

52

Outubro  
2023

REDE

CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

# Gente é para brilhar

SUS



A LUTA PARA REDUZIR O PRECONCEITO  
CONTRA A COMUNIDADE LGBTQIA+  
NO ACESSO AO CUIDADO ONCOLÓGICO

DISQUE SAÚDE **136**

   /minsaude

 /ministeriodasaude

 /MinSaudeBR



MOVIMENTO NACIONAL PELA VACINAÇÃO

# QUEM AMA, VACINA.

CHEGOU A HORA DE  
CONVOCAR OS BAIXINHOS  
E BAIXINHAS DE TODO  
O BRASIL PARA O  
MOVIMENTO NACIONAL  
PELA VACINAÇÃO.

*Xuxa*  
Rainha dos  
Baixinhos

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

ATUALIZE A CADERNETA DE VACINAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES MENORES DE 15 ANOS.

CONSULTE O CALENDÁRIO  
DE VACINAÇÃO DA SUA CIDADE  
E VACINE QUEM VOCÊ AMA.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# sumário



05

**PREVENÇÃO**  
*Notícia amarga*

08

**EPIDEMIOLOGIA**  
*Atenção aos sinais*

13

**CAPA**  
*Por um arco-íris de direitos*

19

**REABILITAÇÃO**  
*Acolhimento integral*

26

**TECNOLOGIA**  
*Volume, variedade e velocidade*

32

**PERSONAGEM**  
*“Me casei com 73 pontos na cabeça”*

35

**POLÍTICA**  
*De volta ao jogo*



## REDE CÂNCER

### 2023 – 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 porta-vozes. A reprodução total ou parcial das informações contidas nesta publicação é permitida sempre e quando for citada a fonte.

Realização: **Equipe do Serviço de Comunicação Social do INCA** | Edição: **Nemézio Amaral Filho** | Secretaria Executiva: **Daniella Daher** | Comissão Editorial: **Marise Mentzingen (chefe do Serviço de Comunicação Social), Adriana Tavares de Moraes Atty, Andreia Cristina de Mello, Carlos José Coelho de Andrade, Fabio E. Leal, Fernando Lopes Tavares de Lima, Juliana Garcia Gonçalves e Ronaldo Correa Ferreira da Silva** | Produção: **Partners Comunicação Integrada** | Jornalista responsável: **Ana Beatriz Marin - MT 3707896** | Reportagem: **Fernando de Moraes, Jaciara Rosa, Roseane Santos e Tatiana Escanho** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação e infográficos: **Sidney Ferreira** | Fotografias: **Comunicação/INCA, fotos públicas, AdobeStock, Freepik, Shutterstock e Agência Brasil** | Revisão gramatical: **Oclumência Revisão de Textos** | Impressão: **Koloro Indústria Gráfica** | Tiragem: **6.000 exemplares**.

Instituto Nacional de Câncer - INCA - Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro - 20230-130 - Rio de Janeiro - RJ  
redecancer@inca.gov.br — www.gov.br/inca.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## Cores do acolhimento

O controle do câncer, da prevenção ao tratamento, envolve muitas questões delicadas, que vão do acesso ao cuidado integral. E tudo isso ganha dimensão nova quando se trata de garantir o direito à saúde oncológica à população LGBTQIA+. Por exemplo, pesquisa recente mostrou que o rastreamento dos tumores do colo do útero e de mama é bem menor nesse segmento do que entre heterossexuais. O porquê dessa realidade e o que estão fazendo profissionais de saúde e ativistas para melhorar esse quadro você descobre em *Capa*.

Foi uma mudança de comportamento, mas, desta vez, para pior, apontada por especialistas como a causa do aumento da frequência de casos de câncer colorretal em pessoas abaixo dos 50 anos: dietas desequilibradas e ricas em alimentos ultraprocessados, tabagismo e obesidade têm contribuído para baixar a faixa etária de risco para essa doença, afetando desconhecidos e famosos como Simony, Preta Gil e Chadwick Boseman. Saiba como se prevenir e as formas de tratamento em *Epidemiologia*.

Mudanças também vêm afetando positivamente as políticas de gestão em saúde. Os diversos órgãos públicos e da sociedade civil que lutam contra o tabagismo e seus efeitos econômicos e sociais devastadores comemoram o decreto presidencial que atualizou a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco e de seus Protocolos (Conicq), cujo funcionamento quase foi inviabilizado pelo governo federal anterior. Acolhida pela sociedade civil organizada, a Comissão teve sua retomada exigida desde o governo anterior. Conheça as conquistas da Conicq e sua importância para o Brasil e exemplo para o mundo em *Política*.

Acolhimento, a propósito, é o principal mantra das práticas integrativas, como *reiki*, arteterapia e ioga, cada vez mais presentes no apoio a pacientes oncológicos.

As evidências científicas do impacto positivo das práticas no auxílio ao paciente com câncer são abundantes, o que levou muitos hospitais oncológicos a terem esses serviços, como você poderá ler em *Reabilitação*.

Já em *Tecnologia*, descobre-se que o grande volume de dados, o crescente poder de processamento dos computadores e o aumento da capacidade de armazenamento dos bancos de dados proporciona o uso do *Big Data* na pesquisa e na assistência oncológica, impulsionando a chamada “medicina de precisão”. O *Big Data* promete, ainda, revolucionar o ensino em Oncologia e incentivar a inovação, cujos riscos também precisam ser analisados.

Aquilo que vai diariamente à mesa dos brasileiros também deve ser avaliado com mais rigor. A Agência Nacional de Pesquisa em Câncer incluiu o adoçante artificial aspartame na lista de produtos possivelmente cancerígenos. O INCA foi além: emitiu nota com a recomendação que não se faça uso de nenhum tipo de edulcorante sintético. O tamanho do desafio à saúde pública em traduzir os riscos à população por meio de mensagens claras que vão contra conceitos alimentares pré-estabelecidos e a publicidade da indústria de “produtos alimentícios” estão em *Prevenção*.

Desafio é algo que não assusta a *Personagem* desta edição: ela descobriu um tumor no cérebro meses antes do casamento. *Coach* e programadora neurolinguística, cheia de planos e depois de quatro anos de relacionamento, decidiu desobrigar o noivo de seguir com o “fardo” que ela se tornara. Descubra a resposta dele e por que algumas cicatrizes, reais ou metafóricas, não devem ser escondidas.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer

# prevenção

ASPARTAME ENTRA NA LISTA DE SUBSTÂNCIAS POSSIVELMENTE CANCERÍGENAS, E INCA ACONSELHA EVITAR O CONSUMO DE QUALQUER ADOÇANTE ARTIFICIAL

## Notícia amarga

O anúncio da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês), da Organização Mundial da Saúde (OMS), de que o adoçante artificial aspartame passava a integrar a lista das substâncias possivelmente cancerígenas para humanos, em julho, movimentou a imprensa, profissionais da saúde e organismos públicos também no Brasil. Por outro lado, na mesma ocasião, o Comitê Conjunto de Especialistas em Aditi-

vos Alimentares da Organização para Agricultura e Alimentação (JECFA, na sigla em inglês), também ligado à OMS, manteve a orientação de que o consumo diário de 40mg da substância por quilo de peso corporal é seguro.

O INCA, que desde 2013 possui assento no Conselho Científico da Iarc, por sua vez, emitiu nota técnica recomendando que brasileiros não façam uso de nenhum tipo de edulcorante sintético.



“Considerando a atual classificação do aspartame pela IARC como possível carcinógeno para humanos; considerando também as evidências científicas que apontam que o consumo de bebidas adoçadas com adoçantes artificiais não colaboram para o controle da obesidade, podendo ainda contribuir com o excesso de peso corporal; e, por fim, considerando a associação direta do excesso de gordura corporal com pelo menos 15 tipos de câncer, o INCA aconselha à população geral evitar o consumo de qualquer tipo de adoçante artificial e adotar uma alimentação saudável, ou seja, baseada em alimentos in natura e minimamente processados e limitada em alimentos ultraprocessados”, diz o posicionamento do Instituto.

## EM VEZ DE REDUÇÃO, AUMENTO DE PESO

A orientação do INCA é pautada não só nos potenciais efeitos carcinogênicos dos adoçantes artificiais, mas também em sua relação com o excesso de peso corporal, atualmente reconhecido como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de tumores malignos. “O consumo de edulcorantes sintéticos e de alimentos contendo essas substâncias em substituição ao açúcar e com a finalidade de se reduzir a ingestão calórica é cada vez mais frequente na população. Antes da recente avaliação da IARC, já havia evidências sugerindo associação entre o uso de adoçantes e o aumento de risco de câncer em humanos. Além disso, a relação entre o consumo de bebidas contendo adoçantes de baixa caloria com o excesso de peso corporal já era bem estabelecida. Frente ao efeito sobre o

“O consumo de edulcorantes sintéticos e de alimentos contendo essas substâncias em substituição ao açúcar e com a finalidade de se reduzir a ingestão calórica é cada vez mais frequente na população”

**LUCIANA GRUCCI MAYA**, nutricionista da Conprev do INCA



ganho de peso, a alta exposição da população e as incertezas da relação dessas substâncias com o câncer, há alguns anos o INCA adotou o princípio da precaução, desaconselhando o uso de edulcorantes artificiais pela população geral”, enfatiza Luciana Grucci Maya, da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto.

“Manter o peso adequado é uma das recomendações para a prevenção de diferentes tipos de câncer associados à obesidade. E, ao contrário do que se imagina, não existem evidências de benefícios na substituição do açúcar por adoçantes no longo prazo para o controle do peso corporal, bem como há potenciais efeitos indesejáveis decorrentes do seu uso prolongado. A OMS publicou diretriz recomendando que edulcorantes e produtos que os contêm não sejam utilizados visando o controle do peso”, completa o pesquisador do INCA Luis Felipe Ribeiro Pinto.

A IARC analisou três grandes estudos que relacionaram o aspartame a um maior risco para o tumor maligno hepatocelular (um tipo de câncer de fígado), porém de forma limitada (leia mais na retranca). Os estudos, compreendendo quatro coortes prospectivas, examinaram a associação do consumo de bebidas adoçadas artificialmente com o risco de tumor hepático, observando conexões positivas com a incidência ou a mortalidade por neoplasias malignas.

## DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA

De acordo com Ribeiro, a avaliação que a IARC faz da possível relação de diferentes compostos com o câncer abrange o risco, mas não o “tamanho” do risco. Já o parecer da JECFA mede o nível de exposição aceitável para cada composto.

## OUTRAS SUBSTÂNCIAS DE RISCO

A IARC avalia a relação entre substâncias de diferentes origens e o desenvolvimento de câncer há 51 anos. Esse trabalho, feito por especialistas independentes, resulta em uma classificação de níveis de evidências científicas do risco, após análise criteriosa da qualidade de estudos em humanos, animais experimentais e dos mecanismos envolvidos. Cada agente analisado é classificado em um de quatro possíveis grupos:



### GRUPO 1

O agente é carcinogênico para humanos. A avaliação geralmente é baseada nos resultados de estudos epidemiológicos que mostram o desenvolvimento de câncer em pessoas expostas a um determinado elemento. Os agentes também podem ser classificados neste grupo com base em evidências suficientes de carcinogenicidade em animais, apoiadas por fortes indícios existentes em indivíduos expostos, de que a substância exibe uma ou mais das principais características reconhecidas de carcinógenos humanos.

**Exemplos:** tabaco, carnes processadas (linguiça, bacon, presunto, *blanquet*, salsicha) e álcool.



### GRUPO 2A

O agente é provavelmente carcinogênico para humanos. Nesta categoria, há pelo menos duas das seguintes avaliações, incluindo no mínimo uma que envolva pessoas ou células ou tecidos humanos: evidência limitada de carcinogenicidade em humanos ou indício suficiente em animais experimentais ou forte indicação dos mecanismos envolvidos. Esta categoria também pode ser usada quando não há evidência de carcinogenicidade em humanos, mas indicações suficientes em animais experimentais e forte indicativo mecanicista em células ou tecidos humanos.

**Exemplos:** carne vermelha, frituras e bebidas muito quentes (chimarrão).



### GRUPO 2B

O agente é possivelmente carcinogênico para humanos. Nesta categoria, há pelo menos uma das seguintes avaliações: evidência limitada de carcinogenicidade em humanos ou sinal suficiente de carcinogenicidade em animais experimentais ou forte indicação mecanicista.

**Exemplo:** aspartame, extrato da folha de aloé vera e extrato de ginkgo biloba.



### GRUPO 3

O agente não é classificável quanto à sua carcinogenicidade para humanos.

Para Luciana, um dos maiores desafios em Saúde Pública é traduzir as evidências científicas em uma mensagem clara e confiável para a população.

“Transformando a informação de que consumir 40mg de aspartame por quilo de peso corporal por dia não aumentaria o risco de desenvolver câncer em um exemplo prático, foi noticiado que isso seria equivalente a um adulto de 70kg consumir 14 latas de refrigerante com aspartame por dia.

Ou seja, o recado transmitido é de que consumir esse enorme volume de refrigerante por dia pode ser saudável. Estamos falando de bebidas ultraprocessadas, cheias de aditivos químicos, que comprovadamente contribuem para o excesso de peso corporal, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Em nenhuma circunstância consumir tal volume de refrigerante ou de outra bebida adoçada artificialmente pode ser considerado como seguro ou saudável”, alerta a nutricionista.■

# epidemiologia

MUDANÇA COMPORTAMENTAL É POSSÍVEL CAUSA DE AUMENTO DE FREQUÊNCIA DE CASOS DE CÂNCER COLORRETAL EM PESSOAS COM MENOS DE 50 ANOS

## Atenção aos sinais



**D**urante três anos, a cantora pernambucana Ananda Paixão, hoje com 25 anos, consultou vários proctologistas no Rio de Janeiro e em São Paulo para descobrir a causa de seus problemas intestinais: sangue e muco nas fezes, além de muitas evacuações ao longo do dia. Os primeiros sinais começaram em 2019. “Procurei diversos médicos, que não me pediram nenhum exame. Pela minha idade, acho que pensaram que poderia ser tudo, menos câncer. Falavam para eu usar pomadas e tomar banhos de assento, porque deveria ser alguma feridinha. Realmente melhorava por algum tempo, mas, depois, os sintomas voltavam”, lembra.

Em 2020, a situação piorou. A quantidade de sangue nas fezes aumentou, e Ananda chegava a ir ao banheiro quase vinte vezes por dia. “Eu tinha medo, não falava para ninguém. Nessa época, viajei com meu melhor amigo, que é médico e estava fazendo residência em Oncologia. Ele viu o sangramento e me obrigou a marcar consulta com um gastroenterologista, que me pediu uma colonoscopia. Foi retirado um pólipó, e o resultado da biópsia confirmou que era um tumor avançado, estágio 3, no reto.” A notícia pegou Ananda de surpresa. Além de ser muito jovem, o único caso da doença na família era o de uma tia, que morreu em consequência de um câncer de mama. “Minha alimentação é saudável e praticava atividade física. Sempre comi muitos legumes e vegetais e fui bailarina clássica. Nunca tive nenhum problema de saúde até os sintomas começarem”, conta.

## MAUS HÁBITOS INFLUENCIAM

O câncer de cólon e reto, ou colorretal (CCR), se desenvolve no intestino grosso e predomina em pessoas acima de 50 anos, sem prevalência para gênero. Os fatores de risco estão relacionados, principalmente, a maus hábitos, como consumo frequente de embutidos (salsicha, mortadela, linguiça, presunto, bacon, *blanquet* de peru, salame, entre outros), ingestão excessiva de carne vermelha, inatividade física, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, além de hereditariedade. No entanto, casos abaixo da faixa etária de maior incidência vêm se tornando mais comuns. Em 2020,

“Eu tinha medo, não falava para ninguém. Nessa época, viajei com meu melhor amigo, que é médico e estava fazendo residência em Oncologia. Ele viu o sangramento e me obrigou a marcar consulta com um gastroenterologista”

**ANANDA PAIXÃO**, cantora

o ator norte-americano Chadwick Boseman, que interpretou o personagem Pantera Negra no cinema, morreu aos 43 anos em decorrência do tumor. No Brasil, as cantoras Simony, de 47, e Preta Gil, de 49, também estão tratando esse tipo de câncer.

Embora ainda não haja muitos dados sobre o aumento da incidência de CCR entre pessoas com menos de 50 anos no Brasil, levantamento feito pelo A.C. Camargo Cancer Center, em São Paulo, com 1.167 pacientes com esse tipo de tumor, mostrou que 20% dos que foram diagnosticados entre 2008 e 2015 estavam abaixo dessa idade. Fatores ambientais e nutricionais estão sendo estudados como possíveis causas do fenômeno. “Sem dúvida, os aspectos comportamentais têm grande influência. Dietas desequilibradas e ricas em alimentos ultraprocessados, tabagismo e obesidade contribuem para baixar a faixa etária de risco”, diz Vinícius Miranda Borges, oncologista do Hospital Estadual de Franco da Rocha, em São Paulo.

Segundo o oncologista, além da piora no estilo de vida das novas gerações, a frequência da prática de sexo anal sem o uso de preservativo e questões genéticas podem estar colaborando para o surgimento precoce da doença. “No terceiro caso, em especial, é importante estar atento ao histórico de câncer colorretal entre familiares e fazer exames regularmente para um acompanhamento ativo”, recomenda.

Borges afirma que muitas vezes o tumor maligno do intestino não é detectado precocemente em pessoas mais jovens devido à não inclusão da colonoscopia nos exames de rotina. No Brasil, antes dos 50 anos, a solicitação desse exame só é

Divulgação

Ananda tinha apenas 21 anos quando surgiram sintomas de um câncer de reto





Ita Mazzutti/Divulgação



Divulgação



Danny Melosnok/REUTERS

Simony e Preta Gil estão em tratamento de câncer colorretal. O ator americano Chadwick Boseman morreu devido à doença em 2020

“Por suas características, o câncer colorretal apresenta alto potencial para o desenvolvimento de ações de controle por meio da promoção à saúde, ao estímulo de hábitos saudáveis e à detecção precoce”

**FLÁVIA DE MIRANDA CORRÊA**, pesquisadora adjunta da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA

feita para pessoas com sintomas. “Quando esse câncer aparece em pacientes fora do grupo de risco, ele pode ser um pouco mais agressivo. Mas isso depende muito do momento em que o diagnóstico é feito, do estágio em que o tumor se encontra e de suas características histológicas”, explica.

Membro da Federação Brasileira de Gastroenterologia, Antonio Carlos da Silva Moraes confirma que a incidência de câncer de cólon e reto vem aumentando em pessoas abaixo de 50 anos em todo o mundo. Tanto que a recomendação da American Cancer Society é que agora o rastreamento pela colonoscopia se inicie aos 45 anos. [A Organização Mundial da Saúde recomenda a prática para pessoas sem sintomas a partir dos 50 anos.] O médico esclarece que o grupo de maior risco é o de pacientes com histórico familiar para esse tipo de tumor e para doenças como pólipos juvenis, pessoas com retocolite ulcerativa não tratada ou com constipação intestinal grave.

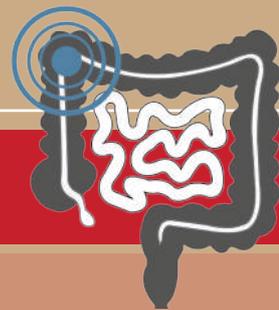
## MAIS DE 45 MIL CASOS POR ANO

Em números absolutos, o câncer colorretal ocupa o terceiro lugar na incidência entre a população brasileira (excluindo-se o câncer de pele não melanoma) atrás apenas dos cânceres de mama e de próstata. Para cada ano do triênio 2023-2025, o INCA estima 45.630 novos diagnósticos. Pesquisa do Hospital de Amor de Barretos (SP), realizada entre 2015 e 2017, comprovou que investigar a doença em pessoas assintomáticas acima de 50 anos é essencial para diminuir o número de casos e a mortalidade, por meio da detecção precoce e da remoção da lesão precursora ou do tumor.

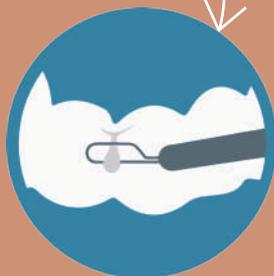
“Por suas características, o câncer colorretal apresenta alto potencial para o desenvolvimento de ações de controle por meio da promoção à saúde, ao estímulo de hábitos saudáveis e à detecção precoce. Devido à existência de lesões pré-malignas, é um câncer passível de rastreamento, sendo possível identificar e tratar lesões iniciais antes de se tornarem malignas ou chegar a um diagnóstico precoce em estágios iniciais”, afirma Flávia de Miranda Corrêa, pesquisadora adjunta da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA. No ano passado, o Ministério da Saúde (MS) chegou a criar um programa nacional de controle do câncer colorretal, mas, em janeiro, a atual gestão revogou a portaria. De acordo com o MS, o motivo da revogação foi a falta de pactuação entre os entes para definir o financiamento dos exames.

Para Flávia, o mais importante é estruturar a rede de saúde pública para receber e identificar pacientes com sintomas da doença e encaminhá-los para exames diagnósticos. “Há déficit de serviços na Rede de Atenção à Saúde, como exames laboratoriais e endoscópicos, e de profissionais

# ENTENDA O CÂNCER DE INTESTINO

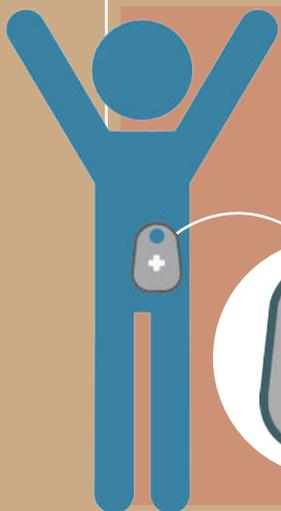
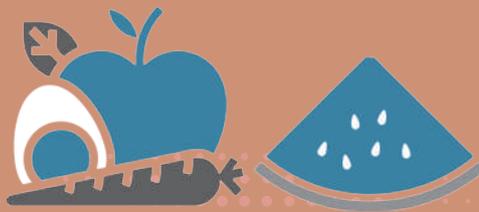


**O QUE É:** o câncer do intestino grosso, também chamado câncer de cólon e reto, pode se formar a partir de um **pólipo (lesão benigna)** e se desenvolver na parede do cólon ou do reto, que é composta de várias camadas. Ele começa na camada mais interna (mucosa). Quando as células cancerígenas estão na parede do cólon ou do reto, podem cair nos vasos sanguíneos ou linfáticos e ir para os linfonodos próximos ou outros órgãos.



**PREVENÇÃO:** alimentação saudável, rica em fibras, redução da quantidade de sal, enlatados e embutidos, além de evitar bebidas alcoólicas e cigarro e praticar atividade física regular. Manter o peso adequado também ajuda. O check-up anual é importante, incluindo pesquisa de sangue oculto nas fezes, principalmente para pessoas acima de 50 anos. Pessoas com doenças inflamatórias intestinais, como colite ulcerativa e doença de Crohn, precisam ter acompanhamento específico para eventual detecção precoce do câncer. Pessoas com histórico familiar da doença devem consultar um médico para avaliação mais detalhada.

**TRATAMENTO:** depende do estágio em que o câncer é descoberto. Grande parte dos pacientes é diagnosticada quando o tumor ainda está contido. Geralmente a cirurgia é recomendada. De acordo com a biópsia, são avaliados fatores para ver o risco de já terem caído células na corrente sanguínea. Em caso positivo, a quimioterapia é indicada.



**COLOSTOMIA:** o procedimento é necessário quando o tumor está localizado no reto, principalmente nos últimos dez centímetros. O objetivo é exteriorizar uma parte do intestino grosso por meio de uma abertura na parede abdominal, permitindo a saída das fezes para uma bolsa coletora. Quando o câncer está muito perto do ânus, a colostomia é mantida definitivamente.



**BRASIL:** na população brasileira hoje, o câncer de cólon é o segundo mais incidente, tanto nos homens quanto nas mulheres (sem contar os tumores de pele não melanoma).

# PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES REDUZ MORTALIDADE

Em março, mês nacional de conscientização do câncer colorretal, o Instituto Oncoguia submeteu à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no Sistema Único de Saúde proposta para uso do exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes (Fobt, do inglês fecal occult blood test) no rastreamento da doença. Esse tipo de exame é barato e já está disponível no SUS, porém, não com o propósito de descobrir suspeitas de possíveis tumores malignos de intestino na população assintomática.

A proposta prevê a realização do exame para pessoas a partir de 45 anos, a cada dois ou cinco anos. “As evidências científicas sugerem que o rastreamento com Fobt diminui o risco de mortalidade por câncer colorretal, especialmente na comparação com a ausência de rastreamento. Os desfechos relacionados à segurança indicaram que Fobt está associado a um bom perfil de tolerabilidade e a poucas complicações”, diz parte do documento enviado à Comissão.

“No Oncoguia, nos desafiamos sempre sobre como chegar mais cedo para que mais pessoas passem pelo desafio do câncer de forma mais leve ou nem precisem enfrentar a doença. Programas de rastreamento, sem dúvida nenhuma, são um caminho para isso. Foi com esse desafio em mente que, ainda em 2020, pesquisadores voluntários foram responsáveis pela ideia de submetermos à Conitec um programa de rastreamento para câncer colorretal no SUS”, explicou Luciana Holtz, presidente da entidade.

Após quase três anos de trabalho, o dossiê foi finalizado e submetido à Conitec. A Comissão tem prazo de 180 dias, prorrogáveis por mais 90, para apreciar a tecnologia e dar uma resposta à sociedade. “Estamos caminhando para completar cinco meses desde a submissão, com a expectativa de que a apreciação inicial seja agendada a qualquer momento”, declarou Holtz.



qualificados para as ações de detecção do tumor. Os recursos básicos necessários devem atender prioritariamente ao diagnóstico precoce, ao seguimento de casos sintomáticos da população de alto risco [história pessoal de doença inflamatória intestinal e adenomas/CCR; história familiar de adenomas/CCR] e de casos confirmados”, destaca.

## A IMPORTÂNCIA DE AGIR A TEMPO

A detecção precoce do câncer colorretal poderia ter suavizado o tratamento da cantora Ananda Paixão. Como a doença foi diagnosticada em estado avançado, a cantora precisou fazer quimioterapia

oral, 28 sessões de radioterapia e quatro de quimioterapia venosa. Na sequência, tirou todo o reto. “Tive que colocar a bolsa de colostomia e fazer mais cinco sessões de químio, cujos efeitos foram os piores. Não podia encostar em superfícies muito frias, como geladeira. Se fizesse isso, minha mão ficava dura e meu corpo reagia de forma estranha”, relata.

Em janeiro do ano passado, ela fez a cirurgia para remover a bolsa e restabelecer o caminho natural para eliminação das fezes. Acreditava que estava curada, mas, seis meses depois, descobriu uma metástase no fígado. “Fiz novo procedimento e agora, graças a Deus, estou há quase um ano sem nenhum sintoma. Sou cantora, compositora e bailarina, e, se não fosse pela música, acho que não teria aguentado”, fala.

Por conta do tratamento, Ananda entrou em menopausa precoce e decidiu congelar os óvulos para o caso de querer engravidar. A cada três meses, faz exames de sangue, tomografia e ressonância magnética e uma vez por ano, o *pet scan*. Atualmente, escreve um livro contando sua experiência. “Estou procurando colocar tudo da maneira mais leve possível, mas quero inspirar pessoas e também alertar os médicos de que o câncer colorretal não aparece apenas a partir dos 50 anos.” ■

# capoa

POPULAÇÃO LGBTQIA+ LUTA POR ACESSO IGUALITÁRIO AO TRATAMENTO DE CÂNCER, MAS PRECONCEITO É A MAIOR BARREIRA

## Por um arco-íris de direitos



**H**omem transgênero (pessoa que possui identidade de gênero diferente do sexo biológico) e ativista LGBTQIA+, João Hugo Cerqueira, 30 anos, iniciou o processo de transição no Ambulatório de Atenção à Saúde de Travestis e Pessoas Transexuais (do Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa da Bahia – Cedap/BA) com 19 anos. Sua primeira vez no ginecologista foi justamente após começar a transição. E, apesar de se reconhecer como homem, continua fazendo regularmente o rastreamento do câncer do colo do útero. Jussara\*, 55 anos, é lésbica, mãe e avó. Ela percebeu um caroço em uma das mamas após

levar uma cotovelada. Procurou um mastologista conhecido e fez alguns exames, sendo encaminhada para o INCA para realizar biópsia, em dezembro de 2004. No ano seguinte, passou por cirurgia, quimioterapia e radioterapia no Instituto.

Esses dois personagens são exceção. Na verdade, o rastreamento dos cânceres de mama e do colo do útero alcança uma parcela muito menor entre a população LGBTQIA+ do que entre as mulheres

que se identificam com o sexo de nascimento e são heterossexuais. Nesse segundo grupo, as que relataram ter feito mamografia pelo menos uma vez e as que realizaram o Papanicolaou ultrapassam os 70%; enquanto os percentuais caem para 40% no primeiro grupo. Esses números constam da pesquisa *Transforming the invisible into the visible: disparities in the access to health in LGBT+ older people*, de 2022, que comparou o acesso à saúde entre a população LGBTQIA+ com 50 anos ou mais e a não LGBTQIA+. Os resultados englobam SUS e saúde suplementar.

A cuidadora Marisa Justino, hoje com 62 anos, fez sua única mamografia e uma ultrassonografia transvaginal aos 48. Lésbica e moradora de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense, Marisa conta que preconceito, constrangimento, vergonha e medo a mantiveram afastada dos serviços de saúde. Para ela, os profissionais da Saúde não têm preparo para atender a população LGBTQIA+ e não costumam conversar sobre os exames de detecção precoce dos cânceres de mama e do colo do útero. Conta que é comum uma lésbica ouvir que não precisa fazer o preventivo ginecológico por não se relacionar sexualmente com homens.

“Somos totalmente invisíveis no setor da saúde. Quando uma de nós, mais corajosa, resolve enfrentar essa barreira, identificando-se, reivindicando o direito a um atendimento correto e humanizado, somos tratadas com desdém, indelicadeza e indiferença”, critica Marisa.

Mesma percepção tem o gari Heitor Castro, homem transgênero de 55 anos, que há quase 10 anos não vai ao ginecologista. A única vez que fez mamografia e Papanicolaou foi em 2014, pela rede suplementar. “Foi muito constrangedor, porque

“Somos totalmente invisíveis no setor da saúde. Quando uma de nós, mais corajosa, resolve enfrentar essa barreira, identificando-se, reivindicando o direito a um atendimento correto e humanizado, somos tratadas com desdém, indelicadeza e indiferença”

**MARISA JUSTINO**, cuidadora



**Marisa: “Profissionais da Saúde não têm preparo para atender a população LGBTQIA+”**

a médica não estava preparada para atender um transgênero”, conta.

Heitor faz transição hormonal pelo SUS desde 2021, em Mesquita, também na Baixada Fluminense, e este ano conseguiu dar entrada no processo de alteração para o nome social. “Temos que fazer uso do nosso direito ao nome social e ser tratados com respeito, mas é uma luta que ainda vai levar muito tempo”, prevê.

## DESPREPARO PROFISSIONAL

A pesquisa *The Transforming the...*, publicada no jornal *Clinics*, foi feita por pesquisadores das faculdades de medicina da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade de São Caetano do Sul, e da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, do Hospital Israelita Albert Einstein.

“Os exames de rastreio do câncer de mama e do colo do útero podem ser mais complexos para a população trans, pois envolvem exposição de genitais, reafirmação de um gênero com o qual a pessoa não se identifica ou um gênero que o profissional da saúde não enxerga”, opina Milton Crenitte, médico geriatra e coordenador do Ambulatório de Promoção à Saúde Trans 40+, da USP, um dos autores do estudo.

A percepção de qualidade do atendimento pela pessoa LGBTQIA+ passa pelo preparo profissional, e o estudo mostrou que 53% desse grupo não sabem ou não acreditam que os médicos estejam preparados para lidar com as particularidades da sua saúde.

Desde 2012, existe a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e

Transexuais (LGBT) lançada pelo Ministério da Saúde. De acordo com o documento, trata-se de um reconhecimento sobre as demandas dessa população em condição de vulnerabilidade e dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença.

Mas, após 11 anos do lançamento da política, o acolhimento da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde ainda é um desafio. “Pensando no SUS, cujos pilares incluem a equidade, precisamos conhecer as desigualdades para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Só vamos entender como orientação sexual e identidade de gênero são determinantes da saúde a partir do momento em que nos centramos na pessoa, e não na doença”, continua o pesquisador.

Para começar a mudar esta realidade, o médico acredita em “criar serviços nos quais essas pessoas sejam respeitadas e incluídas”. E acrescenta: “Pensar em políticas, mas, primeiro, acolhê-las [as pessoas]. Se continuarmos com uma grande parcela dessa população não acessando os serviços de saúde, seja porque tem medo de sofrer discriminação ou porque já sofreu, não vamos conseguir nos comunicar com essas pessoas”.

Moradora de Mesquita, na Baixada Fluminense, Jussara é constantemente colocada na posição de ter que confirmar que é mulher, por não expressar feminilidade. “Todas as vezes em que vou a uma unidade de saúde e chamam meu nome, todos olham para mim. Até para realizar o preventivo, a médica confirma se sou eu mesma. Sempre enfrentei isso na área da Saúde e

fora dela.” Jussara também espera por mais sensibilidade, empatia e escuta; dentro e fora dos hospitais. “A nossa saúde mental é tudo, é o que nos sustenta.”

Para reduzir a invisibilidade e a vulnerabilidade dessa população, a diretora de Programa da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), do Ministério da Saúde (MS), Flávia Teixeira, resalta que a produção de dados é fundamental, até mesmo no Sistema de Informação do MS.

“Incorporar orientação sexual e identidade de gênero como elemento de produção de dados é importante para que possamos compreender quem é essa população que acessa o SUS — porque sabemos que a maioria é SUS dependente. Até o momento, as pesquisas nas universidades e nos serviços de saúde têm guiado nossa preocupação com a política pública. Demandas chegam por meio do movimento social organizado, que tem sido o grande aliado na construção da política pública no Brasil. O País mantém essa população não vista quando não a introduz em seus documentos oficiais”, relata Teixeira.

## TRÊS ESFERAS, DIVERSOS PAPÉIS, UMA DEFESA

O coordenador nacional da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, Fernando Maia, admite a necessidade de repensar as políticas públicas e incorporar essa discussão no rastreamento de câncer. “Precisamos, num primeiro momento,

## MAIS EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCO

*O estudo Sexual orientation disparities in depression and substance use among adults: Results from the Brazilian National Health Survey analisou a prevalência de uso de tabaco, abuso de álcool, uso/abuso de múltiplas substâncias e depressão de acordo com a orientação sexual e constatou a maior exposição a fatores de risco para câncer por parte da população LGBTQIA+.*

*Em comparação com pessoas heterossexuais, há prevalência mais alta de uso diário de tabaco (homens gays, mulheres lésbicas e bissexuais); consumo excessivo de álcool (mulheres lésbicas e bissexuais); uso/abuso de múltiplas substâncias (homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais); e depressão (homens gays e bissexuais e mulheres bissexuais). As mulheres bissexuais mostraram-se mais vulneráveis em todos os quesitos.*

*A pesquisa, feita por pesquisadoras da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e publicada este ano na Revista LGBT Health, baseou-se na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) - Quesito Orientação Sexual, do IBGE, de 2022, primeiro levantamento oficial do País sobre essa população. As informações, coletadas em 2019, mostravam que, dentre os brasileiros adultos (18 anos ou mais), 1,9 milhão de pessoas se autodeclaravam homossexuais (1,2%); 1,1 milhão bissexuais (0,7%); 1,7 milhão não sabiam sua orientação sexual (1,1%); e 3,6 milhões não quiseram responder (2,3%).*

modificar as diretrizes de forma a incorporar a população trans. Se uma pessoa tem mama, ela deve seguir o rastreamento do câncer de mama; se ela tem colo do útero, deve seguir o rastreamento do colo do útero. Maia acrescenta que, em paralelo, há um movimento para compreender se há algum tipo de tumor maligno específico nesse grupo devido à terapia com hormônios.

Flávia Teixeira acredita que o reconhecimento de orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais no processo saúde-doença afetará a formação de profissionais capazes de prestar atendimento humanizado à população LGBTQIA+. “Esperamos que, até o final do ano, possamos dar uma resposta mais qualificada a essas pessoas e, particularmente, aos trans”, diz.

O médico de família e comunidade e diretor do Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP, Ademir Lopes Junior, é um dos editores do livro *Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar*, que busca instrumentalizar profissionais e estudantes da área da Saúde na abordagem da população LGBTQIA+. “As campanhas não incluí-la; e, muitas vezes, os profissionais têm pouco conhecimento, baseando suas práticas em estigmas, e não em evidência científica”, relata.

Segundo Lopes, a primeira ação do médico de família é garantir o acesso ao usuário. “Isso é muito mais amplo do que a pessoa entrar pela porta da unidade de saúde. A forma como ela percebe o serviço é o que vai fazê-la sair ou não de casa para procurar assistência”, explica.

O câncer do colo do útero tem como principal causa o vírus do HPV, e o SUS disponibiliza a vacina para meninas/adolescentes de 9 a 14 anos e meninos/adolescentes de 11 a 14 anos. “Se eu tenho parte das pessoas trans sendo expulsas de casa durante a adolescência, qual é a taxa de vacinação contra HPV dessas pessoas? Os fatores de risco acabam sendo consequências da vulnerabilidade e da LGB-Tfobia. É um somatório”, ressalta o médico.



## DIFERENÇAS

53% do grupo LGBGT não sabem ou não acreditam que os médicos estejam preparados para lidar com as particularidades da sua saúde



Homem trans, João Hugo continua fazendo o preventivo ginecológico

Milena Palladino

## INICIATIVAS DE QUALIFICAÇÃO

Flávia Teixeira cita como iniciativas exitosas de qualificação profissional as das associações brasileiras de Ensino Médico e de Medicina de Família e Comunidade, que incorporaram o cuidado com a população LGBTQIA+ no currículo; e ressalta que é importante que a temática esteja presente nos diversos níveis de formação.

No INCA, o projeto *Desinformação e Câncer*, com início previsto para 2024, buscará sensibilizar gestores e trabalhadores da rede de atenção oncológica no combate à desinformação, dando visibilidade a temas que podem influenciar, por discriminação, preconceito ou exclusão, os processos de saúde-doença de parte da população. De acordo com a coordenadora de Ensino, Alessandra de Sá Earp Siqueira, o objetivo é que os profissionais sejam capazes de pensar a informação e o conhecimento como ferramenta inclusiva e equitativa.

Abordar o câncer nos dois primeiros níveis de atenção à saúde requer articulação. De acordo com Fabiana Brandão Souza, da Área Técnica de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia, os coletivos e movimentos sociais participam dos diálogos e apresentam suas demandas de apoio a ações educativas e construção de documentos. A partir de 2021, a área começou a receber mais demandas dos municípios para montarem suas próprias áreas técnicas de cuidado à saúde LGBTQIA+. “O processo de interiorização precisa acontecer”, diz.

# O SIGNIFICADO DE CADA LETRA



**LÉSBICAS** — É uma orientação sexual e diz respeito a mulheres que se sentem atraídas afetiva e sexualmente por outras mulheres.



**GAYS** — É uma orientação sexual e se refere a homens que se sentem atraídos por outros homens.



**BISSEXUAIS** — São pessoas que se relacionam afetiva e sexualmente tanto com pessoas do mesmo gênero quanto do gênero oposto.



**TRANSEXUAIS, TRANSGÊNEROS, TRAVESTIS** — Conceito relacionado à identidade de gênero, e não à sexualidade, remetendo às pessoas que possuem identidade de gênero diferente do sexo de nascimento. Para se referir a elas, são usadas as expressões: homem trans e mulher trans.

Mulher trans é a pessoa que se identifica com o gênero feminino embora biologicamente tenha nascido com genitália masculina. O homem trans é a pessoa que se identifica com o gênero masculino embora biologicamente tenha nascido com genitália feminina.



**QUEER** — Termo da língua inglesa usado para qualquer pessoa que não se identifica com o padrão binário de gênero (homem/mulher).



**INTERSEXO** — É uma pessoa que nasceu com a genética diferente do XX ou XY e tem a genitália ou sistema reprodutivo fora do sistema binário homem/mulher.



**ASSEXUAL** — Pessoa que não sente atração sexual por nenhum gênero.



Demais orientações sexuais e identidades de gênero. O símbolo de soma no fim da sigla é para que todos compreendam que a diversidade de gênero e sexualidade é fluida e pode mudar a qualquer tempo, retirando o “ponto final” que as siglas anteriores carregavam.

## DIFERENÇAS



Apenas 39% das pessoas LGBT que nasceram com genitália feminina fizeram pelo menos um exame preventivo ginecológico ao longo da vida, contra 73% entre as mulheres heterossexuais

Em Salvador, o Campo Temático de Saúde LGBT, da Secretaria Municipal de Saúde, promove, desde 2019, educação permanente para as equipes da Atenção Primária, a fim de que as unidades sejam certificadas como Unidades Básicas Unidas da Saúde da População LGBTQIA+.

Os critérios para certificação englobam participação das equipes na educação, utilização do nome social pelas equipes, inserção de orientação sexual e identidade de gênero nos prontuários e promoção de atividades nas datas temáticas. O enfermeiro e técnico do Campo Erik Abade relata que o diálogo com os movimentos sociais é fundamental para as campanhas educativas chegarem a essa população.

## AS ESPECIALIDADES (E HUMANIDADES)

No HC III, unidade do INCA destinada ao tratamento do câncer de mama, a chefe do Setor de Psicologia, Luzia Rodrigues Pereira, relata que pacientes LGBTQIA+ geralmente procuram atendimento pelo sofrimento psíquico causado pela doença, mas temas como religião, aceitação, preconceito e rede de cuidado e apoio também são trazidos.

“Nos cabe oferecer acolhimento e lugar de escuta. O tratamento acarreta mudanças na imagem e no funcionamento corporal, afetando também a sexualidade. Cada paciente vivencia isso de forma singular, de acordo com a história que construiu com seu corpo. O norte do nosso trabalho é o respeito às diferenças, priorizando o cuidado. Temos muito a avançar, e essa temática merece atenção e políticas públicas consistentes e inclusivas”, observa a psicóloga.

Ainda este ano, uma dessas políticas está prevista para ser implementada: o sistema de informação do HC III passará a contar com dados de orientação sexual e identidade de gênero, de acordo com o diretor, o mastologista Marcelo Bello.



Na unidade, homens e mulheres trans em tratamento já ficam nas enfermarias correspondentes à sua identidade de gênero, independentemente do nome que conste no Registro Civil.

Atuando no Ambulatório de Atenção à Saúde de Travestis e Pessoas Transexuais do Cedap/BA, a ginecologista Patrícia Almeida consegue observar a disparidade no atendimento, relatada pelos próprios usuários. “As mulheres lésbicas que não performam feminilidade relatam que se sentem malvistas e que são pouco escutadas, a ponto de saírem de uma consulta com receita de anticoncepcional”, revela.

A médica relata que muitos pacientes não têm a percepção de que mesmo sem praticar sexo penetrativo precisam fazer o preventivo ginecológico. “É algo que precisamos trabalhar com as mulheres lésbicas, pois o HPV pode ser transmitido por contato”, explica.

Com o homem trans, a situação é ainda mais delicada. “Muitos vão acompanhados de uma amiga ou irmã, para evitar constrangimento. Muitas vezes,

“Há barreiras na marcação da consulta com o uso do nome social, na espera em uma recepção onde só há mulheres e o receio sobre como será o profissional de saúde e a abordagem sobre o Papanicolaou”

**PATRÍCIA ALMEIDA**, ginecologista



## DIFERENÇAS

Na população LGBTQ, 40% já fizeram mamografia. Entre as mulheres heterossexuais, o índice chega a 74%

eles desistem. Há barreiras na marcação da consulta com o uso do nome social, na espera em uma recepção onde só há mulheres e o receio sobre como será o profissional de saúde e a abordagem sobre o Papanicolaou. Nos casos dos homens trans que sofrem de disforia, eu já ouvi relatos como: ‘Patrícia, eu não consigo me olhar. Como eu vou tirar a roupa para que você me olhe?’”, conta.

A ginecologista revela que o ambulatório ainda não teve um caso de câncer diagnosticado e questiona: “No hospital em que isso acontece, em qual local do prontuário está a informação de que a pessoa é travesti ou transexual? Não está registrado porque o sistema é binário: homem ou mulher”.

Milton Crenitte acrescenta a necessidade de olhar para os cuidados paliativos. “O suporte social é muito importante e é um dos grandes desafios para promover um final de vida com dignidade para a população LGBTQIA+. Temos uma grande parcela que não é casada, não tem filhos e não tem um contato de emergência. Temos o desafio de pensar no suporte ao paciente oncológico na finitude.” Segundo ele, principalmente na parcela dessa população com mais de 60 anos, a “família de escolha” é a que está presente; e cabe aos profissionais da Saúde envolvê-la nas discussões. ■

# reabilitação

PRÁTICAS INTEGRATIVAS, COMO IOGA RESTAURATIVA, REIKI E ARTETERAPIA, GANHAM CADA VEZ MAIS ESPAÇO NO APOIO A PACIENTES ONCOLÓGICOS



Quase 30 terapias complementares fazem parte da lista de práticas integrativas, como ioga, fisiodança e ioga restaurativa

Divulgação



Divulgação



Secom/INCA

## Acolhimento integral

“C alma, agora é a hora de você receber.” Essa foi a primeira frase que Eliana Neves dos Santos, de 64 anos, ouviu quando chegou para a aula de ioga restaurativa no INCA. Sem sentir ainda os efeitos da quimioterapia, iniciada dias antes em consequência de um câncer de mama descoberto em 2022, ela se apresentou querendo colaborar. O verbo “dar”, conjugado ao longo de toda uma vida, não tinha utilidade ali. O momento era só dela, por mais estranha que fosse a sensação de se colocar em primeiro lugar.

“Sempre cuidei do outro e não permitia que ninguém fizesse o mesmo por mim. Quando adoeci, me senti muito só. O cuidado que venho recebendo no INCA e a ioga estão me ensinando a pedir ajuda. Minha família tem me apoiado, até mesmo financeiramente. A cada sessão de químio, conto com a companhia de sobrinhos ou netos. Até minha mãe, que tem 84 anos, foi comigo da última vez. Percebi que não é porque estou vulnerável que não sou uma pessoa corajosa”, diz Eliana.

Já Rina Helena Martins “contava os dias até chegar a terça-feira”. Sua filha Larissa, de 13 anos, passou pouco mais de dois anos internada no INCA devido a complicações durante o tratamento de um tumor cerebral raro (a adolescente faleceu durante a produção desta reportagem, após um período em coma). “Aprendi a tirar um tempo para mim. Eu não me permitia isso, achava que era errado. A instrutora me explicou que eu tinha que estar bem para



Eliana aprendeu a pedir ajuda com a prática da ioga restaurativa

Arquivo pessoal

cuidar da minha filha, até porque tenho outra, de 16 anos. Andava nervosa e me sentia muito sufocada”, conta ela, que, ao ficar agitada, lembrava de praticar a respiração que aprendeu na ioga. “Conversar com outras mães e com a professora fez muita diferença também.” Rina ficava no hospital de segunda a sexta durante o dia, enquanto sua mãe fazia companhia à neta nos finais de semana.

Assim como outros usuários da instituição, Eliana é presença certa nos encontros semanais de ioga restaurativa realizados desde 2019 no Hospital do Câncer I (HC I), e desde 2022, no Hospital do Câncer III (HC III). As aulas são oferecidas pelo Instituto ZENCancer por meio de parceria com o INCAvoluntário, a área de ações voluntárias do INCA. No início, era um projeto-piloto direcionado a mães e acompanhantes de crianças em tratamento no HC I e no HC III. Mas os resultados positivos fizeram a iniciativa ser estendida para os pacientes adultos e, desde maio deste ano, também ao corpo de enfermagem do Instituto nas duas unidades. “A prática tem tudo a ver com a missão do INCAvoluntário, que é auxiliar pacientes e familiares a enfrentarem o câncer com mais qualidade de vida e ajudá-los a ter consciência de que não estão sozinhos, além de humanizar o ambiente hospitalar”, comenta Fernanda Vieira, supervisora do INCAvoluntário.

“Aprendi a tirar um tempo para mim. Eu não me permitia isso, achava que era errado”

**RINA HELENA MARTINS**, mãe de Larissa, paciente do INCA



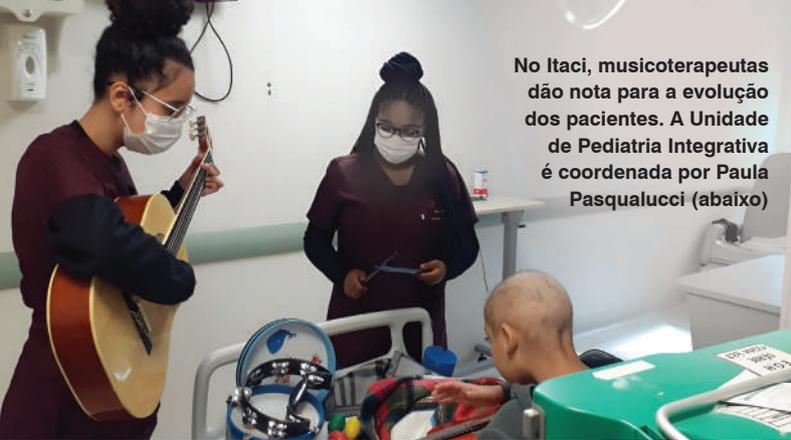
## IMPACTO POSITIVO

A ioga restaurativa é uma das 29 atividades inseridas no modelo de cuidado à saúde conhecido como Práticas Integrativas Complementares (PICs) desde 2006, ano de publicação da primeira portaria ministerial da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Inicialmente com foco na atenção básica, hoje as PICs estão presentes em todos os níveis de atenção, e ganhando cada vez mais protagonismo na oncologia. Medicina tradicional chinesa e acupuntura, medicina antroposófica, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, arteterapia, Ayurveda, biodança, meditação, musicoterapia, *reiki*, entre outras práticas de manipulação corporal e terapias energéticas fazem parte da lista.

“Já temos bastante evidência científica do impacto positivo dessas práticas na jornada do paciente com câncer. Não por acaso, diversos hospitais oncológicos do mundo contam com esses serviços”, diz Ricardo Monezi, que fez parte do grupo de pesquisadores convidados pelo Governo Federal para iniciar, em 2002, as discussões que fundamentaram o primeiro desenho da PNPIC. Monezi também foi gestor na Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Ministério da Saúde, em 2021, e desde o início deste ano é coordenador das Práticas Integrativas no A.C. Camargo Cancer Center e do Núcleo de Pesquisas em PICs do hospital, em São Paulo.

Segundo Ricardo Ghelman, consultor da Organização Mundial da Saúde (OMS), a oncologia lidera as primeiras cinco áreas com maior comprovação de benefícios das PICs. Desde 2019, ele coordena a confecção de mapas, encomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), que reúnem as melhores evidências em medicina integrativa. Até hoje, foram elaborados 26 com 1.500 revisões sistemáticas. Ano passado, em parceria com o INCA, ele elaborou o Mapa de Evidências de Terapias Complementares e Integrativas para Câncer do Colo do Útero.

“Existem várias indícios comprovando que as PICs reduzem os efeitos colaterais da quimio e da radioterapia, como fadiga, dor e distúrbios do sono e do apetite. É muito importante frisar que o modelo de tratamento é sempre complementar, e não alternativo, principalmente com relação ao câncer”, esclarece o consultor da OMS.



No Itaci, musicoterapeutas dão nota para a evolução dos pacientes. A Unidade de Pediatria Integrativa é coordenada por Paula Pasqualucci (abaixo)

Divulgação



## ANTROPOSOFIA LIGADA À SAÚDE

As terapias externas antroposóficas — aplicações na pele ou na mucosa de substâncias naturais oleosas ou aquosas ou toques especiais — também fazem parte do rol de integrativas do Itaci. O objetivo é restaurar a saúde de forma mais ampla em pacientes com dor, náusea ou vômito, insônia, falta de apetite, constipação, falta de ânimo, ansiedade ou estresse elevados. “Contamos com uma enfermeira e uma fisioterapeuta treinadas. Elas podem incluir o familiar se perceberem que isso ajudará a fortalecer o vínculo entre cuidador e paciente. Afinal, é um toque não doloroso, diferente do que a pessoa com a doença costuma receber durante o tratamento convencional”, explica Paula.

## RESULTADOS FUNDAMENTADOS

No Instituto de Tratamento do Câncer Infantil (Itaci), ligado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a oferta de práticas integrativas gerou o primeiro projeto de pesquisa cujas conclusões iniciais foram publicadas na revista *Integrative Cancer Therapies*. A segunda fase do projeto é a coleta sistemática de dados. Como é difícil medir o nível de melhora de sentimentos como medo e ansiedade, o Itaci usa escalas numéricas, e o paciente ou o profissional dão uma nota. Por exemplo, as musicoterapeutas graduam de um a 10 o quanto um paciente evoluiu em relação à socialização e à comunicação. “São dados preliminares e retrospectivos, mas a ideia é que nos levem a um pequeno manual de implementação que auxilie outras instituições”, diz Paula Pasqualucci, coordenadora da Unidade de Pediatria Integrativa do Itaci.

Segundo Maria Aparecida Brasil, mãe de Alice, de 10 anos, a musicoterapia tem ajudado na reabilitação da filha, que está internada no Itaci por intercorrências após a realização de um transplante de medula óssea. “Uma das coisas mais interessantes dessa prática é que são feitas propostas para os encontros seguintes. Então, a Alice se prepara. Uma vez, ela precisou criar uma *playlist* e chegou com mais de 100 músicas. Foi um jeito de envolvê-la na atividade, em vez de só deixá-la parada, recebendo medicamentos”, conta Maria Aparecida.

Desde 2021, 137 pacientes oncológicos foram atendidos com sessões de acupuntura, musicoterapia (mais direcionada a crianças e jovens com longo tempo de internação e enfrentando situações de embotamento emocional e dificuldades de socialização) e meditação *mindfulness* (com linguagem mais lúdica e por teleatendimento, devido à situação econômica dos pacientes e à distância da casa deles até o hospital).



No INCA, “vivência de floresta” para crianças com déficit visual

Secom/INCA

Essa abordagem começa a ser oferecida também no INCA, por meio da recém-criada equipe de Oncologia Antroposófica do Serviço de Oncologia Pediátrica. O grupo conta com uma médica, dois enfermeiros, um fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional. Além da consulta médica, a instituição oferece tratamento antroposófico farmacológico e terapia artística, que, por meio de cores, formas, volumes e disposição espacial, permite a busca do que a técnica entende como a sua “essência sanadora”. Uma das vivências artísticas foi com pacientes pediátricos com déficit visual. Eles puderam experimentar “estar” numa floresta dentro do ambiente hospitalar, com o som dos animais, da água e do vento e o cheiro das plantas, além de troca sensorial com as mães, descrevendo o que os olhos viam enquanto a criança sentia o que estava sendo descrito.



Carlos José (de camisa azul) conduz sessão de meditação para profissionais do INCA

“O adoecimento mental é uma situação grave no setor, e a literatura médica comprova essa realidade”

**CARLOS JOSÉ COELHO DE ANDRADE,**  
oncologista do INCA

Segundo Nilene Gouvea, pediatra intensivista e responsável pela introdução das técnicas no INCA, já há vários relatos de redução de dor, melhora da vitalidade e diminuição dos efeitos colaterais durante o ciclo de quimioterapia, o que vem contribuindo para a redução do número de reinternações. “Estamos construindo um protocolo clínico, a ser implantado em breve. Os profissionais treinados serão multiplicadores na pediatria. A ideia é que todos, incluindo os médicos, possam atuar de forma sinérgica e integral. Ainda este ano teremos uma segunda capacitação da equipe atual, relacionada à área pedagógica”, conta.

## MAIS OFERTAS À VISTA

O A.C. Camargo Cancer Center tem 110 pacientes praticantes de ioga, entre atendidos tanto pela rede privada quanto pelo SUS. As aulas são oferecidas de segunda a sexta e ministradas por nove professores voluntários. Já a oferta de *reiki*, direcionada também a familiares, completou três meses em julho, com mais de 1.400 atendimentos prestados por 46 voluntários. Segundo Ricardo Monezi, há relatos de mais calma e conforto durante as consultas e procedimentos convencionais. “Estamos avaliando se é possível ampliar a prática para os leitos e outras unidades do hospital”, diz.

## CUIDADO TAMBÉM PARA PROFISSIONAIS

Há sete anos, profissionais de qualquer setor do INCA podem frequentar sessões de mindfulness conduzidas pelo oncologista Carlos José Coelho de Andrade. A técnica auxilia na redução da ansiedade e da depressão. As sessões acontecem três vezes por semana e duram 25 minutos.

“A assistência ao paciente é inadiável, nunca haverá algo mais prioritário do que atender alguém. Por isso, existe dificuldade em oferecer um programa de mindfulness nesse ambiente [hospital]”, afirma Carlos José. O oncologista alerta para a necessidade de mais ações em prol da saúde dos profissionais da área. “O adoecimento mental é uma situação grave no setor, e a literatura médica comprova essa realidade.” Carlos José também conduz sessões para pacientes em tratamento contra o tabagismo no INCA e, antes da pandemia de Covid-19, oferecia a meditação para crianças internadas e suas mães.

A unidade mantém, ainda, sessões de fisioterapia e arteterapia. As primeiras foram introduzidas pela diretora do Departamento de Fisioterapia, Celena Freire Friedrich. Ela convidou Larissa Simões, fisioterapeuta do serviço há 10 anos e bailarina clássica, para unir a dança às técnicas de reabilitação para pacientes.

“Apesar de os pacientes serem firmemente orientados sobre a importância da atividade física, a desmotivação é uma grande barreira na continuidade do tratamento. A dança tem como benefício principal a reabilitação completa dos movimentos perdidos ou prejudicados após a cirurgia ou tratamento, de forma lúdica. Ela melhora também a autoestima, a autoconfiança e a reintegração na sociedade, alimenta laços de companheirismo e resgata o significado do corpo, transformando-o num instrumento de autoaceitação e inclusão social”, acredita Larissa.

Especialista em arteterapia oncológica e professora voluntária no A.C. Camargo, Tatiana Oliveira ministra oficinas virtuais para pacientes da instituição e familiares desde 2019. De forma presencial, trabalha há nove anos na Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (Afecc) do Hospital Santa Rita de Cássia, em Vitória (ES), que oferece, ainda, acupuntura, ioga, biodança, meditação, *reiki* e terapia floral a pacientes do SUS.



Jéssica frequenta as oficinas de arteterapia ministradas pela especialista Tatiana Oliveira, no Espírito Santo

Uma das que se beneficiam da arteterapia é Jéssica Farias Pina, de 29 anos, que se encontra em tratamento na Afecc após a descoberta de um câncer de mama. “Nos encontros de arteterapia há espaço para compartilhar sentimentos e sensações. Houve uma dinâmica com flores, por exemplo, em que fomos estimuladas a nomear nossas características. São raros os momentos que paramos para nos analisar. O autoconhecimento traz confiança e liberdade, e nos permite entender que estamos em constante transformação e que, em vários momentos, é preciso se recolher para aprender como devemos lidar com as novas experiências da vida.”

Tatiana também oferece vivências de arteterapia para pessoas com câncer de laringe e seus acompanhantes no Centro de Vivência da Casa Rosa da Afecc. “Há dois anos me tornei pesquisadora e escrevi um artigo que vai ser publicado em 2024 sobre arteterapia nos cuidados paliativos em pacientes com este tipo de tumor”, conta. Ela também é coautora de um dos quatro trabalhos do Serviço de Práticas Integrativas do A.C. Camargo aprovados para o Congresso Internacional de Medicina Integrativa, realizado em setembro, na Itália.



## MERGULHO PROFUNDO

Evidências científicas robustas também guiaram a escolha da onco-hematologista Paola Tórres no uso direcionado das PICs exclusivo a pacientes oncológicos. Médica do Centro Regional Integrado de Oncologia, em Fortaleza (CE), e coordenadora do Comitê de Oncologia do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (Cabsin), Paola cursou um programa *Fellow* em Medicina Integrativa na Universidade do Arizona (EUA) para voltar com mais autoridade e conseguir criar o Núcleo de Medicina Integrativa da Universidade Federal do Ceará (UFC), onde é professora titular da Faculdade de Medicina.

A médica também criou o Printar — Programa Integrativo de Apoio e Revitalização —, cujos dados já resultaram em trabalhos de pesquisa e extensão apresentados em congressos no exterior. O programa conta com bolsistas do curso de Medicina da UFC há mais de cinco anos e tem parcerias com a Universidade de Fortaleza e a Universidade Estadual do Ceará. Ele foi escolhido para participar do IdeiaSUS, Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente.

Também presidente do Cabsin, Ricardo Ghelman espera que a produção científica acabe demonstrando que o uso de terapias complementares para a oncologia traz vantagens econômicas ao apoiar os pacientes durante o tratamento. “Padronizando essas abordagens, coletaremos dados de alta qualidade que poderão ser usados para comparar programas em várias instituições e implementar a garantia de qualidade.”



Prática do do-in, no Printar, em Fortaleza



## Homenagem

O nome Marcella de Oliveira Santos é sinônimo de estimativas de câncer. Ao longo de mais de 25 anos de serviço no INCA, a estatística, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), dedicou-se a promover a melhoria das informações dos Registros de Câncer, em âmbito nacional, produzindo a ferramenta mais importante para dar a gestores, profissionais da saúde, pesquisadores e jornalistas informações atualizadas para auxiliar na tomada de decisão sobre políticas públicas relativas à doença: a *Estimativa de Câncer no Brasil*.

No dia 30 de julho, Marcella faleceu em decorrência de um câncer de mama. Sua dedicação à melhoria dos Registros de Câncer elevou a qualidade das informações e levou o Brasil a ter suas estimativas inseridas na publicação mundial sobre incidência de casos novos da doença (*Globocan*).

Nas mais de duas décadas de serviços prestados no INCA, capacitou inúmeros registradores de câncer das secretarias municipais e estaduais de Saúde. Também integrou a comissão editorial da REDE CÂNCER. Na *Revista Brasileira de Cancerologia*, participou do conselho editorial, como parecerista e autora de inúmeros artigos. Mais recentemente, integrava o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer, mestrado profissional, no qual dava aulas de Estatística.

## Nobel

Encontrar o equilíbrio entre autoconfiança e receio foi o principal conselho que William Kaelin, Nobel de Medicina em 2019, ofereceu a jovens pesquisadores durante palestra promovida pela Nobel Prize Initiative, em agosto, no INCA.

Kaelin recebeu o Nobel após descobertas, junto com os pesquisadores Peter Ratcliffe e Gregg Semenza, de como as células sentem o oxigênio e se adaptam à sua disponibilidade. A palestra *Minha Improvável Jornada a Estocolmo*, abordou os entrelaçamentos da vida pessoal dele com a pesquisa que o levou ao prêmio. Suas descobertas podem levar a novos tratamentos de anemia, câncer e outras doenças.

A visita de Kaelin contou, ainda, com uma mesa-redonda no gabinete da Direção-Geral, da qual participaram 20 estudantes e pesquisadores e foi possível debater questões acadêmicas.



## Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer

Até 13 de outubro, o INCA está com inscrições abertas para o processo seletivo para ingresso no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan).

A seleção é destinada a profissionais da área da saúde e afins com diploma de nível superior, de duração plena; e possuam vínculo empregatício preferencialmente em

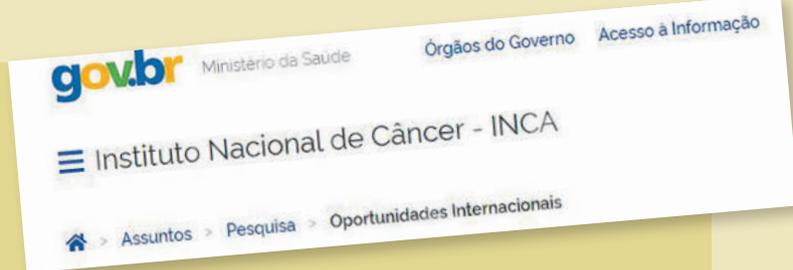
instituições próprias do SUS ou credenciadas, desenvolvendo atividades em qualquer área do controle do câncer.

Para se inscrever, o interessado deve acessar: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/ensino/mestrado-e-doutorado/ppgcan/processos-seletivos>. O processo seletivo é composto de três etapas, sendo as duas primeiras realizadas no dia 1º de novembro.

## Oportunidades internacionais

Desde agosto, estão disponíveis no Portal do INCA informações sobre oportunidades internacionais para pesquisadores.

Basta seguir o caminho Assuntos -> Pesquisa -> Oportunidades internacionais. São listadas oportunidades oferecidas por universidades, institutos de pesquisa, agências de fomento e organizações internacionais de diferentes áreas de conhecimento. As modalidades incluem, entre outras, financiamento para projetos de



pesquisa, acordos de cooperação, *fellowship* e bolsas de estudos.

A seção é atualizada semanalmente pela área de Cooperação Internacional do INCA a partir de informações coletadas ou recebidas de diversas instituições.

## Nova tecnologia

É do INCA o primeiro equipamento de uma instituição pública federal no Brasil para detecção de pólipos no cólon e no reto, lesões que podem evoluir para câncer de intestino, utilizando inteligência artificial.

O equipamento mostra as imagens em alta qualidade, com vasos e mucosas bem definidos. Detecção e caracterização são as duas funções da inteligência artificial na endoscopia que elevam a taxa de identificação do adenoma, lesão precursora do câncer colorretal.

“A nova tecnologia também será usada no treinamento de residentes e para subsidiar relatórios sobre custo-efetividade para o Ministério da Saúde”, afirmou a chefe do Setor de Endoscopia do HC I, Maria Aparecida Ferreira.



## Responsabilidade socioambiental

O INCA aderiu ao Programa Agenda Ambiental na Administração Pública (A3P).

Trata-se de iniciativa do Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima, que propõe a inserção da variável socioambiental no cotidiano e na qualidade de vida do ambiente de trabalho dos órgãos federais.

O termo vigorará por cinco anos.

## Barato e mortal

A indústria do tabaco tem uma estratégia bem definida para a ampliação de seus lucros: garantir preços baixos e continuar adicionando aditivos que tornem os derivados do tabaco mais palatáveis.

Pesquisa do INCA mostra que o cigarro legal brasileiro é o segundo mais barato da região das Américas. A diferença entre o preço das marcas fabricadas no País e as contrabandeadas nunca esteve tão baixa.

Após a reforma tributária de 2012, o preço médio do produto legal era quase 150% mais alto em relação ao cigarro ilegal. Atualmente, essa diferença caiu pela metade.

As análises fazem parte do estudo inédito *The cigarette market in Brazil: new evidence on illicit practices from the 2019 National Health Survey*, desenvolvido pelo INCA em parceria com a Universidade de Illinois, em Chicago, nos Estados Unidos.

# tecnologia

USO DE FERRAMENTAS DE *BIG DATA* NA PESQUISA E NO ENSINO ACADÊMICO CONTRIBUEM PARA O AVANÇO NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO DO CÂNCER

## Volume, variedade e velocidade

O vertiginoso desenvolvimento que a tecnologia da informação apresentou a partir da segunda metade da década de 2000, aliado à popularização dos computadores e ao crescente acesso à Internet, vêm contribuindo para o uso cada vez mais frequente do *Big Data*. Essa ferramenta proporciona maneiras de extrair informações de forma eficiente, aproveitando as oportunidades oferecidas pelos avanços tecnológicos. Em relação à oncologia, uma das principais características consiste em

permitir análise mais rápida de um alto volume de informações de pacientes. As análises resultantes vêm sendo utilizadas em epidemiologia clínica para produção de conhecimento, em especial àquele relacionado à incidência e à mortalidade por câncer.

De acordo com Luiz Claudio Santos Thuler, pesquisador da Divisão de Pesquisa Clínica do INCA e docente do Programa de Pós-Graduação em Oncologia, o *Big Data* facilita o estabelecimento de características, padrões, diagnósticos e trata-



“Para alguns tipos de tumor, é uma realidade, com a prescrição de terapias mais individualizadas, que evitam, por exemplo, efeitos colaterais da quimioterapia convencional”

**MARIANA BORONI**, chefe do Laboratório de Bioinformática de Biologia Computacional do INCA

mentos do câncer. “Isso pode refletir na melhoria do ensino, tornando-o mais próximo da realidade. É o que chamamos atualmente de educação baseada em dados. Na área de genética também é muito valioso, pois possibilita procedimentos terapêuticos mais precisos e personalizados.”

Mariana Boroni, chefe do Laboratório de Bioinformática de Biologia Computacional do INCA, concorda. Para ela, o uso de ferramentas de *Big Data* proporcionou a chance de enxergar o câncer de maneira multifatorial. “Elas permitiram a evolução das ciências ômicas [relacionadas a estudos de DNA, RNA, proteínas e metabólitos] e nos deram a capacidade de avaliar a materialidade genética e molecular da doença. Foi uma revolução gigantesca, que deu grande impulso à medicina de precisão [alia o tratamento convencional ao perfil genético de cada indivíduo].”

A médica explica que muitas dessas técnicas ainda estão em fase de pesquisa, embora haja aplicações práticas em tratamentos. “Para alguns tipos de tumor, é uma realidade, com a prescrição de terapias mais individualizadas, que evitam, por exemplo, efeitos colaterais da quimioterapia con-



Secomso/INCA

venção. Hoje já é possível um procedimento mais assertivo. O próprio Sistema Único de Saúde oferece tratamentos customizados.”

Um deles é o trabalho desenvolvido pelo Laboratório de Bioinformática com foco no câncer de ovário, cujos sintomas são similares aos da menstruação, como dores e inchaço abdominais. “Isso resulta, muitas vezes, em um diagnóstico tardio, e nem todas as mulheres respondem bem ao tratamento. A vantagem do *machine learning* [área da Inteligência Artificial (IA) que se concentra no uso de dados para imitar a maneira como os indivíduos aprendem ou executam tarefas específicas, melhorando gradualmente sua precisão] é que os algoritmos conseguem enxergar padrões [em múltiplas dimensões], algo impossível para o ser humano, pois o volume de informação é enorme. Estamos falando da análise de mais de 20 mil genes simultaneamente. Podemos utilizar informações de mulheres que não reagem bem à quimioterapia e pensar em um tratamento específico. A Inteligência Artificial nos ajuda a estabelecer padrões que podem levar a outras abordagens terapêuticas”, afirma.

## DEMANDA NO MUNDO ACADÊMICO

Segundo Catherine Moura, médica sanitária e CEO da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, as ferramentas de *Big Data* e IA vêm sendo utilizadas na Oncologia como forma de aperfeiçoamento técnico em programas de pós-graduação, incluindo mestrado e doutorado. “Elas ajudam a levantar informações do paciente e a oferecer assistência e tratamento de uma maneira geral, contribuindo, assim, para acompanhar desde a efetividade das legislações até o desfecho da jornada de cada um”, diz.

# O QUE É O *BIG DATA*?

O Big Data é um gigantesco banco de dados, mas não um mero local de armazenamento. Nele, podem ser depositados volumes massivos de dados estruturados, semiestruturados e não estruturados para posterior análise. Os bancos de dados convencionais trabalham apenas com dados estruturados, tipicamente, em planilhas com linhas e colunas ou com objetos digitais chamados de “entidades” (tabelas) que se relacionam ou não entre si.

Já o Big Data se refere a conjuntos de dados que são tão grandes, complexos e diversos que os métodos tradicionais de processamento e gerenciamento não são adequados para lidar com eles de forma eficiente. É centrado nos chamados “3Vs”: volume (quantidade), velocidade (taxa de entrada/saída) e variedade (diversidade de tipos de dados). Também está voltado para análise de padrões, tendências, insights e tomada de decisões a partir de dados complexos e massivos. Os dados não estruturados armazenados pelo Big Data podem incluir texto livre, imagens, áudio, vídeo etc.

É projetado para escalabilidade (capacidade de um sistema se expandir para lidar com aumento na demanda) horizontal extrema, distribuindo dados e tarefas em vários nós (ou seja, em cada servidor ou computador que faz parte de um conjunto espalhado de máquinas) de processamento (manipulação de dados). Na prática, o Big Data é muito usado para análise de redes sociais, processamento de dados científicos, monitoramento de tráfego, avaliação de logs (registros que capturam informações sobre atividades, eventos, transações e comportamentos que ocorrem em um sistema).

Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e diretor do Laboratório de Big Data e Análise Preditiva em Saúde (Labdaps), afirma que a demanda para que mais disciplinas sobre ciência de dados e Inteligência Artificial sejam incluídas no ensino acadêmico tem partido, principalmente, dos alunos. “Muitos departamentos estão atualmente ampliando sua atuação nesse universo tecnológico, porém isso ainda está longe de ser uma realidade no Brasil.”

Mas levar o pragmatismo das ciências exatas para o setor saúde nem sempre é tarefa fácil. De acordo com Mariana Boroni, tudo o que é novidade acaba gerando um natural estranhamento. “Em especial no campo das ciências da vida, falar de modelos matemáticos gera certa resistência. As pessoas não entendem bem como aquele padrão foi identificado. No entanto, observo que os profissionais da ciência da computação vêm desenvolvendo ferramentas para tornar o *machine learning* mais explicável, uma maneira de demonstrar como a máquina chegou àquele raciocínio.” A pesquisadora também afirma que já é possível identificar uma mudança de comportamento nos profissionais de saúde. “Tenho notado que médicos estão buscando ampliar seus conhecimentos, especializando-se nesse aspecto tecnológico.”

Para Luiz Thuler, a resistência a mudanças é comum, sobretudo quando há desconhecimento e incerteza em relação ao novo. “Qualquer inovação pode so-

frer oposição, principalmente quando percebida como ameaça. Especificamente na área médica, muito se tem enfatizado que o uso do *Big Data* não substituirá a experiência clínica e o julgamento dos profissionais, mas vai operar como um complemento ou ferramenta de apoio à prática clínica e ao ensino”, afirma.

## SUBSÍDIO PARA TOMADA DE DECISÃO

Não é o que pensa Catherine Moura. Segundo ela, de maneira geral não há resistência. Professores e alunos têm utilizado o *Big Data* para o aprendizado, não apenas no campo médico. “Bancos de dados têm proporcionado muitas descobertas interessantes do ponto de vista prático para a epidemiologia e a tomada de decisão sobre terapias. Para o futuro, a tendência é que haja crescimento contínuo dessa tecnologia no tratamento de câncer, contemplando toda a linha de cuidado.”

Mesmo já sendo usado no campo acadêmico, o *Big Data* ainda não provocou uma transformação que incorpore as novas tecnologias à grade curricular. “Desconheço alterações formais”, diz Thuler. “Mas, na prática, é impossível não incluir os avanços que têm ocorrido nos anos recentes.” Para Catherine Moura, ainda há passos a serem dados. “Não existe previsão de mudança no conteúdo educacional, ao menos no Brasil, que contemple o uso dessas inovações. Infelizmente, há coisas básicas



“Quando há inovação, automaticamente seu risco precisa ser avaliado. Do ponto de vista acadêmico, essas questões são discutidas há tempos”

**CATHERINE MOURA**, médica sanitária e CEO da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia

Divulgação



nas quais ainda precisamos evoluir, como a inclusão da disciplina Oncologia tanto na graduação do médico como na de outros profissionais envolvidos no cuidado da doença”, argumenta.

## SEGURANÇA E ÉTICA EM FOCO

Ao lidar com dados sensíveis, as ferramentas exigem não somente bom senso e cuidado da parte de desenvolvedores, cientistas e médicos, mas também uma abordagem honesta, segundo Thuler. “A privacidade e a segurança dos dados devem seguir sendo garantidas por sua anonimização [técnica de tratamento automático de informação], já prevista nos códigos de ética médica e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa”, afirma. Para Catherine Moura, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais é uma aliada nesse campo. “Quando há inovação, automaticamente seu risco precisa ser avaliado. Do ponto de vista acadêmico, essas questões são discutidas há tempos. Um exemplo são os estudos clínicos amparados pelos comitês de ética em pesquisa, nos quais o investigador, desde a graduação, aprende sobre essas temáticas. Com o *Big Data* não será diferente.”

Mariana Boroni salienta a grande preocupação com a segurança dos dados, pois informações genéticas podem ser usadas tanto eticamente quanto para finalidades indesejadas. “Existe o temor de que operadoras de planos de saúde possam prever algumas



Shutterstock

doenças e venham a recusar clientes ou que, então, cobrem valores muito elevados para aceitá-los. Há também o risco de que empresas usem esses dados em seleções para vagas de emprego, eliminando candidatos que possam apresentar futuros problemas de saúde. Só que o câncer está muito mais relacionado às consequências de maus hábitos do que pela predisposição de cada um. É uma discussão calorosa, que merece mais atenção”, acredita. Ela considera que existem outros aspectos importantes além da privacidade, como a equidade. “Nesse ponto, ainda há muito a avançar. As ferramentas dependem dos *inputs* [as entradas, as informações iniciais] que damos a elas.”

Alexandre Chiavegatto, por sua vez, chama a atenção para os dados que serão inseridos nos algoritmos. “Se forem treinados com um perfil específico de paciente, por exemplo de regiões mais ricas, corre-se o risco de que tomem boas decisões para esse grupo e piores para os que residem em localidades mais remotas. Será importante adicionar debates éticos nas novas disciplinas de tecnologia”, opina.

## MODELOS NACIONAIS

Na área médica, os recortes geográficos, comportamentais e étnicos são relevantes. Entretanto, a maior parte dos modelos usados pelas ferramentas de *Big Data* é baseada em informações internacionais, o que exige adaptação à realidade brasileira. “Isso não é novidade, pois, no ensino, a prática é antiga. Há muita limitação de dados epidemiológicos, de incidência e de prevalência de diversas patologias no País, o que limita os estudos de tendência e análises preditivas. No entanto, existem iniciativas de instituições educacionais no Brasil para montar painéis de controle analíticos, com informações nacionais em sua totalidade”, diz Catherine Moura.

Esse aspecto também é apontado por Alexandre Chiavegatto, que considera que a transposição de algoritmos para realidades além daquelas em que foram programados será um desafio. “Resultados recentes do nosso laboratório indicam que os softwares treinados nos grandes centros urbanos brasileiros perdem muito de sua precisão quando são usados em outras regiões. A tendência é que essa queda na qualidade seja ainda maior se forem usados algoritmos alimentados com dados de pacientes de outros países”, afirma o diretor do Labdaps.

Na opinião de Luiz Thuler, é importante que as ferramentas de *Big Data* utilizadas no tratamento do câncer sejam cada vez mais abrangentes e atualizadas, aprimorando o conhecimento de como o câncer ocorre no Brasil e aprofundando o aprendizado de profissionais e estudantes. “Embora existam inúmeras publicações internacionais sobre a importância da etnia na incidência e na mortalidade por tumor do colo do útero, por exemplo, por meio de três grandes bases de dados nacionais, nosso grupo mostrou, pela primeira vez no País, que as taxas são maiores em mulheres negras [neste estudo incluindo pretas e pardas, conforme classificação do IBGE] e indígenas, sendo possível conhecer sua vulnerabilidade e apontar caminhos para reduzir as disparidades”, conta.

Para funcionar, a tecnologia depende de dados, mas o custo para gerá-los é alto. Mariana Boroni esclarece que a população brasileira é miscigenada e, conseqüentemente, possui uma heterogeneidade molecular bem maior do que a de outros países. O problema, de acordo com ela, é que muitos estudos internacionais utilizados aqui são baseados em populações caucasianas. “Estamos começando a gerar nossos próprios dados. O Governo Federal lançou o projeto Genoma Brasil, que tem como objetivo criar um banco de informações genômicas de vários tumores. E o INCA participa desse trabalho. Isso vai nos permitir desenvolver ferramentas mais assertivas para os tratamentos”, acredita. Para Luiz Thuler, o ideal é desenvolver modelos próprios voltados para o ensino em Oncologia. “Meu grupo já vem retratando os padrões de ocorrência de diferentes tipos de câncer no Brasil. Isso vem permitindo o reconhecimento de características até então desconhecidas, o que pode contribuir para a melhora da prática clínica e do ensino.”

Mas essa realidade não vai se concretizar se não houver investimentos em pesquisa, avalia Mariana Boroni. “Precisamos destinar mais recursos



Divulgação

“Isso pode refletir na melhoria do ensino, tornando-o mais próximo da realidade. É o que chamamos atualmente de educação baseada em dados. Na área de genética também é muito valioso”

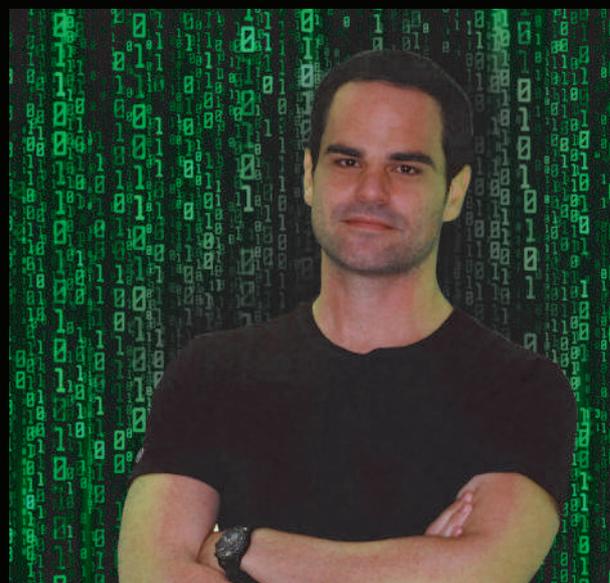
**LUIZ CLAUDIO SANTOS THULER**, pesquisador da Divisão de Pesquisa Clínica do INCA e docente do Programa de Pós-Graduação em Oncologia

à ciência e à pesquisa, pois a geração dos dados é muito cara. Em um futuro próximo, teremos um banco com muitas informações genéticas. Isso nos permitirá fazer diferentes modelos, que preencherão essas lacunas, tanto no diagnóstico quanto no tratamento.”

## NOVA FORMA DE LINGUAGEM

O ChatGPT, algoritmo generativo de Inteligência Artificial que interage com humanos por meio do oferecimento de soluções de textos e que vem ganhando notoriedade nos últimos dois anos, já começa a ser usado como ferramenta de apoio para professores e alunos de Oncologia. “Ele tem servido para obter exemplos a serem usados em sala de aula e em questões para avaliação dos estudantes”, conta Luiz Thuler. “Como desconheço seu uso para análise de dados, resolvi perguntar à própria plataforma e obtive a seguinte resposta: ‘Ele não é uma ferramenta específica para análise de *Big Data*, mas um modelo de linguagem’. Ele segue informando que pode ser usado para extrair informações relevantes, classificar ou categorizar, resumir ou sumarizar dados textuais, como registros médicos e relatórios de pacientes. Testei e funciona. Penso que sua utilização nesse campo é promissora, mas requer, como em todas as suas funcionalidades, julgamento crítico do usuário.”

A ressalva é corroborada por Alexandre Chiavegatto, para quem é fundamental esclarecer que o ChatGPT não foi desenvolvido nem validado para finalidades médicas. “Vários profissionais usam essa ferramenta para auxiliá-los em dúvidas clínicas. No entanto, é importante que eles façam perguntas em áreas que



Divulgação

**Segundo Chiavegatto, alunos têm pedido que mais disciplinas sobre ciência de dados sejam incluídas no ensino acadêmico**

já dominam e utilizem a plataforma apenas para consultas, nunca para tomar uma decisão final”, ressalta.

Catherine Moura pondera que a plataforma, assim como foi o *Big Data*, é uma nova tecnologia de inovação e pode contribuir com a aprendizagem de forma mais assertiva e coordenada. Porém, considera que sua disponibilização é muito precoce e precisa ser mais explorada. “Há um tempo de adoção plena com efeitos controlados sobre os impactos promovidos. Mas a questão é que, seja *Big Data*, IA ou ChatGPT, é inegável a contribuição que a tecnologia oferece em termos de ampliação de geração de dados, informação e conhecimento, além do que ainda trará para a oncologia, para a saúde e para a sociedade em geral.” ■

# personagem

COACH DAIENE BERDOLDI CONTA EM LIVRO COMO DESCOBRIU TUMOR NO CÉREBRO MESES ANTES DO CASAMENTO

## “Me casei com 73 pontos na cabeça”



**E**m novembro de 2019, Daiene Berdoldi tinha 36 anos e vivia um momento especial. Apesar de ser formada em Medicina Veterinária, atuava como *coach* e programadora neurolinguística e estava no auge da vida profissional: comandava uma empresa de consultoria e gestão de pessoas em São Paulo, cujo faturamento havia dobrado recentemente. Em paralelo, dava conta dos preparativos para o casamento, que seria em março do ano seguinte. Tudo ia bem até que começou a ter visões. “Em uma ocasião, eu tinha passado o dia inteiro mexendo na planilha de Excel que eu havia criado para a organizar a cerimônia. À noite, Marcos [o noivo] me perguntou alguma coisa sobre o bufê. Olhei para ele, e do lado de sua cabeça apareceu a planilha, flutuando no ar”, recorda.

Ela também passou a sentir mal-estar e calafrios, mas achava que os sintomas eram fruto de estresse devido ao excesso de trabalho e de afazeres. Somente quando ultrapassou um sinal vermelho e se assustou ao perceber que a situação estava saindo de controle é que tomou a decisão de procurar um neurologista. “Ele me pediu exames e, sem muito pudor, adiantou que poderia ser um câncer no cérebro”, conta ela, que descobriu também que estava perdendo a visão periférica há algum tempo.

### TENSÃO APÓS O DIAGNÓSTICO

A confirmação do diagnóstico chegou no dia 4 de janeiro de 2020. Tratava-se de um tumor cerebral primário infiltrativo e expansivo, que já cobria 25% do órgão, atingindo, principalmente, o lado direito e se expandindo para o esquerdo. “Quando li o resultado, travei, fiquei paralisada, não sabia o que fazer. Cheguei em casa, contei para o meu noivo e depois chorei muito”, lembra Daiene.

Sem perder tempo, ela marcou consulta com um oncologista, que confirmou a necessidade de cirurgia. Mesmo assim, a *coach* preferiu ouvir diferentes opiniões e, num intervalo de três semanas e meia, conversou com quatro neurocirurgiões. Para um deles, perguntou quando poderia ser operada, pois estava preocupada com o casamento. “Contei que já estava com tudo contratado e fechado, incluindo a lua de mel. De forma ríspida, o especialista mandou desmarcar tudo e ainda disse: ‘Você está agitada demais. O que vai matá-la não é o tumor, é a sua ansiedade’.” Em função da gravidade da doença, e após o encontro com o último médico, Daiene e Marcos decidiram adiar a cerimônia. Eles namoravam há quatro anos e já moravam juntos há três,

Daiene tatuou no punho direito a imagem de uma pequena cicatriz: “Simboliza a conquista do livro”



Daiene Bertoldi

que o ser humano quando é anestesiado. O fluxo sanguíneo, os batimentos cardíacos e a atividade cerebral diminuem normalmente. E o ar condicionado tende a baixar ainda mais a temperatura. É um detalhe aparentemente simples durante a cirurgia, mas que pode determinar a morte ou manutenção da vida do animal.

A faculdade não ensina tudo. A maioria das lições são aprendidas na prática — especialmente nas cirurgias. Não se aprende a ler o que o animal sente. O dia a dia mostra. Um colchão térmico pode ser usado para manter a temperatura do *pet* durante a operação. Após a anestesia, ele volta confuso e precisa ser mantido aquecido. Já vi outras situações de o animal estar acordado enquanto as pessoas davam risada e gritavam no centro cirúrgico. Há cirurgões veterinários que operam ouvindo música em volume altíssimo. São eras tão claros. É simples se colocar no lugar do animal e imaginar que você ficaria ao ser operado ao som de *rock* ou com a sensação de estar dentro de uma geladeira. Quando nos colocamos no lugar do outro, acertamos. Empatia.



A necessidade de investir em comunicação e empatia vai além das áreas da saúde. Uma das missões da medicina é promover qualidade de vida. A missão de quem trabalha no setor de casamentos é realizar sonhos. Vimos inúmeras vezes as duas propostas caindo por água abaixo. Falta excelência no atendimento. O ano de 2020 começou com meu diagnóstico do tumor cerebral confirmado. Por consequência, eu e o Marcos precisamos cancelar o cancelamento. Com Alexandre voltou a liberar a cerimônia e a festa depois de salvar minha vida. Foi uma grande alegria receber a notícia. No mesmo dia 14 de março, conseguimos realizar nosso sonho, com os mesmos fornecedores de antes. A relação com muitos deles, porém, já não era a mesma.

“Não quero que você pense em casamento neocirurgião deu início ao vaivém matrimonial. H meses do casamento, o sonho ruía. Antes de abrir cirurgia, naquele dia se abriram pontos no meu

Per trás da cicatriz

minha vida e até então cheia de saúde, trabalho e planos para o início da nossa família. A cicatriz também marcou o coração do Marcos. No mesmo dia, aquele homem forte e estruturado desabou em lágrimas ao olhar para a piscina do espaço que escolhemos para nos casarmos. “Eu ainda vou me casar com você. E aqui”, preferiu. Fiquei muito chateada ao presenciar a reação dele. Foi a primeira vez que o vi chorar mediante ao turbilhão de coisas que estávamos vivendo. Senti que naquele instante caiu a ficha dele sobre a turbulência que já vivíamos.

No olho do furacão, a gente precisava voar para cancelar todos os contratos. Nem precisamos pegar o avião para encarar a turbulência com a agência de viagens. Aquele foi o ápice do mau atendimento, da falta de humanização. Não era só o casamento. A lua de mel também estava impossibilitada. O sonho de ir a Dubai e Tailândia ainda não foi realizado — este foi o único cancelado de vez na época. Cheguei com exames e imagens do tumor em mãos para comprovar à atendente. Não havia outra solução diferente de cancelar as passagens, mesmo que a gente precisasse pagar multa. “Você não percebia nada? Não procurou um médico antes?” — aquele foi o atendimento mais desumano que enfrentei, lado a lado com o do neurocirurgião que sondou minha morte por ansiedade.

O grau de absurdo das palavras me espantou de imediato. Foi seguido de uma discussão. E terminou aos prantos. “Como assim, você não tinha dor de cabeça?” — aquela senhora falava comigo como se fosse um bate-boca de trânsito. Em nenhum momento pareceu ter compreendido o meu quadro. Certamente ninguém próximo a ela havia vivido algo parecido. “Que pena. Estou aqui com as passagens emitidas.” — aquilo era muita crueldade. O Marcos estava indignado. “Me senti obrigada a pensar de que forma eu imaginaria — ou planejaria — o tumor cerebral. Diagnosticada com câncer há menos de duas semanas e para a mesa de cirurgia, me vi intimidada a justificar que não estava cancelando as passagens. A lua de mel se tornou amarga. Era mais do que os sonhos. Era a confirmação da nossa aliança, da família que

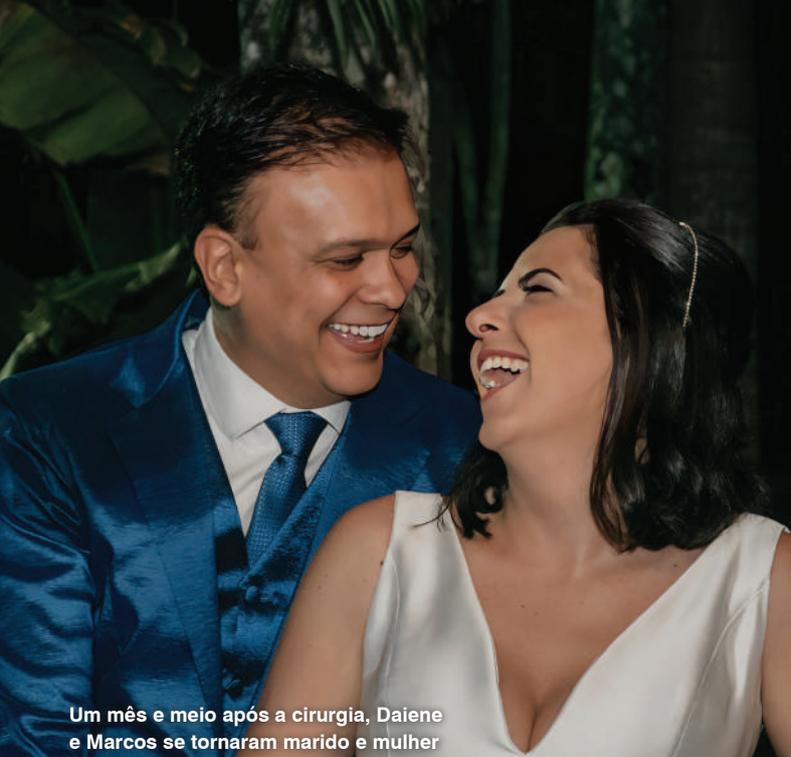
O decreto do...  
for...  
beira da piscina do *buffet*, o problema nem foi falta de

238

mas oficializar a união na presença de familiares e amigos era um desejo de ambos.

A cirurgia foi marcada para o dia 30 do mesmo mês e durou sete horas e meia. Os médicos retiraram entre 70% e 80% do tumor e tentariam eliminar o restante com sessões de radioterapia e quimioterapia. Daiene sofreu algumas convulsões no pós-operatório, mas a recuperação foi muito rápida, a ponto de o médico liberá-la para remarcar o casamento antes mesmo de começar o tratamento complementar. “Após

“Quando li o resultado, travei, fiquei paralisada, não sabia o que fazer. Cheguei em casa, contei para o meu noivo e depois chorei muito”



Um mês e meio após a cirurgia, Daiene e Marcos se tornaram marido e mulher

quatro dias de internação, ele me disse: ‘Esse relatório que você me pediu para redigir em inglês é para justificar o cancelamento da sua viagem de lua de mel, certo?’ Eu disse que sim. Então, ele falou que viajar para longe eu não podia, mas casar, sim.”

Antes de reorganizar a festa, Daiene decidiu conversar com o noivo. Queria se certificar de que ele ainda desejava se casar com ela. “Eu tinha um câncer cerebral e não queria que ele carregasse esse fardo. Marcos respondeu: ‘Eu me caso com você careca, de peruca, de cadeira de rodas... Se tiver que te carregar até o altar, eu carrego. Tudo o que quero é me casar com você’.”

Quarenta e quatro dias após a cirurgia, os dois se tornaram oficialmente marido e mulher. “Eu me casei com 73 pontos na cabeça, dois deles infeccionados. A cerimônia ocorreu exatamente no mesmo dia e lugar marcados antes da operação e do jeito que planejei desde o início”, comemora Daiene.

## POSITIVIDADE COMO ALIADA

Em abril daquele mesmo ano, Daiene fez a primeira das 30 sessões de radioterapia e completou o tratamento com 12 ciclos de quimioterapia oral. Ela acredita que sua positividade foi uma grande aliada para o sucesso da terapêutica. “Perdi metade do cabelo, sofri com efeitos colaterais, fiquei enjoada, indisposta, sonolenta e precisei dar uma pausa no trabalho, mas sempre foquei na solução, e não no problema”, afirma.

“Perdi metade do cabelo, sofri com efeitos colaterais, fiquei enjoada, indisposta, sonolenta e precisei dar uma pausa no trabalho, mas sempre foquei na solução, e não no problema”



Em meio a esse processo, ela lançou o livro *Por trás da cicatriz*, no qual conta sua experiência. As primeiras páginas foram escritas no hospital poucos dias antes da cirurgia. O objetivo era deixar um legado que servisse de inspiração para ajudar outras pessoas em momentos difíceis. Uma semana antes do lançamento da publicação, que é dedicada ao companheiro e foi inteiramente custeada por Daiene, ela tatuou no antebraço a imagem de uma pequena cicatriz. “Simboliza a conquista do livro. Foi tatuada no pulso direito porque sou destra e, sempre que estiver com um microfone na mão, contando minha história, quero lembrar da vitória que tive. É a única tatuagem que tenho, pois queria algo que realmente fosse significativo na minha vida”, explica.

A mesma imagem tatuada em sua pele aparece na contracapa e em vários momentos ao longo do livro. “Ela é usada como um intertítulo, ou seja, dentro de um mesmo capítulo, quando a leitura necessita uma pausa.”

Daiene segue fazendo as revisões periódicas indicadas para quem teve câncer. “Sou uma paciente oncológica em fase de controle semestral. E após pelo menos cinco anos em remissão é que poderei usar a palavra ‘cura’. Sigo otimista, plena e com vontade de viver.” ■

# política

## COMISSÃO, REFERÊNCIA NO CONTROLE DO TABAGISMO, RESSURGE DEPOIS DE QUATRO ANOS DE ATAQUES DA INDÚSTRIA DO TABACO E DO ÚLTIMO GOVERNO

### DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO - Seção 1

ISSN 1677-7042 Nº 167, quinta-feira, 31 de agosto de 2023

DECRETO Nº 11.672, DE 30 DE AGOSTO DE 2023

§ 4º Os membros do Conselho Consultivo a que se refere o inciso IV do caput serão:  
I - indicados pelo Presidente do Iphan e designados pelo Ministro de Estado da

Cultura; e  
II - escolhidos entre:  
a) profissionais do campo do patrimônio cultural;  
b) detentores de bens culturais; ou  
c) lideranças de povos e comunidades tradicionais.  
§ 5º O mandato dos membros a que se referem os incisos III e IV do caput será de doze meses, contados da data da publicação do ato de designação, permitida uma recondução.

§ 6º A perda do mandato dos membros de que tratam os incisos III e IV do caput ocorrerá nas seguintes hipóteses:  
I - renúncia;  
II - incapacidade civil;  
III - inabilidade administrativa comprovada por meio de processo judicial com sentença transitada em julgado;  
IV - perda da condição de membro ou de associado das entidades a que se referem o inciso III do caput;  
V - faltas injustificadas a duas reuniões ordinárias consecutivas; ou  
VI - falecimento.

§ 7º Na hipótese de perda do mandato dos membros a que se referem os incisos III e IV do caput, os novos representantes serão designados para cumprir o mandato pelo prazo remanescente.

Art. 4º O Conselho Consultivo se reunirá, em caráter ordinário, quatro vezes ao ano e, em caráter extraordinário, mediante convocação de seu Presidente ou solicitante, no mínimo, metade de seus membros.

Art. 5º O quórum de reunião do Conselho Consultivo é de maioria absoluta. O quórum de aprovação é de maioria simples, além do voto ordinário, o Presidente do Conselho Consultivo terá o voto de qualidade.

Art. 6º O Conselho Consultivo poderá instituir câmaras setoriais com o objetivo de assessorá-lo em temas relacionados ao patrimônio cultural.

Parágrafo único. As câmaras setoriais serão compostas por, no mínimo, três membros, sendo instituídas na forma de ato do Presidente do Conselho Consultivo e serão instâncias do Conselho Consultivo será exercida pelo Presidente do Iphan.

Art. 7º A participação no Conselho Consultivo e nas câmaras setoriais considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 8º O regimento interno do Conselho Consultivo será elaborado pela Secretaria-Executiva e aprovado pelo Conselho Consultivo.

Art. 9º Fica revogado o Decreto nº 9.953, de 8 de agosto de 2019.

Art. 10. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
Margareth Menezes da Purificação Costa

DECRETO Nº 11.671, DE 30 DE AGOSTO DE 2023

Institui o Grupo de Trabalho Interministerial sobre a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

#### DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Grupo de Trabalho Interministerial sobre a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho Interministerial é órgão de assessoramento técnico e de coordenação interministerial, no âmbito do Ministério das Relações Exteriores.

Art. 2º Ao Grupo de Trabalho Interministerial compete:  
I - fornecer subsídios para a elaboração de políticas relativas ao relacionamento com a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico - OCDE;  
II - contribuir para a promoção das relações entre a República Federativa do Brasil e a OCDE e a divulgação de estudos da OCDE e recomendar estudos acerca de temas específicos de interesse para as relações da República Federativa do Brasil com a OCDE;

III - analisar estudos da OCDE e recomendar estudos acerca de temas específicos de interesse para as relações da República Federativa do Brasil com a OCDE;

IV - examinar a compatibilidade dos instrumentos da OCDE com a legislação brasileira.

V - promover a cooperação técnica e inovação;

VI - Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar;

VII - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Serviços;

VIII - Ministério da Educação;

IX - Ministério da Fazenda;

X - Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos;

XI - Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima;

XII - Ministério de Minas e Energia;

XIII - Ministério do Planejamento e Orçamento;

XIV - Ministério da Saúde;

XV - Ministério do Trabalho e Emprego; e

XVI - Secretaria-Geral do Grupo de Trabalho Interministerial e os respectivos membros titulares e suplentes.

§ 1º Cada membro do Grupo de Trabalho Interministerial e os respectivos suplentes serão indicados pelo Iphan e designados em ato do Ministro de Estado das Relações Exteriores.

§ 2º Os membros titulares dos órgãos que representam e designados em ato do Ministro de Estado das Relações Exteriores e os respectivos suplentes serão ocupantes de Cargo Comissionado Executivo ou de Função Comissionada Executiva de nível equivalente ou superior a 13.

§ 3º O Grupo de Trabalho Interministerial poderá convidar especialistas e representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, e da sociedade civil para participar de suas reuniões, sem direito a voto.

Art. 4º O Grupo de Trabalho Interministerial se reunirá, em caráter ordinário, semestralmente e, em caráter extraordinário, mediante convocação de seu Coordenador.

Art. 5º O quórum de reunião do Grupo de Trabalho Interministerial é de maioria absoluta e a deliberação será tomada por consenso.

§ 1º O quórum será tomado por consenso.

§ 2º Os membros do Grupo de Trabalho Interministerial poderão instituir preferencialmente de modo presencial.

Art. 6º Ato do Coordenador do Grupo de Trabalho Interministerial poderá instituir subgrupos técnicos.

Parágrafo único. O ato a que se refere o caput disporá sobre a composição, o funcionamento e a duração dos subgrupos técnicos.

Art. 7º A Secretaria-Executiva do Grupo de Trabalho Interministerial será exercida pela Coordenação-Geral de Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico.

Art. 8º A Secretaria-Executiva do Grupo de Trabalho Interministerial e os subgrupos de trabalho serão considerados prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 9º A participação no Grupo de Trabalho Interministerial e nos subgrupos de trabalho será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 10. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 12. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 18. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 19. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 20. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 21. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 22. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 23. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 24. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 26. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 28. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 29. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 30. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 31. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 32. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 33. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 34. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 35. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 36. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 37. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 38. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 39. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 40. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 41. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 42. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 43. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 44. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 46. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 47. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 48. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 49. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 50. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 51. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 52. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 53. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 54. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 56. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 57. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 58. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 59. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 60. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 61. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 62. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 63. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 64. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 65. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 66. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 67. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 68. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 69. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 70. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 71. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 72. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 73. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 74. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 75. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 76. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 77. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 78. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 79. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 80. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 81. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 82. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 83. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 84. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 85. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 86. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 87. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 88. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 89. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 90. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 91. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 92. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 93. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 94. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 95. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 96. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 97. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 98. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 99. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 100. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 101. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 102. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 103. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 104. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 105. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 106. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 107. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 108. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 109. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 110. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 111. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 112. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 113. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 114. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 115. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 116. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 117. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 118. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 119. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 120. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 121. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 122. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 123. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 124. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 125. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 126. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 127. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 128. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 129. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 130. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 131. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 132. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 133. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 134. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 135. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 136. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 137. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 138. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 139. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 140. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 141. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 142. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 143. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 144. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 145. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 146. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 147. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 148. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 149. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 150. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 151. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 152. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 153. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 154. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 155. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 156. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 157. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 158. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 159. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 160. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 161. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 162. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 163. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 164. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 165. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 166. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 167. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 168. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 169. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 170. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 171. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 172. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 173. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 174. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 175. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 176. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 177. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 178. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 179. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 180. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 181. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 182. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 183. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 184. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 185. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 186. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**A**pós quatro anos de grave ameaça à sua legitimidade (foi dissolvida em 2019, assim como todas as demais comissões e comitês federais por decisão do ex-presidente da República, Jair Bolsonaro), a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq) “renasceu” no primeiro dia do atual governo. E exatamente 20 anos depois de ser criada, um novo decreto (o de nº 11.672, de 30 de agosto de 2023) instituiu novamente o colegiado, agora intitulado Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco e de seus Protocolos. Presidido pelo ministro da Saúde e tendo o INCA como Secretaria-Executiva, a Conicq vinha colecionando, há duas décadas, conquistas no controle do tabagismo que alçaram o Brasil a modelo a ser seguido por nações de diferentes continentes. E promete retornar com energia redobrada.

Ainda em 2019, o então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, decidiu reconduzir a Conicq e não interromper seus trabalhos. A contínua pressão dos que questionavam a legitimidade da Comissão e a demora na publicação de um novo decreto, por conta da pandemia de Covid-19, levou o INCA, em julho de 2021, a acionar a Advocacia-Geral da União (AGU). Mesmo com o parecer favorável da AGU, que entendeu que a Conicq não havia sido extinta, e sua legitimidade assegurada, a indústria do tabaco e a “bancada do tabaco” (como são conhecidos os parlamentares que atuam a favor da cadeia produtiva do fumo) continuaram suas tentativas de enfraquecer a Comissão.

## RISCO PARA A AGRICULTURA FAMILIAR

*A produção de cigarros está vinculada à eficiência da cadeia produtiva, que tem como elo mais fraco o pequeno agricultor e suas famílias. Como segundo maior produtor de tabaco do mundo, o apoio às atividades alternativas ao cultivo do fumo foi um tema que o Brasil batalhou durante a negociação da Convenção-Quadro para que entrasse no seu texto, já que a maioria dos países não é produtora.*

*O enfraquecimento das políticas públicas destinadas à agricultura familiar nos últimos anos afetou de forma diferente os trabalhadores rurais. Em Santa Maria, Rio Grande do Sul, o Projeto Esperança/Coesperança, por exemplo, não parou. “A fé, a coragem e a resistência fizeram com que os agricultores não desanimassem e chegassem ao momento que estamos hoje”, afirma Irmã Lourdes Dill, que coordenou o trabalho durante 35 anos. Dentre as iniciativas do projeto estão o Seminário de Alternativa à Cultura do Fumo, realizado anualmente desde 1991, e o Centro de Referência de Economia Solidária Dom Ivo Lorscheiter – o Feirão Colonial, criado em 1992 para promover a venda direta do produtor ao consumidor.*

*Em Paraíso do Sul, no mesmo estado, apesar do apoio do Esperança/Coesperança, Rosiéle Ludtke e outros pequenos agricultores precisaram se reinventar. Em 2017, eles já haviam formado o grupo FlorESer*

EM MAIS DE 20 ANOS DE ATUAÇÃO, A CONICQ COLECIONA CONQUISTAS. CONFIRA ALGUMAS:



2001

Inclusão de imagens de advertência nas embalagens dos cigarros para alertar sobre os riscos do produto à saúde. Brasil foi o segundo país a adotar a prática, depois do Canadá (Resolução da Diretoria Colegiada – RDC – da Anvisa nº 104, de 31 de maio)



2002

Proibição da produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarros ou outro produto fumígeno. Proibição do uso de embalagens de alimentos que simulem ou imitem as embalagens de cigarros (Resolução da Anvisa nº 304)



2003

Proibição da venda de produtos derivados do tabaco na Internet (Resolução da Anvisa nº 15)

•

Elevação do valor do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) incidente sobre os cigarros (Decreto nº 4.924)



2005

Criação do Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco



2007

Aumento da alíquota do IPI sobre cigarros (Decreto nº 6.072)



2009

Proibição de fumar em ambientes coletivos, como bares, restaurantes, shoppings, teatros e cinemas. O movimento começou em 2009, no Estado de São Paulo (Lei 13.541, de 7 de maio). Depois vieram Rio de Janeiro (Lei nº 5.517, de 17 de agosto) e Paraná (Lei 16.239, de 29 de setembro)

Agroecológico, e foi o corporativismo que permitiu que transpusessem os desafios. “Foi um baque muito grande. De uma hora para outra, vimos que várias iniciativas com as quais trabalhávamos iam terminar. Então, tivemos que buscar outras formas para sobreviver somente da agricultura. A formação do grupo nos permitiu acessar o Feirão Colonial, que possui um público maior. Foram períodos difíceis, ficamos completamente abandonados pelo governo”, relata ela, que deu início à transição para produção de alimentos em 2008, após 15 anos plantando tabaco.

## DÍVIDAS COM A INDÚSTRIA

Para Miraci Terezinha Sippert Schú, de Agudo, também no Rio Grande do Sul, o endividamento contraído com a indústria do tabaco tornou a transição para a diversificação ainda mais difícil. Ela plantou fumo por uma década – chegou a ter 60 mil pés –, mas, a partir do segundo ano, já tinha uma dívida de R\$ 25 mil, relativa à compra de uma estufa. Casada com um professor e com três filhos pequenos, considerava, como muitas agricultoras, que produzir tabaco proporcionaria uma vida melhor para sua família. Mas, há 12 anos, ao conhecer Irmã Lourdes e a Feira da Economia Solidária, mudou de direção.

“O projeto abriu minha visão e entrei no negócio de verduras. Mergulhei sem medo, porque sabia que isso não me impediria de pagar as contas. Troquei a cultura da morte pela da vida. Diante do que vemos no mundo, a falta de alimento é muito grande. E não é de

Arquivo pessoal



Depois de 15 anos, Rosiéle trocou o cultivo de fumo pelo de alimentos

tabaco que as pessoas estão precisando”, diz ela, que hoje fornece parte da sua produção à merenda escolar.

Em Santa Cruz do Sul, a pouco menos de 100 km de Agudo, Oldi Helena Jantsch e o técnico agrícola Maurício Queiroz coordenam a Escola de Formação de Jovens Rurais, que há 30 anos recebe estudantes de vários municípios da região. “Trabalhamos na motivação e na sensibilização dos agricultores para a importância da diversificação”, diz Maurício. Há 33 anos, os dois também promovem, anualmente, e com recursos próprios, o Seminário Estadual de Alternativas à Cultura do Fumo para estimular a reconversão produtiva. As palestras são realizadas nas cidades de Santa Maria, Santa Cruz do Sul, Cachoeira do Sul e Cruz Alta.



2009

Proibição da venda dos cigarros eletrônicos (RDC nº 46 da Anvisa, de 28 de agosto)



2011

Proibição do tabagismo em recintos coletivos de todo o País, proibição da propaganda dos produtos de tabaco nos locais de venda, instituição da política de preços mínimos para os cigarros e determinação da inclusão de advertência sanitária em 30% da área frontal das embalagens a partir de 2016 (Lei nº 12.546)



2012

Proibição de aditivos de sabor e aroma nos cigarros (RDC nº 14 da Anvisa, de 15 de março)



2017

Introdução de tarjas amarelas com advertências escritas nos rótulos dos maços de cigarros

Ratificação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Tabaco



2019

Conicq recebe o Prêmio da Força-Tarefa Interagências, da Organização das Nações Unidas, pelas ações de controle do tabagismo

AGU

2021

Em julho, a Advocacia-Geral da União assina parecer afirmando que o Decreto 9.759 não havia atingido a Conicq, reconhecendo a legitimidade da continuidade dos seus trabalhos



2023

Publicado o Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro, que revoga o Decreto nº 9.759

Decreto nº 11.672, de 30 de agosto, institui a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco e de seus Protocolos

Os 10 anos da  
Convenção-Quadro  
no Brasil foram  
comemorados em  
2015, em Brasília

Divulgação



“Veio a público uma notícia que confirmou aquilo que a gente já vinha percebendo. O governo anterior tinha proximidade importante com o setor da agroindústria e com a bancada do fumo”, relata o técnico da Secretaria-Executiva da Conicq, Felipe Mendes. “Houve o desmonte da Conicq e da Secretaria-Executiva, até mesmo fisicamente dentro do INCA.”

“A Conicq estava incomodando tanto a indústria do tabaco, que foi atacada com uma ferocidade gigante. Então, aproveitaram o decreto presidencial de 2019 para tirá-la de circulação. Os defensores do plantio e do consumo do fumo sabem do potencial da Comissão em termos de luta e capacidade de promover sinergia entre diferentes setores do governo. Mas todo esse ataque não foi suficiente para desmontar a política [a Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)], porque, graças ao investimento feito anos atrás, hoje temos uma rede de parceiros”, diz a ex-secretária-executiva do colegiado, Tânia Cavalcante, que esteve no posto por 19 anos. Para ela, a PNCT, como qualquer política que contrarie interesses econômicos, é feita de embates. “É um cabo de guerra entre a saúde pública e o setor do tabaco. Não há como fugir disso.”

Enquanto o novo decreto não era publicado, a Conicq continuou atuando. Uma grande vitória nesse período foi a manutenção da Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 2009, que proibiu a comercialização e a importação de dispositivos eletrônicos para fumar, popularmente chamados de cigarros eletrônicos. A indústria do tabaco fez um lobby muito intenso, tentando convencer a sociedade de que o equipamento aju-

daria a abandonar o cigarro convencional e traria menos risco à saúde, o que a Anvisa concluiu não ser verdade.

“Também em 2019, a AGU moveu ação de responsabilização civil contra fabricantes de cigarros para ressarcimento do SUS [conforme artigo 19 da Convenção-Quadro]. Essa iniciativa foi discutida e impulsionada pela Conicq, e teve como ponto de partida estudo realizado e divulgado pelo INCA em 2017, mostrando que o Brasil gasta muito mais com doenças causadas pelo tabagismo do que arrecada com impostos sobre produtos derivados do tabaco”, acrescenta Tânia Cavalcante.

A Comissão também ajudou na preparação da delegação brasileira para os dois principais encontros internacionais sobre controle do tabaco: a Conferência das Partes (COP), em sua nona edição, e a Reunião das Partes do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco (MOP, do inglês Meeting of the Parties), realizados em 2021. Porém, seguindo a interpretação da indústria tabageira e ignorando o parecer da AGU, o então ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, retirou a Secretaria-Executiva da Conicq da delegação que representou o Brasil nos eventos. Curiosamente, esse mesmo ministro havia entregado, em maio, premiação do Dia Mundial sem Tabaco à Tânia Cavalcante e se comprometido com a inclusão do tema tabaco na reforma tributária.

“Independentemente do partido que governe o Brasil, o controle do tabaco, como um programa de Estado, deve ter continuidade. De alguma maneira, seguimos pautando a agenda, assim como estamos

fazendo este ano com a COP 10 e a MOP 3. Somos técnicos”, acentua Vera Luiza da Costa e Silva, um dos principais nomes do controle do tabagismo no mundo desde a década de 1980 e que assumiu a Secretaria-Executiva da Conicq no último mês de junho. Nos anos recentes, Vera Luiza foi pesquisadora do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, e entre 2014 e 2020, chefe do secretariado da Convenção-Quadro, trabalhando na sede da Organização Mundial da Saúde (OMS), na Suíça.

Em 2019, para negociar a realização de atividades para marcar o Dia Mundial Sem Tabaco, o técnico da SE-Conicq Alexandre Octávio Ribeiro de Carvalho lembra que recorreu a uma já reconhecida força da Comissão: a articulação com parlamentares. Documentos técnicos do Colegiado, evidências científicas, ações em prol da saúde pública e a pauta do contrabando de cigarros foram usados para conscientizar

“Quando a Conicq foi institucionalmente enfraquecida, a sociedade civil teve o papel crucial de cobrar do governo sua retomada”

**FELIPE MENDES**, técnico da Secretaria-Executiva da Conicq

políticos. “Optamos por contatar as bancadas dos evangélicos e dos militares, e isso fortaleceu o trabalho da Conicq, contendo pressões dos aliados do tabaco. Eles entenderam o que é a Convenção-Quadro. A partir daí, abriu-se um campo de negociação permanente”, relata. Tânia Cavalcante acrescenta que esse tipo de articulação já ocorria desde 2004, mas por questões referentes à ratificação da Convenção e à implementação dos artigos.

No final de 2020, também no período de informalidade, por meio de parceria entre o INCA, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Anvisa, a Conicq conseguiu que profissionais das vigilâncias sanitárias e do Procon de vários estados fossem capacitados sobre legislação e fiscalização das regras de comercialização e exposição dos produtos de tabaco nos pontos de venda formais. A ideia é instrumentalizar e atualizar os profissionais sobre propaganda, ambientes livres de fumo, advertências sanitárias e comércio ilícito. Ini-

cialmente, foram realizados treinamentos-piloto no Rio de Janeiro e no Mato Grosso. Em seguida, contemplados Paraná, Minas Gerais, Paraíba, Goiás e Tocantins.

“A última Pesquisa Nacional de Saúde [do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do MS, de 2019] constatou que 97% dos menores de 18 anos conseguem comprar tabaco em pontos de venda formais sem serem questionados sobre sua idade. Outro problema é a venda de cigarros por unidade, que também é proibida no Brasil e ocorre em 99% dos estabelecimentos. Encontramos, ainda, cigarros eletrônicos e similares contrabandeados. Então, orientamos os profissionais para que incluam no seu roteiro de fiscalização essas questões”, detalha Felipe Mendes, que também é um dos instrutores da capacitação.

Um dos resultados do programa foram as apreensões de cigarros eletrônicos contrabandeados feitas em parceria com as polícias Civil e Federal. O projeto continua, e a ideia é chegar aos 26 estados e ao Distrito Federal e construir, junto com a Anvisa, um curso a distância para alcançar mais municípios. “É um trabalho que precisa crescer e está previsto no Plano Nacional de Políticas sobre Drogas”, explica ele.

Além de todos os ministérios e órgãos governamentais representados na Comissão, há um ator que desempenha papel fundamental no controle do tabaco: a sociedade civil. “O INCA foi um dos propulsores na criação de uma rede atuante no controle do tabaco, hoje coordenada pela ACT Promoção da Saúde, principal organização não governamental que trata do tema. Quando a Conicq foi institucionalmente enfraquecida, a sociedade civil teve o papel crucial de cobrar do governo sua retomada. Em função da autonomia, própria de sua natureza, a sociedade civil pode contestar, mobilizar e orientar a comunidade em prol de medidas e legislações”, diz Mendes.

## FOCO NA DIVERSIFICAÇÃO DAS LAVOURAS

Há uma grande expectativa para a retomada do Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco (PNDACT), iniciativa prevista no artigo 17 da Convenção-Quadro, que trata da promoção de alternativas economicamente viáveis ao cultivo do fumo. Em breve, deve haver conversa nesse sentido com o Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar. A sanção, em julho, da lei que restabelece o Programa de Aquisição de Alimentos,



Divulgação

Feirão Colonial ajudou produtores rurais de cidades do Rio Grande do Sul a aumentarem suas vendas

que determina que órgãos da administração pública dos governos municipais, estaduais e federais comprem pelo menos 30% de alimentos diretamente de agricultores familiares, é um incentivo a mais para a volta do PNDACT. Também contribui para isso o acordo de cooperação técnica interministerial que amplia a participação da agricultura familiar nas compras do Governo Federal. *(Leia mais no box)*

“Por muito tempo a indústria usou o termo ‘ativista’ para se referir à Conicq. Nós somos, sim, e com muito orgulho. Nossa missão é ativar evidências cien-

tíficas em políticas capazes de mudar realidades como a do tabagismo, uma pandemia que, todos os anos, mata 8 milhões de pessoas no mundo, das quais mais de 150 mil no Brasil”, diz Tânia Cavalcante.

Para Felipe Mendes, o retorno da Comissão significa também voltar ao trabalho com a intersetorialidade. “É a principal força da Conicq. A capacidade de reunir e articular diferentes saberes, competências e responsabilidades em prol da saúde pública. No campo governamental, o objetivo principal é discutir com cada ministério qual contribuição pode dar para o cumprimento da Convenção-Quadro”, afirma.

## QUEM FAZ PARTE DA CONICQ

*O ministro da Saúde, que coordenará a Comissão; e representantes dos seguintes ministérios: Saúde (dois, sendo um do Instituto Nacional de Câncer); Agricultura e Pecuária; Casa Civil; Desenvolvimento; Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar; Ciência, Tecnologia e Inovação; Defesa; Indústria, Comércio e Serviços; Fazenda; Justiça e Segurança Pública; Meio Ambiente e Mudança do Clima; Relações Exteriores; Trabalho e Emprego; além de integrantes da Advocacia-Geral da União; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e um da Fundação Oswaldo Cruz.*

## MODELO TIPO EXPORTAÇÃO

A expertise do Brasil na construção de mecanismos de coordenação nacional é considerada referência pela OMS e fez do País um exemplo a ser seguido. Com financiamento do organismo, o Brasil fez cooperação com Filipinas (2018), Cabo Verde (2018 e 2019) e Colômbia (2019 a 2021). Foram realizados workshops, adaptando o modelo brasileiro à realidade dos países.

No evento Cooperação Sul-Sul e Triangular para promover a implementação da Convenção-Quadro na era das Metas do Desenvolvimento Sustentável, em 2017, o País obteve reconhecimento pela criação de uma comissão de caráter interministerial para subsidiar a posição brasileira nas negociações da Convenção-Quadro, tendo sido o primeiro no mundo a implantar, ainda em 2003, tal mecanismo, inicialmente Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco, hoje, Conicq. ■

## Risco aumentado

Além de constituírem fatores de risco independentes para cânceres de cabeça e pescoço, o tabagismo e o papiloma vírus humano (HPV) podem provocar efeitos que interagem entre si, aumentando ainda mais o risco da doença.

A conclusão é de estudo feito por cientistas das universidades de São Paulo (USP) e do Chile, cujos resultados foram publicados no *International Journal of Molecular Sciences*. O artigo pode ser lido em: [www.mdpi.com/1422-0067/24/8/6907](http://www.mdpi.com/1422-0067/24/8/6907)



## Cigarro eletrônico paralisa células de defesa

Pesquisadores da Universidade de Birmingham, na Inglaterra, descobriram que a inalação do vapor do cigarro eletrônico, mesmo de forma moderada, pode impedir o funcionamento normal das células imunológicas capazes de enfrentar doenças.

Segundo os cientistas, a fumaça do dispositivo eletrônico para fumar pode danificar os neutrófilos, a primeira linha de defesa do sistema imunológico. O mesmo tipo de dano já havia sido comprovado devido ao consumo de cigarros convencionais.

Para o estudo atual, os pesquisadores expuseram amostras de sangue de voluntários que nunca fumaram ou vaporizaram a baforadas de vapor, com e sem nicotina. Em ambos experimentos os neutrófilos ficaram estáticos, sem capacidade de lutar contra possíveis ameaças.

## Útero muda de lugar para manter fertilidade

O tratamento com radioterapia pode levar à morte dos óvulos ou danificar outras partes da região — o que pode gerar infertilidade.

Pensando nisso, o pesquisador e cirurgião oncológico do Instituto de Cirurgia Robótica do Paraná Reitan Ribeiro desenvolveu técnica, em fase experimental, de transposição uterina.

Realizado dentro de um protocolo de pesquisa do Hospital Erasto Gaertner, de Curitiba, o método consiste em transferir os órgãos reprodutivos femininos para a parte de cima do abdômen, a fim de mantê-los intactos durante a radioterapia. Ao término do tratamento, é feita a reposição do útero, trompas e ovários em seu local original.

## Um em cada três homens no mundo carrega HPV

Estudo publicado no *The Lancet Global Health* mostra que quase um em cada três homens acima de 15 anos está infectado por pelo menos um tipo do papiloma vírus humano (HPV) genital, e um em cada cinco carrega o HPV de alto risco, com elevado potencial para causar câncer.

A prevalência global foi de 31% para qualquer tipo de papiloma vírus humano e 21% para HPV de alto risco.

Em torno de 95% dos casos de câncer do colo do útero estão relacionadas à infecção persistente pelo HPV de alto risco.

O papiloma vírus humano está associado aos cânceres de pênis e ânus em homens e, em ambos os sexos, ao de laringe.

Os pesquisadores fizeram a revisão sistemática e a metanálise com base em estudos publicados entre 1995 e 2022.

## IA gigante no diagnóstico do câncer

Microsoft e Paige trabalham no maior modelo de inteligência artificial do mundo para diagnosticar câncer baseado em imagens.

Segundo a CNBC, a Paige já recebeu aprovação da *Food and Drug Administration* (FDA), agência dos Estados Unidos responsável pelas áreas de alimentação e saúde, para um sistema chamado *FullFocus*, que permite aos médicos analisarem uma imagem digital em tela no lugar de usar o microscópio.

Normalmente, patologistas costumam analisar no microscópio lâminas com tecidos ou fluidos corporais para fazer o diagnóstico.

O novo sistema é equipado com um modelo de IA que ajuda a identificar cânceres de mama, cólon e próstata a partir das imagens digitalizadas.



## Queremos REDE CÂNCER

Me chamo Bianca Fernandes Lima, sou enfermeira coordenadora no setor de Oncologia/Terapia Antineoplásica do Hospital Nossa Senhora de Nazareth. Gostaria de receber a revista REDE CÂNCER na versão impressa. Desde já, agradeço a atenção!

**Saquarema-RJ**

Olá, sou médico e gostaria de receber, ser possível, a revista REDE CÂNCER impressa.

Obrigado.

**Homero Eduardo Tocchetto - Porto Alegre – RS**

Olá, gostaria de saber se há possibilidade de envio das edições da revista REDE CÂNCER e outros materiais informativos e atualizações.

Sou egressa da residência da instituição.

**Mayara Santos Aragão - Petrolina – PE**

## Mudança de endereço

Prezados senhores,

Informo que mudei de endereço e gostaria de continuar recebendo os exemplares.

Muito obrigado.

**Renata Ribeiro - Valinhos – SP**

Olá, editores,

Gostaria de informar meu novo endereço, para continuar recebendo a revista impressa, que é muito útil para meu trabalho como psicóloga. Muito obrigada!

Um abraço.

**Charlie Paulina Ody - Panambi – RS**

**Nota da redação:** *Agradecemos o interesse.*

*Os exemplares impressos da RC serão enviados para os endereços fornecidos. A versão digital pode ser obtida em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/centrais-de-conteudo/revistas/rede-cancer>*



Faça você também parte desta Rede. Colabore enviando dúvidas, sugestões, críticas e elogios para a REDE CÂNCER no e-mail [redecancer@inca.gov.br](mailto:redecancer@inca.gov.br) ou pelo telefone: (21) 3207-6078.

DISQUE SAÚDE **136**

f @ /minsaude

in /ministeriodasaude

yt /MinSaudeBR



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



FARMÁCIA  
**POPULAR**

**AQUI  
TEM  
CUIDADO  
PARA TODOS**



O novo Farmácia Popular,  
agora, é de graça  
para anticoncepcionais  
e remédios para  
osteoporose.

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

**Retirar os medicamentos é fácil: basta apresentar  
receita médica, documento de identificação e CPF.**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL



UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

**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](mailto:comunicacao@inca.gov.br)

[redecancer@inca.gov.br](mailto:redecancer@inca.gov.br)