

50 REDE CÂNCER

Março
2022

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Estratégia sonora

COMO PROFISSIONAIS DE SAÚDE E COMUNICADORES USAM O *PODCAST* PARA TRANSMITIR INFORMAÇÕES CONFIÁVEIS SOBRE O CÂNCER



VACINAÇÃO

CONTRA A COVID-19

PARA CRIANÇAS

ENTRE 5 E 11 ANOS

LEMBRE-SE!

VACINAR AS CRIANÇAS É UMA DECISÃO DOS PAIS E RESPONSÁVEIS E É NECESSÁRIA SUA AUTORIZAÇÃO.

As crianças com comorbidades terão **PRIORIDADE.**

Consulte um **PROFISSIONAL DE SAÚDE** para tirar suas dúvidas.



Saiba mais em
gov.br/coronavirus

sumário



05
EDUCAÇÃO
Ensino básico

10
CIÊNCIA
*Pequenas partículas,
grande potencial*

12
DEBATE
Até quando insistir?

18
CAPA
Em alto e bom som

24
PERSONAGEM
*“Quero deixar
um legado”*

28
ENTREVISTA
*“Escolhemos o câncer
de pâncreas por sua
agressividade”*

31
ASSISTÊNCIA
*“Meu filho
tem câncer”*

38
POLÍTICA
*Dependência
tecnológica*



REDE CÂNCER

2022 – Instituto Nacional de Câncer (INCA)

REDE CÂNCER é uma publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer. 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 portavozes. 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, Cláudia Mastrange, Daniel Fich, Eliane de Santos e Marcos Bin** | 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 - INCA - Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro - 20230-130 - Rio de Janeiro - RJ - comunicacao@inca.gov.br - www.inca.gov.br.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

editorial

Ouvindo saúde

A chegada da pandemia fez com que muitas pessoas recorressem às ferramentas digitais para trabalhar e se comunicar. Isso também afetou positivamente comunicadores e profissionais de saúde interessados em transmitir informações confiáveis e compreensíveis à população em geral sobre o câncer. Uma modalidade nova de comunicação que vem ganhando cada vez mais força é o *podcast*, que se assemelha ao rádio, mas usa a Internet e tem um público mais específico. Saiba como instituições oncológicas têm usado a ferramenta para a disseminação de informações sobre o câncer em *Capa*.

A popularização do conhecimento sobre a doença é ainda mais importante porque, em 2030, o câncer deve ser a primeira causa de morte no Brasil. O desafio será grande para o conjunto da sociedade, mais particularmente para a área de saúde. Por isso, provoca espanto a gestores saberem que a disciplina Oncologia está em apenas 40% das faculdades de Medicina do País. Entre essas escolas, não raramente a disciplina é optativa. Quais as consequências dessa ausência para o futuro do controle da doença no Brasil? Entre nesse debate urgente em *Educação*.

Embora a idade seja importante fator de risco para o aumento da possibilidade de desenvolver câncer, nem mesmo crianças são poupadas de ter a doença. E ter um pequeno membro da família nessa condição é um drama que todos gostariam, mas nem sempre conseguem evitar. E o que fazer diante do diagnóstico de um filho? Veja as recomendações

de psicólogos e leia o relato de mães fortes e emocionadas em *Assistência*.

Independentemente da idade do paciente, o tratamento do câncer precisa ser enfrentado com tecnologia de ponta. Mas o Brasil importa 95% da matéria-prima necessária à fabricação de radiofármacos, medicamentos que emitem radiação usados para o combate ao câncer. A solução, defendem pesquisadores, seria a nacionalização da produção. A polêmica está viva em *Política*.

De outro lado, tecnologia está quase sempre associada a avanços. Por isso, o destaque do estudo inédito, conduzido no curso Immuno-Colombia 2021, sobre o desenvolvimento de tratamento contra o câncer de pâncreas, um tumor com alta taxa de mortalidade. A doutoranda Isadora Ferraz Semionatto, que terminou em primeiro lugar o curso, conta, em *Entrevista*, como a equipe internacional que integra elaborou o projeto.

Tecnologia associada à determinação pode ser uma fórmula que dá muito certo. E determinação é algo que não falta à paulistana Jussara Del Moral, que convive com um câncer de mama há 15 anos: ela criou o *SuperVivente*, um canal no YouTube para discutir o assunto. Decidida a viver da melhor maneira possível, ela recusa o papel de vítima e inspira outras mulheres. Deixe seu *like* em *Personagem*.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer

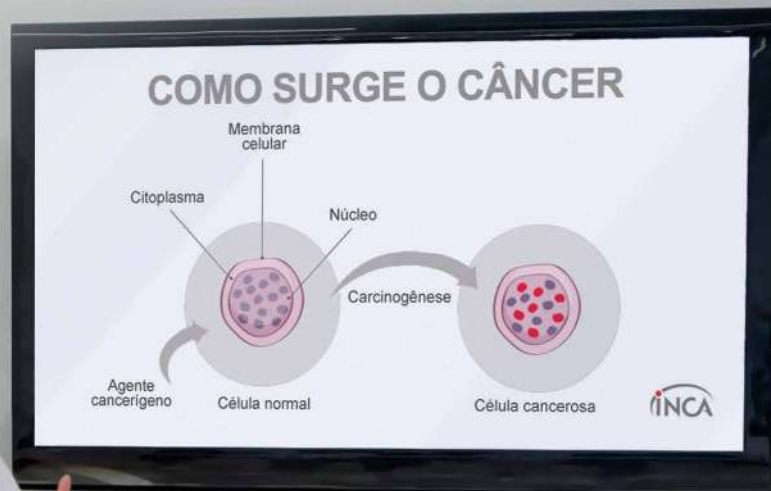
educação

ESTUDO DEFENDE QUE FUNDAMENTOS DE ONCOLOGIA, ENSINADOS EM MENOS DA METADE DAS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL, SEJAM MATÉRIA OBRIGATÓRIA

Ensino básico

A matemática é simples: se o curso de Medicina dura seis anos, no mínimo, e a residência, de dois a cinco anos, os novos médicos de 2030 – quando o câncer deve ultrapassar as doenças cardiovasculares e se tornar a primeira causa de morte no Brasil – já estão na faculdade. Como a maior parte das neoplasias é diagnosticada antes de o paciente chegar ao oncologista, a capacitação desses profissionais é urgente. Mas os números, também nesse quesito, jogam contra: a disciplina Oncologia está presente apenas em pouco mais de 40% das faculdades de Medicina brasileiras. E

ainda assim, em parte delas, é matéria optativa – ou seja, não há obrigatoriedade de cursá-la, a escolha é do aluno. Os dados constam do artigo Educação oncológica nas escolas médicas brasileiras, que abre o livro *Oncologia para não oncologistas* (Coopmed), lançado em 2021.



“Para um aluno de Medicina e para um médico não oncologista, é fundamental a introdução de conceitos básicos de Oncologia”, afirma a médica Angelica Nogueira-Rodrigues, coautora do livro e do artigo, que também foi publicado no periódico *Brazilian Journal of Oncology*. “Em vários momentos da sua linha de cuidado, o paciente oncológico vai precisar da assistência de clínicos que, muitas vezes, não se sentem preparados para dar o apoio necessário. Há um grande déficit de formação do médico brasileiro. Se a gente quer mudar essa estrutura para 2030, a ação precisa ser imediata.”

Ex-aluna do INCA, onde cursou residência, aperfeiçoamento nos moldes *fellow* e doutorado, Angelica é professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que tornou a disciplina Oncologia obrigatória em 2020. A proposta dos 15 autores do artigo, ligados também à Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Sboc) e ao Hospital Israelita Albert Einstein (SP), é que esse modelo, hoje minoritário no País, seja padrão. O ensino compulsório de Oncologia, entretanto, não é previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Medicina de 2014, estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC).

A alteração das DCNs foi tema de encontro entre diretores da Sboc e representantes do Conselho Nacional de Educação (CNE/MEC), no início do ano

“O paciente oncológico vai precisar da assistência de clínicos que, muitas vezes, não se sentem preparados para dar o apoio necessário. Há um grande déficit de formação do médico brasileiro. Se a gente quer mudar essa estrutura para 2030, a ação precisa ser imediata”

ANGELICA NOGUEIRA-RODRIGUES,
professora da Faculdade de Medicina da UFMG

passado. “Eles não foram muito receptivos para uma mudança imediata no currículo geral, que é o que nós queremos”, conta a oncologista Clarissa Maria de Cerqueira Mathias, presidente da Sociedade à época.

Para ela, o câncer não deveria parecer “tão estranho” para parte dos médicos, uma vez que a doença atravessa várias condições clínicas, de domínio de diferentes especialidades. “É bastante preocupante o fato de Oncologia não ser matéria obrigatória nas faculdades hoje. Acaba que se formam médicos que não estão acostumados a colocar o câncer como um diagnóstico diferencial”, avalia.

CRESCIMENTOS DESIGUAIS

A ideia de tornar compulsório o ensino de Oncologia existe, dentro da Sboc, pelo menos, desde 2012, quando o então presidente da entidade, Anderson Arantes Silvestrini, liderou a pesquisa *O ensino de Oncologia na graduação: panorama brasileiro*, que serviu de base para o recente estudo. Aquele trabalho identificou que, das 110 faculdades de Medicina do País na época (de acordo com o *site Escolas Médicas do Brasil*), somente 33 (30%) incluíam Oncologia na grade curricular. Em 26 (78,8%) a disciplina era obrigatória, enquanto sete (21,2%) a ofereciam como optativa.

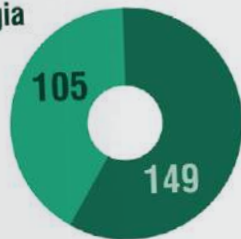
Em 2019, o grupo de trabalho UFMG/Sboc/Albert Einstein decidiu atualizar o levantamento de Silvestrini. A partir de consulta ao Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (e-MEC), os pesquisadores chegaram a 345 faculdades, das quais 91 foram excluídas do estudo por serem cursos novos ou por não terem informado a grade curricular. Do universo de 254 faculdades de Medicina, 105 (41,3%) tinham a disciplina Oncologia – 91 (86,6%) de modo obrigatório e 14 (13,4%) de forma opcional.

“O grande aumento do número de escolas médicas no Brasil, nos últimos 10 anos, não foi acompanhado pela inclusão de disciplinas essenciais, como a Oncologia”, lamenta Angelica. “Ainda não há a devida atenção à formação do médico nessa área, dado o peso epidemiológico do câncer no País e a defasagem de escolas oferecendo a disciplina. Acho que o maior ganho do nosso estudo é ter números concretos para apresentar essa falha do nosso currículo nas discussões com o MEC, que estão em andamento.”

Oncologia na sala de aula

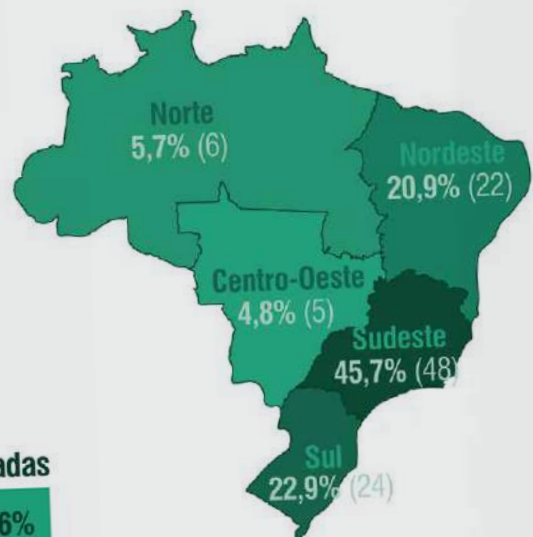
Em 2019, havia no País 345 faculdades de Medicina registradas no e-MEC, das quais 254 tinham informações sobre a grade curricular.

Oferecem
Oncologia
41,3%



Não oferecem
Oncologia
58,7%

Distribuição pela
região geográfica:



Distribuição das escolas
que ensinam Oncologia:

Obrigatória

86,6%
(91)

Optativa

13,4%
(14)

Públicas

52,4%
(55)

Privadas

47,6%
(50)

Pela modalidade
oferecida

Pelo sistema
de gestão

Fonte: Oncology education in Brazilian medical schools (Brazilian Journal of Oncology)

Quase metade das escolas brasileiras que ministram Oncologia está no Sudeste. Embora a região reúna a maioria dos casos novos da doença no País, por ser a mais populosa, a concentração levanta a falta de ensino específico sobre câncer nas demais, em especial no Norte e no Centro-Oeste, que somam apenas 10,5% das faculdades com a disciplina na grade curricular. O fato é considerado “alarmante” pelos autores. Nessas duas regiões, observam, a incidência de cânceres evitáveis, como o do colo do útero, “tem um enorme impacto na população e poderia ser particularmente diminuída com uma melhor formação médica em Oncologia”.

MODELO PROPOSTO

O grupo de trabalho propõe que Oncologia seja matéria obrigatória de um semestre, sem especificar carga horária mínima ideal. A ideia é ensinar “os princípios básicos de epidemiologia do câncer, prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento”, de acordo com a professora da UFMG, que detalha uma sugestão de curso de Oncologia em outro trabalho, feito com colegas de mais três instituições públicas: universidades de São Paulo (USP) e federais do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Rio de Janeiro (UFRJ).

“É bastante preocupante o fato de Oncologia não ser matéria obrigatória nas faculdades hoje. Acaba que se formam médicos que não estão acostumados a colocar o câncer como um diagnóstico diferencial”

CLARISSA MARIA DE CERQUEIRA MATHIAS,
ex-presidente da Sociedade Brasileira de
Oncologia Clínica

Em *Ensino de Oncologia na graduação em Medicina – disciplina proposta*, oito especialistas das áreas primária, clínica, cirúrgica, radioterápica e de pesquisa em câncer apresentam um plano de estudo que pretende “treinar e capacitar os estudantes a adquirir os conceitos básicos e compreender o cuidado oncológico interdisciplinar e interprofissional de forma holística”. Para isso, a matéria é dividida em cinco





grandes áreas temáticas, que somam 30 horas/aula: biologia do câncer (20% da carga horária), saúde pública (20%), diagnóstico (20%), tratamento com ênfase na multidisciplinaridade (30%) e pesquisa (10%).

Estariam aptos a cursar Oncologia graduandos do terceiro ou quarto anos de Medicina que já tivessem concluído as disciplinas consideradas pré-requisitos: Genética, Patologia, Farmacologia, Fisiologia, Semiologia, Clínica Médica e Técnica Cirúrgica. O grupo também estipula que 40% da nota final do estudante na matéria em questão seriam dedicadas a atividades de extensão, na comunidade, “por meio do desenvolvimento de materiais para campanhas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer”.

A VISÃO DO ALUNO

Não apenas professores e pesquisadores estão insatisfeitos com o ensino de Oncologia na graduação brasileira – ou com a falta dele. No artigo que abre o livro *Oncologia para não oncologistas*, os autores citam estudo de 2015 com estudantes do último ano de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no qual 87% consideraram insuficiente o ensino de Cancerologia durante a formação acadêmica. Problema que não é exclusivo do Brasil. Pesquisa canadense apresentada no congresso de 2012 da Associação Americana de Oncologia Clínica (ASCO, na sigla em inglês) revela que, na época, 67%

dos estudantes de Medicina definiam como inadequado o conteúdo sobre o tema na graduação.

Para os pesquisadores do grupo de trabalho nacional, o desgosto dos alunos é corroborado pelas 77 ligas acadêmicas – grupos de estudo extracurriculares formados pelos graduandos – que encontraram em todo o País. Por outro lado, esse achado mostra que há interesse do estudante de Medicina no tema oncologia. Foi o que levou quase mil pessoas de todas as regiões brasileiras a participar das duas edições da *Gincana Nacional da Oncologia para Acadêmicos*, competição *on-line* de conhecimentos sobre câncer criada pela SBOC em 2020.

Entre os inscritos na primeira edição, 87% disseram ter interesse em fazer residência médica em Oncologia Clínica. “Trata-se de uma área em franca expansão”, comemora Renan Orsati Clara, ex-diretor executivo da Sociedade, em texto de divulgação do livro. A animação de Renan Clara é amparada pelos números – que, desta vez, jogam a favor: de acordo com a publicação *Demografia Médica 2020*, as residências de Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica tiveram, no período 2010-2019, crescimento de 78,2% e 70,3%, respectivamente, em novos alunos, à frente de especialidades tradicionais, como Pediatria (67,5%) e Gastroenterologia (55,2%). ■

ONDE LER

Para conhecer a íntegra dos estudos citados no texto (em inglês), acesse o periódico *Brazilian Journal of Oncology*, em www.brazilianjournalofoncology.com.br. Vá até “Advanced search” (Busca avançada) e procure, em “All the fields” (Todos os campos), pelo título (“Title”) dos artigos: *Oncology education in Brazilian medical schools (Educação oncológica nas escolas médicas brasileiras)* e *Oncology teaching in undergraduate medical school – proposed discipline (Ensino de Oncologia na graduação em Medicina – disciplina proposta)*.

ciência

PESQUISADORAS BRASILEIRAS DESENVOLVEM COMPOSTO NANOTECNOLÓGICO PARA COMBATE A TUMORES

Pequenas partículas, grande potencial

Duas pesquisadoras da Universidade Federal do ABC, em São Paulo, desenvolveram uma alternativa nanotecnológica para tratar tumores sem afetar tecidos saudáveis – e com menos risco de efeitos colaterais. A ideia é que, no futuro, a nanopartícula seja usada para tratar diferentes tipos de tumores sólidos, sendo uma alternativa para combater cânceres resistentes à quimioterapia e à radioterapia.

No experimento *in vitro*, foram utilizadas diferentes linhagens de células de câncer de próstata e de osteossarcoma. Também foi testada a reação do composto em linhagens não tumorais, o que confirmou que a concentração utilizada é suficiente para combater as células cancerígenas, sem prejudicar as demais.

O estudo foi realizado pela mestranda em Ciência e Tecnologia Química Joana Claudio Pieretti, sob orientação da professora Amedea Barozzi Seabra, e publicado este ano no periódico suíço *Journal of Materials Science: Materials in Medicine*.

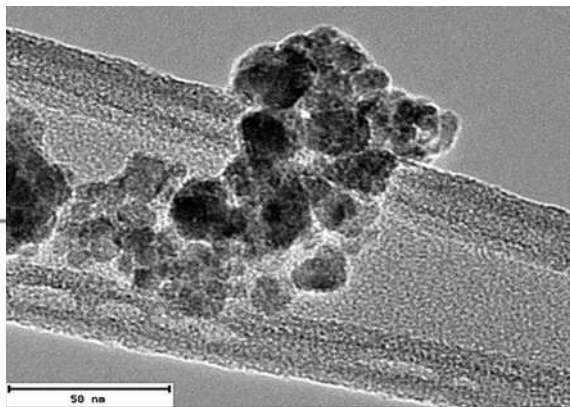
“Foi constatado que, na faixa de toxicidade do composto, há pouca destruição de glóbulos vermelhos e baixo risco de problemas como trombose e anemia”

JOANA CLAUDIO PIERETTI, mestranda em Ciência e Tecnologia Química, Universidade Federal do ABC

O composto do experimento é constituído por magnetita, nanopartículas de prata e óxido nítrico. A propriedade da magnetita permite que a substância possa ser conduzida por meio de um aparelho de ressonância magnética até a localização do tumor. A nanotecnologia possibilita a construção de estruturas e novos materiais a partir dos átomos, aproveitando que os elementos se comportam de maneira diferente nessa grandeza. Em um metro, há um bilhão de nanômetros.

O material já conta com pedido de patente no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI), condição suficiente para um eventual licenciamento na indústria farmacêutica.

“No caso das células de câncer de próstata, com a mesma concentração, verificou-se um efeito um pouco mais significativo do que nas outras células”, revela Joana Pieretti. Segundo ela, estão em andamento estudos da reação em outros tumores malignos, como o de mama e o melanoma e, futuramente, no tumor de fígado.



Composto do experimento contém magnetita, nanopartículas de prata e óxido nítrico

Para que o composto seja usado no tratamento em humanos, será necessário aplicá-lo de forma intravenosa, e o procedimento levaria de três a quatro horas para que todo o óxido nítrico fosse liberado no local exato. “O óxido nítrico não chega a ser um problema, pois é uma substância que nossos corpos produzem. Os demais componentes poderiam ser excretados normalmente pelo organismo ou, hipoteticamente, retirados com seringa”, argumenta Joana.

Segundo Amedea Seabra, uma segurança a mais dada por esse método é que a substância direcionada tende a parar no tumor sólido, tecido que geralmente não apresenta boa drenagem.

ENCAIXE DAS PEÇAS

As nanopartículas de prata são usadas há muito tempo para combater infecções bacterianas e também são conhecidas por sua ação antitumoral.

“Entre muitas outras aplicações comerciais antimicrobianas, são usadas em máscaras para proteção contra a Covid-19, roupas de ginástica para não dar odor e aparelhos de ar-condicionado antifúngicos”, exemplifica a orientadora do estudo.

A esses componentes foi, então, agregado um polímero natural extraído de crustáceos conhecido como quitosana. Cabe à quitosana revestir o material e liberar o óxido nítrico, elemento que também auxilia na ação antibacteriana e antitumoral.

INTERAÇÃO COM CÉLULAS SANGUÍNEAS

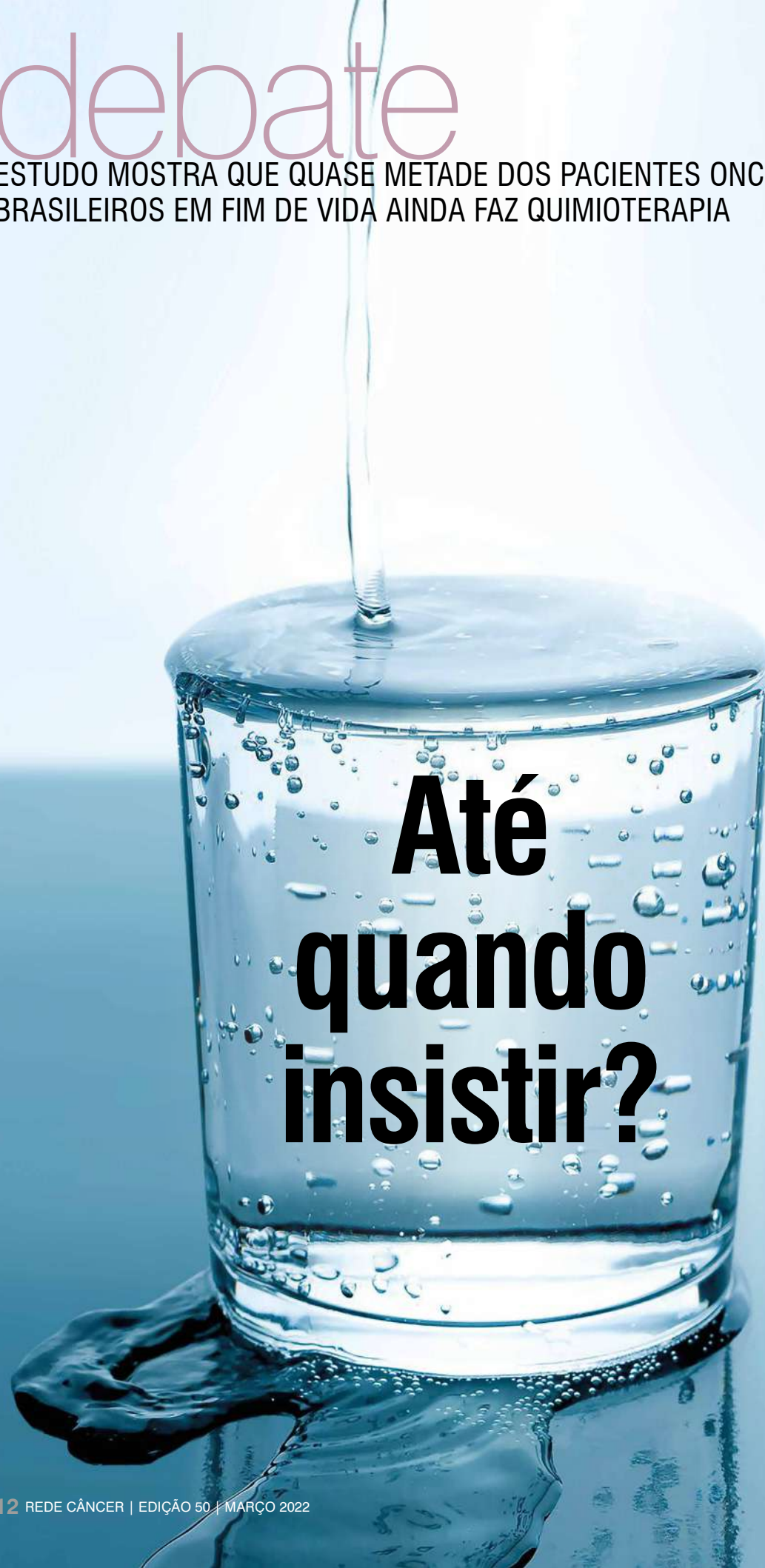
Foi feita também a análise da hemocompatibilidade do nanocomposto, que consiste na avaliação da interação com as células sanguíneas. “Foi constatado que, na faixa de toxicidade do composto, há pouca destruição de glóbulos vermelhos e baixo risco de problemas como trombose e anemia”, explica Joana.

Os resultados obtidos abrem perspectivas para a realização de testes *in vivo* em parcerias – ainda em análise – com grupos de pesquisa da área biomédica na Inglaterra, França e Espanha.

Se os resultados nas fases futuras do estudo continuarem positivos, a pesquisa deve evoluir para o ambiente clínico veterinário e, posteriormente, para ensaios em pacientes cujo tratamento tradicional falhou e não há mais alternativa terapêutica. Após essas etapas, o material desenvolvido pode gerar um medicamento administrado no paciente por via endovenosa. ■

debate

ESTUDO MOSTRA QUE QUASE METADE DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
BRASILEIROS EM FIM DE VIDA AINDA FAZ QUIMIOTERAPIA



**Até
quando
insistir?**

Se um médico colocasse na balança os efeitos positivos e os negativos de um remédio, a expectativa, naturalmente, seria que o primeiro lado sempre pesasse mais. Isso significa que a droga vai curar o doente ou amenizar os sintomas da doença, de tal modo que as eventuais reações adversas percam relevância. No entanto, para um determinado grupo de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no Brasil, a balança está pendendo para o lado negativo, segundo pesquisadores ligados à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Ao analisar a Base Nacional de Oncologia, banco de dados com registros de procedimentos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe identificou que 299 mil tratamentos de câncer começaram entre 2009 e 2014, período da investigação, e incluíram, pelo menos, uma internação. Um ano após a primeira hospitalização, 62 mil pessoas haviam morrido da doença. Dessas, 28 mil (45%) fizeram quimioterapia nos últimos 30 dias de vida, período em que a exposição a substâncias tóxicas, com efeitos indesejados, como náuseas e vômitos, já não era mais necessária. É um dos maiores índices do mundo, de acordo com o primeiro autor do estudo, Munir Murad Junior.

“Algumas séries tão grandes quanto a nossa mostraram, em países com sistema de saúde bem organizado, como o britânico, taxas de 10% [de quimioterapia em fim de vida] ou menos. De forma geral, encontramos, no mundo, em torno de 20% a 25%”, compara Murad Junior, coordenador de Cuidado Continuado do Instituto Orizonti, na capital mineira, e integrante do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG, responsável pela Base Nacional de Oncologia.

“Esses pacientes, em seus últimos momentos, estão recebendo o que se chama de sobretratamento: terapias, muitas vezes agressivas, que não agregarão nenhuma qualidade de vida, nem para eles, nem para os familiares”, acrescenta a coordenadora do grupo, a médica, professora e doutora em Saúde Pública Mariangela Leal Cherchiglia.

Mariangela foi orientadora do médico generalista Thiago Henrique Mascarenhas Nébias na dissertação de mestrado *Fatores associados ao risco de óbito em até um ano após a primeira internação de pacientes oncológicos no Sistema Único: identificando pacientes que potencialmente se beneficiariam de cuidados paliativos*, que serviu de base para o estudo. Nébias destaca que, quando segmentados por

“Esses pacientes, em seus últimos momentos, estão recebendo o que se chama de sobretratamento: terapias, muitas vezes agressivas, que não agregarão nenhuma qualidade de vida, nem para eles, nem para os familiares”

MARIANGELA LEAL CHERCHIGLIA,
doutora em Saúde Pública

tipo de câncer, os achados da pesquisa são ainda mais alarmantes. Em tumores colorretais, por exemplo, a taxa de quimioterapia no fim de vida, no Brasil, chega a 74%.

“É um número muito expressivo e completamente fora da literatura”, ressalta. “Pacientes em fim de vida não deveriam estar recebendo esse tipo de tratamento, já que não vão se beneficiar dele. Porém, a nossa cultura é muito medicalocêntrica e intervencionista, e nós, médicos, somos sobretimistas com o paciente. Sempre achamos que conseguiremos curá-lo, mas, em muitos casos, isso não acontece, e nós estamos apenas oferecendo um desconforto a mais”, reconhece o médico, que lidou com pacientes oncológicos em cuidados paliativos em atenção domiciliar e hoje atua com terapia intensiva em três hospitais na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

LINHA TÊNUE

A própria taxa de quimioterapia em fim de vida para o câncer colorretal materializa a esperança médica citada por Nébias. De acordo com Murad Junior, o alto índice pode ser explicado também pela própria característica do tumor, que, quando metastático para o fígado, ainda pode ser tratado cirurgicamente, porque não se espalhou para outros órgãos. Outro ponto a ser considerado, ele pondera, é a ausência de protocolos internacionais que especifiquem até quando aplicar o tratamento, independentemente do tipo de câncer.



“É realmente um desafio entender em que fase o paciente está, para não expô-lo a terapias tóxicas de maneira fútil, nem parar de fazer quimioterapia num momento em que ele ainda pode se beneficiar dela”

MUNIR MURAD JUNIOR, oncologista, coordenador de Cuidado Continuado do Instituto Orizonti, e integrante do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG

“É realmente um desafio entender em que fase o paciente está, para não expô-lo a terapias tóxicas de maneira fútil, nem parar de fazer quimioterapia num momento em que ele ainda pode se beneficiar dela”, admite. “Não há uma resposta objetiva, mas sabemos que a maioria dos tumores sólidos não responde muito bem a uma terceira ou quarta linha de quimioterapia. Então, quanto mais a gente tenta, maior a chance de o tumor se tornar mais resistente. Isso tem que ser levado em conta, ao lado, principalmente, da performance física do paciente, além do volume (soma dos nódulos) de doença e dos sintomas. É o conjunto dessas variáveis que vai ajudar na decisão de continuar a quimioterapia ou não.”

Para medir a performance física, é usada a escala Ecog (sigla em inglês para Grupo de Oncologia Cooperativa Oriental). Somente pacientes dos níveis 0 e 1, com nenhuma ou pouca restrição de movimento, devem receber quimioterapia sempre que indicado. Já os das duas últimas posições, 3 (pessoas restritas ao leito em mais de 50% do tempo em que estão acordadas) e 4 (totalmente restritas ao leito), nunca devem ser submetidas ao tratamento.

Essa recomendação consta de documentos lançados pelos braços canadense e australiano do movimento internacional Choosing Wisely (Escolhendo Sabiamente, em tradução livre), que estimula médicos do mundo inteiro a adotar escolhas racionais. Para pacientes Ecog 3 e 4, a organização indica evitar a quimioterapia e concentrar-se no alívio dos sintomas e nos cuidados paliativos.

Teor semelhante ao de uma publicação da matriz do movimento, nos Estados Unidos, com a Sociedade Americana de Oncologia Clínica (Asco, na sigla em inglês) sobre quando interromper o tratamento de câncer. No documento, as instituições reforçam que pessoas com doença avançada e que continuam recebendo quimioterapia, mesmo praticamente sem chance de ajudá-las, “acabam sofrendo quando não deveriam”.

SEM CULPADOS

Embora o estudo liderado por Munir Murad Junior abranja o Sistema Único de Saúde, o oncologista acredita que o panorama não seja diferente na rede privada. Para ele, dado o alto percentual de tratamento, não é possível apontar possíveis culpados pelo uso de quimioterapia em fim de vida no Brasil.

“Acho mais justo atribuir a uma característica nacional. É da nossa cultura lidar mal com a morte”, avalia. “O Brasil tem muito a melhorar no conceito de cuidados paliativos, tanto pela população quanto pelas equipes de saúde. Quando você tem o cuidado paliativo estruturado, faz menos quimioterapia no fim de vida.”

Para Murad Junior, o paciente deve ser acompanhado por profissionais de cuidados paliativos desde o entendimento de que a doença se tornou incurável. “É esperado que o contato do paciente com a equipe dure mais que seis meses. Diretrizes internacionais de integração precoce de cuidados paliativos recomendam que isso aconteça no último ano ou até nos dois últimos anos de vida”, revela. “A

COMO FOI FEITA A PESQUISA

O estudo conduzido por Munir Murad Junior, Thiago Henrique Mascarenhas Nébias, Mariangela Leal Cherchiglia e Marcos Antonio da Cunha Santos usou uma base de dados com registros de procedimentos realizados no SUS e gerenciada pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG.

A base tem 159 milhões de registros únicos entre 2000 e 2015. As informações são reunidas a partir da Autorização de Procedimento de Alto Custo (Apac), da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Datasus.

A Base Nacional de Oncologia, parte do banco de dados dedicada ao câncer, registra, entre 2009 e 2014, 299.202 pacientes que iniciaram o tratamento contra a doença e, posteriormente, foram internados pelo menos uma vez. Desse total, 62.249 morreram um ano após a primeira internação.



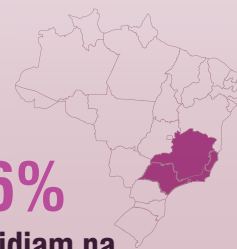
Internações de pacientes de câncer, entre 2009 e 2014

Total de internações

299.202

Óbitos um ano após a primeira internação

62.249



62 anos
Mediana dos pacientes que faleceram

46%
residiam na região Sudeste



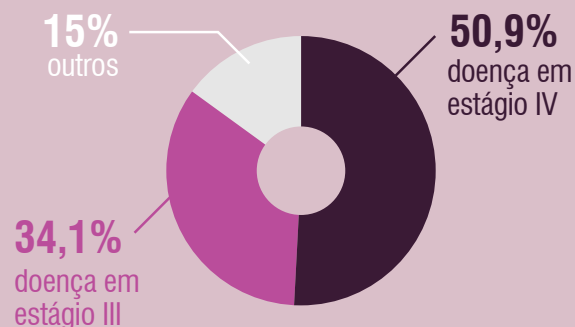
Últimos 30 dias de vida

28.250 pacientes fizeram quimioterapia



45,4%
do total de mortos

Entre os pacientes que morreram:



Tipos de câncer com maiores taxas de uso de quimioterapia no último mês de vida:



74,4%

COLORRETAL



51,8%

MAMA



50,5%

ESTÔMAGO



44%

PULMÃO

integração precoce faz com que médico e paciente se entendam. Assim, o conhecimento do profissional deixa de ser apenas biológico. Ele começa a ver o doente de modo mais amplo e percebe que a quimioterapia está fazendo mais mal do que bem, que está na hora de parar. Além disso, quando o vínculo entre eles é bom, o médico valida a esperança do paciente, mas também acolhe o medo.”

Thiago Nébias, por sua vez, crê em um desconhecimento a respeito dos cuidados paliativos. “Um benefício importante é paradoxal: o paciente submetido a uma quimioterapia supérflua, se estivesse em cuidados paliativos, poderia, em alguns casos, ter sua sobrevida aumentada. Afinal, diminui o número de internações desnecessárias em UTI, hospitalizações em geral e intervenções, enquanto aumenta a qualidade de vida, tanto do paciente quanto dos familiares”, afirma.

O DILEMA DO GOLEIRO

Mariangela Cherchiglia cita estudos internacionais que apontam que o cuidado paliativo proporciona atendimento mais humano a um custo menor para o sistema de saúde, em comparação à quimioterapia. “Não é apenas o valor do procedimento em si, mas de todo o tratamento. É necessário fornecer o medicamento antivômito, e o paciente pode ser internado, até mesmo em UTI, porque pegou uma infecção ou sofreu obstrução intestinal. Além disso, alguns desses medicamentos novíssimos para o tratamento de câncer em fase IV, que custam muito caro, não melhoram em nada a qualidade de vida do doente e têm efeitos adversos gravíssimos. O paciente ainda corre o risco de passar o último tempo dele na UTI, sozinho, num ambiente hostil”, observa.

Para a médica, a trajetória que leva à redução do sobretratamento e ao aumento da qualidade de vida do paciente não é das mais fáceis, uma vez que a internação hospitalar e os procedimentos ambulatoriais ainda são vistos na sociedade como sinônimos de assistência apropriada. Além disso, muitas famílias não podem manter o doente em atendimento domiciliar, já que nem todos os custos são cobertos pelo Estado. Por fim, há os próprios interesses econômicos da saúde privada, que estimula o consumo cada vez maior de medicamentos e aparelhos.

No entanto, Mariangela aponta atalhos. Um deles é incluir, ou aprofundar, a abordagem dos cuidados paliativos na formação médica. “Nossos futuros

“O paciente submetido a uma quimioterapia supérflua, se estivesse em cuidados paliativos, poderia, em alguns casos, ter sua sobrevida aumentada. Afinal, diminui o número de internações desnecessárias em UTI, hospitalizações em geral e intervenções, enquanto aumenta a qualidade de vida, tanto do paciente quanto dos familiares”

THIAGO HENRIQUE MASCARENHAS NÉBIAS,
médico generalista

profissionais carecem de uma visão mais ética e abrangente da qualidade de vida dos pacientes. Não podem ter a ideia de que somente a tecnologia vai resolver. Como professora, sempre falo com meus alunos que, às vezes, determinados procedimentos e medicamentos trazem muito mais sofrimento para o paciente e sua família do que a aceitação da finitude da vida.”

Murad Junior também segue o caminho da autocrítica, mas recorre ao passado para trilhá-lo. Ele lembra uma pesquisa de 2007 que, com base em estudos do psicólogo israelense Daniel Kahneman, Prêmio Nobel de Economia em 1986, definiu o que é viés de ação: o goleiro sabe que a chance de pegar um pênalti é maior se ficar no meio do gol, mas, ainda assim, decide pular em um dos cantos, porque, se a bola entrar, sofrerá mais por ter ficado parado do que por ter agido.

“É por isso que nós usamos quimioterapia em fim de vida – pelo menos, fizemos alguma coisa. É difícil ganhar desse viés cognitivo, mas nem precisa. Temos que entendê-lo e oferecer a opção certa, que é o cuidado paliativo. Já que nós vamos pular, que façamos isso no canto certo.” ■

PROTOCOLO PARA OFERTA PRECOCE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Em fevereiro, o INCA deu início ao projeto-piloto que avaliará a elaboração de protocolo para embasar o encaminhamento de pacientes já sem possibilidade de cura, mas ainda atendidos nas unidades regulares do Instituto, para o recebimento exclusivo de cuidados paliativos no Hospital do Câncer IV. A iniciativa foi da diretora do HC IV, Renata de Freitas, após pesquisa com oncologistas clínicos do HC I, HC II e HC III para identificar as principais barreiras para tomarem a decisão de interromper o tratamento com intuito curativo, mesmo quando não há mais benefícios aos pacientes. A pesquisa foi efetuada por meio de formulário estruturado baseado em publicações sobre o tema para descobrir quais os fatores determinantes, as dificuldades e sugestões de estratégias para o encaminhamento desses pacientes.

“No momento, o INCA não possui um protocolo de encaminhamento. A decisão de encaminhar o paciente para o HC IV é do médico que faz o atendimento nas unidades usuais”, explica Renata de Freitas. “Porém, o indivíduo é paciente do serviço [de oncologia clínica, por exemplo]; ele não tem um médico que o acompanha durante todo o tratamento. Então, o médico que atende a um determinado paciente uma única vez não se sente confortável para tomar essa decisão.”

Embora os médicos entrevistados reconheçam o benefício do encaminhamento e entendam que o ideal é que os pacientes tenham acesso à equipe de cuidados paliativos precocemente, a média de sobrevivência dos que são acompanhados no HC IV é de seis a oito semanas. Isso mostra que os pacientes são encaminhados nos dois últimos meses de vida.

O projeto-piloto está sendo aplicado no HC II. Foram enviados questionários aos 59 médicos que atendem pacientes com câncer do colo do útero. O protocolo está sendo construído com base em critérios técnicos de mau prognóstico na doença avançada por meio de consenso (metodologia conhecida como Método Delphi). O objetivo é chegar

a um modelo que, ao ser respondido pelo médico, calculará o quanto determinada paciente é candidata a receber exclusivamente cuidados paliativos. Dessa forma, o peso da decisão deixará de ser apenas de um médico, pois ele estará embasado em um protocolo institucional construído coletivamente.

A pesquisa realizada pela diretora do HC IV, que também avaliou os prontuários dos últimos 30 dias de vida de todos os pacientes com câncer avançado que morreram entre junho e julho de 2019 nas demais unidades do Instituto, identificou a prescrição de quimioterapia no derradeiro mês de vida para 24% daqueles assistidos no HC I. No HC III, o percentual foi de 21,4% e, no HC II, de 17,9%. Além da prescrição de quimioterapia, parte desses pacientes também foi atendida nas emergências e/ou internados nas unidades onde estavam matriculados.

“Ainda recebemos no HC IV um número significativo de pacientes já demandando internação ou assistência domiciliar. Caso os pacientes fossem encaminhados menos tardiamente, eles poderiam ser acompanhados em ambulatório, com possibilidade de acompanhamento mais precoce na linha de cuidado e melhor perfil funcional. Temos vagas ociosas no ambulatório”, observou.

A Sociedade Americana de Oncologia Clínica recomenda, desde 2018, a introdução de cuidados paliativos em até oito semanas após o diagnóstico da doença oncológica avançada, justificando que essa intervenção pode resultar em cuidados de final de vida menos agressivos. Esses cuidados incluem redução de indicação de quimioterapia no último mês de vida e menor tempo e número de internações hospitalares, além de maior probabilidade de óbito em ambiente escolhido pelo paciente.

“De fato, a gestão do INCA compreende a importância de modificar o modelo atual de oferta de cuidados paliativos, mas serão necessários adaptações e otimização de recursos humanos, fator de difícil resolução em médio prazo. Por isso, a motivação do estudo”, observou a diretora do HC IV.

capa

SEMELHANTES A PROGRAMAS DE RÁDIO, *PODCASTS* GANHAM ESPAÇO NA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Em alto e bom som

Um telefone celular com aplicativo de edição de áudio, um ambiente silencioso para gravação de voz, conexão com a Internet, um bom assunto e criatividade a gosto. Como ingredientes opcionais, microfone para deixar o som mais “limpo”, um ou mais entrevistados, músicas e efeitos sonoros. Por fim, basta escolher a plataforma para divulgação, enviar o arquivo e pronto – você já tem o seu *podcast*.

Surgida em 2004, nos Estados Unidos, essa mídia semelhante ao rádio – porém digital e mais interativa, além de não ter transmissões ao vivo – conquistou o público não só pela facilidade de produzir, como também de consumir todo tipo de conteúdo, a qualquer momento. Os números confirmam a popularidade: pesquisa feita para a Globo pelo Kantar Ibope revela que em 2020, primeiro ano de pandemia, o número de ouvintes regulares de *podcasts* no Brasil cresceu 33% em comparação a 2019, chegando a 28 milhões de pessoas. Já os programas disponíveis no Spotify, maior plataforma de áudio sob demanda do mundo, triplicaram globalmente no mesmo período, passando de 700 mil para 2,2 milhões.

Os dois fatores – facilidade de produção de conteúdo e interesse do público – vêm atraindo também instituições e profissionais de

saúde, inclusive da oncologia. Mas é claro que aqui, à “receita” citada no início desta reportagem, soma-se um componente indispensável: responsabilidade. Seja com um só apresentador ou em forma de debate, em bate-papo ou em tom mais sóbrio, com apenas cinco minutos ou até uma hora de duração, os *podcasts* já se consolidaram como ferramenta valiosa para levar à população informações relevantes sobre prevenção e controle do câncer.

“O *podcast* é democrático, pois dá oportunidade a todos, sejam da área da Comunicação ou não, de falar de um assunto do qual entendem bem e compartilhá-lo”, define Kátia Patrocínio, professora de Radiojornalismo da Universidade de Fortaleza (Unifor) e do Centro Universitário 7 de Setembro (UNI7), no Ceará, e fã declarada do formato. “Na saúde, é extremamente importante e louvável a presença de *podcasts*. Muitos assuntos ainda são desconhecidos ou tabus para nossa população, que é carente de informação nessa área. Também é uma oportunidade para que mais pessoas tenham acesso a um conhecimento que, muitas vezes, fica restrito a quem está passando por uma determinada doença”, complementa.

O pioneiro entre os *podcasts* de oncologia é o A. C. Camargo Cancer Center, de São Paulo. A estreia, em novembro de 2019, foi com uma entrevista de Bruno Favoretto, ex-colunista de turismo da rádio CBN, com Stênio Zequi, *head* da Urologia da instituição, sobre tumores urológicos e atividade física. Até fevereiro, outros 55 haviam sido produzidos, todos escritos e apresentados por Favoretto, que, ao microfone, troca a fala acelerada da entrevista à REDE

“Na saúde, é extremamente importante e louvável a presença de *podcasts*. Muitos assuntos ainda são desconhecidos ou tabus para nossa população, que é carente de informação nessa área”

KÁTIA PATROCÍNIO, professora de Radiojornalismo da Universidade de Fortaleza e do Centro Universitário 7 de Setembro

CÂNCER por uma voz pausada e palavras ditas de forma leve e, sempre que possível, com um toque de descontração.

“Com a pandemia, as pessoas acabaram ficando um pouco saturadas de conteúdos de saúde, e câncer é um tema pesado. Mas a gente tenta prestar serviço, mostrando, por exemplo, quais são os sinais e sintomas da doença, o que o paciente pode fazer ou comer. É um trabalho totalmente editorial, sem aquela coisa prolixa e institucional”, ressalta o jornalista, que trabalhou na Transamérica de Belo Horizonte (MG) e até narrou a final da Copa do Mundo de 2002 por uma emissora universitária mineira. “Os pilares dos nossos conteúdos são os mesmos do A. C. Camargo: prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação/seguimento, bem como a parte de ensino e pesquisa”, acrescenta.

COMO NUM ESTÚDIO

O *site* do A. C. Camargo tem a relação completa dos programas da *Rádio Cancer Center*, nome do *podcast* da entidade, separados por mês. Cada episódio, no *site*, é acompanhado de uma descrição em texto, que apresenta e resume o conteúdo narrado, bem como o *player* de áudio. Os arquivos também podem ser ouvidos nos serviços de *streaming* de áudio SoundCloud, Spotify, Deezer e Google Podcasts.

Em mais de dois anos de produção de conteúdo, apenas dezembro de 2021 e janeiro de 2022 não tiveram postagens, já que a equipe de Comunicação e Marketing estava envolvida em outros projetos, como a indexação de alguns episódios no Google e testes com vídeo. Se o formato com imagem agradar, vai se somar aos áudios – que, de acordo com Favoretto, voltarão a ser publicados, pelo menos, duas vezes ao mês.

Na edição dos arquivos, o jornalista tem o apoio de Gustavo Fiorin, representante do Ensino Digital do A. C. Camargo, que também participa da maioria dos programas, interagindo com os entrevistados. Desde o início da pandemia, todos os convidados gravam de casa, simultaneamente, “como se estivessem no estúdio”, segundo Favoretto.

O ideal, ele avalia, é que cada programa tenha até dois entrevistados, “para não ficar muito grande”. Mas não foi o que aconteceu no *podcast* favorito do apresentador, que foi ao ar em maio do ano passado. Em “Mães e o câncer”, Favoretto, Fiorin e Sílvia Vouliemme, gerente de Experiência do Paciente do

A. C. Camargo, conversam, durante 55 minutos, com três convidadas. Uma delas é Cristina Massens, mãe de Valentina, que aos 45 dias de vida foi diagnosticada com retinoblastoma bilateral, tumor ocular comum em crianças. Hoje com 13 anos e sem o olho esquerdo, Vavá, como é conhecida, é influenciadora digital.

“O depoimento da mãe é emocionante, difícil, mas mostra que existem caminhos para a cura e para melhorar a sobrevivida”, reflete Favoretto, que também entrevistou Raquel Lukacs, mãe de Rafael. O menino foi diagnosticado com neuroblastoma em 2017, aos 4 anos, e morreu no início de 2021. “Difícilmente uma empresa privada ‘daria a real’ dessa forma. Ninguém quer ouvir esse tipo de coisa. Ao mesmo tempo, a gente não pode fechar os olhos. A Raquel, hoje, está montando uma fundação, que tem a história do seu filho como causa, e isso resume um pouco [a motivação da entrevista]. Não queremos enganar ninguém nem tentar distorcer a realidade, e sim trazer histórias inspiradoras.”

Muitas das histórias que Favoretto conta nos *podcasts* servem de inspiração para ele mesmo. Em 2000, aos 17 anos, o jornalista levou um tiro de um policial na porta da estação Bresser do metrô de São Paulo e ficou paraplégico. Ele diz que encarou o incidente como uma missão.

“Tudo que eu fizer na minha vida, que eu abra portas para outros deficientes serem encarados com alguma ‘normalidade’. Vejo muito isso em alguns pacientes. Não estou me comparando, mas me identifico com essa pessoa que fala ‘tudo bem, pode não ser o ideal, mas vamos fazer o melhor com o que a gente tem’. Nós nos apegamos a tanta bobagem, quando há coisas mais sérias às quais nem sempre damos a atenção ou a dimensão necessárias. Trabalhando no A. C. Camargo, fica difícil me esquecer disso.”

INCA NO DIAL

Os programas de áudio digital também “conquistaram” o INCA. O Instituto produziu seis *podcasts*, em 2021, em parceria com a rádio JB FM – os quatro primeiros, como parte das celebrações pelo Dia Mundial do Câncer (4 de fevereiro), e os dois últimos, dentro do tema Outubro Rosa. A emissora transmitiu trechos dos episódios – ou pílulas, no linguajar radiofônico – ao longo da programação, durante os meses referentes às datas, e disponibilizou as íntegras no *site* da empresa.

“A JB se dispôs a abrir esse espaço de *podcast* para parceiros, o que eles não tinham”, comemora



O jornalista Bruno Favoretto é, desde 2019, o responsável pelo *podcast* do A. C. Camargo Cancer Center

Pedro Antônio Guimarães, jornalista e assessor de imprensa do INCA, com vasta experiência em rádio – ele tem passagens por emissoras como BandNews, Alpha e MBP FM. “Nós produzimos o conteúdo, desde o roteiro até a gravação, a captação e uma edição mais bruta, dos cortes de conteúdo. Eles finalizaram, masterizaram e levaram os episódios ao ar”, acrescenta.

A escolha da emissora “juntou a fome com a vontade de comer”, nas palavras de Guimarães. Além de parceira do Serviço de Comunicação Social do INCA em projetos anteriores, a JB FM é hoje a quarta emissora mais ouvida do *dial* carioca – na época dos primeiros *podcasts*, era a terceira – e a primeira no segmento adulto-contemporâneo. “Ainda que se

“Tudo que eu fizer na minha vida, que eu abra portas para outros deficientes serem encarados com alguma ‘normalidade’”

BRUNO FAVORETTO, jornalista

COMO CRIAR UM PODCAST



O termo “podcasting” foi citado pela primeira vez em fevereiro de 2004, pelo jornalista Ben Hammersley, do jornal britânico The Guardian, a partir da junção do prefixo “pod” (de iPod, player de áudio digital da Apple) com o sufixo “casting” (de broadcasting, transmissão). Mas o “pai” da palavra podcast, como sinônimo de programa de áudio divulgado pela Internet, é o ex-VJ da MTV americana Adam Curry.

Uma das características que diferenciam o podcast do rádio é a facilidade de produção e trans-

missão do conteúdo. Embora alguns acessórios sejam bem-vindos, como um microfone, não é necessário antena nem equipamentos muito caros. Um aparelho celular – que não precisa ser dos mais sofisticados – é o suficiente para começar.

O primeiro passo é baixar o aplicativo Anchor, disponível gratuitamente na Play Store (aparelhos Android) e na App Store (iOS). Com ele, é possível gravar e editar arquivos de áudio, incluindo funções como cortar partes ou adicionar trilha sonora, bem como postar os episódios no Spotify.

Veja a seguir como usar o aplicativo. As dicas são do site TechTudo.



“O *podcast* permite ao autor [como nos *blogs*] a liberdade de abordar qualquer assunto, só que em áudio, e o ser humano é muito oral, adora falar. É um formato tão forte que tem picos de audiência absurdos”

PEDRO ANTÔNIO GUIMARÃES, jornalista e assessor de imprensa do INCA

posicione como uma rádio de público AB, bem ‘nichada’, a JB atinge de 200 mil a 300 mil pessoas por minuto, segundo estimativas do mercado. Além disso, as pílulas foram ao ar na hora do *rush* da manhã e da noite, que são o auge da audiência no rádio, e o *site* da JB é um espaço relevante para o INCA. Não conseguimos medir, mas estimo que o alcance tenha sido muito bom”, diz o jornalista, destacando também o ganho institucional com a parceria, que permitirá novas ações, já em planejamento.

Guimarães, ao lado de profissionais de várias áreas do Instituto, participou da escolha dos apresentadores dos seis programas. Cada um teve a narração de um especialista, que falou livremente, respondendo a perguntas feitas pelo jornalista – cuja voz foi excluída na edição. A intenção foi deixar os episódios “mais fluidos”, como se fossem um discurso contínuo. Na primeira leva, Liz Almeida, coordenadora de Prevenção e Vigilância; Gélcio Mendes, coordenador de Assistência; a nutricionista Luciana Grucci e o oncologista Carlos José Coelho de Andrade trataram de temas como hábitos saudáveis e a relação entre estresse e câncer. Já na segunda, Luciana Grucci, novamente, e a mastologista Fabiana Tonello abordaram prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama.

A gravação dos *podcasts*, conta Guimarães, foi simples. “Fomos até os porta-vozes captar o áudio, pelo celular mesmo, com um microfone de lapela. Procuramos ambientes controlados, no próprio INCA. Com a Luciana e a Fabiana, que já tinham alguma estrutura, nós orientamos, elas gravaram e nos enviaram os arquivos”, relata. Os programas têm de três a oito minutos.



Podcast da mastologista Rebeca Heinzen lhe rendeu convite para coordenar os programas da Sociedade Brasileira de Mastologia

Produtor de *podcasts* desde 2016, quando ainda não tinham tantos adeptos no Brasil, o jornalista compara os arquivos de áudio digital a *blogs*, nos quais o autor tem liberdade de escrever sobre qualquer assunto para um público restrito. “O *podcast* permite isso, só que em áudio, e o ser humano é muito oral, adora falar. É um formato tão forte que, ainda que tenhamos YouTube, Twitch e outras plataformas de *streaming* em vídeo, o *podcast* tem picos de audiência absurdos. Hoje o Spotify sugere *playlists* com três ou quatro músicas de que você gosta, mais um *podcast* de notícia, imitando qualquer rádio musical, que faz isso há décadas. Muda a plataforma, mas o formato é o mesmo, que dá certo há muito tempo.”

Além do *site* da JB FM, os *podcasts* do INCA estão disponíveis no portal do Instituto na Internet, acompanhados de breves descritivos. Segundo Guimarães, não é possível publicar em outras plataformas, devido à parceria com a emissora. Mas há projeto para criação de um *podcast* exclusivo da instituição.

BLOCO DO EU SOZINHO

O caráter democrático dos *podcasts*, citado pela professora Kátia Patrocínio, encontra na ginecologista e mastologista Rebeca Heinzen um exemplo perfeito. De sua casa, em Florianópolis (SC), a médica gravou, editou e publicou nove episódios do *podcast* “Câncer de mama”, provando que não é necessário o suporte de uma instituição para produzir programas de qualidade sobre saúde e oncologia.

“Eu faço o roteiro e gravo com meu celular, mas uso fone. Hoje em dia, os celulares são ótimos, são

basicamente computadores. Com alguns *apps*, a gente consegue fazer tudo”, diverte-se Rebeca, que teve a ideia de gravar os programas inspirada no *podcast* de uma colega médica: “Fui convidada para dar entrevista. Minha amiga me ensinou a gravar e eu achei fácil. Sou superativa nas redes sociais e pensei que seria interessante estar nos *podcasts* também, divulgando as doenças da mama, porque cada pessoa se identifica com uma plataforma.”

Os programas de Rebeca têm no máximo seis minutos e podem ser ouvidos nos principais serviços de áudio sob demanda. A saúde das mamas é tema de episódios como “Introdução ao universo da Mastologia”, o primeiro e “mais desafiador”, lançado em julho de 2020; “Outubro rosa”, o preferido da médica; e “Agosto dourado”, o mais recente, de agosto de 2021, sobre amamentação. Mas o “Câncer de mama”, apesar do título, não é restrito ao tema, já que também aborda Setembro Verde (câncer colorretal), vacinação e outros assuntos relacionados à saúde feminina.

“O *podcast* tem uma facilidade que é você poder ouvir em trânsito. A gente consegue escutar no carro ou colocar um fone de ouvido enquanto está caminhando, diferentemente das redes sociais, que você precisa olhar para uma tela. Nessa nossa vida corrida, isso ajuda muito. Também favorece o acesso para cegos e outras pessoas com algum grau de deficiência visual”, analisa Rebeca, que se declara “ouvinte nata” de *podcasts*, com temáticas que vão da Medicina à Filosofia.

Quem estava acostumado a ouvir os episódios de “Câncer de mama” no Spotify, por exemplo, pode

“Sou superativa nas redes sociais e pensei que seria interessante estar nos *podcasts* também, divulgando as doenças da mama, porque cada pessoa se identifica com uma plataforma.”

REBECA HEINZEN, ginecologista e mastologista

pensar que o programa acabou. Não é bem assim – está em pausa, e por um motivo nobre. Os episódios chamaram a atenção da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), que convidou Rebeca para coordenar os *podcasts* da entidade. No ar desde setembro de 2021, o “Canal SBM” já tem dezenas de programas, divididos em duas categorias e datas de postagem: um voltado para o público leigo, publicado toda terça-feira, e outro mensal, para especialistas, com opiniões de médicos sobre temas diversos.

“Acabei tendo menos programas do que o planejado, por conta do projeto da Sociedade, mas pretendo fazer uma vez por mês depois do carnaval”, promete a médica, num misto de informação e despojamento que caracteriza boa parte da chamada *podosfera* brasileira. ■

ONDE OUVIR

Para acompanhar os programas citados na matéria, acesse os sites das instituições ou empresas e, no menu, siga o caminho indicado.



A. C. Camargo Cancer Center

(www.accamargo.org.br)

Sobre o câncer > Artigos e notícias > Podcast Rádio Cancer Center

Disponível também nas principais plataformas de áudio sob demanda.



INCA

(www.inca.gov.br)

Central de conteúdos > Áudios



JB FM

(<https://jb.fm>)

Programação > Podcasts > JB Social




Rebeca Heinzen e Sociedade Brasileira de Mastologia

Disponíveis nas principais plataformas de áudio sob demanda.

personagem

JUSSARA DEL MORAL CONVIVE HÁ 15 ANOS COM UM CÂNCER DE MAMA, HÁ 13 METASTÁTICO, E CRIOU O CANAL *SUPERVIVENTE* PARA FALAR SOBRE A DOENÇA



“Quero deixar
um legado”

A rotina da paulistana Jussara Del Moral está longe de se resumir a tratamentos médicos. Convivendo há 15 anos com um câncer de mama, há 13 metastático, ela criou o canal *SuperVivente*, no YouTube, para falar sobre o assunto, e mantém uma atitude positiva e proativa diante da doença e da vida. “Fiz dessa doença uma bandeira para as pessoas que não têm o mesmo privilégio que eu de entender o que elas têm e correrem atrás do que mais precisam, encarando o câncer com coragem. Quero viver da melhor maneira. O lugar de vítima não é o meu lugar”, conta Jussara.

O primeiro diagnóstico foi em 2007. “O subtipo era agressivo – triplo negativo. Mas o nódulo era pequeno e o prognóstico [chance de cura], bom. Não fiz mastectomia radical, retirei o quadrante da mama onde estava o tumor, quimioterapia e radioterapia. Acabado o tratamento, você volta à vida, na esperança de que tudo esteja bem. Mas em 2009, surgiram metástases nos dois pulmões. Eram três nódulos maiores, que foram tirados em cirurgia, e micro nódulos espalhados nos pulmões. Fiz novamente quimioterapia, fiquei careca de novo, aquela história toda, mas fiquei bem”, lembra.

Hoje com 57 anos, a *youtuber* conta que a primeira reação ao diagnóstico foi o susto. “Sabe aquela história de que quando você desconhece um assunto, não tem nem dúvidas sobre ele? Porque você não sabe nada a respeito. Eu não tinha tido contato com ninguém que tivesse enfrentado um câncer, além do meu pai. Mas o dele foi tão fulminante que a gente não teve tempo de vê-lo fazendo tratamento. Ele teve câncer de próstata e de estômago. E eu sou uma pessoa bem-humorada, idealista, muito bem informada. Então, essa história de ter câncer foi um susto, mas logo procurei entender o que estava acontecendo comigo”, diz, contando que, além da surpresa, sentiu medo.

“Sou como todo mundo. Claro que veio o medo, a choradeira... Mas me permito o luto por pouco tempo. Quero logo partir para a ação. Estou doente, ok. O que eu preciso fazer? Porque eu quero me livrar logo do problema. Obviamente, foi difícil, mas em nenhum momento pensei na morte. Nos diagnósticos seguintes, tive outra reação porque eu já sabia as dificuldades que enfrentaria como paciente. Não só pelo tratamento, mas a dor, o mal-estar, ficar careca. E quando vem o diagnóstico de metástase, você pensa: ‘Agora ferrou, já está no meu sangue... Eu vou morrer’. Não sou destemida, tenho medo. Mas sou corajosa”.

“Fiz dessa doença uma bandeira para as pessoas que não têm o mesmo privilégio que eu de entender o que elas têm e correrem atrás do que mais precisam, encarando a doença com coragem”

Em 2013, ela descobriu um calombo na calota craniana: era uma nova metástase. “Tenho muitas lesões na calota craniana. Fiz uma cirurgia e radioterapia, o que acabou levando embora meus cabelos definitivamente em uma parte da cabeça. Um ano mais tarde, tive uma progressão, no mesmo local, e desde então faço quimioterapia oral, hormonioterapia e tomo outros remédios. Em 2019 tive uma pequena lesão cerebral e tratamos essa nova metástase com radiocirurgia.”

YOUTUBE

A *youtuber* conta que encarar a doença como algo natural em sua vida e seguir da melhor forma possível faz dela uma inspiração para muitos pacientes oncológicos. E isso tudo foi potencializado com a criação do canal no YouTube. A ideia inicial de criar o *SuperVivente* era para trabalhar com o que ela mais ama fazer: comunicação.

Quando se formou em Rádio e TV, aos 22 anos, Jussara descobriu que estava grávida. “Eu já era funcionária pública. Tinha um emprego estável e não tive coragem de largar tudo para trabalhar com o que realmente gostava”, conta. Na época em que foram diagnosticadas as metástases, ela já estava próxima de se aposentar – e foi logo aposentada por invalidez.



“A boa informação salva vidas, e o paciente bem informado tem chance de viver por mais tempo”



Jussara entrevista Drauzio Varella para o *Supervivente*

“Fiquei muito triste. Me senti perdendo meu lugar no mundo e pensando: ‘Agora vou fazer o que sempre quis a minha vida inteira. E criei meu canal. Quando comecei, a intenção não era ser altruísta e ajudar pessoas. Era não morrer sem fazer o que mais gosto. Vi que estava realizando o meu sonho e ajudando um montão de gente. Já posso morrer feliz”, diz.

Em seu programa, ela conta suas experiências como paciente e entrevista desde profissionais de saúde, como o oncologista Drauzio Varella, a pacientes que contam suas vivências. “Me considero uma ativista. A pretensão, com o meu canal, é fazer com que as pessoas reflitam. Eu tenho alguns privilégios, como plano de saúde, mas também enfrento dificuldades. A medicação que uso não tem no SUS [Sistema Único de Saúde], é judicializada. Tive que entrar na Justiça diversas vezes para conseguir exames. Imagine quem não tem o que eu tenho. Então, resolvi falar disso. Os pacientes ainda acham que, se eles têm câncer, é assim mesmo, o sofrimento é normal. Mas a gente não pode normalizar o sofrimento.”

Para a apresentadora, é motivador ter um canal de informação sobre um tema tão importante. “Eu tenho esse jeito de chorar e partir para a ação, mas muitas pessoas não sabem nem por onde começar. O assunto câncer ainda é um

tabu, tem gente que não fala a palavra porque acha que ‘atrai’. Não! Temos que nos apoderar desse assunto para, caso sejamos atingidos, saber o que fazer. Já fazia esse trabalho nas redes sociais, até no extinto Orkut. Então, vamos falar de câncer, sim. A boa informação salva vidas, e o paciente bem informado tem chance de viver por mais tempo.”

Há dois anos, Jussara começou a aprender sobre cuidados paliativos, que foca na qualidade de vida do paciente diante da doença em estágio avançado. “Falo para mídias, grupos e estudantes de Medicina sobre cuidados paliativos, que não é só para o fim da vida, é um direito do paciente que tem uma doença grave e que pode viver melhor. Cuidados paliativos não é falar sobre morte, mas sobre a vida e como morrer bem. De hoje até o dia da minha morte, há um intervalo, e é ele que importa, e eu o aproveito intensamente”, afirma.

“Sou voluntária do Instituto Oncoguia, que faz um trabalho muito bom na defesa dos pacientes. Tenho uma anteninha ligada e tudo o que aprendo, quero transmitir aos outros”, diz, destacando que fica muito feliz ao receber o *feedback* das pessoas. “É uma via de mão dupla essa motivação. Muitos dizem: ‘Você mudou minha vida’ ou ‘Se eu não tivesse te conhecido, talvez não estivesse tão bem’. Costumo falar que, se para mim deu certo, para você também pode dar. Não é garantia, mas pode dar”.

“O CÂNCER NÃO PAUTA A MINHA VIDA”

Mãe de dois filhos, Caio, de 35 anos, e Isabela, de 29, Jussara adora sair, dançar, ama carnaval. E é integrante da banda Bangalafumenga, em São Paulo. Ela ressalta que gosta de mostrar para as pessoas que leva uma vida normal. “Só que o meu normal tem um câncer no meio do caminho. Sou uma mulher que tem uma doença grave em estágio avançado e também com muita vontade de viver. Sou Jussara, apaixonada pela vida, batuco num bloco de carnaval, mãe do Caio e da Isabela, tenho canal de vídeo, faço



Jussara com os filhos, Caio e Isabela

“Sou Jussara, apaixonada pela vida, batuco num bloco de carnaval, mãe do Caio e da Isabela, tenho canal de vídeo, faço coisas muito legais com o talento que tenho para falar e escrever. Isso me define”

coisas muito legais com o talento que tenho para falar e escrever. Isso me define. E essa mulher também tem câncer – mas ele não pauta a minha vida. O que dita a minha vida são meus desejos, as coisas que quero produzir, para mim e para minha família. Mostro para os outros que a pessoa com câncer continua sendo ela mesma”, diz.

Na sua rotina de bem viver, está a academia, que ela frequenta cinco vezes por semana, suplementação vitamínica e sessões de acupuntura para aliviar as dores. “Eu me cuido muito. Mas nem todo mundo tem essa possibilidade. Tenho náuseas, algumas dores decorrentes dos tratamentos, mas não me entrego. O câncer não me abateu. Quando perguntam o segredo de tanta vitalidade digo que, para ficarmos vivos, temos que fazer a nossa parte.”

Ela faz um alerta sobre a importância do diagnóstico precoce. “O quanto antes você souber de uma metástase, maiores são suas chances. O diagnóstico precoce salva vidas. A gente precisa estar atenta aos sinais, nossa saúde é muito importante. Respeito quem não quer saber, mas recomendo que procure se informar mais. Até para discutir seu caso com o médico. Eu posso discutir sobre meu caso com qualquer médico. Eu os respeito, mas eles também me respeitam muito. Costumo dizer que pessoas como eu são ‘desenganadas’, porque, com a informação, ninguém mais engana a gente” (risos).

E diante das inúmeras entrevistas no *SuperVivente*, algumas a teriam tocado de forma especial? “Olha, fiz muita coisa legal. Mas as ‘meninas’, como chamo as muitas amigas que passaram por ali, me tocaram muito. Foi uma convivência de aprendizado. Costuma-se dizer que a pessoa ‘perdeu para o câncer’. Mas

não é uma luta. O fato de ter câncer e fazer um tratamento tão difícil, ter dificuldades físicas, morais, espirituais... Quando a gente morre tem que ser lembrado, tem que ser honrado. Convivo há 15 anos com o câncer. Digo que não sou amiga, mas tenho uma boa convivência com o câncer. Então, se morrer amanhã, não perdi. Estou deixando um legado.”

Jussara faz questão de sublinhar que sua positividade faz parte desse legado. “Quando vou a palestras, levo fotos, mas não de quando estava careca ou abatida. O que levo e transmito são as coisas que fiz, mesmo tendo câncer. Acho que a maior mensagem que deixo é essa: a gente pode ter câncer e viver muito tempo com ele. Enquanto tiver um dia após o outro, vou ter uma coisa boa para fazer amanhã. Dias ruins todos têm. Tenho um grande sonho, que é ser avó. Mas não depende de mim, né? Se eu for avó e não estiver mais aqui, os meus netos vão me conhecer. Porque o que existe de coisas sobre mim por aí (risos)... Então, acho que eles vão se orgulhar de mim”, prevê. ■



entrevista

ISADORA FERRAZ SEMIONATTO,
Doutoranda do Instituto de Biologia da Unicamp

“Escolhemos
o câncer
de pâncreas
por sua
agressividade”

A pesquisadora Isadora Ferraz Semionatto conquistou o primeiro lugar, ao término do curso Immuno-Colombia 2021, com estudo inédito sobre o desenvolvimento de um tratamento para ser usado em pacientes com câncer de pâncreas – tumor com alta taxa de mortalidade. Doutoranda do Instituto de Biologia da Universidade Estadual de Campinas (IB-Unicamp), ela se destacou entre alunos de vários países que fazem doutorado ou pós-doutorado ou são médicos nas áreas de reumatologia, alergia ou oncologia.

Isadora Semionatto integrou uma equipe de pesquisadores da África do Sul, México e Argentina. O estudo teve como base a reprogramação de linfócitos T (células de defesa) de pacientes com câncer de pâncreas, para que essas células passassem a atacar o tumor.

Em entrevista à REDE CÂNCER, a doutoranda conta detalhes do projeto, que ainda está em fase inicial – a equipe só teve quatro meses para desenvolver o estudo. Mas o resultado, até agora, é animador porque, segundo Semionatto, “o mérito do trabalho é poder ser levado adiante por instituição que tenha a tecnologia necessária, que é inovadora e cara”. Apesar das dificuldades que a ciência brasileira enfrenta, a pesquisadora aposta em iniciativas no longo prazo.

REDE CÂNCER – O que tem de inovador na pesquisa que valeu o prêmio?

O trabalho *Como superar a disfunção de células CAR-T em tumores sólidos* é baseado no método conhecido como terapia de células CAR-T [células T geneticamente modificadas para produzir um receptor artificial de células para uso em imunoterapia]. Consiste em reprogramar linfócitos T (células de defesa) de pacientes com câncer para que passem a atacar o tumor. Buscamos uma sinergia e associamos, às células CAR-T, um vírus oncolítico [que mata células cancerosas], que consegue se reproduzir em células de câncer, mas nas saudáveis tem dificuldade em se multiplicar. Isso faz com que as células de câncer fiquem enfraquecidas, propiciando melhor performance do sistema imunológico.

“Uma das vitórias dessa empreitada foi vencer o pouco tempo disponível para desenvolver um projeto de pesquisa: apenas quatro meses”

RC – Qual o motivo de estudar o combate ao tumor do pâncreas?

Escolhemos esse câncer por conta da sua agressividade, com alta taxa de mortalidade. Além disso, o tratamento é dificultado por conta do diagnóstico tardio e da baixa taxa de mutação. Isso, muitas vezes, o torna invisível ao sistema imune. Em meu laboratório de origem, em Campinas, já trabalho com células de defesa, atuando especialmente em engenharia genética e imunoterapia para câncer. É importante destacar que uma das vitórias dessa empreitada foi vencer o pouco tempo disponível para desenvolver um projeto de pesquisa: apenas quatro meses.

RC – O que é baixa taxa de mutação? Seria um tumor no qual as células mudam muito pouco em comparação às células saudáveis, ou seja, são mudanças pouco perceptíveis?

Sim, é basicamente isso. Tumores de pâncreas apresentam baixa “carga de mutação” (em inglês *Tumor Mutation Burden – TMB*). Cânceres



“Apenas os grandes centros tecnológicos em países desenvolvidos começam a estudar um pouco de células T e CAR-T. Acho que podemos avançar, mas não no curto prazo”

com altas TMB têm maiores chances de responderem melhor à imunoterapia do que aqueles com baixa TMB. Quando o tumor apresenta alta TMB, ele adquire neoantígenos [novas moléculas formadas na célula de câncer devido às mutações no seu material genético], permitindo que o sistema imune, principalmente as células T, reconheça as células tumorais como estranhas.

RC – Como é a atuação das células CAR-T nesse novo tipo de tratamento?

Produzidas em laboratório, as células CAR-T são derivadas das células T, as mais importantes do nosso sistema de defesa. Em seu estado natural, essas células, que são as responsáveis pela proteção contra infecções e tumores, podem perder a capacidade de identificar células malignas. No processo de produção de CAR-T, as células T são alteradas para que elas possam readquirir a capacidade de identificar células de câncer e destruí-las, tais como as da leucemia e as dos linfomas [terapia CAR-T para tumores hematológicos já está em uso]. As células CAR-T sozinhas teriam certa dificuldade de conseguir se infiltrar na massa tumoral do câncer de pâncreas. O método aplicado pelo nosso grupo produziu CAR-T capazes de reconhecer o antígeno mesotelina. Esse antígeno é muito presente no câncer de pâncreas e pouco em células pancreáticas saudáveis. A geração de uma célula CAR-T capaz de reconhecer a mesotelina dá maior especificidade à terapia.

RC – Como o estudo conseguiu fazer com que as células CAR-T reconhecessem especificamente esse antígeno?

Com as nossas pesquisas e dados na literatura, concluímos que construir uma célula CAR-T que reconhecesse o antígeno mesotelina seria eficiente em dirigir a célula CAR-T diretamente para o tumor de pâncreas. A literatura mostra que a mesotelina está presente em basicamente 90% dos tumores de pâncreas. O vírus oncolítico seria usado em sinergia com a terapia CAR-T. Assim, quando o vírus infectasse a célula tumoral, ele lisaria essa célula. A lise da célula tumoral promoveria o aparecimento de vários antígenos tumorais que poderiam ser reconhecidos como estranhos pelo sistema imune.

RC – Para um estudo de doutorado, um reconhecimento desses e a premiação – de US\$ 1 milhão – devem ajudar no avanço da pesquisa, não?

Em relação ao meu doutorado, a conquista do prêmio me estimulou muito, assim como ao restante do grupo, mas a técnica ainda não é praticada em meu laboratório na Unicamp. Apenas os grandes centros tecnológicos em países desenvolvidos começam a estudar um pouco de células T e CAR-T. Acho que podemos avançar, mas não no curto prazo.

RC – Você pretende continuar trabalhando com o mesmo grupo que desenvolveu o projeto?

O grupo gostaria de desenvolver a pesquisa, mas os integrantes são de diferentes países, tornando difícil o trabalho remoto. O mérito do projeto é que ele pode ser levado adiante por quem tem essa tecnologia, que é inovadora e cara. Sabemos a dificuldade que a pesquisa brasileira enfrenta. Espero que nosso estudo seja o ponto de partida para o uso dessa abordagem em tumor sólido, caso o pesquisador já tenha o *know-how*. ■

“O mérito do projeto é que ele pode ser levado adiante por quem tem essa tecnologia, que é inovadora e cara”

assistência

COMO LIDAR COM O MOMENTO DO DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO DA DOENÇA QUANDO SE TRATA DE UM FILHO?



“Meu filho tem câncer”

“**M**eu filho tem câncer. E agora? Como vamos enfrentar isso?” Essa é a primeira reação de muitos pais quando ouvem do pediatra o diagnóstico de um tumor maligno. Diferentes motivos, que vão desde a angústia diante de uma doença grave até a falta de estrutura emocional, podem dificultar o diálogo. No entanto, quando a criança é o paciente, adiar a conversa não é a melhor opção. “Estar doente é algo totalmente inesperado. Quando voltamos o nosso olhar para uma criança, é ainda mais surpreendente e avassalador”, observa Mariana Gavioli, psicóloga titular do Hospital de Amor, em Barretos, São Paulo. “Hoje em dia, elas são muito mais participativas. Antes, tínhamos aquele cerco do silêncio, que consistia em pensamentos como: ‘Não vamos contar o que está acontecendo. Vamos poupá-las desse sofrimento’. Porém, acreditamos que omitir a informação dá espaço para a criação

“Omitir a informação dá espaço para a criação de um ‘universo’ que, muitas vezes, é mais grave que a própria realidade”

MARIANA GAVIOLI, psicóloga do Hospital de Amor

A DOENÇA NARRADA POR UMA FAMÍLIA

A REDE CÂNCER conversou com Henrique de Azevedo, de 11 anos; a mãe dele, Franciele Fernanda Macedo; e a psicóloga Rita de Cássia Sanaïotti Grade Ferro, responsável pelas unidades de internação e de terapia intensiva pediátricas do Hospital do Câncer de Londrina, no Paraná – onde Henrique se trata desde setembro de 2021. O menino tem leucemia linfoblástica aguda e está encarando o tratamento com muito otimismo.

“Por causa do tratamento, ainda não posso ir à escola. No início [da doença], fiquei um pouquinho triste, mas fui me acostumando. Nessas horas, conversava com a minha mãe”, conta Henrique.

A mãe, que o acompanha quase sempre – revezando de vez em quando com a avó paterna da criança –, diz que, no início, foi um choque. “É bem difícil digerir a notícia, mas aos poucos a gente vai se habituando à rotina de hospital, conciliando com o trabalho, e sem deixar de dar atenção ao outro filho, de 8 anos, e ao meu marido.”

O primeiro medo de Henrique veio com a possível queda de cabelo por conta da quimioterapia. “Ele achava que ninguém ia gostar dele, que

ia cair o cabelinho. Não sabia muito bem como lidar com essa parte, como ia ficar a aparência dele”, relata Franciele. “Gostava muito do meu cabelo. Ficava tocando nele aqui em cima. Mas, agora, estou assim (mexe na cabeça, mostrando a nova aparência – sem cabelos)”, diz o menino, que sorri ao ouvir a mãe dizer que ele está “lindo do mesmo jeito”.

Henrique conta que as conversas com Rita, a psicóloga, fizeram com que ele passasse a ter mais calma e paciência. E revela, animado, que está trabalhando com o Kit Dodói. “A Mônica é a minha predileta!”. O kit é uma iniciativa da Associação Brasileira de Linfomas e Leucemias (Abrale), em parceria com o Instituto Maurício de Souza, que funciona como um apoio para as crianças superarem as várias fases do tratamento. O kit reúne material lúdico, como bonecos da Turma da Mônica, gibis, revista de atividades, jogos que auxiliam a expressar sensações e sentimentos, além de escala de dor.

“Temos um protocolo. Primeiro, eu faço um atendimento com as mães, conversamos e avaliamos. Eu uso um livro antes do Kit Dodói, que é: Estou doente. E agora? Orientações para crianças com câncer, lançado pela Universidade Estadual de Londrina. O livro explica para a criança as fases do tratamento, como a queda do cabelo, quais são as estratégias de enfrentamento que podemos adotar para superar a situação, em uma linguagem que a criança entende. Explica também o que é o câncer”, detalha Rita.

Os cuidados se estenderam à outra criança da família. Francielle e o marido tiveram que envolver, de uma forma positiva, o outro filho – que sempre foi muito próximo de Henrique. “Falamos que a rotina dele também mudaria, que teríamos que nos

“Por causa do tratamento, ainda não posso ir à escola. No início [da doença], fiquei um pouquinho triste, mas fui me acostumando. Nessas horas, conversava com a minha mãe”

HENRIQUE DE AZEVEDO, paciente do Hospital do Câncer de Londrina





isolar um pouco do restante da família e que, talvez, o Henrique não tivesse a mesma energia para brincar. E que nós continuaríamos a fazer tudo por ele, que ele também fazia parte dessa nova fase da família. Deu para perceber que, após a conversa, ele ficou bem colaborativo. Ele tenta brincar com cuidado para que o irmão não se machuque. E, do jeitinho dele, também está tentando levar essa situação”, relata.

“Tem alguns períodos em que a gente se sente fraco, triste, sem saber lidar [com essa situação]. Eu acho fundamental o papel da Rita para a família toda. Só de olhar pra gente no corredor, ela consegue ver quando não estamos bem”, emociona-se Francielle. “Eu me lembro que, em uma das primeiras conversas, Henrique disse que tinha medo de morrer. Quando ele falou com a Rita, ela explicou o passo a passo, tudo o que poderia – ou não – acontecer. Ele nunca mais falou sobre isso. Não que ele não tenha medo, mas entendeu que se fizer o tratamento certinho, se fizer o acompanhamento, ele tem mais chances de vida do que esse medo...”



de um ‘universo’ que, muitas vezes, é mais grave que a própria realidade”, acredita Mariana.

Segundo dados do Ministério da Saúde, os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias (que afetam os glóbulos brancos), além daqueles do Sistema Nervoso Central e os linfomas (que atingem o sistema linfático). Assim como nos países desenvolvidos, o câncer já representa a primeira causa de morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos no Brasil. Novos tratamentos aliados ao diagnóstico precoce elevaram o prognóstico de cura para 80%, sendo que a maioria também terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado.

Na opinião da psicóloga Ana Beatriz Bernat, do INCA, o papel da família é fundamental em todo o processo. “Trabalhamos com a equipe multidisciplinar, auxiliando crianças e seus pais, sempre com um olhar para cada caso”, explica. O atendimento psicológico é prestado em ambulatório dedicado aos pacientes infantojuvenis.

“Nosso ambulatório absorve pacientes em tratamento e em controle. Também existe o ambulatório de efeitos tardios, que encaminha casos de sequelas ou de intervenção mais específica”, detalha a especialista. “Às vezes, pode ser alguma dificuldade com o raciocínio mais abstrato. Em outras, uma alteração da imagem corporal, além dos casos de sofrimento psíquico, como tristeza e angústia. Podemos cuidar ou encaminhar para outra unidade”, complementa Ana Beatriz.

Para crianças de 0 a 3 anos, recursos lúdicos abrem várias possibilidades para que os sentimentos venham à tona. “Até os 3 anos, não existe o entendimento sobre o que é um câncer. Podemos falar em ‘dodói’, ‘bolinha’. Nunca conversaremos sem a autorização ou presença dos pais”, esclarece Mariana, acrescentando que a consulta psicológica pode facilitar os próximos passos do tratamento. “A criança é trazida pelos pais para um lugar de cura, mas que também pode representar muito sofrimento. Qual pode ser o pensamento da criança se não tiver o apoio psicológico? ‘Que maldade! Meu pai e minha mãe estão me deixando passar por isso’; ‘Não posso ver meus amigos’; ou ‘Não posso ficar em casa’, por exemplo. Sem a conversa, para as crianças pode significar que os pais ou responsáveis estão permitindo aquele sofrimento”, explica a profissional.

Para os jovens, o acompanhamento psicológico precisa ter outra abordagem, especialmente em função da Internet e outras fontes de informações.

“É impossível manter uma bolha de distanciamento. Logo, é preciso antecipar as dúvidas e estar ao lado da criança ou adolescente, criando recursos para enfrentar essa experiência”

ANA BEATRIZ BERNAT, psicóloga do INCA

“Os adolescentes são ultraconectados. A Internet pode favorecer ou atrapalhar muito o trabalho. Tem crianças e jovens que viram quase pesquisadores. Outros têm horror a saber sobre a própria doença. Precisamos ver caso a caso”, diz Ana Beatriz. Outro ponto importante, no caso dos mais velhos, é a ampla divulgação do câncer e seus efeitos por meio da mídia, influenciadores digitais e personalidades. “É impossível manter uma bolha de isolamento. Logo, é preciso antecipar as dúvidas e estar ao lado da criança ou adolescente, criando recursos para enfrentar essa experiência”, enfatiza.

Mariana lembra que os efeitos colaterais da quimioterapia, especialmente a perda dos cabelos, é um momento que costuma despertar muitos sentimentos nos jovens pacientes. “O que esperamos ouvir de uma família é: ‘Mas perder o cabelo não é nada. Vai crescer de novo’. No entanto, é preciso validar os sentimentos dos pequenos. Às vezes, o paciente não liga para a internação, mas perder o cabelo é avassalador. É como ele se reconhece perante a vida”, explica a psicóloga, que também guarda surpresas

agradáveis dessa situação. “Algumas crianças percebem que o cabelo está caindo e começam a ter estratégias, como usar um boné, um lenço. Outras querem raspá-lo para fazer uma peruca. Tive uma paciente que disse: ‘Tia, quero doar todo o meu cabelo. Tem gente que sofre muito mais do que eu’. Geralmente, os adolescentes sentem mais e se fecham mais para o diálogo”, constata a profissional.

O INCA estima que, para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados no Brasil 8.460 novos casos de câncer infantojuvenil (4.310 em meninos e 4.150 em meninas). Esses valores correspondem a um risco estimado de 137,87 casos novos por milhão de pessoas no sexo masculino e de 139,04 para o feminino.

Por suas características e necessidade de tratamentos agressivos e longos, a doença traz o medo potencial da morte, apesar dos avanços nos índices de cura. “No primeiro momento, a intenção é curativa. No entanto, não é possível garantir se o corpo vai responder bem ao tratamento. Então, essa questão da possibilidade de morte é um fantasma que está sempre presente”, destaca Ana Beatriz, acrescentando que é preciso falar com os jovens pacientes sobre finitude. “Tem adolescentes que me perguntam: ‘Doutora, eu vou morrer?’. Precisamos ser parceiros, estar ali do lado, mais do que responder. Até porque quem pergunta já sabe alguma coisa”, salienta a profissional.

VOLTA À ESCOLA

Sair do ambiente hospitalar e retomar o convívio de parentes, amigos e professores é outra situação delicada. A pesquisa *Impasses e invenções no reingresso escolar de crianças e adolescentes em tratamento onco-hematológico: uma intervenção*



DICAS PARA LIDAR COM A SITUAÇÃO

- *É sempre importante falar a verdade*
- *Faça uso de uma linguagem que a criança consiga entender*
- *Esteja sempre disponível para responder a perguntas*
- *Não faça promessas que você não consiga cumprir*
- *Se precisar, use o apoio psicológico*
- *Fortaleça o diálogo em família*
- *Incentive o apoio dos amigos e parentes*
- *Retome à vida normal assim que possível*

interdisciplinar e intersetorial, publicada na *Revista Brasileira de Cancerologia*, em 2018 (volume 64, n.º 3), revelou diversos aspectos desse momento. “Muitas vezes, voltar à escola é uma aposta de que vai ter futuro, de que não vai acabar ali. Alguns pacientes se engajam e estudam fortemente. Outros têm dificuldades de readaptação”, descreve Ana Beatriz Bernat, uma das autoras do estudo. “Visitávamos os colégios para favorecer o retorno à vida de antes. Nosso argumento era que a escola não desistisse e pudesse acolher o paciente com as suas potencialidades.” O INCA mantém convênio com a Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro para o melhor encaminhamento dos alunos no retorno às aulas. “Temos duas professoras à frente da nossa classe hospitalar, que é muito atuante”, destaca Ana Beatriz.

Como o Hospital de Amor é uma unidade de referência no tratamento do câncer infantil, muitos pacientes estão longe de suas cidades de origem. A instituição conta com uma professora em seu quadro de profissionais para tentar manter o vínculo com a escola. “O paciente é incluído em uma classe hospitalar. A professora faz a ponte com a escola, tentando manter o diálogo”, conta Mariana, que enfatiza a importância da participação de outros atores no processo. “Existe a falta dos amigos, da interação. Alguns continuam nos grupos da escola, que mandam incentivos e orações. O importante é manter o vínculo social. Depende de cada paciente querer participar ou não.”

A psicóloga conta que o momento de reinserção na escola é acompanhado pela equipe do hospital. “Abrimos um diálogo da experiência de voltar

“Existe a falta dos amigos, da interação. Alguns continuam nos grupos da escola, que mandam incentivos e orações. O importante é manter o vínculo social. Depende de cada paciente querer participar ou não”

MARIANA GAVIOLI, psicóloga do Hospital de Amor



para a rotina. Muitas vezes, a criança será a única carga na escola, perdeu algum membro ou está bem magrinha. Orientamos a família para que converse com os professores e alinhe a recepção. Também é importante ficar de olho no comportamento”, enfatiza Mariana, que estabelece a comunicação com outras profissionais de Psicologia na cidade do paciente. “Mantemos a consulta de retorno a cada três meses para suporte à família. Mas se percebemos alguma dificuldade, recomendamos o acompanhamento psicológico na cidade de origem.”

PAI E MÃE

Outro desafio para qualquer família é quando o câncer aparece no pai ou na mãe dos pequenos. O essencial é a conversa franca e a sinceridade. São muitas as histórias de superação e fortalecimento dos vínculos familiares após a experiência. “É muito comum que os adultos queiram proteger a criança, mas ela percebe a falta do outro. Ainda mais uma figura de amparo”, observa Ana Beatriz.

“Recebemos uma portadora de uma síndrome hereditária que predisponha a diversos tipos de câncer ao longo da vida. Essa paciente havia perdido a mãe com a mesma doença. Achei muito bonito o jeito como ela e o marido lidaram com a situação. Assim que receberam o diagnóstico, contaram para o filho de 6 anos”, lembra Mariana, que deu suporte à família. “Quando percebeu a impossibilidade de cura, a mãe estabeleceu um acordo com a tia paterna da criança para que ela assumisse o papel materno na sua ausência”, conta a psicóloga. ■

Cuidados para todos

É necessário o envolvimento de cada ente federativo e profissional de saúde, além de garantir informações confiáveis para promover a equidade de acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer.

Essa foi a principal conclusão do debate *on-line* *Somos Iguais e Diferentes: a Importância da Equidade no Controle do Câncer*, que marcou o Dia Mundial do Câncer (4 de fevereiro), que, no Brasil, é promovido pelo INCA. O objetivo foi alertar a sociedade de como a falta de equidade custa vidas.



A coordenadora de Prevenção e Vigilância do Instituto, Liz Almeida, identificou, no “planejamento calcado em informação”, a política pública essencial para garantir o acesso da população aos serviços de saúde em câncer.



Cuidados para todos II

A diretora-geral do INCA, Ana Cristina Pinho, apresentou a campanha, que será trabalhada ao longo de três anos: “Cuidados para todos” (adaptada do tema mundial *Close the care gap*), enquanto a juíza da 15ª Vara Federal Carmen Silvia Lima de Arruda reconheceu a dificuldade de adequar os recursos limitados da Saúde às necessidades da população, como prevê a Constituição Federal de 1988.

Cuidados para todos III

Coerente com a proposta de equidade, todos os participantes do evento descreveram-se para os internautas com deficiência visual.

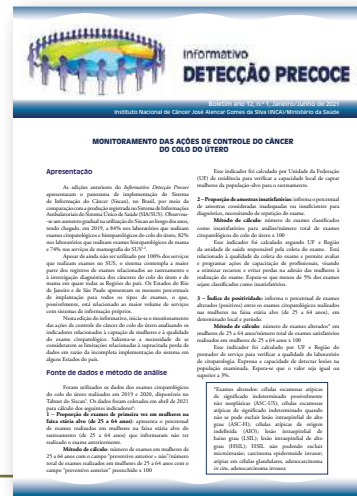
O debate teve intérpretes de Libras (profissionais que dominam a Língua Brasileira de Sinais e o português) para atender às pessoas com deficiência auditiva. A equipe integra a Diretoria de Acessibilidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O evento, na íntegra, está disponível no canal do INCA no Youtube.

Controle do câncer de mama

O INCA apresenta, na mais recente edição do *Informativo Detecção Precoce*, o monitoramento das ações nacionais de controle do câncer de mama. A publicação traz análise de indicadores relacionados à adesão às diretrizes de rastreamento e à qualidade da mamografia nos estados.

O levantamento é feito com base nos dados do Sistema de Informação do Câncer (Siscan). O documento está disponível no Portal do INCA na seção Publicações.



INCA participa de mapa de diversidade genética latino-americana

O INCA, juntamente com outras instituições latino-americanas, teve o projeto *Um Mapa de Células Humanas da Diversidade Latino-Americana* selecionado para receber financiamento do programa *Redes de Ancestralidade, da Chan-Zuckerberg Initiative (CZI) para Human Cell Atlas (HCA)*. O programa tem como um dos objetivos principais contribuir para aumentar a diversidade dos bancos genéticos em todo o mundo e para a erradicação e o controle de doenças.

O projeto é integrado pela pesquisadora Patricia Possik, líder do grupo de Biologia Funcional de

Tumores do INCA, e tem como meta a construção de um banco de dados de células imunes de latino-americanos, o que pode ajudar a entender por que alguns ancestrais específicos são mais suscetíveis a certas doenças, como o câncer.

Serão investigados diversos grupos de seis países das Américas (Brasil, Chile, Colômbia, México, Peru e Estados Unidos).



Errata

Na reportagem *Qualidade de fim*, na página 33 da edição nº 49 (novembro de 2021), o correto é Academia Nacional de Cuidados Paliativos e não Academia Brasileira de Cuidados Paliativos, como escrevemos. Pedimos desculpas pelo erro.

política

BRASIL IMPORTA 95% DOS INSUMOS NECESSÁRIOS À PRODUÇÃO DE FÁRMACOS USADOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER

Dependência tecnológica

“É totalmente inaceitável em 2021, no Brasil, uma especialidade médica ficar tanto tempo paralisada. Nem sequer um dia seria tolerável. Isso nos dá uma sensação de impotência e demonstra o total desrespeito com a população que necessita de exames e tratamentos e com aqueles que dependem desse trabalho para sobrevivência. A medicina nuclear é uma especialidade que vem sendo maltratada há bastante tempo e sofreu mais um prejuízo importante neste ano”.

O desabafo é de Eduardo Rosito de Vilas, especialista em medicina nuclear, referindo-se às interrupções na produção de radiofármacos (medicamentos que emitem radiação para o combate ao câncer), pelo Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares da Comissão Nacional de Energia Nuclear (Ipen-Cnen), ocasionadas pela falta de verbas federais para aquisição dos insumos necessários. Fato que afetou, por um período de até duas semanas, a rotina de parte dos 600 pacientes sob seus cuidados



“Há casos pontuais em que o rigoroso controle de qualidade no Ipen-Cnen não aprova algumas matérias-primas importadas. Tratam-se de produtos injetáveis, e o rigor da Anvisa e a saúde dos pacientes são prioritários”

WILSON CALVO, superintendente do Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares da Comissão Nacional de Energia Nuclear

no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre (RS), que pertence ao Ministério da Saúde.

O Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (Sindusfarma) calcula um Brasil dependente em 95% da importação da matéria-prima necessária à fabricação dos radiofármacos, sejam insumos farmacêuticos, fornecidos principalmente por China, Índia e Coreia, além de Rússia, África do Sul e Holanda, quando se trata dos radioisótopos. “Isso não é uma coisa nova. É um ‘câncer’ que o Brasil tem, escondido, que nunca se manifestou de forma agressiva; estava sob certo tratamento e não deixava o corpo do País inabilitado, mas que, com a pandemia, nos fez questionar: ‘E agora?’”, comenta Nelson Mussolini, presidente-executivo do Sindusfarma.

“Todo atraso gera risco de termos doenças mais avançadas para tratar, com mais risco de

insucesso, sem contar com o inequívoco impacto no estresse de pacientes e equipes assistenciais”, reforça Stephen Stefani, médico oncologista, especialista em Economia da Saúde e presidente da International Society of Pharmacoeconomics and Outcome Research (Ispor), sociedade internacional dedicada a incrementar decisões relacionadas à saúde. Stefani acrescenta que a falta de regularidade e de previsibilidade na liberação de verbas alonga os trâmites burocráticos e aumenta o custo das importações.

No Nossa Senhora da Conceição, Eduardo de Vilas registrou a falta de alguns fármacos já no início de 2021: “O ECD [dicloridrato de etilenocisteína dietiléster], para realização de perfusão cerebral; depois o MAA [macroagregado de albumina humana], para cintilografia da perfusão pulmonar; e o pirofosfato, usado principalmente para pesquisa de amiloidose [acumulação nos tecidos de depósitos de proteínas mal agregadas] cardíaca. Todos têm sua importância, e a falta de apenas um é suficiente para causar um prejuízo muito grave”, diz Vilas. “O problema culminou com a falta de tecnécio-99m (radioisótopo com meia vida de seis horas de duração, usado em medicina nuclear para uma ampla variedade de testes diagnósticos), que implicou na paralisação praticamente completa dos serviços.”

ECD, MAA e pirofosfato, assim como lutécio-177 e iodo-131, estão entre os 24 produtos fabricados atualmente no Ipen-Cnen. Desse total, 21 radiofármacos, incluindo os geradores de $^{99}\text{Mo}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ (responsáveis por 85% dos diagnósticos em medicina nuclear), possuem registro na Anvisa, por meio de uso consagrado. Juntos, eles representam mais de 50 milhões de procedimentos (entre exames de diagnóstico e tratamento) realizados na especialidade, no País.

Com mais de seis décadas de existência, o Ipen-Cnen ainda depende da importação dos radioisótopos para produzir os radiofármacos. Segundo o instituto, as interrupções de maior impacto ocorreram em três situações: na paralisação do grande produtor mundial de radioisótopos, o Reator Nuclear NRU, no Canadá, em 2009; no auge da pandemia de Covid-19, em 2020, que impossibilitou a logística de voos internacionais, principalmente envolvendo Rússia, África do Sul e Holanda; e no corte de 44,8% nos recursos destinados à Cnen e ao Ipen na Lei Orçamentária Anual 2021.

“Há casos pontuais em que o rigoroso controle de qualidade no Ipen-Cnen não aprova algumas matérias-primas importadas e, conseqüentemente, suspende o fornecimento do lote de radiofármaco

específico. Tratam-se de produtos injetáveis, e o rigor da Anvisa e a saúde dos pacientes são prioritários”, esclarece Wilson Calvo, superintendente do instituto.

HÁ SAÍDA?

Ainda segundo o Ipen, os países com maior número de diagnósticos e terapias em medicina nuclear – Estados Unidos e Argentina, por exemplo – possuem seus próprios reatores nucleares de pesquisa para produção dos radioisótopos localmente. A solução para o Brasil estaria na nacionalização da produção com o Reator Multipropósito Brasileiro (RMB), a ser instalado em Iperó (SP), que, além de garantir autossuficiência, principalmente na produção do ^{99}Mo (necessário ao gerador de tecnécio- $^{99\text{m}}$), permitiria ao País tornar-se um potencial exportador desse insumo. Atualmente, o gerador de $^{99}\text{Mo}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ é produzido no Centro de Radiofarmácia do Ipen-Cnen, com ^{99}Mo importado.

Em nota divulgada à imprensa pelo superintendente do Ipen em novembro de 2021, é ressaltada uma discussão, no âmbito do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações, que prevê a adoção de um modelo autossustentável para o instituto, que não dependa exclusivamente do Estado e que, no futuro, venha a ser praticado no RMB. Tal modelo, em que os recursos da comercialização dos itens a serem produzidos e dos futuros serviços tecnológicos prestados sejam revertidos ao próprio produtor, já foi estudado pela Fundação Getúlio Vargas, em parceria com a Cnen, o Ipen e a Amazul Tecnologias de Defesa – empresa pública que desenvolve e coopera com atividades do Programa Nuclear da Marinha (PNM) e do Programa Nuclear Brasileiro (PNB).

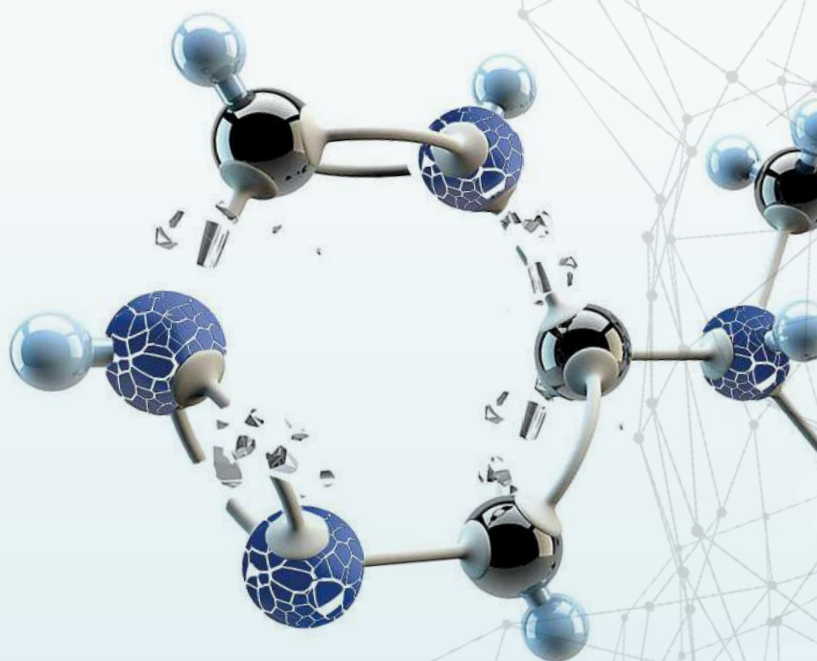
Essas medidas possibilitarão ampliar a oferta de diagnósticos e terapias a preços mais acessíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o atendimento aos usuários da rede pública. “Atualmente, dos 2 milhões de procedimentos realizados por ano, somente 25% são destinados à população que depende da rede pública. Entretanto, esta proposta de ampliação encontra-se em risco, e o compromisso do Estado brasileiro com a democratização e expansão da medicina nuclear não se concretizará”, sinaliza Wilson Calvo.

O superintendente do Ipen-Cnen resalta que, no texto da Proposta de Emenda à Constituição nº 517/2010, que preconiza a quebra do monopólio da União (possibilitando a importação de

“Atualmente, dos 2 milhões de procedimentos realizados por ano, somente 25% são destinados à população que depende da rede pública. Entretanto, esta proposta de ampliação encontra-se em risco, e o compromisso do Estado brasileiro com a democratização e expansão da medicina nuclear não se concretizará”

WILSON CALVO, superintendente do Ipen-Cnen

molibdênio-99 para industrialização dos geradores de $^{99}\text{Mo}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ em território nacional, hoje papel exclusivo desempenhado pelo Ipen-Cnen), “não há garantia de investimento do Estado, imprescindível à modernização das instalações de produção do Centro de Radiofarmácia do Instituto, para obtenção das boas práticas de fabricação (BPF) e registro definitivo dos produtos junto à Anvisa, nem na construção do RMB”.





Stephen Stefani lembra que as terapias biológicas demandam estruturas complexas e caras. Segundo ele, em algum momento, se o País quer passar a ser independente e protagonista nesse processo, deve começar a investir em estrutura e pessoal. “O País deve começar com inteligência epidemiológica, para reconhecer e antecipar quais são as prioridades. Estratégias de medir desempenho e retroalimentar o sistema com informação também são fundamentos básicos”, avalia. E conclui: “Estimular pesquisa e produzir ciência de ponta devem estar em uma agenda prática e factível. Tudo isso depende da leitura clara de que gasto em saúde não é custo, mas é também investimento em estabilidade social, política e econômica”.

PASSADO E FUTURO

O presidente-executivo da Sindusfarma explica que o Brasil já foi autossuficiente e exportador de medicamentos de primeira e segunda gerações, como penicilina e benzatina, por exemplo. Mas que, na década de 1980, nosso País e grandes laboratórios internacionais deixaram de fomentar a indústria química farmacêutica, preferindo fabricar esses produtos em países com menor custo.

“Veio a pandemia e descobrimos que a globalização pode ser um problema sério. Construir uma fábrica de ingredientes farmacêuticos não é tão simples e rápido, e o custo de produção disso vai ser tão alto que vai onerar muito o sistema público de saúde. A saída é criar políticas públicas especificamente para a produção”, pondera Nelson Mussolini.

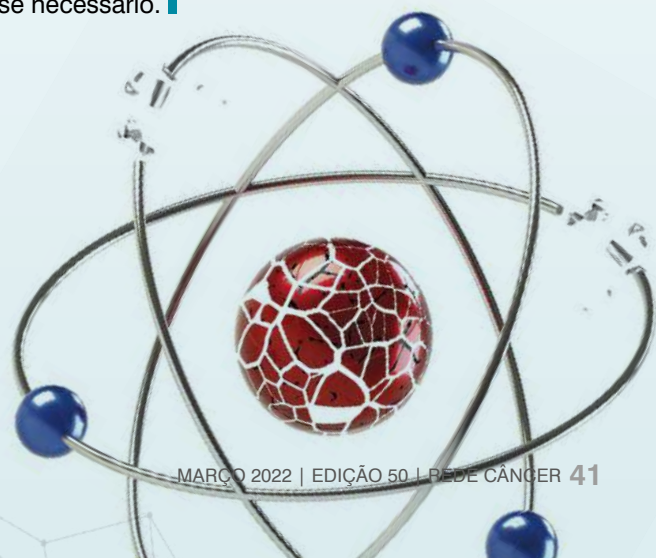
O Sindusfarma aponta como possível caminho para o fim da dependência brasileira a produção interna de moléculas mais simples, visando à construção de laboratórios públicos e o abastecimento

“Estimular pesquisa e produzir ciência de ponta devem estar em uma agenda prática e factível. Tudo isso depende da leitura clara de que gasto em saúde não é custo, mas é também investimento em estabilidade social, política e econômica”

STEPHEN STEFANI, médico oncologista, especialista em Economia da Saúde e presidente da Ispor

do SUS com produtos que não sejam mais o foco econômico da indústria privada. Dessa forma, num período de 10 a 15 anos haveria uma indústria de base mais efetiva.

“No entanto, a indústria química de base precisa de um mercado consumidor de IFAsw [Ingrediente Farmacêutico Ativo], e o Brasil é pequeno perante o mundo, representando apenas 3% desse cenário”, observa. “Mas agora nós temos alguns aliados na América Latina e na América do Norte. Eu fui procurado pela Secretaria de Estado Americano e pela Opas [Organização Pan-Americana da Saúde], recentemente. Os Estados Unidos não querem ficar dependentes da Ásia e estão com um projeto de internalizar algumas produções na América, como um pólo fornecedor para os nossos continentes”, conta Mussolini, lembrando que apenas os EUA representam 35% do consumo mundial. “Inicialmente, há necessidade de ser um acordo entre estruturas governamentais.” O Brasil, segundo ele, tem profissionais habilitados, e seria possível negociar transferências de tecnologia, se necessário. ■



PEDIDOS

Me chamo Amanda Cristina Martins Reis Silva, sou enfermeira no setor de Oncologia/Terapia Antineoplásica do Hospital Praia da Costa da Rede Meridional. Gostaria de receber a revista REDE CÂNCER. Desde já, agradeço a atenção!

– Vila Velha, ES

Sou Ivaneide e atuo na Coordenação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital Regional de Araguaína, Tocantins. Já tive o privilégio de receber a REDE CÂNCER até 2015, porém, o RHC mudou para outro anexo do meu estabelecimento de saúde e não recebemos mais a revista. Gostaria de continuar recebendo, porque é uma revista de extrema relevância na atualização dos temas oncológicos. Grata.

– Araguaína, TO

Prezada Ivaneide, ficamos felizes em saber que a nossa revista é útil para você e a equipe do seu RHC. Escreva para o e-mail comunicacao@inca.gov.br informando o endereço completo da nova localização do seu setor para regularizarmos o envio.

Equipe REDE CÂNCER

Boa tarde. Sou estudante de Serviço Social e vou fazer meu Trabalho de Conclusão de Curso sobre a importância do apoio familiar ao paciente oncológico. Gostaria de receber, se possível, a revista REDE CÂNCER nº 39, pois será muito útil para o meu trabalho. Já recebo os exemplares em casa, mas esse eu não tenho. Desde já agradeço!

Risolene Santana – Igarapé do Tietê, SP

CONQUISTA

Quero agradecer de coração por terem publicado minha carta em sua revista (edição nº 49). Muito obrigada pela oportunidade.

Essa é mais uma conquista para mim.

Mábily de Souza Albino – Imbituba, SC

Prezada Mábily, a equipe da REDE CÂNCER se sentiu honrada em poder compartilhar a sua história com nossos leitores.

Equipe REDE CÂNCER

RECEBEMOS E AGRADECEMOS

A biblioteca do Centro Universitário Barriga Verde tem interesse em continuar recebendo a doação impressa da revista REDE CÂNCER para compor nosso acervo.

Endereço para envio:

Rua: Padre João Leonir Dall’Alba, 601

Com os nossos mais sinceros cumprimentos, a biblioteca da Faculdade Asces agradece a gentil e importante doação das edições nº 48 e nº 49 da revista REDE CÂNCER.

Alex Melo – Biblioteca da Faculdade Asces, Caruaru, PE

ATÉ BREVE...

A equipe da revista REDE CÂNCER informa que interromperá sua produção e circulação ao longo de 2022 após esta edição. Voltaremos ano que vem!



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

INFARTO

AGUDO DO MIOCÁRDIO

**NA VIDA, CADA
SEGUNDO IMPORTA.
NO TRATAMENTO
DO INFARTO AGUDO
DO MIOCÁRDIO
TAMBÉM.**

O MINISTÉRIO DA SAÚDE CRIOU A LINHA DE CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, UMA SÉRIE DE MEDIDAS CRIADAS PARA APRIMORAR O ATENDIMENTO E O TRATAMENTO DA MAIOR CAUSA DE MORTE NO PAÍS.

**SE SENTIR DOR NO PEITO, SUOR FRIO,
PALIDEZ E SENSÇÃO DE DESMAIO,**

LIGUE 192 SAMU

**OU PROCURE UMA EMERGÊNCIA
CARDIOLÓGICA MAIS PRÓXIMA.**

Saiba mais em
gov.br/infarto



MÉDICO



SAMU
192



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Serviço de Comunicação Social

Rua Marquês de Pombal, 125/4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20230-240
comunicacao@inca.gov.br

www.inca.gov.br