

49

Novembro  
2021

REDE

CÂNCER

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



## Ter ou não ter?

MULHERES MASTECTOMIZADAS EXPLICAM POR QUE OPTARAM PELA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA. OU POR REJEITÁ-LA, SEM ABRIR MÃO DA SEXUALIDADE

# “ Eu cuido das minhas pacientes integralmente. E você?”

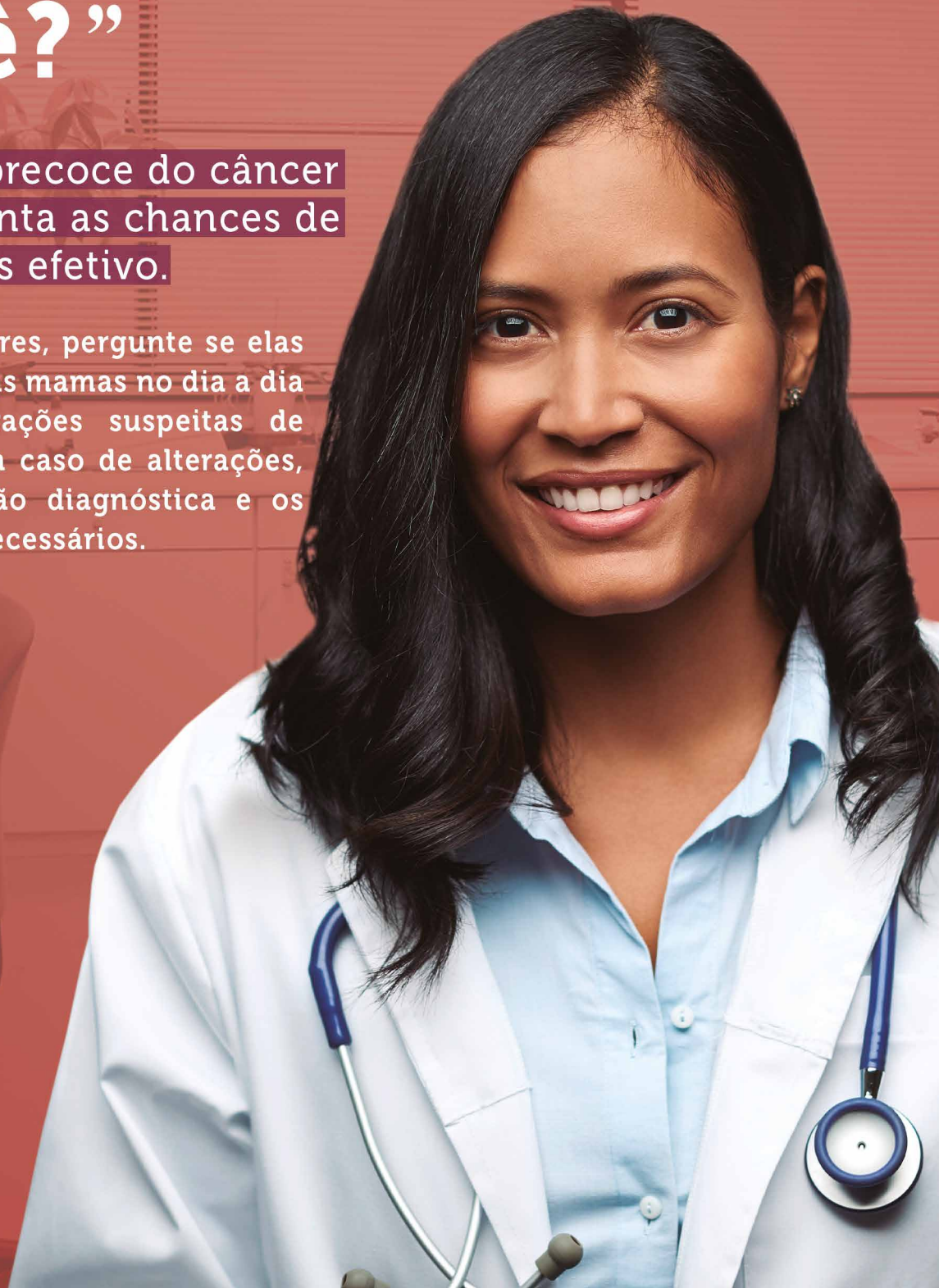
O diagnóstico precoce do câncer de mama aumenta as chances de tratamento mais efetivo.

Ao atender as mulheres, pergunte se elas costumam observar as mamas no dia a dia para perceber alterações suspeitas de câncer de mama. Em caso de alterações, realize a investigação diagnóstica e os encaminhamentos necessários.

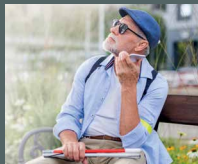
[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# sumário



05

**PREVENÇÃO**  
*Para ver e ouvir*

09

**ASSISTÊNCIA**  
*Com todo o coração*

12

**GESTÃO**  
*Tecnologia  
como aliada*

18

**PERSONAGEM**  
*“Quando a gente  
coloca amor, várias  
portas se abrem”*

22

**CAPA**  
*Mulher por inteiro*

28

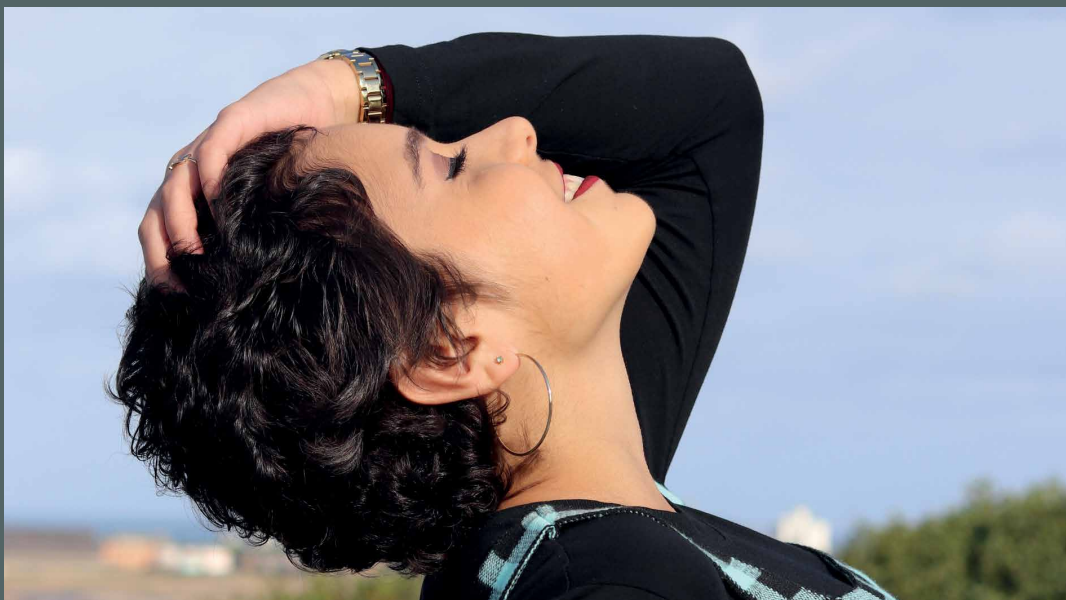
**CIÊNCIA**  
*Um câncer,  
vários perfis*

32

**REDE**  
*Qualidade de fim*

37

**REABILITAÇÃO**  
*Mais movimento,  
menos receios*



## REDE CÂNCER

### 2021 – 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 de jornalismo científico, 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: **Marise Mentzingen (chefe do Serviço de Comunicação Social), Adriana Tavares de Moraes Atty, Andreia Cristina de Mello, Carlos José Coelho de Andrade, Fabio E. Leal, Fernando Lopes Tavares de Lima, Juliana Garcia Gonçalves e Ronaldo Correa Ferreira da Silva** | Produção: **Agência Comunica** | Jornalista responsável: **Bete Nogueira - MT 18390** | Reportagem: **Carla Sena, Célia Costa, Cláudia Mastrange, Daniel Fich, Eliane de Santos, Marcos Bin e Rosana Melo** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação e infográficos: **Joaquim Olímpio e Gabriel Córdova** | Fotografias: **Comunicação/INCA, Fotos Públicas, Pexels, Freepik, Envato Elements, Unsplash e Agência Brasil** | Revisão gramatical: **Lana Cristina do Carmo** | Impressão: **Gráfica 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.



# editorial

## De peito aberto

Superado o impacto da notícia de um câncer de mama, é necessário enfrentar a doença e suas consequências. Infelizmente, intervenções mais radicais são necessárias e, muitas vezes, a retirada de uma ou das duas mamas é inevitável. As mulheres logo percebem o impacto que isso tem na sua autoestima e na vida sexual. A cirurgia de reconstrução mamária aparece então como uma alternativa óbvia... ou não? A chamada cirurgia oncoplástica, garantida por lei, é cada vez mais uma opção individual da mulher, até mesmo entre as que retomaram plenamente a vida sexual, e não uma obrigação. Descubra o que está por trás dessa escolha em *Capa*.

Já entre os homens, no Brasil, o câncer de esôfago é o sexto mais comum. Recentemente, sua ocorrência foi analisada em nove países para avaliar se diferenças moleculares nas populações interferem no desenvolvimento e se podem afetar o tratamento e a análise da doença. Descobriu-se que, em diferentes países, os pacientes têm perfis distintos, entre outros motivos, porque os fatores de riscos associados podem variar. Entendam a relevância dessa abordagem em *Ciência*.

A pandemia da Covid-19 é um ponto em comum entre homens e mulheres, inclusive nas alterações que a gestão na saúde pública e privada foi obrigada a adotar ou acelerar. O resultado positivo é que a aplicação de tecnologia em ambientes hospitalares tornou-se mais frequente para dar conta das limitações impostas para conter a disseminação do

novo coronavírus. Conheça os principais pontos de inovação tecnológica no gerenciamento de saúde em *Gestão*.

Mas, mesmo aplicada ao tratamento, às vezes a tecnologia não basta para garantir a sobrevivência do paciente. Por isso, é preciso pensar em como dar o máximo de dignidade e ausência de dor em seus últimos momentos. É com essa premissa que os serviços de cuidados paliativos associados à oncologia oferecidos no Brasil têm se desenvolvido. Porém, ainda há obstáculos. O tema tem sido alvo de tese, livro e demais publicações que se propõem a tratar do assunto, que é quase um tabu. Veja em *Rede* a evolução desse debate e suas implicações práticas.

E se é preciso pensar no fim também é necessário autocuidado para seguir adiante quando o tratamento mostra que a vida pode vencer. O ator Reynaldo Gianecchini sabe muito bem como isso é importante. Há 10 anos, ele descobriu ser portador de um linfoma não Hodgkin. O câncer no sistema linfático ao mesmo tempo lhe deu medo e uma imensa vontade de lutar pela vida. Veja como Gianecchini ouviu os emocionantes recados da própria vida em *Personagem*.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer  
José Alencar Gomes da Silva*

# prevenção

AUDIODESCRIÇÃO FACILITA ACESSO DE DEFICIENTES VISUAIS  
A TRATAMENTO DO TABAGISMO NO SUS

## Para ver e ouvir

**G**omes é um homem branco, usa topete e tem orelhas pequenas, nariz grande, pescoço grosso, ombros largos, peito estufado e cintura e pernas finas. Usa camisa amarela de mangas longas, além de gravata, paletó, calça e sapatos azuis. Sua mão direita está apoiada no queixo, enquanto a esquerda segura uma carteira de cigarros vermelha, com listra branca horizontal ao centro.

Graças a essa detalhada apresentação da capa da cartilha que abre a série *Deixando de fumar sem mistérios – manual do participante*, do INCA, o simpático personagem que a ilustra agora também será conhecido de quem deseja parar de fumar e tem deficiência visual. Como parte das comemorações pelo Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), o Instituto lançou versões em audiodescrição dos quatro volumes do manual, disponíveis para audição ou *download* no portal da instituição na *internet* ([www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)). O trabalho é fruto de parceria entre os projetos Tá na Rede, da Universidade Federal Fluminense (UFF), e Olhos Meus, do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (Cefet/RJ). Ambos ficam em Nova Friburgo, Região Serrana do Rio de Janeiro.

Mais do que serem apresentados a Gomes, fumantes cegos ou com baixa visão terão acesso facilitado ao conteúdo do Programa de Cessação do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS). A audiodescrição não se limita a narrar o que está nas páginas da publicação, incluindo também músicas e efeitos sonoros cuidadosamente



Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde

▶ 0:00 / 16:55





O sr. Gomes,  
da audiodescrição

“É uma experiência muito diferente, para a pessoa com deficiência visual, ouvir uma voz sintetizada, de um leitor de tela, e uma voz humana, com toda uma ambientação, música e outros recursos que nos aproximam muito mais do conteúdo”

**DOLORES AFFONSO**, representante do projeto Olhos Meus e portadora de baixa visão

escolhidos – alguns até mesmo evocam sons da natureza, em exercícios de relaxamento – e textos adaptados, a fim de tornar a experiência o mais agradável e eficaz possível. Por exemplo, se na cartilha há um teste para marcar sim ou não, o narrador oferece a possibilidade de o ouvinte gravar suas escolhas. Além disso, quando o exercício é longo, perguntas e respostas são fracionadas.

Mas o grande diferencial da audiodescrição é a presença de uma voz humana, diferentemente do que acontece em tecnologias semelhantes, como os leitores de tela de aparelhos celulares. Isso evita erros comuns às máquinas, que não conseguem “traduzir” as imagens em texto ou dar a entonação correta das palavras.

Além de narrador e sonoplasta, o trabalho de audiodescrição conta com roteirista, revisor, editor e outros profissionais especializados. “É uma experiência muito diferente, para a pessoa com deficiência visual, ouvir uma voz sintetizada, de um leitor de tela, e uma voz humana, com toda uma ambientação, música e outros recursos que nos aproximam muito mais do conteúdo”, testemunhou, em seminário *on-line* para apresentação do projeto, Dolores Affonso, representante do Olhos Meus e portadora de baixa visão.

O evento foi transmitido ao vivo pela TV INCA, no YouTube. Quem acompanhou e não é deficiente visual teve a oportunidade de vivenciar por alguns minutos a experiência dessas pessoas, quando a apresentação que abre esta reportagem foi reproduzida sem a ilustração de Gomes. Nas aparições seguintes, o personagem – “batizado” para o projeto com o sobrenome do INCA (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva) – tem audiodescrições mais curtas.

“Optamos por fazer cartilhas em áudio autônomas, ou seja, com todas as informações da versão impressa, mas com uma apresentação que não fosse cansativa. Na primeira audiodescrição do personagem, era importante mostrá-lo como uma pessoa, com todas as suas características. Mas, depois, ao longo das próximas cartilhas, ele é representado somente por suas ações, o que está vestindo e fazendo, e não por sua aparência, porque o ouvinte já o conhece”, justificou Dolores, acrescentando que dar um nome à caricatura faz com que o público se identifique ainda mais com o conteúdo das publicações.

## PÚBLICO AMPLO

No Brasil, 17,5% dos deficientes visuais são fumantes – cerca de 1,2 milhão de pessoas que podem se beneficiar das cartilhas com audiodescrição.

### Os primeiros dias sem fumar

▶ 0:00 / 21:50



“Os materiais de divulgação são acessíveis? Se são acessíveis, chegam até elas? Cartilhas como estas não podem ficar guardadas nos nossos computadores. Precisamos fazer a ponte até as pessoas com deficiência”

**LUCAS ESCAMILHA**, representante do Olhos Meus

Além desse grupo, o material adaptado também é útil para 2,4 milhões de analfabetos usuários de produtos de tabaco – 19,7% desse público. Ambas as taxas são maiores que a proporção total de fumantes no país: 12,6% da população. Todos os dados são da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

“Pessoas com deficiência visual, analfabetos e analfabetos funcionais representam uma parcela [significativa] dos pacientes atendidos pelo programa de cessação [do tabagismo no SUS]”, disse, no seminário, a coordenadora de Prevenção e Vigilância do INCA, Liz Almeida. “Mesmo com uma história de sucesso, ainda temos muito a melhorar, aprimorando os recursos de inclusão de nossos materiais e campanhas”, afirmou, apesar da redução de quase 64% na prevalência do número de fumantes em 30 anos – em 1989, 34,8% dos brasileiros usavam algum produto de tabaco.

Vera Borges, psicóloga da Divisão de Controle do Tabagismo do Instituto, destacou que o tratamento da dependência do tabaco deve estar amplamente disponível e acessível, além de ser inclusivo, levando em conta, entre outros fatores, necessidades especiais dos fumantes. Essas determinações constam do *Protocolo clínico e diretrizes*

*terapêuticas do tabagismo*, aprovado em 2020 pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que de 1,3 bilhão de usuários de produtos de tabaco ao redor do globo, 780 milhões (60%) querem deixar de fumar, mas apenas 30% têm acesso a ferramentas que possam ajudá-los. “A palavra acesso pode ter muitos significados”, ponderou Vera. “A pessoa [com deficiência] que quer fazer o tratamento para parar de fumar pode reunir todas as condições para alcançar êxito se forem dadas a ela oportunidades iguais. Hoje, estamos dialogando com instrumentos e mecanismos que possam conversar com a funcionalidade das pessoas com deficiência.”

Dolores Affonso lembrou que a audiodescrição e as chamadas tecnologias assistivas, de modo geral, também favorecem idosos, disléxicos e portadores de deficiências intelectuais, como transtorno do espectro autista (TEA) e transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH).

Para Lucas Escamilha, também do Olhos Meus, é necessário garantir que portadores de deficiência tenham acesso a informações sobre ciência e saúde. “Se há um grande número de pessoas com deficiência negligenciadas em questões de saúde, devemos nos questionar: os materiais de divulgação são acessíveis? Se são acessíveis, chegam até elas? Cartilhas como estas não podem ficar guardadas nos nossos computadores. Precisamos fazer a ponte até as pessoas com deficiência”, defendeu.

“Um dos nossos objetivos é que esse material chegue aos profissionais que estão em cada unidade de saúde por este País afora trabalhando com grupos de tratamento do tabagismo. Temos certeza de que vai enriquecer demais [a atuação dos profissionais] e aumentar a potência da resposta [dos pacientes] em relação às suas práticas cotidianas”, afirmou o coordenador do Tá na Rede, Gilson Saippa de Oliveira, que elogiou o INCA por disponibilizar as publicações em seu portal na *internet*.

Agora, os dois projetos trabalham na acessibilidade dos arquivos digitais das cartilhas. A intenção é que a audiodescrição fique embutida nos PDFs e seja reconhecida pelo leitor de tela dos celulares.■

Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar

▶ 0:00 / 6:11



# TRÊS MINUTOS QUE SALVAM VIDAS

Cartilha estimula conversa rápida sobre cessação do tabagismo entre profissional de saúde e paciente

Ainda como parte das comemorações do Dia Nacional de Combate ao Fumo, o INCA promoveu, em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB), seminário virtual para lançamento da cartilha Abordagem breve/mínima/básica na cessação do tabagismo – uma ação ao alcance de todos os profissionais de saúde. A publicação estimula que esses trabalhadores perguntem ao paciente, numa consulta de rotina – médica, psicológica, nutricional ou outra –, se ele fuma. Em caso positivo, a recomendação é fazer um rápido aconselhamento, de cerca de três minutos, para que abandone o tabaco. A abordagem breve ou mínima consiste em quatro etapas: perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que largue o cigarro. Nesse processo, no entanto, ele não é acompanhado pelo profissional de saúde, o que só acontece na abordagem básica. Esta última é mais indicada, pois prevê o retorno do paciente na fase crítica da abstinência. “Nós observamos que são necessárias quatro tentativas ou mais de abordagem para alguém tentar parar de fumar. Por isso, é importante que esse trabalho seja feito de forma rotineira, em toda consulta de saúde”, destacou a coordenadora de Prevenção e Vigilância do INCA, Liz Almeida. “O profissional precisa identificar se o paciente é fumante e promover uma reflexão sobre deixar o cigarro”, opinou Vera Borges, psicóloga da Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco. Ela também sugeriu ações a fim de estimular a cessação, como ajudar a pessoa a marcar uma data para iniciar o processo, descrever os sintomas da abstinência e montar estratégias para evitar recaídas.



Reprodução: Abordagem breve/mínima/básica na cessação do tabagismo. INCA/MS/Opas

**Uma etapa da abordagem breve é a preparação. Nessa etapa, o profissional de saúde deve:**



sugerir que o fumante marque uma data para o início do seu processo;



explicar os sintomas da abstinência;



sugerir estratégias para controlar a vontade de fumar, como repetidamente tomar água, escovar os dentes e respirar fundo, e



recomendar que o fumante adote medidas para evitar os estímulos para fumar, como restringir o uso de café e bebidas alcoólicas, desfazer-se de isqueiros, evitar ambientes ou situações que incentivem o fumo e aprender a lidar com situações de estresse, entre outros.

## Benefícios obtidos após parar de fumar

▶ 0:00 / 8:15





# assistência

CARDIO-ONCOLOGIA VEM GANHANDO DESTAQUE NO TRATAMENTO DE LONGO PRAZO DE PACIENTES COM CÂNCER

## Com todo o coração

Os avanços no tratamento de câncer, graças à descoberta de drogas mais eficazes e desenvolvimento de novos esquemas terapêuticos, acarretaram importante ganho na sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes. No entanto, para os oncologistas, conseguir evitar a progressão de um tumor, mas ver o paciente ser acometido por um infarto, insuficiência cardíaca, derrame, trombose ou qualquer outra complicação cardiovascular devido às doses de quimioterapia ou radiação recebidas passou a ser frustrante.

De acordo com os especialistas, pessoas que passaram ou ainda passam por tratamento oncológico precisam ser compreendidas como portadores de uma doença de evolução crônica, já que se tornam suscetíveis a várias complicações clínicas no longo prazo. Por isso, uma nova área da medicina está sendo cada vez mais necessária: a cardio-oncologia.

Ainda não formalizada como residência médica, essa subespecialidade vem atraindo cada vez mais médicos. Em 2019, o INCA começou a oferecer capacitação para cardiologistas, por meio de parceria com o Instituto Nacional de Cardiologia (INC), sob a coordenação da cardiologista Tatiana Abelin. Por enquanto, dois especialistas do INC tiveram aulas teóricas e práticas na emergência e nos ambulatórios do INCA. O programa precisou ser interrompido no ano passado devido à pandemia de Covid-19, mas será retomado neste quarto trimestre de 2021.

O INCA já tem um ambulatório de cardio-oncologia, mas, com a parceria, o INC, na zona sul do Rio de Janeiro, também passou a ter um ambulatório da subespecialidade para onde pacientes oncológicos podem ser encaminhados.

## “Algumas estratégias quimioterápicas podem provocar manifestação de cardiotoxicidade em alguns meses ou até após o término do tratamento”

TATIANA ABELIN, cardiologista

Os pacientes oncológicos com complicações cardiovasculares se dividem em dois grupos: os que já apresentavam comorbidades como hipertensão e só a descobriram quando foi detectada alguma neoplasia e aqueles que foram acometidos pela cardiotoxicidade dos fármacos usados na quimioterapia ou pela radiação. A radioterapia também pode afetar o coração quando aplicada na região torácica. A maior exposição é nos casos de câncer de pulmão, de mama ou linfomas.

## SEM RELAÇÃO COM A IDADE

O tratamento oncológico pode comprometer a saúde do coração, independentemente da idade do paciente. Adolescentes que passaram por tratamento oncológico podem desenvolver doenças cardíacas no futuro. Zelar pela qualidade de vida desses pacientes ao longo dos anos, mesmo após o término do tratamento oncológico, passa a ser ainda mais necessário.

Tatiana Abelin alerta que adolescentes que têm ou tiveram leucemia precisam de atenção especial. Além da possibilidade de ocorrerem danos ao coração durante o tratamento, é possível que os pacientes desenvolvam problemas cardíacos na vida adulta e, por isso, precisam de acompanhamento. “Algumas estratégias quimioterápicas podem provocar a manifestação de cardiotoxicidade alguns meses, um ano ou até mais após o término do tratamento. Quando falamos de radioterapia, isso pode levar até 10, 15 anos para ter alguma manifestação”, exemplifica a médica do INCA.

“Anteriormente, esses pacientes eram encaminhados para a rede básica de saúde, onde não existe essa especialidade. Atualmente, os que desenvolvem algum problema cardíaco após o

tratamento oncológico continuam sendo assistidos no INCA e, muitas vezes, conforme necessidade, são encaminhados ao serviço de cardio-oncologia do INC”, explica Tatiana Abelin.

## INTERESSE PELA SUBESPECIALIDADE

Um dos médicos capacitados em cardio-oncologia na parceria INCA-INC, Thiago Coutinho tem cada vez mais aprofundado os estudos na área. Ele integra a equipe de cardiologistas do Caxias D’Or, na Baixada Fluminense do Rio, onde também acompanha pacientes oncológicos.

“Tenho bastante interesse pela área, mas como ainda não há especialização, participo de discussões e simpósios sobre o tema. A necessidade de acompanhamento [do paciente de câncer] por um cardio-oncologista é cada vez maior. É uma tendência mundial. O objetivo é melhorar o atendimento ao paciente e, assim, proporcionar melhora na qualidade de vida”, acrescenta Coutinho, que cursa mestrado em ciências cardiovasculares no INC.

Quem também passou por capacitação no INCA foi Antônio Fatorelli, que tem especialização em insuficiência cardíaca e atua na área de transplantes do INC. “No ambulatório do INCA, pude ver pacientes que, por causa do tratamento, desenvolveram disfunção cardíaca. A atuação dessa subespecialidade tem sido cada vez mais necessária. Tem cardiologista que não conhece a oncologia e vice-versa. Ter conhecimento nas duas especialidades completa o atendimento aos pacientes”, avalia Fatorelli.

As arritmias cardíacas em pacientes com câncer podem ser causadas por alguma doença cardíaca já existente que é detectada ou agravada após o início do tratamento oncológico. Tatiana Abelin cita como exemplo os casos de câncer de mama, no qual boa parte dos medicamentos prescritos tem capacidade maior de provocar cardiotoxicidade. Além disso, ao acrescentar a radioterapia na região torácica, os riscos de problemas cardíacos aumentam ainda mais.

“É observado se há alteração no coração. Em caso positivo, esse paciente precisa de acompanhamento com drogas que protegem o órgão. Além disso, dietas, atividade física e perda de peso são importantes. É necessário o controle de todos os fatores de risco que podem afetar o coração, como

glicemia elevada”, alerta a cardiologista. Segundo Tatiana Abelin, em alguns casos pode ser necessário interromper o tratamento oncológico. No entanto, na maior parte deles, o paciente pode retomar a terapia anti-câncer após se recuperar. Por vezes, há necessidade até da colocação de um marca-passo. Todo esse tratamento pode ser realizado por meio da parceria no atendimento”, detalha a médica.

## QUIMIOTERÁPICOS E CARDIOTOXICIDADE

Diagnosticada com linfoma de Hodgkin em 2018, a cabeleireira Tatiane de Araújo Carvalho, 37 anos, desenvolveu disfunção miocárdica, que levava à taquiarritmia esporádica, devido aos medicamentos da quimioterapia. Um ano depois, Tatiane foi submetida a um transplante de medula óssea que curou o linfoma. O problema cardíaco, uma arritmia de difícil resolução, no entanto, persistiu. Na época, foi encaminhada para atendimento na rede básica de saúde.

“Não consegui ser atendida na UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. Fui orientada a fazer uma inscrição, mas nunca fui chamada. Voltei para o INCA. Lá, a equipe médica passou a acompanhar o meu caso no ambulatório de cardiologia. Cheguei a fazer uma cirurgia no coração, no INC, em agosto do ano passado. Até hoje não fui procurada pela rede básica de saúde. Fui salva pela equipe do INCA”, relata a cabeleireira, que ainda precisa de monitoramento.

“Tem cardiologista que não conhece a oncologia e vice-versa. Ter conhecimento nas duas especialidades completa o atendimento aos pacientes”

ANTÔNIO FATORELLI, cardiologista

Entre os principais quimioterápicos com efeitos nocivos cardiovasculares estão os antraciclínicos (muito utilizados em neoplasias de mama, linfomas e osteosarcomas). Eles têm potencial de toxicidade diretamente nas células do miocárdio, o que pode levar a um quadro de insuficiência cardíaca.

Há também os inibidores de HER-2 (representados pelo trastuzumabe, muito utilizado em neoplasias de mama, e que também podem causar insuficiência cardíaca). Já os inibidores de tirosina-quinase (dasantínibe, nilotinibe e imatinibe, muito utilizados no tratamento de leucemia mieloide crônica) podem provocar hipertensão arterial sistêmica, hipertensão pulmonar e derrames na região próxima ao coração.

Outros exemplos são a ciclofosfamida (muito utilizada em linfomas e em pré-tratamento de transplante de medula óssea, que pode causar insuficiência cardíaca); o ibrutinibe (causa arritmias) e o bevacizumabe (causa hipertensão resistente). ■

## PÓS-GRADUAÇÃO FOI LANÇADA ESTE ANO

O interesse médico cada vez maior pela formação na área fez surgir a pós-graduação em cardio-oncologia, lançada em março deste ano pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. O curso tem parceria com o INCA e com o INC.

*Oferecido na modalidade de Ensino a Distância devido à pandemia de Covid-19, o curso tem uma parte inicial instrumental, outra de formação e uma de integração para aplicação do conhecimento adquirido.*

*Entre os temas abordados estão os princípios da oncologia; quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e cirurgia oncológica; diagnóstico e monitoramento das lesões cardiovasculares secundárias ao tratamento do câncer; prevenção, diagnóstico e monitoramento das situações clínicas cardiovasculares nos pacientes com câncer e dos tumores cardiovasculares, além do tratamento das lesões secundárias ao câncer.*

# gestão

DIANTE DA PANDEMIA, UNIDADES ONCOLÓGICAS UTILIZAM INOVAÇÃO EM AÇÕES QUE VÃO DO TRATAMENTO À COMUNICAÇÃO

## Tecnologia como aliada



A pandemia do novo coronavírus exigiu rápidas tomadas de decisão, gestão de desafios e empenho redobrado das equipes assistenciais, também em unidades oncológicas (*veja mais na RC 46, disponível em [www.inca.com.br/redecancer](http://www.inca.com.br/redecancer)*). Se, por um lado, os impactos econômicos e sociais desafiam a lógica administrativa, por outro, a crise sanitária abriu margem para a inovação: cada vez mais a aplicação da tecnologia em ambiente hospitalar tem sido aliada no enfrentamento às limitações impostas pelas medidas para contenção da disseminação do Sars-CoV-2.

São várias as inovações em prol do armazenamento e compartilhamento de dados e gerência administrativa, além de soluções em benefício do paciente, seja na humanização ou na continuidade do tratamento. Muitas, motivadas pelo cenário atual, foram incorporadas definitivamente à rotina hospitalar.

### AGILIDADE E ECONOMIA DE PAPEL

Referência de atendimento oncológico no Sul do País, o Hospital Erasto Gaertner (HEG), em Curitiba, investe no projeto “Hospital Digital: inovação, aplicação e prática”, que beneficia todo o complexo. O paciente ganha maior segurança no armazenamento

de dados e agilidade no acesso à informação com os aplicativos de gestão implantados durante a pandemia. Outro aspecto positivo é que os investimentos em tecnologia promovem cada vez mais a redução do uso de papel.

De acordo com o superintendente do hospital, Adriano Lago, uma das iniciativas desenvolvida logo no início da crise sanitária foi facilitar a comunicação com o paciente. “Temos disponível uma plataforma *on-line* para verificar o *status* do agendamento de consultas e procedimentos de tratamento. Essa medida agilizou muito o processo de atendimento, evitando horários ociosos: caso um paciente tenha uma sessão de quimioterapia ou radioterapia agendada e, por alguma razão médica, ele não puder comparecer, podemos liberar o procedimento para outro usuário em tempo hábil”, explica.

O paciente pode acessar o site [agendamento.erasstogaertner.com.br](http://agendamento.erasstogaertner.com.br), fazer um cadastro simples e ter acesso ao serviço agendado, com 24 horas de antecedência, e, caso necessário, cancelá-lo. Também é possível entrar em contato com a Central

de Relacionamento por meio de *chat*. As medidas foram colocadas em prática para reduzir a circulação de usuários e acompanhantes no hospital. O HEG agora está em fase de implantação do projeto de autoatendimento “Totem Digital”, para que o público agende consultas e exames pelo celular. O totem fornecerá um cartão que permitirá ao paciente acesso às catracas da ala onde ele será atendido.

“Mesmo pessoas com dificuldades em lidar com a tecnologia terão a oportunidade de usar o totem, porque ele é intuitivo. Eles ficarão à disposição do usuário em nossas unidades, com informações para agilizar o atendimento”, enfatiza o superintendente, que cita outras inovações tecnológicas colocadas em prática durante o pior período da pandemia. “Criamos equipamentos como *face shield* [escudo facial] adaptado e dispositivos para isolamento e manejo do paciente positivado. Alguns deram muito certo e entraram de vez em nossas rotinas”, salienta.

“Mesmo pessoas com dificuldades em lidar com a tecnologia terão a oportunidade de usar o totem, porque ele é intuitivo”

**ADRIANO LAGO**, superintendente do Hospital Erasto Gaertner

## EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Não havia disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) no mercado. Logo, a equipe usou folhas de acetato (tipo de plástico transparente semi-rígido), garantindo a montagem de mil unidades de protetores faciais esterilizáveis para os colaboradores que atuavam em várias frentes do hospital. Os protetores nunca haviam sido produzidos, e o HEG contou com o apoio de uma empresa parceira que disponibilizou tiaras e também com a produção dessa parte do acessório em impressoras 3D pelo Instituto de Bioengenharia Erasto Gaertner (Ibeg).

O Ibeg produziu, ainda, durante o ápice da pandemia, caixas de acrílico para intubação e extubação de pacientes, para isolar o profissional. Além disso, desenvolveu uma plataforma para treinamento *on-line* de seus profissionais, com realidade virtual, o que possibilitou que o trabalho de produção de cateteres de titânio não fosse paralisado durante a pandemia.

O projeto de uma ferramenta de celular voltada para o usuário já estava em andamento no INCA quando a crise acelerou seu processo de implantação. O aplicativo Meu INCAApp facilitou a comunicação entre pacientes e equipe médica. Disponível para celulares com sistema Android desde outubro do ano passado, a iniciativa é um sucesso.



“Mesmo com a pandemia, é positivo este momento de aceleração de iniciativas tecnológicas que podem ajudar ainda mais na nossa missão de acolher e informar”

**GELCIO MENDES**, coordenador de Assistência do INCA

“A ideia surgiu após entrevistas com cerca de 50 usuários das nossas unidades. Percebemos que a maioria da clientela usava aparelhos Android. Então, desenvolvemos uma plataforma que tivesse aderência, com uma interface de fácil entendimento e usabilidade”, conta o coordenador de Assistência do Instituto, Gelcio Mendes, que destaca a pluralidade no desenvolvimento do projeto: Coordenação de Assistência, Serviço de Tecnologia da Informação e Serviço de Comunicação Social, além da parceria com o Governo Federal.

Com aproximadamente 1.500 usuários, o Meu INCAApp reúne diversas informações para pacientes e acompanhantes, como agenda de consultas e exames e a localização de cada unidade assistencial. Abrange, ainda, os direitos e responsabilidades dos pacientes em acompanhamento, além de orientações necessárias para a internação e o respeito aos

protocolos sanitários. “Outros serviços, como o canal TV INCA no YouTube, e até procedimentos para doação de sangue em segurança durante a pandemia estão no aplicativo”, diz Mendes.

Alinhado ao SUS, o aplicativo representa mais uma forma de acolhimento do cidadão na instituição. “Queremos que o nosso usuário tenha acesso a todas as informações referentes ao INCA e também ao universo de pesquisas e tratamentos do câncer”, observa Mendes, que destaca o pioneirismo do aplicativo. “Mesmo com a pandemia, é positivo este momento de aceleração de iniciativas tecnológicas que podem ajudar ainda mais na nossa missão de acolher e informar. Estão previstas novas funcionalidades, como a relação dos medicamentos prescritos e um formulário de linha direta com a Ouvidoria”, anuncia.

## APRIMORAMENTO SEM GASTO EXTRA

Outra inovação do INCA comprova que nem sempre é preciso gastar dinheiro para aprimorar um serviço. O HC I, maior unidade da instituição, criou um sistema chama-filas com equipamentos doados e reciclados. O totem substitui a entrega manual de senhas, promovendo maior transparência e conforto aos pacientes que aguardam a realização de exames laboratoriais. A estrutura foi montada com um computador que seria descartado, uma impressora doada e uma televisão. A ideia e o projeto são do analista em Ciência e Tecnologia do Serviço de Tecnologia da Informação Sandro Luís Freire de Castro Silva, e o desenvolvimento, dos analistas de TI terceirizados Luana Alves e Adriano Paixão.

“Usamos um computador tradicional com a estrutura de um monitor sensível ao toque e um sistema de chama-filas utilizado por instituições governamentais que ocupa pouco espaço dos nossos servidores. Uma das funções do nosso setor é o descarte adequado de equipamentos, mas, no caso desse computador, tivemos a ideia de reaproveitá-lo”, explicou Sandro.

A recepcionista orienta os pacientes a retirarem suas senhas na impressora ou faz a retirada, caso eles tenham dificuldade de locomoção ou no manuseio do equipamento. A chamada das senhas é visualizada no aparelho de TV, conforme já acontece na maioria dos bancos e clínicas particulares.



Está sendo estudada possibilidade de implantação dessa ferramenta também no Banco de Sangue e na Farmácia Ambulatorial da unidade.

## MAIS CUIDADOS E CONEXÃO

Novidades também foram incorporadas no Hospital Haroldo Juaçaba (HHJ), em Fortaleza, pertencente ao Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Para atender os pacientes oncológicos com Covid preservando a segurança dos profissionais de saúde, técnicos do ICC Labs (braço do instituto que se dedica a novas tecnologias) desenvolveram, em abril de 2020, um equipamento, chamado Conector Lambda, que consiste em um tubo com um encaixe para remédios em *spray*, que não são mais ministrados via máscara.

A máscara de pacientes que recebem remédio em *spray* possui a parte inferior removível, justamente para que seja ministrado o produto. Feito o procedimento dessa forma, o profissional de saúde já deixava uma abertura na máscara por onde poderia ocorrer saída de agentes biológicos no ambiente hospitalar, colocando a saúde do profissional em risco. Além disso, injetando o produto através da abertura da máscara, parte do medicamento era desperdiçado. Com a nova ferramenta, o remédio é colocado no conector, que se liga ao cabo por onde passa o oxigênio que o paciente recebe.

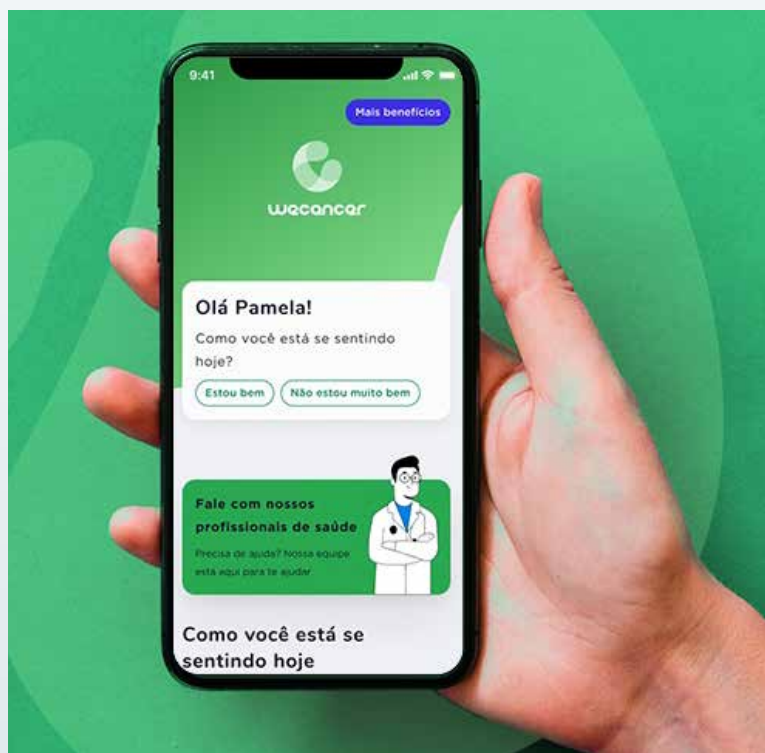
Outra tecnologia que foi utilizada no HHJ foi o WeCancer, plataforma de monitoramento remoto, em uso de junho a setembro de 2020. Por questões contratuais com o desenvolvedor, a ferramenta não está sendo utilizada atualmente, mas existe a possibilidade de voltar a funcionar, já que a experiência foi bem-sucedida, como atesta Luânia Farias, enfermeira responsável pelo Centro Oncológico do HHJ.

“O WeCancer trazia grandes benefícios aos pacientes, com acompanhamento a distância e personalizado. Havia alertas nos horários das medicações, agenda dos dias de tratamento e *chat* 24 horas nos quais eles podiam descrever problemas de saúde e receber orientações de uma enfermeira. Quando necessário, eram encaminhados para outros profissionais: psicólogo, nutricionista ou farmacêutico. A equipe acompanhava o histórico de cada paciente.”

Entusiasta das novas tecnologias, a psicóloga do CTI do Haroldo Juaçaba, Suzany Maciel, acredita

“O WeCancer trazia grandes benefícios aos pacientes, com acompanhamento a distância e personalizado. Havia alertas nos horários das medicações, agenda dos dias de tratamento e *chat* 24 horas nos quais eles podiam descrever problemas de saúde e receber orientações”

**LUÂNIA FARIAS**, enfermeira responsável pelo Centro Oncológico do Hospital Haroldo Juaçaba



que tudo o que foi criado por conta da pandemia será incorporado definitivamente, por causa das facilidades proporcionadas e do aspecto mais humanizado que a relação paciente/corpo clínico ganhou. A visita virtual veio se somar ao atendimento psicológico *on-line*, praticado no hospital desde 2018. “Muitas vezes, essas

visitas são fundamentais para a recuperação do paciente. Em outras, servem como despedida, às vezes até uma despedida inconsciente”, comenta.

## MAIS TECNOLOGIA, MENOS DESLOCAMENTO

Outra unidade de saúde que também lançou mão do apoio tecnológico para lidar com o “novo normal” foi o A.C.Camargo Cancer Center, em São Paulo. No ano passado, em parceria com a *startup* de inteligência artificial Laura, passou a oferecer aos pacientes oncológicos serviço de triagem virtual que esclarece dúvidas sobre os sintomas relacionados à Covid-19 e indica se é necessário ir até a emergência.

Ao acessar o Pronto Atendimento Digital ([www.accamargo.org.br](http://www.accamargo.org.br)), o paciente relata seus sintomas, e a ferramenta analisa as informações. Se o caso for crítico, a pessoa recebe um alerta automático para comparecer à unidade de saúde e, ao confirmar sua ida, aparece na plataforma a previsão de chegada da pessoa ao hospital. Se o paciente não comparecer num prazo de seis horas, a equipe entra em contato para dar suporte.

Entre maio de 2020 e julho de 2021, mais 400 pacientes utilizaram o atendimento digital. Resultado: 49% deles não precisaram ir ao pronto-socorro. Para a médica Raquel Bussolotti, diretora de Operações do A.C.Camargo, a pandemia desafiou todo o sistema de saúde a implantar adaptações para garantir a segurança do paciente.

“O Pronto Atendimento Digital foi muito importante para dar segurança na decisão sobre ir ou não ao hospital e nos preparar para o atendimento. Dessa forma, conseguimos orientar pacientes que poderiam seguir em casa em observação ou ter um atendimento imediato, principalmente no início da pandemia, quando a doença ainda era desconhecida e gerava muita ansiedade.”

A telemedicina também foi adotada pelo A.C.Camargo para diminuir deslocamentos desnecessários (e exposição ao vírus) de pacientes oncológicos. O contato é feito pela Central de Atendimento e o *link* de acesso é enviado para o paciente por *e-mail* e SMS. Pelo celular, computador ou *tablet*, o paciente faz a consulta, recebe o receituário com certificação digital e tem acesso aos exames e histórico das consultas anteriores. Desde maio de 2020, foram

“O Pronto Atendimento Digital foi muito importante para dar segurança na decisão sobre ir ou não ao hospital e nos preparar para o atendimento. Dessa forma, conseguimos orientar pacientes que poderiam seguir em casa em observação ou ter um atendimento imediato”

**RAQUEL BUSSOLOTTI**, médica diretora de Operações do A.C.Camargo Cancer Center

realizados 2.953 atendimentos via telemedicina, com média de 185 atendimentos por mês. Entre janeiro e julho deste ano, foram 1.543 atendimentos. A taxa média de atendimentos agendados efetivamente realizados é de 81,26%.

## VISITA VIRTUAL

Na questão da assistência à saúde, um dos maiores desafios durante a pandemia tem sido vencer as restrições impostas ao convívio diante do elevado risco de contágio pelo coronavírus. O cuidado humanizado voltado ao paciente oncológico infectado pelo vírus e a preocupação com o apoio à família pautaram o projeto “Visita Virtual”, desenvolvido pela equipe de Psicologia do Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), em Patos de Minas, que integra a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig).

Implantada em julho do ano passado, a iniciativa superou as expectativas de atendimento. Atualmente, duas psicólogas percorrem a unidade diariamente para promover o encontro virtual entre pacientes internados e suas famílias, passando por leitos de enfermarias e de UTI, totalizando cerca de 15 conversas por dia.

“O isolamento em função da Covid causa muito sofrimento à família. Percebemos que precisávamos





fazer algo que pudesse trazer benefícios emocionais, ajudando na melhora do quadro clínico dos nossos pacientes”, explica a psicóloga Kelly Fabiane de Freitas Miranda, que pesquisou iniciativas em outras unidades e chegou ao Hospital Eduardo de Menezes (HEM), de Belo Horizonte, que já havia adotado o projeto. “Percebi que era viável proporcionar uma visita virtual de dez minutos para cada paciente internado, com o objetivo de estimular a interação, a conversa, e ajudar no processo de cura. É um momento único e afetivo entre o paciente e os familiares”, completa.

A implantação seguiu algumas regras. “Os participantes assinam um termo se comprometendo a não divulgar a visita em redes sociais, porque o paciente tem que ser preservado”, enfatiza Kelly, que também

“O isolamento em função da Covid causa muito sofrimento à família. Percebemos que precisávamos fazer algo que pudesse trazer benefícios emocionais, ajudando na melhora do quadro clínico dos nossos pacientes”

**KELLY FABIANE DE FREITAS MIRANDA,**  
psicóloga do Hospital Regional Antônio Dias

prioriza o caráter pessoal da conversa. “Durante a visita virtual, não falamos sobre o estado de saúde do doente, não mostramos equipamentos ou procedimentos médicos. O momento é pessoal, amoroso. É recompensador ver a alegria do familiar e do paciente durante esse contato. A família fica grata por poder acompanhar seu familiar diante do impedimento imposto pelo protocolo sanitário. É um grande estímulo para o paciente ver e ouvir pessoas da família”, acredita.

Em quase um ano de “Visita Virtual”, a psicóloga acompanhou muitas altas, além de momentos difíceis, como despedidas minutos antes de intubações. “Mesmo nas horas mais delicadas, o familiar agradece à equipe pela oportunidade de falar pela última vez com o parente. São momentos em que podemos constatar a importância do projeto, pela proximidade que ele proporciona diante de uma necessidade tão rígida de isolamento”, observa a psicóloga. “Temos um aparelho exclusivo para o projeto, mas a demanda é alta. Contamos com a ajuda de familiares e pacientes para continuarmos a rotina”.

Assim como os aparelhos anteriores, que foram substituídos por causa do desgaste da bateria após uso intenso, o *smartphone* utilizado atualmente para as visitas foi doado pela família de uma paciente, por gratidão à iniciativa.

Para Leonardo Nunes, a internação de 70 dias do pai, Gilberto – paciente oncológico que não resistiu às complicações do coronavírus –, foi amenizada pelo aplicativo. “A Covid é mais triste do que o câncer, já que impede a família de estar por perto. Foi muito gratificante poder vê-lo todos os dias antes da intubação. Sou filho único e queria estar por perto a todo momento”, lembra.

O gerente administrativo Diego Pereira Caixeta, de 31 anos, foi outro beneficiado com o projeto. Seu pai, Benedito, de 72 anos, também paciente oncológico, venceu uma longa internação, teve paradas cardíacas e foi intubado. “Com certeza, a iniciativa foi determinante para a sua recuperação. Ele via que a gente estava do outro lado, rezando e torcendo por ele. A parte motivacional é muito importante. Ele acordou com as funções neurológicas preservadas e hoje está em casa, fazendo fisioterapia e se recuperando”, comemora.

Diante dos excelentes resultados, a psicóloga Kelly deseja a continuidade do projeto mesmo após a crise sanitária: “O retorno é excelente. Completamos um ano de atividades e não pensamos em parar. Pelo contrário, queremos adaptá-lo cada vez mais à nossa realidade”. ■

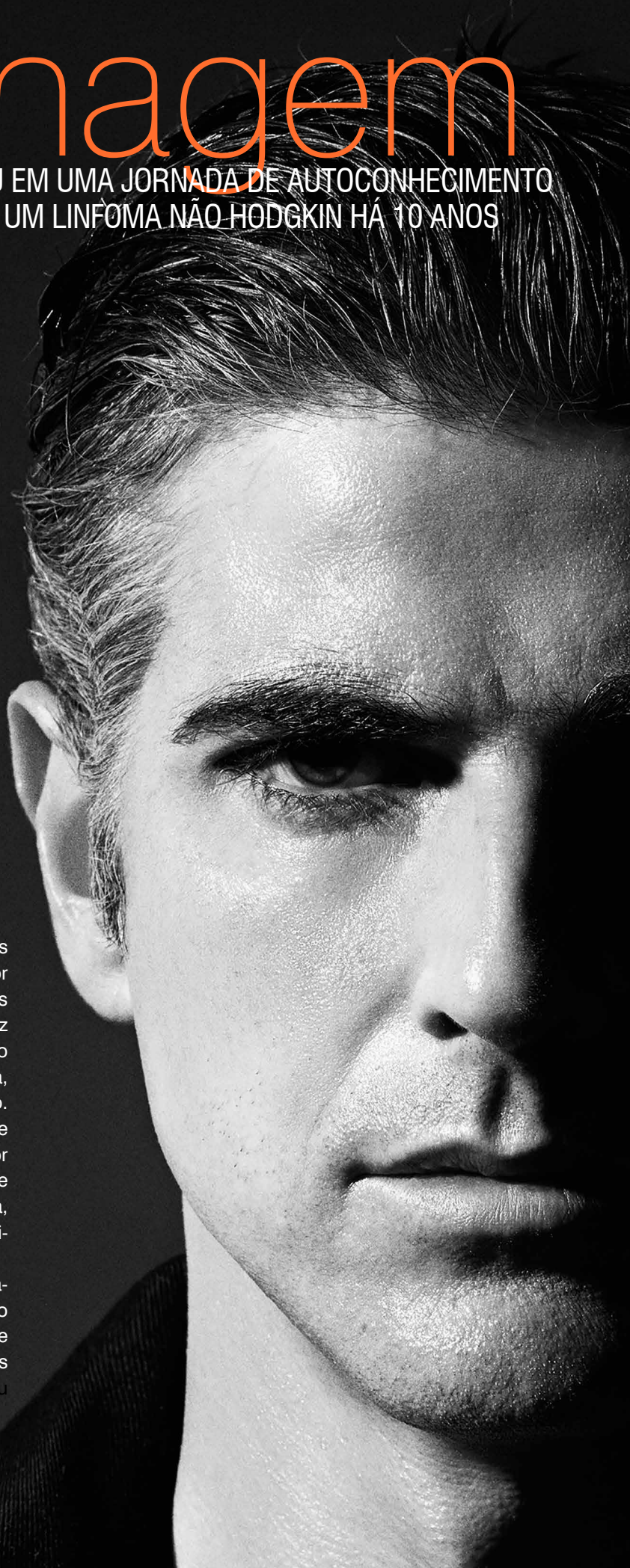
# personagem

REYNALDO GIANECCHINI EMBARCOU EM UMA JORNADA DE AUTOCONHECIMENTO E TRANSFORMAÇÃO AO DESCOBRIR UM LINFOMA NÃO HODGKIN HÁ 10 ANOS

“Quando a gente coloca amor, várias portas se abrem”

No início de agosto completaram-se 10 anos que Reynaldo Gianecchini descobriu ser portador de linfoma não Hodgkin (câncer que tem origem nas células do sistema linfático). O ator estava em cartaz com a peça *Cruel*, em São Paulo, e uma faringite o tirou de cena. Internado para investigar o problema, exames detectaram o câncer no sistema linfático. O susto inicial evoluiu para uma vontade imensa de lutar pela vida e entender o porquê de passar por aquele processo. “Depois de tudo, considero que foi uma bênção, porque resignifiquei minha vida, minhas prioridades. Foi uma jornada de autoconhecimento e transformação”, afirma Gianecchini.

Há alguns anos o ator vinha apresentando quadros de alergia e imunidade baixa. “Estava pegando várias doenças sem gravidade. Um dia, me deu febre e estava com muitos gânglios no pescoço. Fiz vários exames que não acusavam nada. O médico começou



“Foquei na minha cura, não podia fazer grandes coisas. Não dava para trabalhar, beijar na boca, não dava para fazer nada do que a gente costuma fazer na nossa vida e que nos estimula”

a desconfiar. Fiz o exame PET Scan (tomografia por emissão de pósitrons), que detectou gânglios no meu corpo inteiro, acendendo o alerta de que era linfoma ou algum câncer no sangue”, conta. A investigação minuciosa incluiu testes em vários laboratórios, até nos Estados Unidos, para que se fechasse um diagnóstico preciso. “Era um câncer muito raro. Demorou um mês para termos certeza de que tipo era e podermos iniciar o tratamento.”

Com o espetáculo – e a vida – em suspenso, era hora de encarar o tratamento. “A primeira sensação acho que sempre é de medo. Mas em seguida, a possibilidade da morte te faz entrar em um contato profundo com você mesmo. Começaram as questões: ‘O que eu sou? Qual o sentido disso aqui? E depois, para onde eu vou?’ Isso me deixou muito sensível. Eu achei que havia um sentido em passar por aquilo”, lembra Gianecchini.

E ele foi em frente, de coração aberto para aquela nova realidade. “Foquei na minha cura, não podia fazer grandes coisas. Não dava para trabalhar, beijar na boca, não dava para fazer nada do que a gente costuma fazer na nossa vida e que nos estimula. O que passou a me estimular foi olhar para mim, lutar pela minha saúde. Isso foi engrandecedor. Me deu um autoconhecimento muito grande.”

## RECADOS DA VIDA

E como encontrar o tal equilíbrio entre perseverança e pensamento positivo, tirando o medo da jogada? “Sempre tive uma busca espiritual. Eu quero sempre entender quais são os recados da vida e não

brigo com o que ela me oferece. Acho que a grande dica é viver o presente e colocar muito amor nisso. Ter compaixão pelo seu processo, se aproximar das pessoas com amor, tentar aprender e não deixar a mente te dominar. Porque a nossa mente vai querer nos levar para o medo, pensando no futuro ou no apego ao passado. E o presente é maravilhoso.”

Na prática, o ator buscou encarar com paciência até mesmo as reações habituais do corpo aos efeitos da quimioterapia. “Vivia um dia de cada vez. Se dava para sair de casa para tomar um solzinho na rua, eu ia. Se não dava, ficava ali quieto na cama, sentindo os efeitos da química, mas também ficava em paz. Não brigava com aquilo”, lembra.

Desde que teve alta, Gianecchini segue fazendo acompanhamento, com exames a cada seis meses, e usa homeopatia. “Sempre cuidei muito da saúde e mesmo assim tive essa doença. Então, senti que tinha que fazer mais, principalmente em relação à alimentação. Geralmente, nos hospitais, os médicos não cuidam tanto dessa parte. Estão mais interessados em te tratar com remédios. Mas considero que o alimento pode ser um remédio.”

Ele adotou a alimentação ayurvédica, de origem indiana e centrada no fortalecimento do sistema imunológico. “Recomendo que todos busquem uma



Fotos: Divulgação Rede Globo

Em dupla divertida com Claudia Raia, em *Belíssima*, na pele do mecânico Pascoal

alimentação saudável, de preferência que seja não inflamatória [alguns alimentos favorecem inflamações no corpo]. Eliminei o consumo de enlatados, com conservantes. Os alimentos têm que ser frescos, nutritivos, e isso virou rotina. Parei de comer tudo o que é industrializado”, conta o ator, que acrescenta: “Redobrei todos os cuidados e isso envolve cuidar da mente, fazer terapia, que comecei nessa época, e meditar mais.”

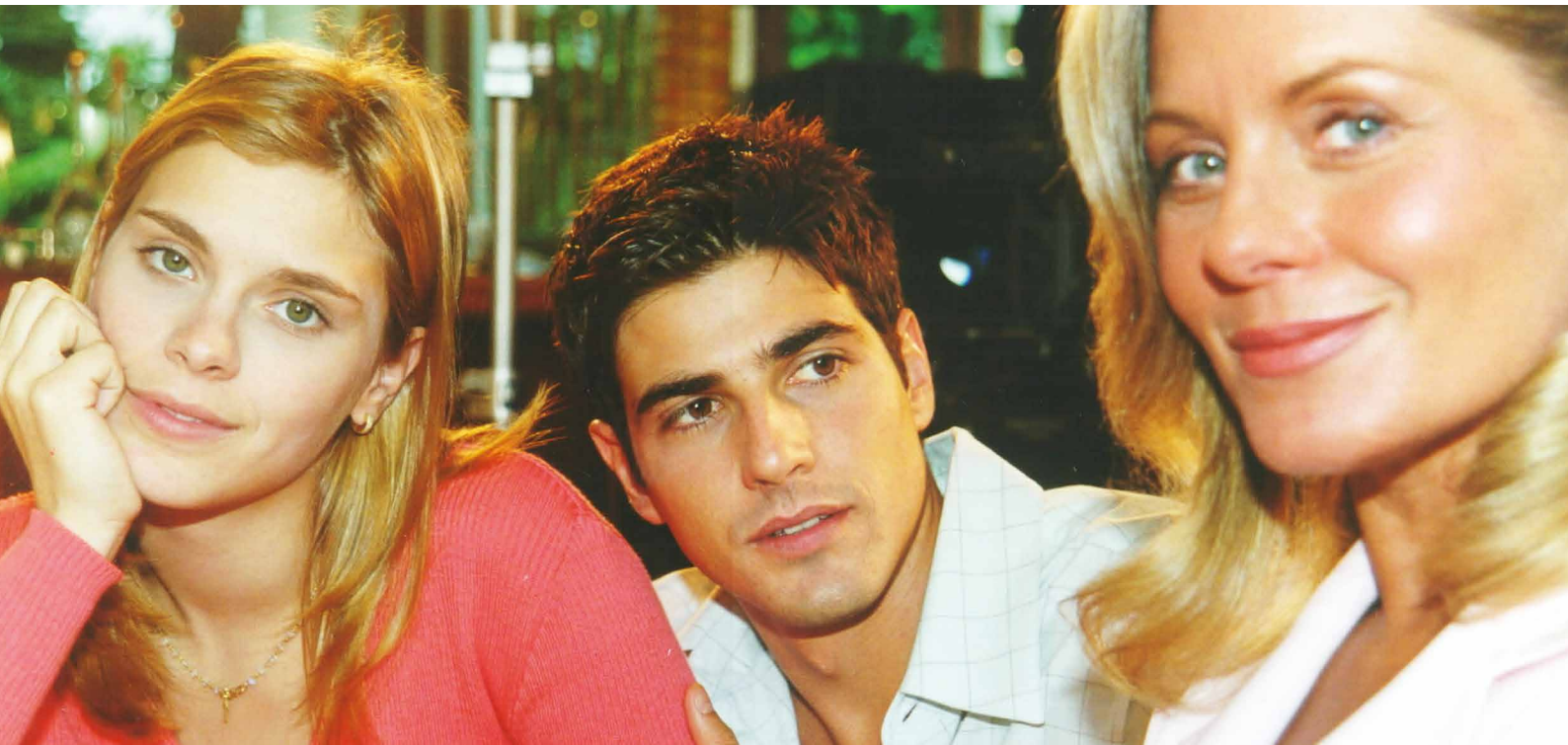
A experiência de enfrentar a doença trouxe a Gianecchini o senso de prioridade. “Passei a ter mais tempo para mim, para estar em contato com a natureza, com a família, os amigos, viajar, curtir... Não só a loucura desse mundo agitado do trabalho. Me abri mais para as pessoas.” Quanto ao seu papel como figura pública, ele passou a questionar o que era importante comunicar. “Penso: ‘Quero levantar minha voz para quê?’ Recebi muito amor no meu processo. Então, quando terminei o tratamento, fiquei com necessidade de doar

“Recebi muito amor no meu processo. Então, quando terminei o tratamento, fiquei com necessidade de doar amor também”

amor também”, explica, revelando que começou a se engajar mais em campanhas beneficentes para dar voz e atenção aos mais necessitados.

Para estender mais o olhar para o outro, Gianecchini sublinha que o caminho para dentro de si mesmo foi a base de tudo. “A busca do autoconhecimento, passar a ter um contato mais verdadeiro comigo e com as pessoas, entender que essa vida é um sopro e que a gente não pode desperdiçá-la, agradando alguém ou sendo o que a gente não é. Temos que cumprir o nosso propósito. Viemos dar asas à comunicação que vem de dentro. Comecei a buscar muito mais isso e tem sido lindo, libertador”, diz.

A mudança de rumos ainda segue acontecendo. “Acho que agora estou entrando no trilho de quem eu sou de verdade. Antes, eu não entendia muito isso. Estava só seguindo a vida, sem olhar direito para as minhas coisas. É um processo de despertar”, conta, dando uma dica para quem passa por doenças ou dificuldades



Estreia como protagonista em *Laços de Família*, dividido entre Vera Fischer (D) e Carolina Dieckmann

que atropelam a vida: “A primeira coisa é aceitar, entender o que a vida está te propondo e não ficar no lugar de vítima. E sempre colocar amor no processo. Quando a gente coloca amor, várias portas se abrem, inclusive a porta da cura. A dica é fazer do seu processo uma coisa bonita e receber bênçãos – que vai ter sempre, pode ter certeza.”

A pandemia de coronavírus foi mais um desafio para o ator, que se voltou para as pessoas, especialmente as de mais idade, como a mãe, e para quem ficou sem recursos por causa dessa crise. Mas não foi fácil. “Tentei fazer o meu melhor, mas também precisei de ajuda, porque chacoalhei emocionalmente, como todo mundo. Não tem como a gente achar que está tudo normal. Isso pegou todo mundo de surpresa e tivemos que nos adaptar, descobrir esse novo viver e sermos mais empáticos. Não tem como fugir disso. Porque sozinhos, não fazemos nada. Acho que essa é a grande lição da pandemia. Não tem como estarmos equilibrados se está tudo desequilibrado ao nosso redor.”

Recluso em casa, no Rio de Janeiro, ele avalia os meses de pandemia. “Descobri várias coisas boas: meu contato com a música, o canto, a dança... Esse tempo me fez desenvolver alguns dons. Vi trabalhos para os quais não tinha tempo, na dramaturgia, na televisão, nos *streamings*, até *lives*, palestras. E pudemos ter contato com necessidades maiores, que é olhar para as questões das minorias, do racismo, da homofobia. É um período desafiador, mas tem sido promissor para grandes e boas mudanças. Tenho esse otimismo.”

## CARREIRA E FUTURO

Paulista de Birigui, Reynaldo Cisotto Gianecchini Júnior, 48 anos, começou a carreira de modelo em 1991 e fez sua estreia em novelas no ano 2000, em *Laços de família*. Depois, brilhou em outras produções da Rede Globo, em papéis dramáticos, românticos ou cômicos. Entre eles, *Esperança* (2002); *Da Cor do Pecado* (2004); *Belíssima* (2005); e *Passione* (2010). Já na minissérie *Verdades Secretas* (2015), se destacou na pele do gigolô Anthony. Participou de filmes como *Sexo com amor?* (2008); *Entre lençóis* (2009); *Divã* (2009); e *S.O.S.*

*Mulheres ao Mar* (2014). No teatro, atuou em *Doce Deleite* (2008); *Boca de Ouro* (1999); e *Os Guardas do Taj* (2017), entre outras peças.

Com a retomada gradual das atividades culturais, o ator revela ter vários projetos em andamento. “Acho que está todo mundo sedento, nas artes principalmente, para trabalhar, contar as histórias, deixar a emoção fluir. Tenho projetos de teatro, em *streamings*, e vontade de experimentar coisas novas nas artes, talvez música e dança. Estou muito focado em criar projetos e batalhar por eles”, planeja.■

“Tentei fazer o meu melhor, mas também precisei de ajuda, porque chacoalhei emocionalmente, como todo mundo. Não tem como a gente achar que está tudo normal”



Bad boy encarnando o gigolô Anthony, em *Verdades Secretas*

# capa

COM OU SEM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA, PACIENTES RETOMAM VIDA AFETIVA E SEXUAL APÓS MASTECTOMIA



## Mulher por inteiro

**N**o primeiro contato da reportagem da REDE CÂNCER com Walkyria dos Reis Nadaz, a Kika, a entrevista não pôde ser realizada. Era sexta-feira, “dia corrido” para essa carioca de 53 anos que trabalha como DJ e organizadora de eventos. Atividades iniciadas com a ajuda do então namorado e hoje marido, o também DJ Marcio Pacheco, 41, após descobrir um câncer de mama, em 2015.

Na época, Kika era secretária, profissão na qual se formou como técnica e que a colocava sob constante estresse.

“Depois que eu fiz uma mastectomia radical da mama direita [quando toda a mama, os linfonodos e o tecido muscular mamário são removidos], não queria mais ficar dentro de um escritório. Durante o tratamento, comecei a acompanhar meu namorado

na noite, mesmo careca, e me apaixonei por aquilo. Ele me deu todo o subsídio, comprou os equipamentos de que eu precisava para trabalhar com música”, conta Kika, já na segunda-feira seguinte, após atender uma cliente da mais nova atividade de seu currículo: “Orientadora virtual”, nome que ela deu para uma mistura de professora de informática com marqueteira digital.

Kika levou essa mesma coragem de empreender para o tratamento oncológico. Junto com o namorado, raspou a cabeça já na perda dos primeiros fios, durante a quimioterapia neoadjuvante, aquela feita antes da cirurgia, para reduzir o tumor. E com o apoio do parceiro, com quem se casaria dois anos depois, decidiu não fazer a reconstrução mamária, também chamada de cirurgia oncoplástica. O procedimento, garantido por lei, pode ser imediato, quando acontece logo após a mastectomia, ou tardio, tipo recomendado em casos como o de Kika. Como ela ainda teria que fazer radioterapia, só poderia operar cerca de um ano depois, ao final das sessões.

“Se eu fiquei preocupada com a anestesia geral, mas não tinha como fugir, já que precisava retirar o seio, por que passaria por aquilo de novo, apenas por estética? Não fazia sentido. Falei para mim mesma que não voltaria para a mesa de cirurgia”, lembra Kika, que teve um incentivo extra para a decisão: “Logo depois da mastectomia, comecei a ser chamada para tirar fotos com a cicatriz de fora, para dar força a outras mulheres. Aquilo me impulsionou ainda mais a não querer [a reconstrução].”

A parceria com Marcio foi fundamental naquele momento, reconhece Kika. Mas isso, é claro, não impediu que o namoro precisasse se adaptar à nova realidade. Na fase da quimioterapia neoadjuvante, as relações do casal ficavam restritas aos dias anteriores às sessões, que aconteciam a cada três semanas. Era quando os efeitos colaterais da aplicação anterior, como enjoo e indisposição, estavam menores.

Já após a mastectomia, o sexo foi deixado de lado por alguns meses – o que não significou distanciamento físico. Marcio continuou indo à casa da namorada, só que, com receio de encostar nos pontos e machucá-la, passou a dormir num colchonete.

Aos poucos o casal foi retomando a intimidade. Ainda hoje, no entanto, as coisas não são exatamente iguais. Na atual fase do tratamento, Kika faz uso de tamoxifeno, um bloqueador hormonal que tem entre os efeitos colaterais mais comuns a diminuição da libido.

“Tivemos altos e baixos, mas não houve, na minha cabeça, outro problema a não ser o tratamento. Meu marido sempre viu minha cicatriz e nunca me cobrou nada esteticamente. A gente tem que tentar outros artifícios, ser mais romântico, porque o prazer não precisa, necessariamente, ser sexual. Tem que ter o apoio da pessoa que está do nosso lado, porque, senão, não acontece”, ensina.

Quando não está nas sessões de fotos, Kika usa uma prótese externa, feita de bolinhas de plástico ou de silicone, mesmo tipo indicado para pacientes que aguardam a reconstrução tardia. Outro modelo comum, embora em desuso, é o de alpiste. E para quem, como a microempreendedora, rejeita a prótese interna, mais uma opção são as tatuagens.

## DA MATERNIDADE À SENSUALIDADE

Kika não está sozinha em sua decisão. Ela é administradora do Renascer, grupo de WhatsApp que reúne centenas de pacientes de câncer de mama de todo o País. A iniciativa chamou a atenção da psicóloga Ingrid Raiol da Silveira, que acompanhou as conversas durante um ano, entre 2017 e 2018, como parte de sua dissertação de mestrado na Escola de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Embora a pesquisa não seja quantitativa, ela estima que de 30% a 40% das mulheres não quiseram reconstruir a mama ou não pretendiam fazê-lo. Na época, o grupo tinha cerca de 160 participantes, em tratamento nas redes pública e privada.

“O impacto negativo da mastectomia na vida sexual é bastante comum, mas ter os dois seios não é o parâmetro principal para retomá-la”, afirma Ingrid. “Muitas mulheres que não fazem a reconstrução conseguem ter uma vida sexual ativa. Outras fazem e não conseguem. Isso varia muito, com várias influências e questões que a gente deve considerar, como os problemas na vida, as questões familiares e a própria relação do casamento, que, muitas vezes, já estava abalada antes do câncer”, acrescenta.

Por outro lado, no grupo, Ingrid não só testemunhou as angústias comuns a qualquer pessoa que enfrenta o câncer, como também se depa-rou com as questões inerentes à neoplasia mais

“Meu marido sempre viu minha cicatriz e nunca me cobrou nada esteticamente. A gente tem que tentar outros artifícios, ser mais romântico. Tem que ter o apoio da pessoa que está do nosso lado”

**WALKYRIA DOS REIS NADAZ, DJ**

incidente na população feminina: o simbolismo do seio e o que a ausência dele representa para a mulher. Fatores que ajudam a explicar por que a reconstrução é tão importante para a maioria.

“No câncer de mama, os estereótipos de gênero levam a uma concepção fragmentada sobre o corpo feminino. Retirar o órgão, para as pacientes, é como perder uma parte do corpo que as identifica culturalmente como mulheres. A ausência do seio também é vivida como uma perda de sustentação na forma como elas se reconhecem no mundo, que é ser mãe”, explica.

A oncologista clínica do INCA Elisa Bouret observa uma relação da cirurgia oncológica com



*Carol Andrade*

A DJ Kika optou por não fazer a reconstrução por dois motivos: medo da anestesia geral e convite para posar com a cicatriz à mostra



a idade: “Entre as minhas pacientes, as que não reconstruíram são mais senhoras. As jovens geralmente optam por reconstruir.”

Para a psicóloga Márcia Regina Costa, que atuou por 17 anos no Hospital do Câncer III (HC III), unidade do INCA dedicada ao câncer de mama, a sociedade cobra da mulher um corpo perfeito. Pressão que é ainda mais forte sobre as jovens. “O homem pode ser ‘barrigudinho’, não tem problema. Mas a mulher não pode ter barriga, estria ou celulite. É mais um estereótipo, mais um peso que ela carrega”, diz.

Tanto Márcia quanto Elisa ressaltam que a preocupação inicial da mulher que recebe o diagnóstico de câncer de mama é a sobrevivência. A sexualidade aparece num segundo momento. Normalmente, relatam as profissionais, as dúvidas são direcionadas a psicólogos e enfermeiros, já que a paciente costuma ter vergonha de falar de sexo com o médico.

“É como se isso não fosse parte da vida ou se, ao entrar no hospital com o diagnóstico de câncer de mama, a vida da mulher tivesse que ficar restrita à doença, e todo o resto acabasse. Não é assim. Muitas mulheres se afastam de um tal jeito que o homem não sabe como lidar. O homem, na nossa cultura, não é acostumado a cuidar, mas eles também têm suas dificuldades e seus medos”, pondera Márcia, hoje aposentada como psicóloga do INCA. Ela ainda é docente da Residência Multiprofissional em Oncologia da instituição, onde Ingrid estudou, e atende em consultório.

## “MEDO DA REJEIÇÃO”

Uma das pacientes de Márcia no HC III foi a empregada doméstica Rosângela dos Santos Porciúncula. A carioca de 55 anos, que teve o câncer de mama diagnosticado em 2002, vivenciou agonias semelhantes às relatadas pelas três profissionais. Aos 36, ela estava separada do marido e era mãe de duas filhas, na época com 19 e 14 anos.

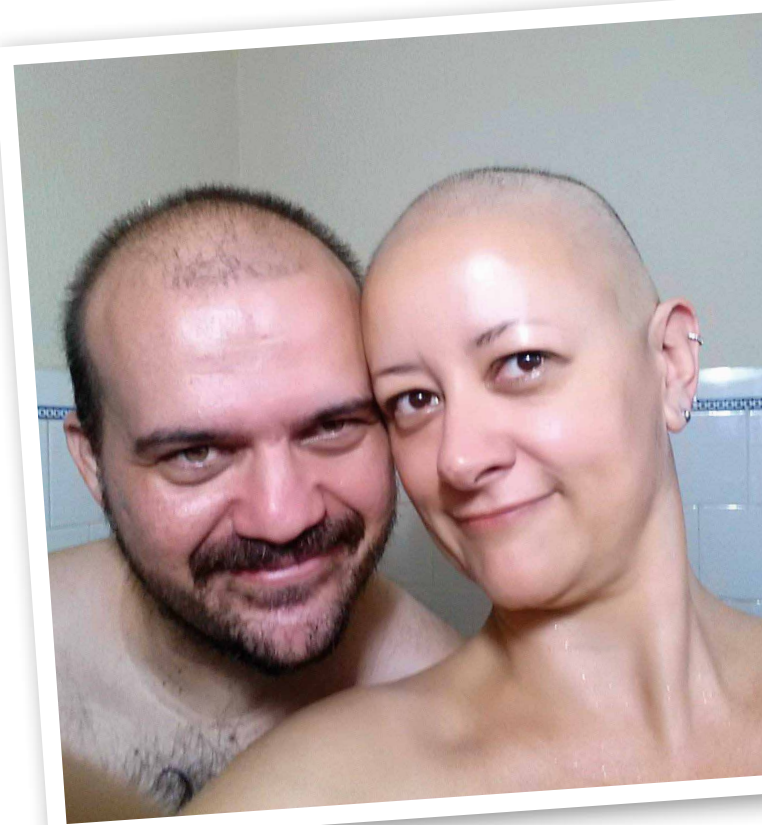
A primeira lembrança, ao falar da doença, é o medo da morte. “A Márcia foi tudo para mim naquele momento. Ela me atendia em hora extra, porque eu me questionava muito. Se a gente amamenta com o seio, por que eu estava passando por tudo aquilo? Você não imagina que tem todo aquele

tratamento por trás, que pode te salvar. Depois que começa a compreender, fica um pouco mais aliviada”, recorda.

Questões como vaidade e a possibilidade de futuros relacionamentos vieram ao saber que precisaria retirar a mama esquerda. “Passa muita coisa na cabeça da gente, e nisso eu também pensei. Enquanto os médicos me consultavam, eu não olhava para eles, pois morria de vergonha. Então, como seria [o parceiro vê-la sem o seio]?”

“Sem cabeça para isso”, Rosângela carregou a preocupação por boa parte do tratamento. Cinco anos após a mastectomia, em 2007, teve, enfim, liberação médica para a tão sonhada reconstrução mamária. Foi quando voltou a sair de casa, não apenas para trabalhar.

“Era tudo que eu precisava: estar com aquele seio meu, me sentindo bem, usando um sutiã e uma blusinha decotada, sem precisar de enchimento. Fiz a cirurgia plástica só da mama, não botei o bico [mamilo] nem nada. Era suficiente para mim. Foi um processo difícil, mas, para o meu ego, maravilhoso”, comemora Rosângela, que usou tecido do abdome para a reconstrução tardia, em procedimento



Parceria com o namorado – hoje marido –, Marcio, foi fundamental



Rosângela: feliz em voltar a usar decote

conhecido como Tram (sigla em inglês para retalho do músculo reto abdominal). “Eu costumava dizer que, em primeiro lugar, estavam as minhas filhas, e em segundo e terceiro, também. Mas aí comecei a lembrar de mim, que eu precisava viver.”

O primeiro namorado da nova fase ainda demorou dois anos. Ele apareceu em 2009, quando Rosângela encerrava os sete anos de hormonioterapia com tamoxifeno. A novidade veio com uma boa surpresa.

“Eu tinha medo de conhecer alguém, de dizer, com o tempo, o que aconteceu, e essa pessoa me rejeitar, falar que eu era mutilada. Tinha medo de ouvir essa palavra. Mas, quando conheci uma pessoa e expliquei a minha situação, a reação dela foi totalmente

“Eu costumava dizer que, em primeiro lugar, estavam as minhas filhas, e em segundo e terceiro, também. Mas aí comecei a lembrar de mim, que eu precisava viver”

**ROSÂNGELA DOS SANTOS PORCIÚNCULA,**  
empregada doméstica

diferente [do que imaginou]: me acolheu, falou que [a mastectomia] não era nada demais”, suspira.

Rosângela seguiu o tratamento com consultas periódicas no INCA, até que, em 2013, teve alta. Aquele namoro acabou, outros vieram – sem nunca passar por constrangimentos – e também terminaram. Hoje está sozinha e aberta a novos relacionamentos, “mas não neste momento, por causa da pandemia”.

Há cerca de três anos, Rosângela e Márcia tiveram um encontro casual. No papo, a psicóloga soube que a ex-paciente já era avó e lembrou como foram as primeiras consultas no INCA, quando “achava que ia morrer e que não ia mais conseguir ninguém na vida”.

“E olha eu aqui, babando pelos meus netos”, conta Márcia, reproduzindo o que ouviu, com uma felicidade perceptível mesmo na conversa por telefone. Para a psicóloga, que conheceu tantas histórias iguais às de Rosângela e Kika, a moral é que, no câncer, reconstruir não significa apenas colocar uma nova mama. É uma ação sem certo ou errado. Um verbo sinônimo de reinventar, que deve ser sempre conjugado no plural.

“À medida que cessa ou diminui o risco de morrer, é importante para a mulher voltar a viver a sua sexualidade de forma plena. Quem passou ou passa pela situação de um diagnóstico oncológico, a amputação de uma parte do corpo que também tem relação com esse aspecto, precisa se reconstruir. A gente vê mulheres que se reinventam primeiro, para, a partir daí, reinventar a sua sexualidade. Mas isso acontece, principalmente, quando elas têm um parceiro – não apenas de cama, mas de vida. Ou então que aconteça com os parceiros que encontrarem a partir daí. O viço da pele e o olhar brilham, porque ser amada e desejada é bom para qualquer pessoa.” ■

# LEI GARANTE ACESSO GRATUITO A PROCEDIMENTO REPARADOR

O tratamento do câncer de mama sempre envolve cirurgia, explica a oncologista clínica do INCA Elisa Bouret. Quando remove toda a mama, o procedimento é chamado mastectomia. Já a segmentectomia é a retirada de uma parte do órgão. A escolha de um método ou outro vai depender, basicamente, do tamanho da lesão (tumor).

“Quando a gente fala em cirurgia oncológica, tem que tirar a área que está doente e, na região em volta do tumor, uma quantidade de tecido normal. É o que chamamos de margem de segurança. Às vezes, dependendo do tamanho do nódulo, não é possível operar deixando uma margem de segurança sem fazer a retirada total da mama”, detalha.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), em 70% dos casos de câncer de mama diagnosticados no País, a mulher passa por

mastectomia. O principal motivo é a identificação da doença em estágio avançado.

Praticamente todas as mulheres podem ter a sua mama reconstruída, garante Elisa. O método preferido dos médicos é o tardio. “Algumas pacientes vão precisar de radioterapia após a cirurgia. Para fazer a reconstrução imediata, precisamos ter muita certeza de que a mulher não terá que fazer outros procedimentos depois, porque eles podem comprometer o efeito estético da plástica”, diz.

Na reconstrução tardia, uma técnica que prepara o corpo da mulher para o futuro implante é a colocação de um expensor. Trata-se de um balão de silicone vazio, com uma válvula acoplada e que é inserido atrás da pele e do músculo do tórax. Aos poucos, ele vai sendo enchido com soro fisiológico, o que distende gradualmente a pele da paciente, até a colocação da prótese definitiva. Outra opção é a transferência de retalhos de pele, procedimento mais complexo que o uso de expensor.

O direito à cirurgia reparadora, após a retirada total ou parcial da mama devido ao tratamento de câncer, é garantido, no Sistema Único de Saúde (SUS), desde 1999, com a Lei nº 9.797. Em 2013, ela foi alterada pela Lei nº 12.802, que acrescentou prazos: no mesmo tempo cirúrgico, se houver condições clínicas, ou assim que a paciente apresentar os requisitos necessários. Os planos de saúde também são obrigados, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a oferecer cobertura para a reconstrução mamária após a mastectomia.



# ciência

PESQUISA COM PACIENTES DE NOVE PAÍSES ANALISA SE ALTERAÇÕES EPIGENÉTICAS INTERFEREM NO DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DE ESÔFAGO

## Um câncer, vários perfis

**S**exto tipo mais comum entre os homens brasileiros, o câncer de esôfago foi alvo de estudo internacional para avaliar se diferenças moleculares nas populações interferem no desenvolvimento e se podem afetar o tratamento e o prognóstico da doença. A pesquisa foi feita em nove países com Índice de Desenvolvimento Humano baixo e médio: Brasil, África do Sul, Etiópia, Índia, Irã, Malawi, Portugal, Quênia e Sudão.

“Apesar de esse tumor ser diagnosticado e tratado da mesma maneira ao redor do mundo, os pacientes apresentam diferentes perfis. Os fatores de risco associados podem variar, como quando comparamos pacientes do Sul do Brasil (em geral tabagistas, etilistas e consumidores de chimarrão) e do Sudeste (em geral tabagistas e etilistas). Tais diferenças e outras características específicas de cada população têm o potencial de levar a variações dos mecanismos moleculares por trás do desenvolvimento da doença”, esclarece a bióloga Sheila Coelho Soares, pesquisadora adjunta do INCA que conduziu os estudos no Brasil ao lado do coordenador de Pesquisa do Instituto, Luis Felipe Ribeiro Pinto.

De acordo com Sheila, um dos motivos que instigou a realização do estudo foi a escassez de informação sobre o desenvolvimento do câncer de esôfago, principalmente em termos de alterações moleculares. “Além disso, pouco avanço foi observado no tratamento desses pacientes nos últimos anos e, na era da medicina de precisão, conhecer os mecanismos moleculares por trás do desenvolvimento de tumores tem se mostrado uma ferramenta fundamental para alcançar avanços”, diz a pesquisadora.

O tumor de esôfago é dividido em dois subtipos: o adenocarcinoma (mais comum em países de alto Índice de Desenvolvimento Humano e baixa incidência da doença) e o carcinoma epidermoide (mais observado nas regiões de alta e média incidências, como o Brasil), e foi alvo do estudo, coordenado pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, órgão da Organização Mundial da Saúde.

No segmento brasileiro do estudo, foram analisadas alterações epigenéticas de tumores de esôfago de 240 pacientes (a maior amostragem dentre todos os países participantes), com idade média de

58 anos (72% homens, 28% mulheres; 97,5% tabagistas e 86,9% consumidores de bebidas alcoólicas).

Em 74,3% dos registros brasileiros, o diagnóstico foi feito em estágios avançados e, ao final de cinco anos de acompanhamento, 88% dos pacientes haviam morrido em decorrência da doença.

Os resultados da pesquisa revelam que as alterações epigenéticas são comuns em câncer de esôfago, levam à desregulação de vias de sinalização celular importantes e não variam de acordo com a população estudada. Tais alterações têm o potencial de serem usadas como biomarcadores de diagnóstico, já que são homogêneas entre pessoas de nacionalidades distintas. Além disso, por afetarem vias de sinalização celular importantes, podem ser alvo de desenvolvimento de novas terapias.

“As instruções que as nossas células seguem para exercer suas funções estão contidas em nosso código genético. Cada célula só consegue ler as instruções que ela própria deve seguir. Alterações epigenéticas ‘escondem’ ou ‘deixam à mostra’ as instruções de todas as células”, resume Sheila Coelho.

“No câncer, os padrões epigenéticos normais são alterados, e as instruções tornam-se confusas, fazendo com que a célula que contém essas alterações epigenéticas não se comporte mais como uma célula normal.”

“As alterações epigenéticas identificadas podem ser analisadas no sangue dos pacientes, o que tornaria o diagnóstico, atualmente feito por endoscopia, menos invasivo. Isso desonera o sistema de saúde e também agiliza o processo, tendo o potencial de antecipar o diagnóstico, normalmente feito quando o tumor já está avançado”, conta Sheila Coelho. “Visamos trabalhar o potencial terapêutico das alterações moleculares encontradas, buscando oferecer tratamentos mais eficazes e mais direcionados às necessidades de cada paciente.”

O câncer de esôfago é considerado uma doença negligenciada pelo fato de ser menos estudado do que outros tumores com letalidade parecida, e por ser mais comum em países de baixo e médio IDH, onde o investimento em pesquisa é menor.

O Brasil é considerado um país de incidência média para esse tumor, que tem como principais fatores de risco o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e de chimarrão (bebida normalmente ingerida em alta temperatura), e possuir deficiências nutricionais. Em outros países, o consumo de diferentes tipos de chá muito quentes e de ópio também é relacionado como fator de risco. ■



## TEMPERATURA MÁXIMA

*De acordo com estimativas do INCA, a área de maior incidência do câncer de esôfago no Brasil é a região Sul, seguida pela Sudeste. No Sul, além do consumo de álcool e tabaco, diferentes estudos já demonstraram associação entre o consumo de chimarrão e o desenvolvimento de câncer de esôfago. A alta temperatura da bebida e a grande quantidade ingerida induzem lesões térmicas ao longo do esôfago que tornam o órgão mais suscetível ao desenvolvimento de um câncer.*

*“O chimarrão é consumido geralmente em torno de 70°C e com uma bomba, que leva o chá diretamente para o fundo da garganta, sem que haja troca de calor na boca do consumidor. Um estudo do nosso grupo, com animais, mostrou que quando essa temperatura é reduzida para 60°C, a indução de tumores é diminuída”, complementa Sheila Coelho.*

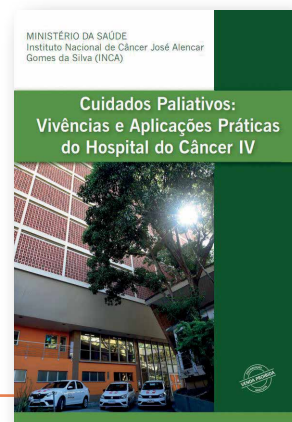


## Experiências

Por ocasião do Dia Mundial de Cuidados Paliativos, o INCA lançou o livro *Cuidados Paliativos: Vivências e Aplicações Práticas do Hospital do Câncer IV*, que apresenta a experiência da assistência a cerca

de 2 mil pacientes por ano, desde a inauguração da unidade, em 1998.

A publicação, idealizada por profissionais paliativistas do Instituto, tem o objetivo de ser uma ferramenta prática e atualizada para o auxílio dos profissionais de saúde atuantes na área.

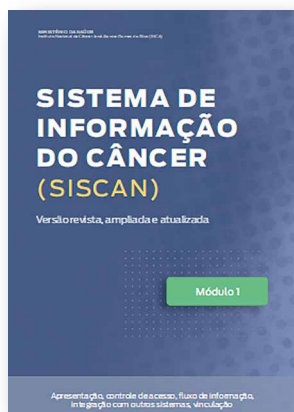


## Gestão de sistemas

O manual do *Sistema de Informação do Câncer* (Siscan), recém-lançado pela Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA, traz informações sobre a operacionalização do sistema, auxiliando, assim, os profissionais que o utilizam nas ações de detecção dos cânceres do colo do útero e de mama.

Dividida em dois módulos, a publicação aborda o controle de acesso, fluxo de informação, integração com outros sistemas e vinculação, além de apresentar os exames informados no Siscan e os procedimentos para faturamento.

“Havia essa lacuna, uma publicação para apoiar o trabalho dos usuários do Siscan. Com isso, esperamos contribuir com a organização, o monitoramento e a avaliação dos programas de rastreamento de câncer em todo o País”, disse o chefe da Divisão, o epidemiologista Arn Migowski.

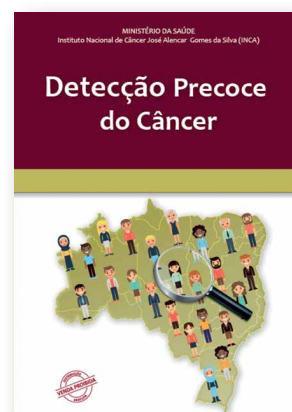


## Detecção Precoce

O livro *Detecção Precoce do Câncer* apresenta os conceitos básicos da prática, como rastreamento e diagnóstico precoce, suas premissas e implicações, e as atuais recomendações para os cânceres mais incidentes que são passíveis de ações de detecção precoce (próstata, mama, pele, cólon e reto, colo do útero, cavidade oral e pulmão), a partir das evidências científicas que embasam as diretrizes e os protocolos nacionais.

O objetivo é que a publicação funcione como um recurso para a atualização sobre o tema e contribua na capacitação profissional, qualificando a assistência, principalmente a atenção básica, para o avanço do controle do câncer no País.

O livro foi baseado no conteúdo do curso de EAD sobre detecção precoce do câncer, desenvolvido na Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA.



# rede

CUIDADOS PALIATIVOS OFERECIDOS NO BRASIL AVANÇAM,  
MAS FALTA INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE



## Qualidade de fim

Os cuidados paliativos associados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer são considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a quarta diretriz estabelecida para o controle da doença. E embora a oferta geral da abordagem paliativa tenha aumentado no Brasil, ainda é preciso avançar com a melhor distribuição de leitos e a integração da rede de cuidados nos diversos níveis. O acesso dos brasileiros aos cuidados paliativos e a inserção do serviço no SUS foram tratados na tese *Cuidados Paliativos e Câncer: uma questão de direito*

*humanos, saúde e cidadania*, defendida em 2017 pelo fisioterapeuta do INCA Ernani Costa Mendes. A boa notícia é que a tese teve diversos desdobramentos – cujas proposições foram um dos objetivos estratégicos da pesquisa de doutorado.

O livro *Cuidados Paliativos: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania*, lançado no final de 2020, é um exemplo. A publicação traz a colaboração de 22 autores, nacionais e internacionais, abrangendo o paliativismo em diferentes doenças e não apenas no câncer. Entre os autores, estão profissionais do INCA, como a fonoaudióloga Christiane Gouvêa, que, ao lado do doutor em ciências e saúde pública e pós-doutor em bioética Fermin Roland Schramm, assina o capítulo *Bioética em Cuidados Paliativos: uma questão de direitos humanos e cidadania*; a psicóloga Juliana Castro-Arantes (*O lugar da palavra do paciente em cuidados paliativos*), o chefe da Divisão de Ensino Latu Sensu e Técnico, Mario Jorge Sobreira, e a epidemiologista da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) do INCA Beatriz Cordeiro Jardim, responsáveis pelo



“Nossos protocolos de cuidados paliativos são importados de realidades eurocêntricas que não cabem aqui no Brasil. Precisamos evoluir para identificar necessidades locais e até regionais”

**ERNANI COSTA MENDES**, pesquisador

capítulo *Epidemiologia do câncer e estrutura assistencial em oncologia*. Ernani, organizador da obra, assina o primeiro capítulo em parceria com seu orientador, o professor Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos.

A criação da Especialização em Cuidados Paliativos na Fiocruz foi outra iniciativa de caráter pedagógico derivada da pesquisa e que amplia a possibilidade de especialização para profissionais interessados na área. Segundo especialistas, há necessidade de se formar profissionais em Cuidados Paliativos, em diferentes momentos, da graduação à educação continuada (conheça opções de residências médica e multiprofissional em todas as regiões do País no portal da Academia Brasileira de Cuidados Paliativos: <https://www.paliativo.org.br/educacao/residencias-cuidados-paliativos-brasil/>).

No âmbito da tese também foi possível formular propostas de caráter institucional, visando incluir os cuidados paliativos em um Programa Nacional de Atenção, como ocorre em Portugal (parâmetro da pesquisa), com um modelo de assistência em rede que integre a atenção básica, a média e a alta complexidades, o que ainda não acontece no Brasil.

Movimentos sociais e a associação de pacientes se mobilizaram junto ao Legislativo do Estado do Rio e, em 2019, foi aprovada a Lei 8.425, que criou o Programa Estadual de Cuidados Paliativos. A lei, no entanto, ainda está no papel. “Nós, da academia, junto com a sociedade civil e o executivo estadual estávamos organizando um grupo de trabalho para discutir a implementação do programa, mas fomos ‘atropelados’ pela pandemia”, informou Ernani.

De acordo com o paliativista, no estado do Rio já há serviços ou comissões de cuidados paliativos

em alguns hospitais, como os federais de Ipanema e de Bonsucesso, no municipal Evandro Freire, no Universitário Gaffrée Guinle, no Central do Exército e no Hemorio, entre outros. Além da unidade do INCA exclusiva para cuidados paliativos, o HC IV. Na prática, as unidades que dispõem desses serviços conseguem organizar o fluxo de atendimento para pacientes com doenças crônicas, progressivas e até incuráveis, com o objetivo de manejar adequadamente os sintomas desde o início do tratamento.

Além do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul possuem leis voltadas à abordagem paliativa. O vice-presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Rudval Souza da Silva, reconhece os avanços regulatórios nos estados, mas defende uma política nacional. Ele destaca a aprovação da Resolução nº 41/2018 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que trata das diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS. “Ainda há um longo caminho a percorrer, mas, com essa resolução já podemos dizer que foi dado o primeiro passo em prol de uma política nacional”.

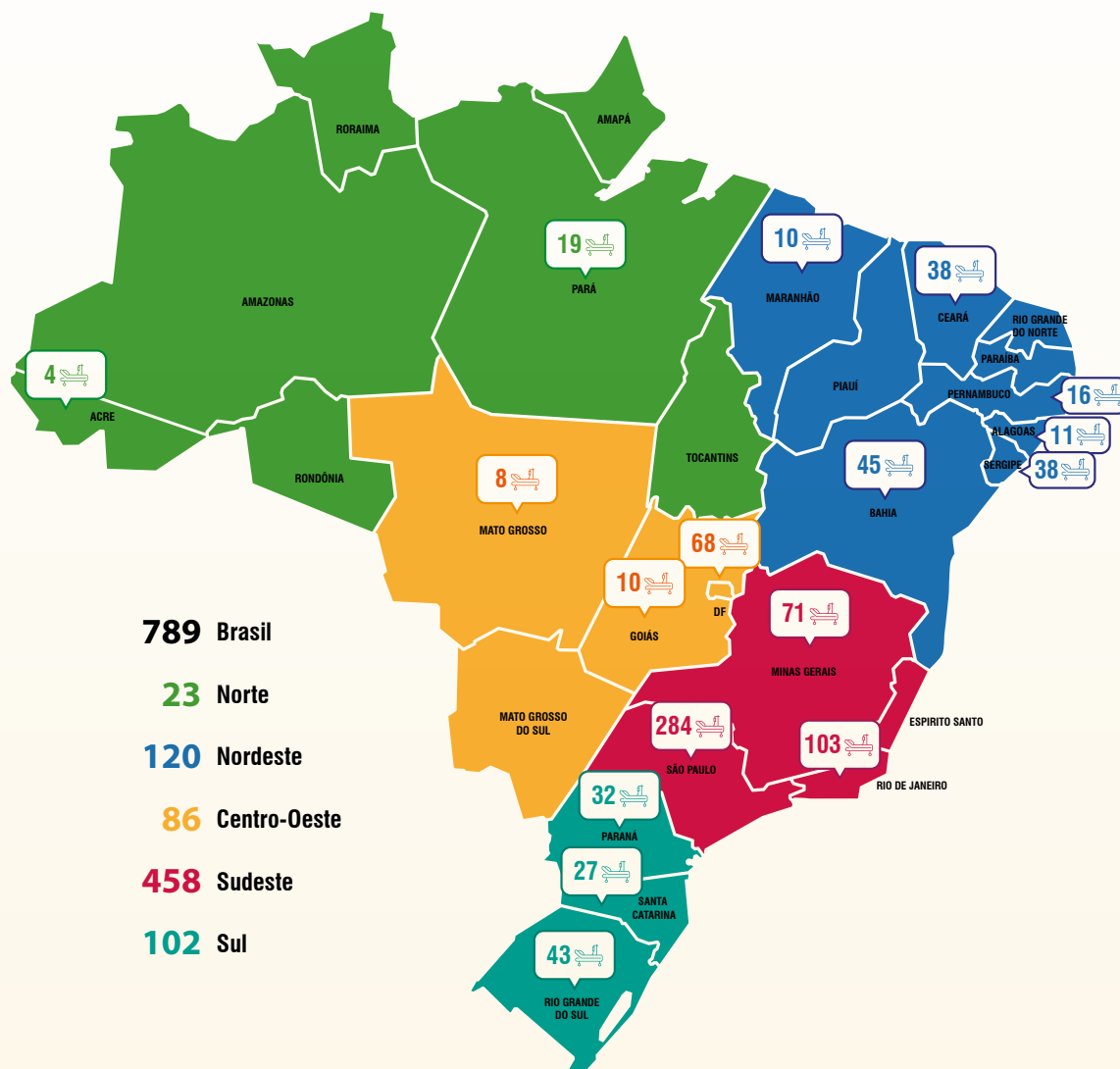
## EVOLUÇÃO E DESIGUALDADE

Na década de 1980, o País contava com apenas dois serviços especializados em cuidados paliativos. O número mais recente do *Atlas da ANCP*, publicado em 2019, soma 191. A distribuição, no entanto, é desigual. Dos 789 leitos dedicados, 458 estão no Sudeste, 120 no Nordeste, 102 no Sul, 86 no Centro-Oeste e 23 no Norte. Assim, a Região Norte, que concentra 8,77% da população brasileira, dispõe de 2,92% dos leitos, abrangendo apenas Acre (4) e Pará (19). Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins não possuem um leito sequer.

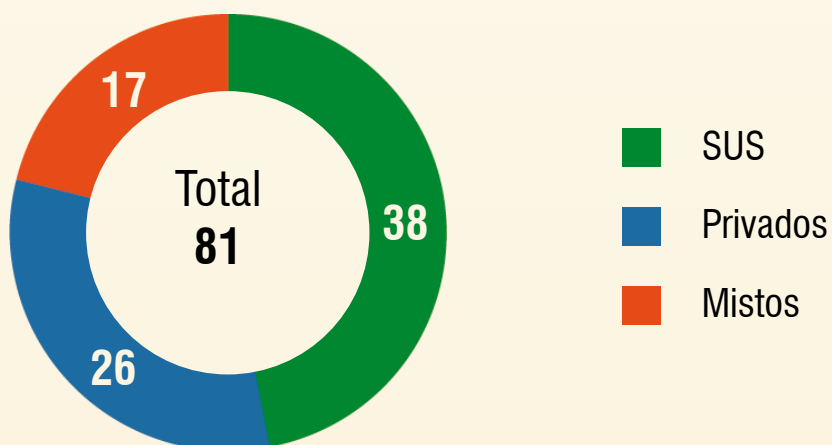
O Sudeste, onde vivem 42,05% dos brasileiros, apesar de reunir 58,05% dos leitos, não contempla o Espírito Santo. Das cinco regiões brasileiras, apenas a Sul tem leitos de cuidados paliativos em todos os seus estados.

A tese de Ernani Mendes também traz uma reflexão propositiva quanto à possibilidade de transição conceitual dos cuidados paliativos. Significa dizer que é preciso traduzir o conceito hegemônico preconizado pela OMS para a realidade brasileira. “Nossos protocolos de cuidados paliativos são importados de realidades eurocêntricas que não cabem aqui no Brasil. Os cuidados paliativos oferecidos no

## Distribuição de leitos de cuidados paliativos



## Serviços de cuidados paliativos que atendem pacientes oncológicos



Rio de Janeiro serão diferentes dos adequados aos ribeirinhos do Amazonas. Precisamos evoluir para identificar necessidades locais e até regionais, considerando os aspectos que atravessam essa realidade e pensar num conceito que possa retratar e contemplar essas carências”.

## MORTE DIGNA

“Existe um estigma de que o cuidado paliativo é aquele para o terrível e equivocado momento quando

‘não temos nada mais a fazer’. Pelo contrário, há muito a se fazer, por vezes, não na perspectiva da cura, mas com um olhar para o cuidado, que possibilita o alívio do sofrimento e proporciona medidas terapêuticas para o que podemos chamar de uma ‘boa morte’”, alerta o vice-presidente da ANCP, Rudval Souza da Silva.

De acordo com Ernani Mendes, todo o trabalho do paliativista é para oferecer o controle de sinais e sintomas para que o paciente sem possibilidade de cura tenha uma morte digna, com controle de dor, medicado, sem falta de ar e com acompanhamento.■

# PACIENTE COM CÂNCER AVANÇADO: UM PERFIL NUTRICIONAL

Na busca por informações que exibissem um retrato mais próximo do paciente com câncer avançado e em cuidados paliativos, nutricionistas do INCA validaram um novo modelo para avaliar a caquexia no câncer. A caquexia é uma síndrome multifatorial com depleção muscular esquelética acentuada e perda adiposa, que ocorre em doenças graves e é comum em vários tipos de câncer. Alguns pacientes chegam a perder de 10% a 20% do seu peso corporal. Por outro lado, há os que conseguem manter uma ingestão oral adequada, preservando o peso corporal e a massa muscular.

Para a execução do estudo Diagnóstico Nutricional Diferencial e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos foram coletados dados de 2.273 pacientes

da unidade de cuidados paliativos do Instituto, dos quais, dentre todos os indicadores avaliados na pesquisa, compõem o método de avaliação de caquexia: o percentual de perda de peso corporal, o Índice de Massa Corporal (IMC) e a massa muscular por meio da antropometria (medida da área muscular do braço). Dos pacientes analisados, 11% estavam pré-caquéticos, 58% caquéticos e 31% eram caquéticos refratários.

Pré-caquéticos são aqueles cujo impacto da perda de peso foi menor; os caquéticos, tiveram perda significativa de peso, e os caquéticos refratários são os que apresentaram, além de significativa perda de peso, acentuada depleção muscular.

“O caquético refratário já está em um estágio muito avançado e qualquer intervenção que se possa propor dificilmente poderá reverter esse estado nutricional. Enquanto no paciente caquético ainda é possível uma atuação, porque há fatores potencialmente modificáveis e que podem melhorar a condição nutricional dele”, detalha Emanuelly Varea Maria Wiegert, uma das pesquisadoras. O estudo foi motivado pela escassa literatura disponível no Brasil sobre o tema. Também participaram Larissa Calixto-Lima e Livia Costa de Oliveira.

Outro ponto investigado pelas nutricionistas foi a funcionalidade e a qualidade de vida do paciente. De modo geral, as pesquisadoras verificaram que a maioria dos pacientes apresentava comprometimento funcional, necessitando de auxílio para

o autocuidado e as atividades diárias. “Tanto os pacientes caquéticos quanto os desnutridos apresentam pior funcionalidade quando comparados aos não caquéticos ou sem desnutrição”.

Os resultados do estudo Diagnóstico Nutricional Diferencial repercutiram em várias publicações científicas nacionais e internacionais, como as revistas Nutrition, Clinical Nutrition, Supportive Care in Cancer, European Journal of Clinical Nutrition, Journal of Parenteral and Enteral Nutrition e Revista Brasileira de Cancerologia.

Uma nova pesquisa já está sendo desenvolvida pelo mesmo grupo. Dessa vez, a investigação terá um contexto mais específico e relacionado à terapia nutricional propriamente dita, com a análise de aspectos da alimentação oral e por sonda, entre outros enfoques. Os dados dessa segunda pesquisa começaram a ser coletados em julho de 2021, e os pacientes serão acompanhados por um período mínimo de 60 dias. “No futuro, poderemos propor intervenções sobre qual a melhor forma de alimentar e suplementar esse paciente”, explicou Emanuely.



#### PACIENTES AVALIADOS

**2.273**



#### MÉDIA DE IDADE

**61,9 anos**



#### SEXO

Masculino	Feminino
<b>41,4%</b>	<b>58,6%</b>



#### TUMORES MAIS PREVALENTES

<b>625</b>	Sistema digestivo	<b>29,2%</b>
<b>382</b>	Ginecológico	<b>17,8%</b>
<b>294</b>	Cabeça e Pescoço	<b>13,7%</b>
<b>245</b>	Mama	<b>11,4%</b>
<b>217</b>	Pulmão	<b>10,1%</b>
<b>381</b>	Outros	<b>17,8%</b>



#### ESTÁGIO DO CÂNCER

<b>303</b>	Avançado localmente	<b>14,1%</b>
<b>1.841</b>	Metastático	<b>85,9%</b>



#### SITUAÇÃO MÉDICA NA OCASIÃO DA PESQUISA

<b>551</b>	Internados	<b>25,7%</b>
<b>1.593</b>	Ambulatoriais	<b>74,3%</b>

# reabilitação

PESQUISA CONFIRMA QUE EXERCÍCIOS MAIS AMPLOS NÃO AUMENTAM RISCO DE COMPLICAÇÕES APÓS CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA

## Mais movimento, menos receios

**N**o âmbito do tratamento multidisciplinar do câncer de mama, estudo recente do INCA indica que a prática de exercícios com maior amplitude logo após a cirurgia pode trazer ganhos para a qualidade de vida das pacientes. Realizada com 461 mulheres, de 18 a 79 anos, operadas de câncer de mama ao longo de um ano, a pesquisa orientava-as a fazer exercícios livres a partir do primeiro dia após a cirurgia, até o limite do surgimento de dor

ou sensação de repuxamento da cicatriz. Conforme observado durante o estudo, fruto da dissertação de mestrado da fisioterapeuta Clarice Gomes Chagas Teodózio, não houve impacto negativo da movimentação precoce, não tendo sido retardado o tempo de tirar o dreno, nem aumentado o risco de complicações cicatriciais.

O propósito da pesquisa “Movimento da amplitude do ombro não influencia complicações da



ferida pós-operatória após cirurgia de câncer de mama: um ensaio clínico randomizado” é que as pacientes operadas tenham o movimento completo e adiantem seu retorno à vida normal, com independência para as atividades do dia a dia. Antes desse trabalho, os movimentos livres só eram liberados, no mínimo, 15 dias após a cirurgia. No procedimento testado, os fisioterapeutas tiravam as pacientes do leito pela manhã e as orientavam para que fizessem os exercícios várias vezes ao dia, com poucas repetições, de modo a manter a lubrificação natural no ombro e não terem nenhuma restrição futura do movimento.

As pacientes também receberam uma cartilha para que pudessem reproduzir os movimentos em casa após a alta. Elas retornavam para avaliação do curativo em prazos variados e, após 30 dias, passavam por uma consulta fisioterapêutica.

Os exercícios restritos são os realizados até a altura do ombro, correspondendo a 90°, enquanto que os livres são acima disso, podendo chegar até 180°, que seria o movimento completo. Entre as pacientes operadas, não participaram do estudo aquelas que passaram por reconstrução mamária, pois essas só podem fazer os exercícios livres após 15 dias do procedimento.

Com exceção das pacientes que passaram por cirurgia plástica reconstrutora, desde junho, todas as pacientes do Hospital do Câncer III (HC III, unidade do INCA especializada no tratamento do câncer de mama) no pós-operatório praticam exercícios de ombro com amplitude de movimento livre. A inovação foi implementada pela Fisioterapia da unidade inicialmente para mulheres que fizeram cirurgia conservadora (quando é removido apenas o quadrante

no qual o tumor está localizado) e, posteriormente, para todas as mastectomizadas.

A motivação de Clarice veio da reflexão sobre o quanto os tratamentos oncológicos evoluíram nos últimos anos, enquanto os exercícios fisioterapêuticos na fase pós-cirúrgica ainda permaneciam estagnados. Segundo ela, desde 2001, o HC III passou a orientar a realização de exercícios de ombro até 90°, amparados pela bibliografia da época. “No Brasil e no mundo, foram realizados poucos trabalhos demonstrando a eficácia dos exercícios livres. E com quantidade reduzida de participantes, envolvendo até 100 mulheres, o que gerava falta de segurança para a mudança das rotinas terapêuticas”, explica a fisioterapeuta.

Para Clarice, o estudo dá embasamento para as pacientes se movimentarem com mais segurança, passando a ter uma restrição a menos na recuperação. Dessa forma, elas voltam mais rápido ao trabalho e à reinserção social. “Nossa sociedade tem a visão de que a pessoa que está doente não pode fazer nada e isso acaba atrapalhando. A paciente fica dependente e insatisfeita porque parou a vida, atrapalhando o seu prognóstico”, opina.

Durante o período do estudo (um ano), permaneceram não sendo liberados movimentos bruscos ou repetitivos, como varrer, pegar peso e arear painéis nos primeiros 30 dias de pós-operatório. Após esse período, as atividades domésticas vão sendo liberadas gradualmente.

As complicações frequentes (seroma, hematoma, equimose, necrose, infecção e deiscência, que é a abertura das bordas do corte cirúrgico), 30 dias após a cirurgia, foram equivalentes no grupo das mulheres que fizeram os movimentos livres e no que adotou os movimentos restritos. O percentual ficou em 64% entre as mulheres que realizaram o movimento livre e 62,7%, no grupo de exercício restrito. Considerando as duas complicações mais frequentes, seroma (mistura de plasma com linfa, que pode surgir em espaços abaixo da pele quando a circulação linfática está deficiente), e necrose, o grupo de movimento livre teve, respectivamente, 29% e 38,9% de incidência, enquanto o grupo de movimento restrito, 33% e 39,7%.

Uma das informações que embasaram a pesquisa é que a imobilização total do membro superior do mesmo lado da mama operada pode facilitar a cicatrização e diminuir a formação dessas complicações. No entanto, também pode favorecer retrações significativas, amplitude limitada do ombro, síndrome da rede axilar (fibrose dos cordões linfáticos), diminuição da força e da flexibilidade muscular,

“No Brasil e no mundo, foram realizados poucos trabalhos demonstrando a eficácia dos exercícios livres. E com quantidade reduzida de participantes (...), o que gerava falta de segurança para a mudança das rotinas terapêuticas”

**CLARICE TEODÓZIO**, pesquisadora

fibrose, dor e parestesia (sensações cutâneas subjetivas, como frio, calor, formigamento, fisgadas, adormecimento, pressão, etc), bem como risco aumentado de linfedema e infecções.

## RETOMADA DA ROTINA

A professora de Inglês e Produção Textual Paluana Lúcia do Nascimento, de 37 anos, foi uma das participantes do estudo. Ela passou pela retirada do tumor em dezembro de 2018 e teve uma avaliação positiva da orientação e dos movimentos livres no pós-cirúrgico. “Foi muito tranquilo fazer os exercícios em casa. Nos primeiros dias, precisei da ajuda de uma pessoa, porque sentia o braço pesado, mas, a partir do quinto dia, já fazia sozinha as atividades cotidianas, como tomar banho”, conta.

Paluana passou por um ciclo de radioterapia alguns meses após a cirurgia e, atualmente, está em remissão, fazendo o acompanhamento médico e levando uma rotina normal. “Esses exercícios foram a salvação para mim. Sem eles, não teria a mobilidade que tenho hoje, que me permite trabalhar, realizando atividades como escrever no quadro. As mulheres não precisam ter medo de os pontos arrebentarem,” relata.

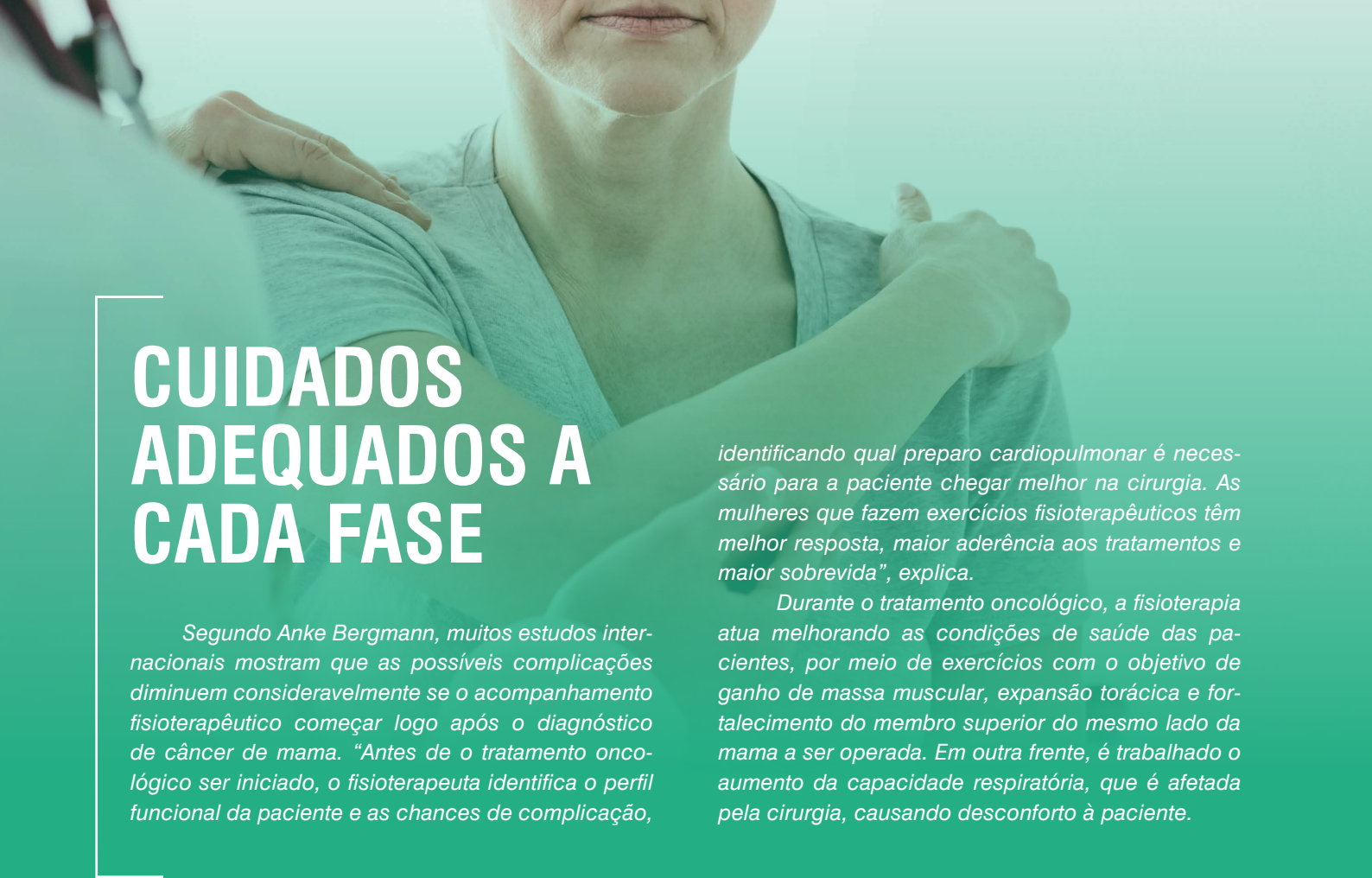
“Foi muito tranquilo fazer os exercícios em casa. Nos primeiros dias, precisei da ajuda de uma pessoa, porque sentia o braço pesado, mas, a partir do quinto dia, já fazia sozinha as atividades cotidianas, como tomar banho”

**PALUANA LÚCIA DO NASCIMENTO**, paciente

A intenção da fisioterapeuta é que o protocolo venha a ser conhecido e adotado gradualmente por instituições no Brasil e no mundo. “Como o INCA é referência, nossas rotinas servem de modelo para outras instituições. Temos apresentado os resultados em vários eventos para mastologistas e oncologistas clínicos”, relata a pesquisadora Anke Bergmann, uma das orientadoras do estudo de Clarice. ■



No estudo, os exercícios eram feitos várias vezes ao dia, com poucas repetições



# CUIDADOS ADEQUADOS A CADA FASE

Segundo Anke Bergmann, muitos estudos internacionais mostram que as possíveis complicações diminuem consideravelmente se o acompanhamento fisioterapêutico começar logo após o diagnóstico de câncer de mama. “Antes de o tratamento oncológico ser iniciado, o fisioterapeuta identifica o perfil funcional da paciente e as chances de complicação,

identificando qual preparo cardiopulmonar é necessário para a paciente chegar melhor na cirurgia. As mulheres que fazem exercícios fisioterapêuticos têm melhor resposta, maior aderência aos tratamentos e maior sobrevida”, explica.

Durante o tratamento oncológico, a fisioterapia atua melhorando as condições de saúde das pacientes, por meio de exercícios com o objetivo de ganho de massa muscular, expansão torácica e fortalecimento do membro superior do mesmo lado da mama a ser operada. Em outra frente, é trabalhado o aumento da capacidade respiratória, que é afetada pela cirurgia, causando desconforto à paciente.

## SEQUELAS DA CIRURGIA E RESULTADOS FISIOTERÁPICOS

### SEQUELAS GERADAS PELA CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA

- \* Surgimento de linfedema (inchaço) na região do membro superior
- \* Redução ou perda de mobilidade
- \* Dessensibilização da área
- \* Perda de força muscular
- \* Redução da capacidade ventilatória

### RESULTADOS OBTIDOS COM FISIOTERAPIA

- \* Recuperação pós-operatória emocional, com melhora da autoestima
- \* Recuperação dos movimentos na parte física
- \* Recuperação da força muscular
- \* Prevenção e/ou diminuição do linfedema
- \* Diminuição da aderência da cicatriz
- \* Prevenção de alteração postural (fazer a paciente ter consciência da própria postura para poder melhorá-la)

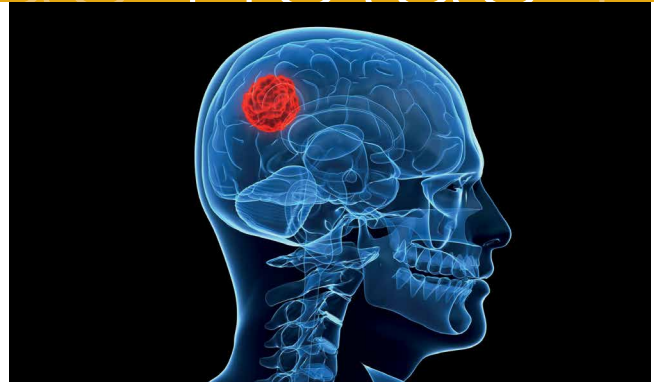
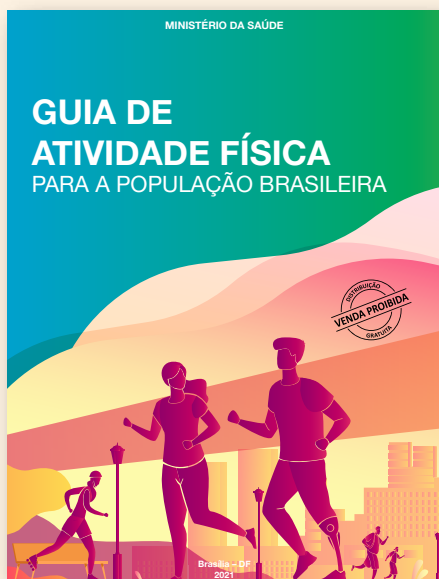


## Mexa-se

O Ministério da Saúde lançou, com a colaboração do INCA, o *Guia de Atividade Física para a População Brasileira*, para incentivar as pessoas a ganharem qualidade de vida eliminando o sedentarismo.

“O guia tem potencial de ser um indutor de políticas públicas que ampliem o acesso da população às atividades físicas e estimulem que esse seja um hábito”, explicou Fabio Carvalho, profissional de Educação Física da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto e membro do grupo de trabalho que elaborou o documento.

As práticas podem ser adaptadas, caso os fatores econômicos não sejam propícios para se frequentar uma academia ou clube. “Você pode fazer o que estiver ao seu alcance, como caminhar, correr, pedalar, subir escadas e dançar”, enumerou Fabio.



## Biomarcadores

Pesquisadores do Centro de Terapia Celular (CTC) descobriram biomarcadores capazes de indicar quais pacientes com glioma, tipo agressivo de câncer cerebral, teriam tumores com maior resistência à radioterapia. A descoberta foi publicada na revista *Frontiers in Oncology*.

O tratamento do glioma é a remoção cirúrgica, seguida por quimioterapia ou radioterapia (ou ambas). No entanto, devido à resistência das células tumorais, estima-se que 80% dos pacientes que passaram por sessões de radioterapia tiveram recidiva meses depois.

“Identificamos 31 genes que, quando alterados, podem indicar resistência ou sensibilidade à radioterapia”, afirma Valéria Valente, professora da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista (Unesp), em Araraquara, e pesquisadora associada do CTC.

## Prêmio

Para marcar seus 30 anos, a Fundação do Câncer lançou o Prêmio Marcos Moraes, em homenagem ao criador da fundação e ex-diretor do INCA.

A ação visa incentivar profissionais e instituições científicas, hospitalares ou do Terceiro Setor a promoverem atitudes de prevenção e controle do câncer, impactando diretamente a sociedade.

A premiação acontece em outubro.



## Ao câncer

### ADOLESCENTE ESCREVE À DOENÇA EM UM DESABAFO FORTE E INSPIRADOR

*De início quero dizer que, que nesses 17 anos de vida, uma de minhas grandes paixões sempre foi escrever. Eu sempre levei uma vida normal como de qualquer outro adolescente, cheio de sonhos e objetivos de vida. Porém, em julho do ano passado, tudo mudou, com o diagnóstico de um câncer. Apesar da montanha russa emocional que me passava na época e o sentimento primário de frustração, tristeza e medo da morte, após esse impacto, decidi enfrentar com cara e coragem aquilo que me dava tanto medo. E, de início, aceitei minha carequinha me expondo em meu instagram @mabily.albino.*

*Essa publicação deu grande repercussão, ocasião em que ganhei mais que o dobro de seguidores que tinha*

*na época. Porém o tratamento veio e, com isso, tive meus altos e baixos. Foi quando solicitei a ajuda do meu psicólogo Leonardo Soares, com o qual tenho sessões até os dias de hoje. Foi ele quem me deu apoio e fez o pedido da escrita desta carta que enviarei a seguir. Nela, eu conversei com o câncer, como se ele fosse realmente uma pessoa. E, desde o seu início até o seu fim, passo por uma turbulência de sentimentos, da tristeza até a gratidão pela minha vida e a oportunidade de viver.*



Olá!!

Me chamo Mábily de Souza Albino, tenho 17 anos e preciso que leia esta carta pois tenho algo para te falar. Câncer, você se alegra de quem é e se tornou? Se sente feliz por fazer tanta gente sofrer e até perder a vida por sua culpa? Se orgulha de fazer as pessoas se sentirem no fundo do poço e ainda pisar mais nelas ao ponto que se sintam destruídas por dentro e por fora?

Aprenda a reconhecer que você não é e nunca será desejado, que se continuar agindo assim, continuará sendo criticado. Por que faz uma seleção de quem atingir sem se importar com idade ou gênero? Por que ser tão cruel? Por que atingir crianças e bebês indefesos? Ou então por que idosos que já não contêm toda essa força para enfrentá-lo?

Por que jovens que têm uma vida toda pela frente? Por que interromper a melhor fase deles? Ou então por que atingir pais e mães com responsabilidades de manter e sustentar uma família?

Afinal, por que você existe? Você mata tanta gente. Já arrancou um pedaço muito importante para mim: minha avó! E tentou me arrancar também de quem amo? Está triste, né? Você não conseguiu sugar toda minha essência, mesmo me deixando no chão, pisando e rindo de mim, tirando de mim algo que era tão importante! Apagou uma história que eu via para mim. Me tornou alguém mais limitada fisicamente!

Arrancou algo que me fazia completamente feliz e que me desligava da maldade do mundo! Você acabou com algo que quem me conhecia, me identificava! A menina que jogava bem, tanto vôlei quanto futebol.

Você me despedaçou, sabia? Mas lamento informar que o mais valioso você não conseguiu e nunca vai conseguir tirar de mim! Porque eu sempre vou lutar e nunca desistir! E sabe o que é isso? Minha vida!

Eu me tornei a menina que jamais imaginei me tornar. A que superou um câncer aos 17 anos e se tornou uma guerreira, pois descobriu uma luz e uma força que nunca imaginou ter dentro de si. Uma menina que aprendeu com a dor a se amar, e ser grata pelas poucas coisas, momentos e pessoas. A menina que mudou da água para o vinho e que lamenta por você, câncer, ser tão cruel com tanta gente a ponto de não dar uma segunda chance como eu tive.

Pois tenho em mente que se você chega na vida de alguém, deveria ao menos dar uma segunda chance de viver a essa pessoa. Mas já que nem todos têm essa sorte, sei que sou privilegiada. Apesar de toda dor e sofrimento, tenho muito a agradecer. Não sei como estou dizendo isso a algo que queria me destruir. Muita gente não vê assim, por isso é algo pessoal. Mas eu te perdoo por tudo, pois no caminho me ensinou a ser alguém melhor. E não só isso. Mas, sim, uma pessoa disposta a ajudar aqueles tantos que ainda receberão este diagnóstico em suas vidas. Obrigada pela escuridão, pois foi ela quem me tornou este ser de luz.

# HORA DE ATUALIZAR A CADERNETA DE VACINAÇÃO



**De 1º a 29/10**

**Crianças e  
adolescentes  
menores de 15 anos**

Procure  
um posto  
de vacinação  
e leve a  
**caderneta**



**MOVIMENTO  
VACINA  
BRASIL**

Saiba mais em  
[gov.br/saude](http://gov.br/saude)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

**PÁTRIA AMADA  
BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL



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

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