IARC] costuma dizer: “Precisamos garantir que a prevenção e a detecção precoce sejam medidas-chave de controle do câncer, integradas aos serviços de tratamento e cuidados paliativos”. É necessária uma abordagem de longo prazo para o controle do câncer. Muitas estratégias de prevenção funcionam, mas levam tempo. As ações de controle do tabaco são um exemplo. Mas outras estratégias-chave precisam ser implementadas ao redor do mundo, como a vacinação contra a hepatite B, que pode reduzir o risco de câncer de fígado, e contra o papilomavírus humano (HPV), associado ao câncer do colo do útero.

### **Sobre essa questão do prazo, o professor Eduardo Franco [da Faculdade de Medicina da Universidade McGill, no Canadá], em palestra no Encontro Internacional, comentou que os estudos sobre câncer e o desenvolvimento de tecnologias levam tempo, mas muitas vezes a imprensa quer resultados imediatos. Você também percebe essa cobrança? Encara isso como outro problema no controle da doença?**

Sim, e de fato é um problema, não só com a mídia, mas também com os políticos, que sempre têm um intervalo de tempo restrito para serem reeleitos. Então, eles precisam agir agora, mas a prevenção é uma estratégia cuja recompensa vem potencialmente em décadas. É mais fácil, se existem recursos, tratar o câncer e melhorar a sobrevida, pois essas estatísticas podem ser vistas mais rapidamente. É claro que, como parte da sociedade, também queremos resultados. Assim que uma tecnologia específica estiver disponível, deve ser implementada. Mas a realidade pode ser bastante diferente.

### **Você não concorda que, com o aumento da carga de câncer, há um chamado para a urgência?**

Certamente. Uma das peças críticas no controle do câncer é o desenvolvimento de sistemas de saúde que possam tratar os pacientes de modo eficaz. Nos países em transição socioeconômica, muitas pessoas ainda começam o tratamento com o câncer avançado, quando há menos possibilidades terapêuticas. Então, melhorar a sobrevida realmente é fundamental. Todos somos afetados pelo câncer de uma forma ou de outra. Todos conhecemos pessoas que tiveram câncer ou morreram da doença. Mas as estratégias de controle devem ser implementadas simultaneamente ao tratamento. Precisamos de uma série de medidas não só para curar os vários tipos de câncer, mas também para preveni-los.



***Entre os tipos de câncer que tiveram grande mudança na incidência nos últimos anos, qual você destaca?***

Um bom exemplo é o câncer de pulmão, que está muito ligado à prevalência histórica do tabagismo, o fator de risco mais importante para o câncer. Nos países mais desenvolvidos, pelo menos nos homens, as taxas da doença estão diminuindo porque eles, nas últimas décadas, decidiram não iniciar ou parar de fumar. E isso já reflete na redução das taxas de mortalidade por câncer de pulmão. Já entre as mulheres as taxas ainda estão subindo, porque elas, de modo geral, começaram a fumar mais tarde. Outra mudança evidente está no aumento dos casos de câncer de mama e de próstata em países que passaram de renda baixa para média ou de média para alta.

***Quando falamos de países nos quais os casos de câncer crescem mais do que outros, estamos nos referindo “apenas” a dinheiro ou também faltam ações mais efetivas por parte dos governantes?***

Creio que seja uma combinação. De fato, como tende a acontecer nos países com menos recursos, existem prioridades concorrentes, outras doenças importantes, desnutrição e outros fatores que competem no orçamento. Mas também há uma falta de consciência a respeito do câncer, entre políticos e também entre a população, já que costumam existir estigmas

“Sabemos que haverá um provável aumento de 60% na carga do câncer apenas devido à demografia. Além disso, como parte da transição socioeconômica global, muitos países atualmente classificados como de baixa ou média rendas adotam cada vez mais dietas ocidentalizadas e estilos de vida mais sedentários e menos ativos fisicamente, levando a uma rápida mudança no perfil dos cânceres comuns nessas populações”

associados à doença. Então, não é apenas dinheiro. É vontade política, compromisso clínico e muitas outras coisas que ganham importância quando percebemos o papel do câncer na mortalidade da população. Em minha palestra, mostrei que o câncer se tornará a principal causa de mortes prematuras [em pessoas de até 69 anos] neste século em todos os países do mundo.

***Como a Seção de Vigilância da Iarc trabalha para reverter esse quadro?***

Nós fazemos uma coleta sistemática de dados para análise, interpretação e disseminação dessas informações em prol de ações de controle do câncer. Nossos projetos-chave são para disponibilizar esses dados publicamente e desenvolver estatísticas mundiais da doença, por meio do Observatório Global do Câncer. Além disso, como queremos as melhores estimativas mundiais possíveis, apoiamos tecnicamente os registros de câncer em países de baixa e média rendas. Temos a Iniciativa Global para o Desenvolvimento do Registro de Câncer (GICR, na sigla em inglês), que é uma parceria de muitas

agências nacionais e internacionais, tentando realmente acelerar a disponibilidade e a sustentabilidade dos dados de câncer de base populacional para o controle da doença. Temos ainda um forte programa de pesquisa e publicamos periódicos e outros materiais, tentando explorar, examinar e elucidar os padrões atuais de câncer e como eles estão mudando ao longo do tempo, como um meio para fornecer um controle da doença baseado em evidências.

***Um dos projetos de pesquisa em que você atua na Iarc é sobre câncer e desenvolvimento humano. Como essas duas áreas estão relacionadas?***

Muito do que vemos no perfil da escala do câncer pode ser vinculado, de alguma forma, a transições no desenvolvimento social e econômico. Sabemos que os perfis específicos do câncer em países de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estão mais relacionados a infecções, como o câncer de fígado, e, à medida que você vai para os países mais desenvolvidos, que já passaram por essas transições, vê um perfil muito característico de cânceres específicos que contribuem com 50% da carga – são eles: próstata, colorretal, mama, pulmão e uma carga residual de câncer de estômago. É importante olhar para o desenvolvimento humano porque ele nos mostra, além das transições do câncer nos países, a magnitude da doença, quais tipos de câncer são esperados – e aí saberemos quais terão aumento na carga –, os mais comuns e os relacionados ao estilo de vida ocidental. Tudo isso reforça a importância dos dados locais, porque há muita variabilidade entre países e até dentro de um mesmo país.

***Quando você olha para os números com os quais trabalha, quais te impressionam mais ou apontam os maiores desafios?***

Nos países mais pobres, de IDH baixo, como muitos da África Subsaariana – onde os sistemas de saúde são fracos, os recursos são limitados e há prioridades concorrentes –, o aumento nos casos de câncer será maior, com até duplicação do número de pacientes nos próximos 20 anos. Isso terá um impacto enorme em locais que não estão, pelo menos no momento, equipados para lidar com o problema. Precisa haver um enorme desenvolvimento de sistemas de saúde e integração do planejamento do câncer, com comprometimento dos governos nacionais. Mas, por outro lado, se muitas estatísticas são motivo de preocupação, há também outras tantas muito positivas. O potencial impacto do controle do tabagismo e da vacina contra o HPV é colossal e

pode levar o número de cânceres relacionados a esses fatores de risco a cair significativamente nas próximas décadas.

***Como você avalia a atuação do INCA?***

O INCA é uma instituição extremamente importante, liderando o controle e a pesquisa do câncer no Brasil. Foi e continua sendo também um *player* de destaque para garantir que o País seja um Estado atuante dentro da Iarc, desde 2013. Além disso, é uma força motriz para a América do Sul e toda a América Latina, particularmente por meio da Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer (Rinc). Para a Iarc, o INCA tem grande relevância em nosso trabalho de vigilância do câncer, para o desenvolvimento de registros, como apoio em nosso centro regional na América Latina e também na condução de muitos estudos epigenéticos, como da etiologia do câncer de cabeça e pescoço, da avaliação dietética e do impacto do rastreamento do câncer do colo do útero. São muitos projetos em andamento, em uma parceria bem-sucedida que queremos expandir. ■



# comportamento

EX-PACIENTES E PARENTES DE PESSOAS COM CÂNCER

CRIAM INICIATIVAS PARA AJUDAR QUEM AINDA ENFRENTA A DOENÇA

## Conhecimento de causa

**P**or mais conhecidas que sejam as principais terapias contra o câncer, bem como as angústias e os efeitos que provocam, quem olha “de fora” pode não conseguir dimensionar as necessidades de um paciente oncológico e de sua família. A experiência de ter vivido “na pele” ou acompanhado todas as etapas de um tratamento tão complexo faz com que pacientes e familiares estejam mais do que habilitados a buscar soluções de problemas nem sempre percebidos. É assim, transformando o sofrimento em combustível para ajudar aqueles que ainda precisam de esclarecimentos e cuidados, que muitas pessoas vêm mostrando quão valiosas podem ser pequenas iniciativas.

Uma dessas pessoas é a advogada e empresária paulistana Fernanda Chahin Bali de Aguiar, de 47 anos. Ela criou, em 2016, o projeto Mamas do Amor, com o objetivo de devolver a autoestima para mulheres mastectomizadas que não fizeram reconstrução mamária por meio de cirurgia nem têm condições de adquirir uma prótese externa. Para isso, a advogada confecciona e doa próteses feitas de meias de poliâmida recheadas com alpiste.

A ideia surgiu a partir de uma experiência pessoal: Fernanda foi diagnosticada com câncer em 2015. “Eu tive que retirar minhas mamas e recebi implantes de próteses de silicone. Mas houve uma infecção e fui obrigada a retirá-las. Ouvei falar que nos tempos em que não havia cirurgia para a reconstrução, muitas mulheres utilizavam próteses externas. Pesquisei a respeito e decidi, então, fazer as minhas”, conta.

As próteses criadas por Fernanda requerem apenas dois materiais: alpiste e meia-calça cor da

pele. Segundo ela, que até hoje é usuária, o produto não causa nenhum incômodo e se adapta perfeitamente ao sutiã.

Um videotutorial no YouTube (<https://goo.gl/21bMH4>) ensina a fazer as próteses, cujo custo de fabricação é de apenas R\$ 5, em média. Mas é possível obtê-las de graça acessando o site do projeto ([www.mamasdoamor.com](http://www.mamasdoamor.com)). “Tenho parcerias em várias partes do País. Algumas pessoas distribuem as próteses de forma voluntária”, diz a advogada. Se não houver parceiros próximos da solicitante, Fernanda envia o produto pelos Correios, que fazem a entrega gratuitamente, via Sedex.

No site, a solicitante informa, além dos dados pessoais, o tamanho do seu par de mamas. Ela também é estimulada a contar sua história, que poderá ser compartilhada com outras pessoas, mediante autorização.

Antes do início do segundo semestre, o Mamas do Amor já havia batido a meta de 5 mil doações de próteses este ano. O objetivo, agora, é se internacionalizar. Depois de fazer uma versão em inglês do videotutorial, Fernanda pretende contatar a Organização das Nações Unidas (ONU), a fim de enviar as próteses para várias regiões do mundo.

### REINO DOS CABELOS

“Você foi escolhida pela fada do cabelo. Ela seleciona crianças especiais, pega o cabelo delas e leva para o mundo das fadas, onde tem um caldeirão mágico. Ela transforma o cabelo em magia e depois devolve, para ajudar outras pessoas.” Foi dessa



“Ouvi falar que nos tempos em que não havia cirurgia para a reconstrução, muitas mulheres utilizavam próteses externas. Pesquisei a respeito e decidi, então, fazer as minhas”

**FERNANDA AGUIAR**, criadora do Mamas do Amor

maneira lúdica que o professor Luciano de Castro, 45, contou para sua filha Luísa, 6, que ela ficaria sem os fios louros de que tanto gostava. O motivo foi o diagnóstico, em 2015, de neuroblastoma, um tumor de células do sistema nervoso periférico mais comum na infância. “Falei com minha mulher que uma criança não merecia esse fardo. Até hoje, Luísa não sabe o que tem. Deixa esse sofrimento para a gente. Nós é que precisamos saber de tudo o que essa doença pode causar”, emociona-se Luciano.

Um pouco depois do diagnóstico da filha, a saúde do professor também ficou abalada. Ele contraiu hepatite e foi submetido a um transplante de fígado. “Durante minha internação, pensei que outras crianças poderiam estar passando pela mesma situação da minha filha. Assim surgiu a ideia de escrever um livro e falar da magia da fada”, conta.

Ele procurou a rede de ensino Bom Jesus, onde dá aulas, em Curitiba (PR), e a instituição abraçou o projeto. Com isso, foram impressos 3 mil exemplares do livro *Fada Pilara e Marujo Gadeinha*, que tem

distribuição gratuita em hospitais do Sul e Sudeste do País. Hoje, muitas crianças já estão passando por essa fase complicada com a magia da mesma fada que ajudou Luísa. Luciano conta com a lei de patentes (9.279/1996) para garantir que ninguém comercialize a obra. “Não vou deixar que ganhem dinheiro com essas crianças. O projeto começou e sempre será gratuito, basta solicitar o livro”, afirma.

Luísa se trata no Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba, onde faz quimioterapia uma vez por semana. Luciano conta que, ao saber o que viria pela frente, a filha não chorou – pelo contrário. “Ela adorou quando precisou cortar o cabelo. Fizemos isso logo que começou a quimioterapia, porque incomodava muito, caía nos olhos, no rosto”, lembra. O câncer da menina apresenta metástase na medula e em várias outras partes do corpo. “A médica falou que nossa fé vai acabar salvando Luísa”, relata o pai-escritor.

## VAIDADE À PROVA

Em outubro de 2015, a web designer paulista Débora Vivaldi, então com 45 anos, foi surpreendida com o diagnóstico de câncer de mama durante os exames de rotina. “Eu não sentia nada, mas a biópsia confirmou o que a mamografia e o ultrassom sinalizaram. Em minutos vi a minha vida mudar, e logo começava o processo que muitos conhecem: cirurgia de quadrante, quimioterapia e radioterapia”, recorda.

Vaidosa assumida, ela viu também a tristeza tomar conta dos seus dias com a queda dos cabelos, por conta do tratamento. Mas, em fevereiro de 2016, experimentou a alegria de recuperar sua autoestima. “Participei de um evento para pacientes oncológicos e naquele dia ganhei uma peruca. Eu me olhei no espelho e percebi como era importante aquela moldura para o rosto. Pensei logo que eu poderia ajudar outras mulheres que estavam na mesma situação”, conta.

Dessa forma nascia o projeto Amor em Mechas, com o objetivo de oferecer gratuitamente perucas para mulheres em tratamento quimioterápico. Débora criou urnas para colher fios de cabelo e as distribuiu em salões de beleza da cidade de São Paulo. As primeiras foram entregues em 7 de abril, Dia Mundial da Saúde. “Nossa meta mensal é arrecadar um quilo de mechas por urna”, ressalta a web designer.

Débora procurou uma fábrica da capital paulista para a confecção das perucas. Hoje, conta com parcerias de empresas que ajudam na distribuição e divulgação. Os postos de coleta e entrega também aumentaram. Além da capital, salões de outros três municípios de São Paulo – Santo André, Capivari e

Taubaté –, do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Norte estão contribuindo com o projeto. Mas as perucas também podem ser enviadas de graça pelos Correios. Os pedidos devem ser feitos no site da iniciativa: [www.amoremmechas.com](http://www.amoremmechas.com).

## MAIS QUE REDE SOCIAL

Também em São Paulo, o engenheiro de software Gustavo Silva, 24 anos, buscou em uma situação dolorosa de sua vida pessoal a motivação para criar um aplicativo que, entre outras funções, permite a pessoas com câncer conversarem entre si e receberem informações de especialistas. O Kimeo, disponível de graça para Android e iOS, foi lançado em setembro de 2016 e hoje conta com mais de duas mil pessoas cadastradas.

A iniciativa surgiu depois que a avó de Gustavo foi diagnosticada com câncer de pulmão, e ele se viu com dificuldades para colher dados básicos, como procura de medicamentos. “Minha avó teve um câncer há aproximadamente oito anos e, em 2016, surgiu uma metástase”, revela o engenheiro, lembrando as adversidades que enfrentou para criar o aplicativo. “O início foi complicado, pois tivemos que lidar com



essa doença de forma racional e transformar tudo aquilo que ouvíamos dos pacientes e médicos em uma ferramenta simples e que passasse segurança e inovação para ambos.”

A avó de Gustavo não resistiu à doença. Ela morreu em abril, mas deixou um legado para o neto. “Minha avó viu o projeto nascer e foi uma referência na elaboração dessa solução, pois eu via o quanto era importante ter pessoas por perto para ajudar nas tarefas diárias e, ao mesmo tempo, dar apoio e confiança”, recorda.

Embora se apresente como uma rede social para troca de mensagens e fotos entre os usuários, sob o slogan “Conectando pessoas e compartilhando histórias”, o Kimeo vai além. No aplicativo também há uma área com artigos, dicas, conselhos, textos motivacionais e outros conteúdos sobre câncer. Um terceiro pilar engloba serviços úteis aos pacientes oncológicos, como alarme para controle de horário de medicamentos e um mapa com clínicas próximas ao local onde se encontra o usuário.

Para desenvolver o aplicativo, Gustavo teve ajuda de um sócio, o administrador George Nastas. Eles pesquisaram soluções parecidas fora do Brasil e usaram como inspiração a comunidade online “I Had

“Durante minha internação, pensei que outras crianças poderiam estar passando pela mesma situação da minha filha. Assim surgiu a ideia de escrever um livro e falar da magia da fada”

**LUCIANO DE CASTRO**, autor do livro  
*Fada Pilara e Marujo Gadeinha*



O livro, com 10 páginas, é editado pela Bom Jesus. Instituições interessadas em adquiri-lo devem ligar para 0800-727-4001 ou mandar e-mail: [fadinhadocabelo@gmail.com](mailto:fadinhadocabelo@gmail.com).



“Participei de um evento para pacientes oncológicos e naquele dia ganhei uma peruca. Eu me olhei no espelho e percebi como era importante aquela moldura para o rosto”

**DÉBORA VIVALDI**, criadora do Amor em Mechas

Cancer” (<https://www.ihadcancer.com>), dos Estados Unidos, que conecta pacientes, sobreviventes, familiares e outras pessoas envolvidas em um tratamento oncológico. Também firmaram parcerias com o Instituto Vencer o Câncer, de São Paulo, e a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale). “Hoje, temos diversos parceiros pelo Brasil, principalmente centros de tratamento do câncer e influenciadores sociais, que propagam nossos conteúdos. Além disso, temos alguns representantes locais, que nos ajudam a participar de eventos e congressos e a levar nossa plataforma para mais pessoas”, detalha o engenheiro.

Por enquanto, o aplicativo não gera lucro. Apesar de não se mostrar preocupado com isso, Gustavo reconhece a importância de um apoio financeiro para a longevidade da ferramenta. “Todo o investimento foi feito pelos sócios, acreditando que o Kimeo pode fazer a diferença na vida de milhares de pessoas. Estamos buscando institutos e hospitais que possam contribuir conosco para manter esse sonho vivo e crescer para ajudar os pacientes cada vez mais.” ■

Alessandro Couto



## AMOR EM DOSE DUPLA

*A necessidade de unir forças para atender mais pacientes de câncer fez surgir uma parceria entre Débora, do Amor em Mechas, e Fernanda, do Mamas do Amor. Tudo começou no fim do ano passado, quando elas se conheceram. O resultado foi o projeto Amor em Ação. “Fazemos mutirões para elaboração das mamas de alpiste e arrecadamos mechas para perucas”, explica Fernanda.*

*Realizado em conjunto com as prefeituras, o projeto destina todo material arrecadado para a cidade onde o evento acontece. Durante seis horas, aproximadamente, são coletadas mechas e confeccionadas próteses externas. Além disso, Débora e Fernanda apresentam uma palestra com o tema “Prevenção e superação”.*

*A iniciativa de firmar a parceria partiu de Débora. “Eu procurei a Fernanda pelo Facebook, porque uma senhora que recebeu uma peruca não poderia fazer a reconstrução mamária, devido a outros problemas de saúde. Eu já havia ouvido falar nas ‘mamas do amor’ e fui atrás. Conheci a Fernanda um dia antes do meu aniversário e desde então fechamos a nossa parceria. O resultado sempre é muito bom”, comemora.*

*Fernanda lembra com detalhes de como encontrou Débora. “Foi amor à primeira vista, e nós nunca mais nos distanciamos. Juntas somos mais, pois ajudamos cada vez mais pessoas. A Débora é uma guerreira que passou pelo câncer há dois anos e hoje ajuda outras mulheres com o mesmo problema de saúde, se doando e oferecendo mais autoestima e conforto para elas”, elogia.*

“Todo o investimento foi feito pelos sócios, acreditando que o Kimeo pode fazer a diferença na vida de milhares de pessoas”

**GUSTAVO SILVA**, criador do aplicativo Kimeo

# educação

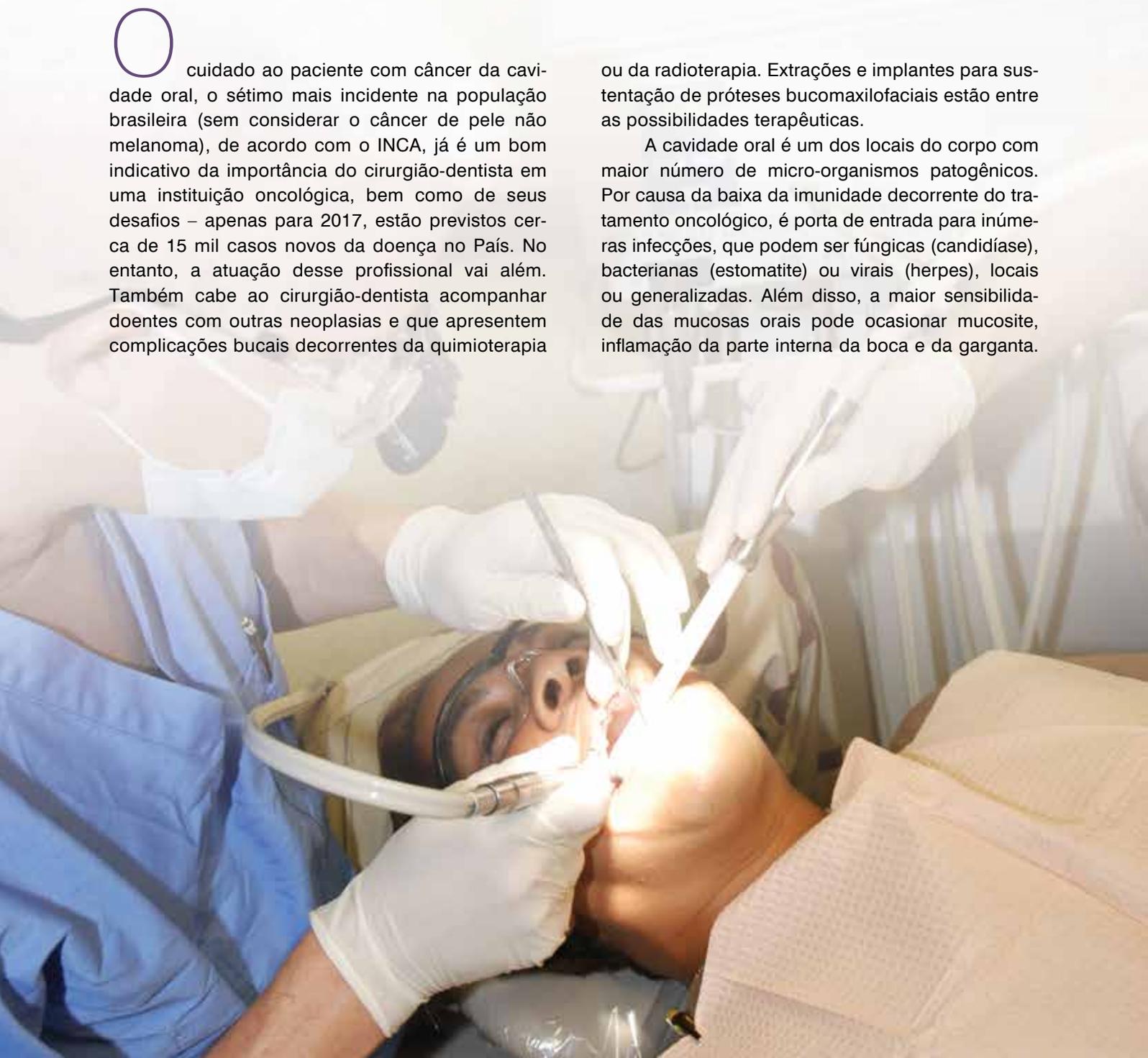
CURSOS QUALIFICAM CIRURGIÕES-DENTISTAS PARA ATUAR NA ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO

## De boca em boca

O cuidado ao paciente com câncer da cavidade oral, o sétimo mais incidente na população brasileira (sem considerar o câncer de pele não melanoma), de acordo com o INCA, já é um bom indicativo da importância do cirurgião-dentista em uma instituição oncológica, bem como de seus desafios – apenas para 2017, estão previstos cerca de 15 mil casos novos da doença no País. No entanto, a atuação desse profissional vai além. Também cabe ao cirurgião-dentista acompanhar doentes com outras neoplasias e que apresentem complicações bucais decorrentes da quimioterapia

ou da radioterapia. Extrações e implantes para sustentação de próteses bucomaxilofaciais estão entre as possibilidades terapêuticas.

A cavidade oral é um dos locais do corpo com maior número de micro-organismos patogênicos. Por causa da baixa da imunidade decorrente do tratamento oncológico, é porta de entrada para inúmeras infecções, que podem ser fúngicas (candidíase), bacterianas (estomatite) ou virais (herpes), locais ou generalizadas. Além disso, a maior sensibilidade das mucosas orais pode ocasionar mucosite, inflamação da parte interna da boca e da garganta.



Outros problemas que podem surgir com o tratamento do câncer são osteonecrose dos maxilares (morte celular dos ossos), trismo (dificuldade para abrir a boca) e xerostomia (boca seca). A redução do fluxo salivar – e, conseqüentemente, de suas funções protetoras – pode ocasionar uma rápida evolução das cáries até a destruição dos dentes – as chamadas cáries de radiação.

Pacientes com tumores de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia, quimioterapia ou cirurgia devem ser acompanhados por um cirurgião-dentista antes, durante e após o tratamento, pois frequentemente há sequelas, de maior ou menor grau, na cavidade da boca. A radioterapia e, dependendo do estadiamento do tumor, a cirurgia podem provocar danos, até mesmo irreversíveis. Por isso, a presença desse profissional na equipe multidisciplinar é imprescindível, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente.

Por meio de uma avaliação clínica e radiográfica, o cirurgião-dentista identifica se existem lesões ósseas, alterações e tumores secundários, adequando a cavidade bucal aos efeitos do tratamento. Em muitas situações, são adotadas condutas pontuais, como preservação ou remoção de dentes.

Os primeiros procedimentos incluem extração dental e tratamento de cáries, canal e doença periodontal (inflamação que afeta desde a gengiva até o osso que envolve e suporta o dente). Outras medidas clínicas simples são higiene bucal e controle do biofilme dental (placa bacteriana). Já a laserterapia auxilia

“Os cursos de graduação contemplam outras doenças bucais e não estendem o conhecimento à área oncológica. Com isso, o cirurgião-dentista tem uma visão fragmentada da sua atuação profissional”

**FERNANDO LIMA**, cirurgião-dentista e mestre em Saúde Pública da coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA

na prevenção e no tratamento de lesões orais, entre elas mucosites, úlceras traumáticas e aftas.

Após o tratamento oncológico, é possível que a remoção do tumor cause deformidades dentárias ou faciais. O cirurgião-dentista especializado em próteses bucomaxilofaciais convencionais e implantes-suportadas (implantes) pode amenizar essa seqüela, promovendo a reabilitação oral do paciente.

As próteses obturadoras restituem a estrutura bucal, o palato mole e o palato duro. O uso de resinas acrílicas e estruturas metálicas estabiliza as próteses na estrutura dental remanescente. Existem ainda próteses oculares, de nariz e de orelha, todas removíveis, o que permite a limpeza e investigação da área, no caso de recidiva.

Como o cuidado integral ao paciente também envolve o período pós-tratamento, o cirurgião-dentista deve estar atento, entre outras questões, a possíveis complicações tardias. Trismo, osteonecrose, cárie e xerostomia são algumas delas.

## GARGALO NA GRADUAÇÃO

Apesar de sua relevância na equipe multidisciplinar de uma instituição de oncologia, o cirurgião-dentista que deseja ampliar seus conhecimentos sobre câncer encontra algumas barreiras. A primeira surge na própria faculdade. “Os cursos de graduação contemplam outras doenças bucais e não estendem o conhecimento à área oncológica. Com isso, o cirurgião-dentista tem uma visão fragmentada da sua atuação profissional”, avalia o cirurgião-dentista Fernando Lima, mestre em Saúde Pública da coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA.

Outro obstáculo é a ausência da oncologia entre as 23 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), embora essa seja uma das áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso faz com que os cursos de pós-graduação na área não tenham a chancela da entidade, ainda que sejam reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC).

A cirurgiã-dentista Tainá Duarte Meinicke Farias sentiu na pele essas dificuldades. Aluna da primeira turma da Residência Multiprofissional do INCA, em 2010 – na qual ingressou depois de concluir uma especialização em estomatologia –, ela não pode se apresentar como cirurgiã-dentista especializada em oncologia, devido à falta de reconhecimento do CFO. A solução foi destacar sua experiência no atendimento a pacientes de câncer, fruto da formação no INCA.

Tainá conta que o curso a habilitou a acompanhar o doente antes, durante e depois do tratamento

oncológico. “Na graduação em Odontologia não existe o conhecimento que se adquire na residência do INCA”, afirma a cirurgiã-dentista, que hoje trabalha na coordenação do curso. Ela também atua no Centro de Especialidades Odontológicas, de Itaguaí (RJ), onde faz o diagnóstico de lesões bucais, incluindo o câncer de boca.

## DENTRO E FORA DE SALA

As residências multiprofissionais são uma boa opção para profissionais que desejam se qualificar para trabalhar com pacientes com câncer. Embora não sejam voltados apenas a cirurgiões-dentistas, os cursos têm módulos específicos de odontologia.

De acordo com Fernando Lima, o plano de curso (disciplinas e conteúdos) da Residência Multiprofissional do INCA foi reestruturado. Com isso, depois de dois anos sem matrículas para alunos de Odontologia, houve oferta de duas vagas para 2018 (as inscrições são feitas no segundo semestre do ano anterior).

Outra boa fonte de informação sobre câncer, no Instituto, são as visitas técnicas à Seção de Estômato-Odontologia e Prótese. Os encontros se destinam a profissionais graduados, preferencialmente na rede pública, e têm duração máxima de duas semanas consecutivas, com carga horária de 40 horas.

José Roberto de Menezes Pontes, chefe da seção e professor da Residência Multiprofissional do INCA, explica que os visitantes têm a oportunidade de conhecer, na prática, como é o dia a dia do cirurgião-dentista em uma instituição oncológica. “Eles acompanham diagnósticos, as cirurgias [biópsias] e outros tratamentos, mas não manipulam o paciente”, ressalta.

Para quem busca conhecimento mais específico sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais ou sistêmicas (de todo o corpo) que se manifestem na cavidade bucal, Pontes indica pós-graduações (*lato sensu* e *stricto sensu*) em Estomatologia, especialidade odontológica reconhecida pelo CFO. No Rio de Janeiro, as universidades do Estado (UERJ) e Federal (UFRJ), públicas, e algumas instituições particulares oferecem cursos na modalidade *lato sensu*.

## OPÇÕES NO SUDESTE E NORDESTE

Em São Paulo, o A.C. Camargo Cancer Center é uma das instituições com vagas para Odontologia em sua residência multiprofissional. No curso, o cirurgião-dentista participa do atendimento odontológico

aos pacientes da instituição, além de aprender a controlar os efeitos colaterais do tratamento e a diagnosticar as doenças da boca.

Já o Hospital Sírio-Libanês, por meio de seu Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP), oferece quatro programas de residência multiprofissional, sendo um deles exclusivo ao câncer, chamado Cuidado ao Paciente Oncológico. Segundo a coordenadora, Débora Faustino de Carvalho, o profissional que ingressar na residência da instituição será qualificado para uma assistência integral e humanizada. “A complexidade do tema exige que o profissional esteja atualizado com as diretrizes e bases do tratamento”, ressalta.

O IEP oferece ainda o Curso Continuado de Odontologia para Pacientes Oncológicos, de extensão. Nele, acadêmicos no último ano de Odontologia e cirurgiões-dentistas têm a oportunidade de rever sua prática e conhecer inovações aplicáveis em saúde odontológica. Este ano foi realizada a terceira edição, com aulas de maio a setembro, divididas em cinco módulos. O Sírio-Libanês já confirmou a quarta edição, para 2018, mas ainda não há informações sobre datas de inscrição e início das aulas.

No Hospital Israelita Albert Einstein, cirurgiões-dentistas que planejem uma carreira fora do consultório convencional podem estudar no Curso de Pós-Graduação em Odontologia Hospitalar. Embora não seja específica sobre tratamento de câncer, a capacitação conta com uma disciplina a respeito da atuação odontológica em oncologia, hematologia e transplante de medula óssea. De acordo com a instituição, o curso tem como diferencial promover uma visão integrada entre a odontologia e a medicina.

Para atualização profissional, estudantes e cirurgiões-dentistas, com ou sem experiência no

“Na graduação em Odontologia não existe o conhecimento que se adquire na residência do INCA”

**TAINÁ DUARTE MEINICKE FARIAS**,  
cirurgiã-dentista e aluna da primeira turma da  
Residência Multiprofissional do INCA

“A complexidade do tema exige que o profissional esteja atualizado com as diretrizes e bases do tratamento”

**DÉBORA FAUSTINO DE CARVALHO,**  
coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional no Cuidado ao Paciente Oncológico do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês

âmbito hospitalar, têm à disposição, também no Albert Einstein, o curso Odontologia em Pacientes Onco-Hematológicos. Ministradas por médicos e cirurgiões-dentistas do serviço de Onco-Hematologia do hospital, as aulas abordam, entre outros temas, distúrbios de coagulação, anemias e efeitos da quimioterapia e da radioterapia na mucosa oral.

Outra opção no Estado de São Paulo é no Hospital de Câncer de Barretos. Graduados podem concorrer às quatro vagas para Odontologia na

Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer ou se inscrever na Visita Observacional, módulo de aprendizagem no qual o visitante acompanha as rotinas de trabalho de um preceptor. Esse programa, que pode durar de uma semana a um mês, também é aberto a estudantes de Odontologia (entre outras sete categorias dos departamentos multiprofissionais da instituição) e residentes.

Já no Nordeste, o Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), em Recife, possui uma residência exclusiva para cirurgiões-dentistas. São duas vagas.

## SEM PAREDES

Pós-graduações a distância também são uma alternativa de aprendizagem. Com 11 anos de tradição, a Faculdade Unyleya, de Brasília, tem entre seus cursos a Pós-Graduação EAD em Câncer Bucal. Durante 10 meses (420 horas), os graduados em Odontologia se aprofundam em temas como diagnóstico e epidemiologia do câncer bucal. Embora as aulas sejam 100% online, o aluno tem que comparecer a um encontro presencial para fazer a prova final e apresentar o trabalho de conclusão (TCC). O curso é autorizado pela Portaria nº 1.663/2006 do MEC. ■

## CAPACITAÇÃO VISA À DETECÇÃO PRECOCE

*A carência de profissionais de odontologia habilitados para o diagnóstico do câncer em fase inicial chamou a atenção da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA. Em um fórum realizado em 2016, com docentes de patologia oral e estomatologia do Rio de Janeiro, ficou constatada a dificuldade dos profissionais das unidades básicas de saúde em identificar precocemente lesões bucais.*

*A parceria com os professores culminou, em julho último, na capacitação de 40 cirurgiões-dentistas da Atenção Básica do estado, que foram treinados para suspeitar de pequenas alterações na boca do paciente. De acordo com Caroline Ribeiro, tecnóloga da divisão, inicialmente foram escolhidos os municípios com maiores taxas de mortalidade por câncer de boca. “Queremos que esses profissionais possam fazer uma capacitação presencial, que ensina como fazer uma biópsia para diagnóstico do câncer”, explica a tecnóloga. Uma nova turma, com 40 alunos da Atenção Básica do município do Rio, já foi iniciada, e outras serão abertas, a fim de contemplar todo o estado. Também há projeto para criar um curso de educação a distância.*

*Segundo Caroline, mais de 70% dos casos de câncer que chegam aos hospitais do SUS para tratamento de câncer de boca apresentam estadiamento avançado. “Quanto mais cedo o tumor for diagnosticado e tratado, melhor a qualidade de vida e a sobrevida do paciente”, argumenta.*

*O coordenador do Serviço de Medicina Bucal do Hospital Sírio-Libanês, Eduardo Fregnani, ressalta que o cirurgião-dentista está habilitado a fazer o diagnóstico e acompanhamento do paciente oncológico, mas o tratamento de tumores malignos por meio de cirurgia, quimioterapia e radioterapia cabe ao cirurgião de cabeça e pescoço, ao oncologista clínico e ao radioterapeuta.*

## Brasileiros ignoram radiação

Ao comprar um protetor solar, mais da metade dos brasileiros só observa o Fator de Proteção Solar (FPS), ou seja, se preocupa apenas em se proteger das queimaduras solares. Essa é a constatação de uma pesquisa que ouviu 1.307 pessoas de 21 capitais e foi realizada pelo terceiro ano consecutivo, sob liderança do farmacêutico e pesquisador em Cosmetologia Lucas Portilho.

“A radiação UVA está presente na natureza em níveis muito mais expressivos que a radiação UVB [que causa queimaduras]. Diferentemente da UVB, a radiação UVA atravessa vidros e penetra profundamente na pele, gerando uma quantidade altíssima de radicais livres, que degradam as fibras de colágeno e elastina. Eles são os

principais responsáveis pelo fotoenvelhecimento”, explica o pesquisador.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o valor mínimo de proteção UVA deve corresponder a 1/3 do FPS. Ou seja, um filtro com FPS 30 deve ter no mínimo PPD 10.



## Mais medicamentos para oncologia no SUS

A partir de 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferecerá novos medicamentos para assistência oncológica. Na atual Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), divulgada pelo Ministério da Saúde (MS) em 25 de outubro, estão disponíveis, entre outros, o imatinibe 400 mg e o tamoxifeno 20 mg.



## Uma caneta contra o câncer

Cientistas da Universidade do Texas (EUA) desenvolveram uma caneta que pode identificar células cancerígenas em dez segundos e tornar a remoção cirúrgica de tumores mais precisa.

Ao tocar em tecido cancerígeno, a caneta, chamada MasSpec, libera uma minúscula gotícula de água. As substâncias químicas presentes nas células vivas se movem, então, para a gotícula. Em seguida, a caneta é conectada a um espectrômetro de massa, para análise. O resultado é uma “impressão digital química”, a partir da qual os médicos podem concluir se se trata de tecido saudável ou cancerígeno. O estudo foi publicado na revista científica *Science Translational Medicine*. O plano é continuar os testes para aprimorar a caneta antes de usá-la durante cirurgias, no ano que vem.

A MasSpec faz parte de uma série de dispositivos criados para melhorar a precisão cirúrgica. Uma equipe do Imperial College, de Londres, desenvolveu uma faca que “cheira” o tecido que corta para determinar se está removendo o câncer. Já um grupo da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, está usando lasers para analisar quanto de um câncer cerebral pode ser removido.

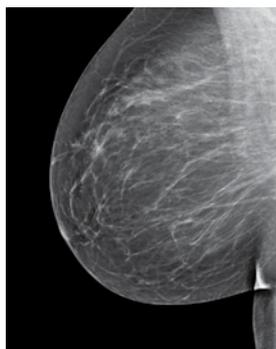
## Tratamento alternativo diminui o tempo de vida

Estudo publicado recentemente em periódico do National Cancer Institute, dos EUA, confirma que pacientes que abandonam a quimioterapia para buscar terapias alternativas – como a dieta cetogênica – têm o dobro de chance de morrer ou ter sua sobrevida reduzida.

Sem êxito científico conhecido, a dieta ainda leva alguns pacientes à perda de peso e desnutrição, e os adeptos devem interromper qualquer tratamento convencional.

## Mamografia mais segura

Uma técnica desenvolvida na Escola de Engenharia de São Carlos (EESC-USP) promete restaurar imagens de mamografia 3D obtidas com até 30% a menos de radiação, mantendo a qualidade do exame.



O trabalho faz parte da pesquisa de doutorado do ex-aluno da EESC-SP Lucas Borges. Ele utilizou técnicas computacionais de processamento de imagens, que filtram imperfeições das mamografias.

Após a restauração, as imagens foram analisadas

por cinco físicos-médicos do Hospital da Pensilvânia, nos Estados Unidos, parceiro do projeto. “Quando questionados, os especialistas não souberam distinguir as mamografias restauradas daquelas que receberam a dose total de radiação”, afirma Lucas. A vantagem é reduzir a exposição das mulheres à radiação, pois quanto mais frequente a exposição, maior o risco de indução do câncer. O próximo passo será realizar testes clínicos, nos quais serão analisadas imagens restauradas, com o objetivo de dar o diagnóstico final às pacientes.

## PARABÉNS & GRATUIDADE

Parabenizo-os pela edição da REDE CÂNCER de agosto de 2017. Foi meu primeiro acesso e divulguei após leitura.

**Sandra Zanazi – Rio de Janeiro, RJ**

Parabéns pela revista. Sou biomédica e gostaria de receber a REDE CÂNCER em casa.

**Flávia Ávila Pinto – Salvador, BA**

Agradeço a atenção e, se possível, o envio da revista, pois temos casos de câncer entre a família e os amigos. Gosto de assuntos referentes à prevenção, como alimentação.

**Sandra Hipólito – Rio de Janeiro, RJ**

Gostaria de receber gratuitamente a revista REDE CÂNCER em minha residência.

**Angélica de Cássia Bitencourt – Itajubá, MG**

*Agradecemos o interesse, Angélica, e reiteramos que a revista é gratuita ao público.*

## ATRASSO

Até o momento, não recebi o exemplar 37. Como nutricionista e sabendo que nesta edição teve uma reportagem referente à minha profissão, me sinto no dever de saber o que pode ter ocorrido.

**Letícia Barbosa de Melo – Frutal, MG**

*Prezada leitora, vamos nos informar com os Correios sobre o ocorrido, mas, para que não fique sem seu exemplar, providenciamos o envio avulso da edição 37 para seu endereço.*



Faça você também parte desta Rede. Colabore enviando dúvidas, sugestões, críticas e elogios para a REDE CÂNCER no e-mail [comunicacao@inca.gov.br](mailto:comunicacao@inca.gov.br) ou pelo telefone: (21) 3207-5963.

# política

LEGISLADORES VÃO DA BOA VONTADE AO DESCONHECIMENTO TÉCNICO EM PROPOSTAS PARA A ÁREA DE ONCOLOGIA

## Pensando bem...

Uma busca no site da Câmara dos Deputados mostra 296 entradas para a palavra câncer, somente na área de Projetos de Lei (PLs). A doença suscita solidariedade, e isso não seria diferente com os legisladores do País. Assim, há propostas que vão da criação da semana do câncer bucal à proibição do uso de amianto em obras públicas, e passam pela padronização de maços de cigarro e ações de incentivo à doação de medula óssea.

Embora a maioria das propostas seja ligada à prevenção e ao controle do câncer, o que reflete a vontade de ajudar, os assuntos são muito diversos e, algumas vezes, sem efetividade, pois abrangem ações já praticadas pelas instituições do setor. Para os políticos, que em sua maioria não são especialistas na área de gestão de saúde, é necessária orientação especializada no momento de propor uma lei. Por seu lado,



os órgãos governamentais responsáveis pela formulação de políticas públicas – no caso da oncologia, o INCA – precisam emitir opinião a respeito de propostas que vão afetar diretamente sua função.

Para qualquer nível de legislador – vereadores, deputados estaduais e federais e senadores –, existem consultorias que podem ser acessadas na elaboração das leis, como explica a senadora Vanessa Grazziotin (PCdoB-AM): “Contamos com o apoio da Consultoria Legislativa do Senado, cujo trabalho é a elaboração de minutas de projetos de lei e de pareceres a essas matérias. Os consultores também fazem estudos temáticos para nos auxiliar. Não necessariamente seguimos o que é sugerido, mas pedimos a análise para aliarmos a atividade política à técnica.” As consultorias podem ser acessadas não só para verificar a relevância de determinado projeto, mas também conferir questões orçamentárias e de constitucionalidade, além de evitar redundância de assuntos já tratados por outras legislações.

A senadora, que é graduada em Farmácia, ou seja, tem formação na área de saúde, é responsável por dois PLs ligados à prevenção do câncer. Ela conta que sua motivação, ao propor as leis, são os próprios pacientes: “Quando é possível evitar o pior dos desfechos da doença, devemos considerar o tratamento e o manejo das consequências das medicações, cirurgias, radioterapia. Nos casos em que são mais agressivos, deixam sequelas, tanto de

“Uma lei não pode definir idade ou faixa etária a partir da qual determinada ação de saúde deve ser ofertada. Os critérios a serem considerados para tal definição estão sujeitos a alterações decorrentes do desenvolvimento tecnológico e do cenário epidemiológico”

**VANESSA GRAZZIOTIN**, senadora (PCdoB-AM)

natureza anatomofisiológica quanto psíquicas, que marcam as pessoas pelo resto de suas vidas.”

Um dos projetos da senadora é o PL 374/2014, que propõe a retirada da referência à idade em que a mulher deve fazer mamografia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama cobre todas as possibilidades e recomenda o exame a cada dois anos em mulheres de 50 a 69 anos. Para a faixa dos 40 aos 49, a indicação acontece se o exame clínico das mamas sugerir alguma alteração. Em situações de risco alto de desenvolvimento da doença (casos em parentes de primeiro grau, por exemplo), as mulheres devem começar a fazer a mamografia aos 35 anos.

Embora Vanessa Grazziotin reconheça que as definições de faixa etária são resultado de estudos e recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), ela defende seu projeto: “Uma lei não pode definir idade ou faixa etária a partir da qual determinada ação de saúde deve ser ofertada. Os critérios a serem considerados para tal definição estão sujeitos a alterações decorrentes do desenvolvimento tecnológico e do cenário epidemiológico.” A parlamentar acredita que novas técnicas podem futuramente ser utilizadas para rastreamento do câncer de mama e, com isso, mudar a indicação atual de idade para o exame.

“A Constituição determina que, no âmbito da legislação concorrente, na qual se enquadra a lei que trata do rastreamento e da detecção precoce do câncer de mama, a competência da União de legislar deve se limitar a estabelecer normas gerais. Assim, é pertinente a iniciativa de retirar do texto legal a referência ao limite mínimo de idade, para assegurar a realização do exame, pois este deve ser indicado sempre que for importante para a atenção integral à saúde da pessoa”, acredita a senadora. O PL 374/2014 foi encaminhado para votação na Câmara dos Deputados em 2015. No ano seguinte, a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher o aprovou, por unanimidade. Atualmente, aguarda parecer da Comissão de Seguridade Social e Família.

Já o outro PL da senadora relacionado a câncer, o 238/2011, dispõe sobre a aplicação da vacina contra o HPV em mulheres de 9 a 40 anos. A imunização passou a fazer parte do calendário do Ministério da Saúde em 2014, porém, apenas para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 12 e 13. É possível perceber o longo caminho que uma proposta de lei percorre até que seja aprovada, ou não, por meio deste PL. Depois de tramitações

internas em comissões no Senado, o texto foi encaminhado à Câmara dos Deputados, em 2012, onde foi mesclado com outro de mesmo teor, para evitar redundâncias. Atualmente se encontra na Comissão de Finanças e Tributação da Casa.

## O PAPEL DO INCA

De 2014 a 2016, foram encaminhados 28 projetos de lei ao INCA pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), órgão do Ministério da Saúde ao qual o Instituto está subordinado. Na instituição, o fluxo é bem determinado: a Direção-Geral recebe os projetos e distribui para as áreas técnicas responsáveis pelos temas. Após análise, é emitido um parecer de mérito, de forma a indicar se a proposta atende algum ponto que efetivamente vá beneficiar o controle do câncer no País. As áreas técnicas também podem enviar sugestões de modificação na redação dos PLs, cabendo aos legisladores acatar ou recusar essas recomendações.

O chefe da Divisão de Detecção Precoce do INCA, Arn Migowski, afirma que, embora o setor seja consultado sobre alguns projetos, para emissão de parecer, é difícil acompanhar todo o fluxo até que uma proposta efetivamente vire lei, o que pode levar anos. “O importante é que fica ao menos registrado quando damos um parecer técnico contrário, pois muitas vezes os textos preliminares das leis não levam em conta fatores como os protocolos clínicos existentes ou se haverá realmente uma melhoria no tratamento ou na detecção precoce da doença para a população. É possível que nem os riscos das propostas para a saúde da população sejam considerados”, explica o médico epidemiologista.

Para Migowski, seria fundamental que o fluxo de criação de uma lei nessa área envolvesse o INCA e estivesse em consonância com a legislação que norteia a incorporação de tecnologias no SUS. “Ocasionalmente descobrimos que uma lei foi aprovada à nossa revelia. Não é aceitável haver legislação em oncologia que não siga as bases científicas. Além disso, o Instituto poderia atuar ainda mais ativamente na promoção de projetos de lei de interesse público”, opina.

No Instituto, um dos setores mais ativos nesse sentido é a Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq). Uma das ferramentas para se combater essa indústria é a legislação, já que o controle do tabagismo no País passa por políticas que dependem de leis para

## BLÁ, BLÁ, BLÁ

*O que propõem alguns projetos de lei em tramitação:*

**PL 7.150/14** A Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher aprovou, em 3 de maio, proposta que institui a Campanha Permanente Nacional de Prevenção e Conscientização Oncológica, a ser mantida pelo Ministério da Saúde (MS). O texto determina que o MS custeará e se responsabilizará pela formulação de diretrizes para viabilizar a plena execução da campanha, em parceria com profissionais de saúde. A campanha deverá ser realizada em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde e com entidades da sociedade civil. Também deverá prever distribuição de banners, folders e outros materiais sobre a prevenção geral do câncer, além da prevenção específica dos tumores mais recorrentes, segundo levantamento do INCA, no ano de execução da campanha.

**PL 6.917/10** Institui a Política de Prevenção e Combate ao Câncer de Mama, que teria como diretrizes: ações de prevenção e detecção contínua da doença, assistência ao paciente, campanhas anuais de conscientização sobre o autoexame e exames de detecção.

**PL 261/99** Etiquetas de roupas íntimas (calcinhas, sutiãs e cuecas) devem conter alertas sobre a realização de exame de detecção do câncer de próstata para homens de mais de 40 anos e, para mulheres, sobre importância do uso de preservativos e realização do Papanicolaou.

**PL 755/06** Criação de um banco municipal de sangue de cordão umbilical e placentário no Rio de Janeiro.

**PL 2.565/15** A realização do exame preventivo ginecológico se torna uma condição obrigatória para recebimento do Programa Bolsa Família.

**PL 654/11** Passa a ser obrigatória a realização de exame preventivo de câncer ginecológico a toda mulher que ingressar no serviço público federal. O exame pode ser realizado em unidades do SUS ou em clínicas particulares.



que sejam adotadas. “No trâmite normal dos projetos de lei, costuma-se consultar as áreas técnicas do Governo. No caso de legislação de controle do tabaco, o Congresso envia os projetos ao Ministério da Saúde, que, por sua vez, os encaminha para o INCA e solicita emissão de parecer”, relata Felipe Mendes, técnico da Secretaria Executiva da Conicq.

Mendes afirma que quando a proposta não está de acordo com o trabalho de controle do tabaco que vem sendo desenvolvido no País, são apresentados argumentos técnicos e sugeridas alterações no texto da lei. “É claro que, depois que apresentamos nossas sugestões, o PL ainda passa por comissões internas da Câmara ou do Senado, e outros parlamentares podem apresentar redações alternativas. Ou seja, a lei vai se formando aos poucos. É como uma montagem de diferentes contribuições”, compara.

Por meio da Secretaria Executiva da Conicq, o INCA faz um trabalho proativo no que se refere à legislação. Os PLs mais interessantes para a Comissão são acompanhados de perto, e há visitas às comissões do Senado e da Câmara para demonstrar a importância de uma determinada lei para o controle do tabagismo. “Nós levamos material informativo e documentos técnicos, apresentamos argumentações, enfatizamos que o INCA apoia aquele PL. Esse trabalho é feito em parceria com a sociedade civil”, explica o técnico da Conicq.

No momento, a Comissão briga pela aprovação de dois projetos de lei: um que exige que cigarros sejam vendidos em embalagens padronizadas, retirando dos maços cores e imagens atrativas aos jovens, e outro que trata da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (Cide), contribuição obrigatória que incidiria sobre a fabricação ou importação de tabaco e derivados, para ser revertida diretamente às políticas de controle dessa substância. “É uma luta difícil. Depende da agenda do Congresso, que está muito movimentada nos últimos tempos, e da interferência da indústria, que faz o mesmo trabalho de sensibilização, só que para defender seus interesses econômicos. Os dois projetos são de 2015 e estamos avançando lentamente”, conta Mendes.

## PEGA OU NÃO PEGA

Todo o cuidado com a legislação referente à área de oncologia, tanto por parte dos órgãos competentes quanto dos parlamentares, não impede que alguns tropeços aconteçam. Muitas vezes, os textos dos projetos são extremamente abrangentes e acabam não sendo efetivos, ao

“As leis são sempre bem-vindas quando, de fato, são pensadas para produzir resultados, e não apenas serem mais um texto que vai pro arquivo, sem que saia do papel”

**BETO ALBUQUERQUE**, ex-deputado federal

tratar do assunto de maneira superficial. Em outros casos, o problema é a redundância. Em um país no qual uma lei pode “pegar” ou não, esses pontos são essenciais.

Recentemente, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara aprovou projeto da deputada federal Carmen Zanotto (PPS-SC) que transforma em lei ações da campanha de conscientização sobre o câncer de mama realizada anualmente em outubro. Todos os itens citados no texto, como iluminação de prédios públicos e promoção de eventos e campanhas de mídia, já são praticados há alguns anos pelas instituições envolvidas no controle da doença.

O PL 158/2009, da senadora Maria do Carmo Alves (DEM-SE), propõe o uso de biomarcadores para detecção precoce de tumores da mama e do trato genital feminino. O projeto não prevê qual órgão (federal, estadual, municipal) faria os exames nem de onde viria o orçamento ou como se daria o encaminhamento da paciente após um diagnóstico positivo para um desses cânceres. Tampouco cita as diversas estratégias promovidas pelo INCA e os demais órgãos responsáveis pelo controle do câncer, em todo o País, para reduzir a incidência dessas neoplasias e sua mortalidade. Este PL encontra-se na Câmara, aguardando aprovação da Comissão de Finanças e Tributação.

Para o ex-deputado Beto Albuquerque (PSB-RS), que exerceu quatro mandatos consecutivos entre 1998 e 2014, os legisladores devem ter bem claras suas intenções ao propor projetos. “Pressupomos que quem efetivamente quer propor uma legislação, quer que ela seja respeitada. Assim, as leis são sempre bem-vindas quando, de fato, são pensadas para produzir resultados, e não apenas serem mais um texto que vai pro arquivo, sem que saia do papel.”

Albuquerque é responsável pela criação da Semana de Mobilização Nacional para a Doação de Medula Óssea. A lei ficou conhecida pelo nome de um dos filhos de Albuquerque, Pietro, que morreu aos 19 anos, vítima de leucemia mieloide aguda. O pai resolveu, então, se engajar na causa da doação de medula óssea. “Depois do diagnóstico do meu filho, percebi que poderia ajudar a salvar vidas, pois as pessoas são solidárias. Bastava que o assunto doação de medula, então desconhecido, fosse explicado com uma linguagem simples. Fiz a lei em cima do meu drama. Pensei em chamar a atenção para o assunto, e não impor ônus ao Governo”, conta.

Sancionada em 2009, a lei foi logo adotada pelo INCA, responsável pelo Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome), e demais entidades da sociedade civil que trabalham com doação de medula. Desde o primeiro ano, são promovidas diversas atividades durante a semana,

de 14 a 21 de dezembro. “Há iniciativas legais, não menos legítimas, que surgem de uma notícia, por exemplo, que um deputado leu e se sensibilizou. Mas é preciso destacar que não é em cima de um fato isolado que se constrói uma legislação nacional”, ressalta Albuquerque.

Ele é também autor do projeto que deu origem à Lei 13.289/2016, que concede o “Selo Empresa Solidária com a Vida” às companhias que adotarem políticas para estimular doação de sangue e de medula óssea entre seus funcionários. A lei aguarda regulamentação do Ministério da Saúde, responsável por estipular os critérios práticos para concessão do selo. “No caso da Semana de Doação de Medula, não havia necessidade de regulamentação ou de definições do poder público. Mas para que a outra lei tenha eficácia, o selo precisa ser regulamentado, a fim de que as empresas tenham como objetivo conquistar essa distinção”, explica o ex-deputado. ■

## MEIA LEI

*Lei que estabelece políticas públicas visando à conscientização e ao combate ao câncer em crianças e adolescentes em Mato Grosso do Sul foi sancionada em maio pelo governador Reinaldo Azambuja (PSDB). O texto, entretanto, é bem diferente do aprovado na Assembleia Legislativa: dois dos quatro artigos originais foram vetados.*

*Um explicitava os objetivos das políticas públicas: estimular o diagnóstico precoce e proporcionar o conhecimento e o aperfeiçoamento das técnicas de tratamento existentes. O outro instituía um programa de apoio psicológico aos familiares e às crianças e adolescentes com câncer.*

*A justificativa para vetar os artigos, segundo o governador, é que uma lei de origem parlamentar não poderia tratar de políticas públicas, estrutura e funcionamento de órgãos do Executivo. Além disso, ele argumenta que a proposta não aponta a fonte de custeio para as ações, implicando em uma despesa não prevista e não autorizada por lei.*

*Outras propostas apenas instituem datas dedicadas ao combate de algum tipo de câncer, o que não chega a causar impacto na saúde da população. No Estado do Rio de Janeiro, um exemplo é a Lei nº 2.230, de 1994, atualizada pela Lei nº 7.480, de 2016. A primeira instituía 16 de abril como Dia Estadual de Combate ao Câncer de Próstata. A nova redação altera a data para 17 de novembro, unificando-a com o Dia Mundial do Combate ao Câncer de Próstata.*

*Já a Lei nº 5.645, de 2010, que consolida a legislação relativa às datas comemorativas no Rio de Janeiro, foi alterada, em abril de 2017, para incluir no calendário oficial a Semana Estadual de Informação, Divulgação e Esclarecimentos dos Direitos das Pessoas com Neoplasia Maligna (câncer), a ser celebrada na primeira semana de dezembro. Foi criada a Lei nº 7.557, que determina, nos artigos 4 e 5, que a divulgação deverá ser feita por meio de folders educativos, cartilhas explicativas, cartazes afixados em toda a Rede Pública de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e dentro de universidades, supermercados e agências bancárias, bem como veiculações em TV e rádio, entre outras formas. Ainda, uma secretaria escolhida pelo governador deverá cuidar de toda a logística necessária para a realização da semana. Por fim, também deverão ser designados profissionais da área da saúde, como oncologistas e psicólogos, além de advogados, para “prestarem esclarecimentos jurídicos sobre todos os procedimentos necessários para que as pessoas portadoras da neoplasia maligna possam pleitear seus direitos, garantias e benefícios”.*

*É esperar para ver.*

faça o teste de sífilis

 **PROTEJA**   
**O SEU FUTURO**  
**E O DO SEU FILHO.**

O Brasil vive uma epidemia de sífilis. A infecção é transmitida sexualmente e pode pôr em risco não só sua saúde como também a do bebê durante a gestação. O acompanhamento das gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal previne a sífilis congênita. Por isso, é importante que você e seu parceiro façam o primeiro teste o quanto antes, preferencialmente nos primeiros 3 meses de gestação. Caso o resultado dê positivo, o tratamento é oferecido gratuitamente pelo SUS.

OSTRIMIL





MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**



**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA**  
**Divisão de Comunicação Social**  
**Rua Marquês de Pombal, 125/4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20230-240**  
**comunicacao@inca.gov.br**

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