

54

Maio
2024

REDE

CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Cura interior

TERAPIA REVOLUCIONÁRIA QUE USA CÉLULAS
MODIFICADAS DO PRÓPRIO PACIENTE PARA
COMBATER O CÂNCER SERÁ OFERTADA PELO SUS

TUBERCULOSE.

NÃO DEIXE ELA PARAR VOCÊ.

Tosse por **3 semanas ou mais**
pode ser tuberculose.

Gabriel Rodrigues
teve tuberculose
e fez o tratamento
até o final.



PROCURE

uma Unidade de Saúde
e faça o teste
gratuitamente.

O TRATAMENTO

dura no mínimo
6 meses e está
disponível no SUS.

A TUBERCULOSE

tem **cura** quando o
tratamento é feito
corretamente até o final.

sumário



05
COMPORTAMENTO
Autoexposição virtual

09
ASSISTÊNCIA
Bloqueio para a dor

13
MOBILIZAÇÃO
Qual sua contribuição?

16
GESTÃO
Arrumando a casa

20
CAPA
Nova revolução

25
POLÍTICA
Um passo adiante

28
EDUCAÇÃO
Depois de um século, o reconhecimento

33
SOCIAL
Mente sã

38
PERSONAGEM
“O câncer não é uma condenação”



REDE CÂNCER

2024 – 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** | Secretária 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: **Claudia Moretz-Sohn, Edison Corrêa, Marcos Bin, 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



Mudança de paradigma

Imagine a seguinte situação: uma tecnologia revolucionária, mas cara, para o controle do câncer sendo oferecida dez vezes mais barata do que em países ricos e atendendo a um número maior de pessoas no Brasil. É exatamente isso que o País começa a obter por meio da parceria entre Fiocruz, INCA e a organização americana sem fins lucrativos Caring Cross, que desenvolveu a terapia. Basicamente, a terapia CAR-T utiliza as células imunológicas modificadas do próprio paciente para destruir as que foram afetadas pelo câncer. Saiba mais desse método que inaugura um paradigma e que em breve será ofertado pelo SUS em *Capa*.

Mas o controle do câncer não se dá apenas com terapia inovadoras, e sim com ações mais globais. Assim, a redução de incidência de tumores malignos, o acesso adequado ao cuidado integral, o auxílio à qualidade de vida de pacientes e a redução da mortalidade são alguns dos objetivos da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, sancionada no final do ano passado, e do Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Veja o que muda e os avanços com as medidas em *Política*.

A ciência também avança para reduzir as sequelas do câncer. Um exemplo disso é o que traz *Assistência* com a técnica anestésica para reduzir a dor crônica – que atinge até 70% das mulheres – e a depressão depois da retirada da mama em decorrência da doença. O método associa a anestesia geral, durante a mastectomia, com o bloqueio de nervos da região mamária. Dessa forma, o estímulo da dor pelos nervos é impedido de maneira duradoura.

Contudo, sabe-se que só a tecnologia pode não

ser suficiente para dar conta de todos os tipos de dores de quem é acometido pelo câncer. Às vezes, nada substitui o cuidado com o outro. Por isso mesmo, ONGs que prestam assistência psicológica a pacientes que enfrentam sentimentos intensos de solidão, insegurança e incerteza cumprem um papel fundamental nesses momentos. Hoje, tem-se a certeza de que a saúde mental é decisiva para o tratamento de tumores malignos. Surpreenda-se em *Social*.

Também em uma demonstração de cuidado com outro problema não tão debatido, a atriz Marieta Severo decidiu relevar publicamente que tinha um tumor no endométrio (tecido que reveste o interior do útero). Ela considerou importante falar sobre o tema e alertar para a vacinação contra o HPV, para as campanhas de saúde e para o fato de que o câncer não é uma sentença de morte. Veja como a força da atriz a faz brilhar dentro e fora dos palcos em *Personagem*.

Em *Comportamento*, aprendemos, porém, que, quando a própria condição de paciente oncológico é revelada pelas redes sociais, é preciso ter muito cuidado. Os chamados “oncoinfluenciadores” nem sempre recebem as reações esperadas no tribunal da Internet. Comentários agressivos, muitos dos quais sob anonimato, são frequentes nessas situações: os discursos de ódio e as falas depreciativas e preconceituosas podem abalar ainda mais o doente. Felizmente, ainda há compreensão e bons exemplos a seguir nas redes sociais.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer

comportamento

“ONCOINFLUENCIADORES” USAM REDES SOCIAIS PARA COMPARTILHAR ETAPAS DO PRÓPRIO TRATAMENTO, MAS REAÇÕES NEM SEMPRE SÃO POSITIVAS



Autoexposição virtual

Diagnosticada com câncer de mama em 2017, a administradora de empresas Daniela de Meireles, hoje com 38 anos, sentiu-se na obrigação de compartilhar a notícia em seu perfil no Instagram devido à atividade que exercia na época. Moradora de Registro, município no interior de São Paulo com cerca de 60 mil habitantes, ela trabalhava com organização e assessoria de eventos e teria que se afastar para iniciar o tratamento. “A cidade é pequena e eu era muito conhecida por causa do meu tipo de tra-

balho, que exigia 100% de dedicação, inclusive no aspecto físico. Por isso, decidi expor a doença, já que teria que parar”, lembra.

Ela conta que, no primeiro momento, a comoção foi grande e muitas pessoas se solidarizaram. No entanto, em 2020, ao anunciar que estava com metástases no fígado, pulmão e ossos, a situação mudou. Foram diversos comentários desagradáveis e, segundo Daniela, houve até quem praticamente a condenasse à morte. O mesmo aconteceu este

ano, quando usou novamente a Internet para informar que a doença havia chegado ao fêmur e ao arco costal [ossos chatos que se articulam anteriormente ao esterno e posteriormente aos corpos vertebrais]. Mas, se por um lado, isso não foi impedimento para que continuasse postando sua rotina de tratamento, por outro, a empresária entendeu que precisaria aprender a lidar com reações negativas e contrárias à sua escolha. Essa é uma das características das redes sociais. E os “oncoinfluenciadores”, como se autodenominam alguns pacientes oncológicos que se expõem nas redes, não escapam.

“Mostrar essa vivência tem um lado ruim porque, muitas vezes, as pessoas têm um sentimento de pena ou acham que é autopromoção”, afirma Daniela. “Mas compartilhar meu dia a dia tem o objetivo de ajudar os seguidores a perceber que, mesmo diante de uma enfermidade tão assustadora, é possível viver como qualquer ser humano, com altos e baixos, tendo dias felizes e tristes. Para mim, é uma alegria. Quero ser um ponto de apoio para quem está enfrentando a doença.”

DECEPÇÃO EM FAMÍLIA

Manter-se firme em seu propósito, porém, não excluiu momentos de tristeza e desapontamento com alguns usuários. “Algumas situações me marcaram muito nos últimos anos. A primeira foi quando uma cliente que havia me chamado para organizar sua cerimônia de casamento cancelou o contrato. Lembro-me de que ela falou: ‘Como nós não sabemos o que vai acontecer, fico insegura de continuar’. A segunda foi uma seguidora que escreveu: ‘Que Deus tenha misericórdia da sua vida’. E eu pensei: ‘Que Ele tenha da sua’. A frase me magoou, pois soou como uma condenação”, conta. Mais comentários, dessa vez feitos por familiares em diferentes publicações, também a chatearam. Alguns deles foram: “Ah, pra que expor isso?”; “Sabia que você pode morrer agora?”; e “Você está preparada para a morte?”.

Chefe do Setor de Psicologia do Hospital do Câncer I do INCA, Alessandra Gonçalves de Sousa garante que, apesar de o conteúdo da maioria das postagens ser positivo, é possível constatar uma mudança. “Em geral, o que se exhibe nas redes sociais é o culto à beleza, ao sucesso e à felicidade, deixando de fora as experiências ligadas à dor, ao fracasso, aos conflitos pessoais, ao sofrimento e a tudo aquilo que nos torna tributários de um corpo que adocece, envelhece e morre. Porém, é exatamente essa dimensão mais real do ser humano,

Arquivo pessoal

Daniela de Meireles teve um contrato de trabalho cancelado após anunciar que estava com câncer de mama

10 58

Curtir Comentar Compartilhar

“Compartilhar meu dia a dia tem o objetivo de ajudar os seguidores a perceber que, mesmo diante de uma enfermidade tão assustadora, é possível viver como qualquer ser humano, com altos e baixos, tendo dias felizes e tristes”

DANIELA DE MEIRELES, administradora de empresas



Acostumada com comentários negativos, Eliza Montes nunca se incomodou com os haters

 Curtir  Comentar  Compartilhar

“Percebi que 80% do meu público era feminino. Como tive várias dúvidas acerca da doença e dos procedimentos pelos quais teria que passar, pensei que outras mulheres poderiam ter também. Quis transmitir a mensagem de que é importante saber o que está acontecendo no seu corpo”

ELIZA MONTES, atriz

menos ligada à imagem perfeita, que aos poucos vem inaugurando uma nova cena digital na qual, por exemplo, a exposição das diversas etapas do tratamento oncológico encontra espaço”, explica.

No entanto, ela acredita que, para que os posts conquistem muitas visualizações, é necessário que o conceito “ver e ser visto” esteja presente, de tal modo que um se encontra na íntima dependência do outro. “Em vez de dizermos o que é mais apropriado exibir nas redes, por que não perguntarmos o que o paciente deseja encontrar ao postar as particularidades do seu tratamento? Ou, ainda, o que ele suporta ouvir como resposta?”, propõe.

Isso porque discursos de ódio, comentários depreciativos ou preconceituosos e julgamentos implacáveis podem abalar ainda mais o estado emocional já fragilizado da pessoa com câncer. “Aquele que por vontade própria expõe seu dia a dia deve estar advertido da possibilidade desse tipo de retorno, que, ao contrário de criar um ambiente de acolhimento e espaço de compartilhamento das dificuldades e conquistas alcançadas, acaba por trazer complicações adicionais, para as quais o paciente pode não dispor de recursos psíquicos para aguentar”, constata a psicóloga.

Um desses casos foi o da influenciadora digital Nara Almeida, de São Paulo. Em 2017, aos 24 anos, ela foi diagnosticada com um tumor maligno no estômago e decidiu narrar as etapas de seu tratamento. Recebeu muito apoio, mas houve também quem debochasse de seu aspecto físico, devido à perda excessiva de peso. Em função disso, chegou a postar um desabafo, afirmando que pararia de responder mensagens privadas com esse tipo de conteúdo. Nara faleceu no ano seguinte.

ATENÇÃO AOS CONTEÚDOS!

Quando o assunto é doença, a professora, criadora e coordenadora do Curso de Especialização em Gestalt-Terapia da PUC-Rio, Sandra Salomão, é contra a publicação de posts que exponham rotinas de tratamento, oncológico ou não – principalmente se forem opinativos. “Informações qualificadas são importantes para a desmitificação da doença, mas tudo o que leva a chocar é desnecessário. Além disso, há pessoas que generalizam algo que é muito particular e, às vezes, ainda oferecem algum tipo de orientação. Acredito que toda e qualquer comunicação técnica e científica deve ser publicada apenas por médicos. Isso está previsto no *Código de Ética dos Psicólogos*; devemos tomar

bastante cuidado para não fazer nenhuma afirmação que possa induzir alguém a tirar conclusões erradas”, diz. Por outro lado, ela enxerga a rede social como uma aliada contra a solidão. “Pode haver momentos em que o paciente só conseguirá estar em contato com os profissionais de saúde ou com pouca possibilidade de acompanhamento. Nesses casos, acho que ajuda.”

Alessandra Gonçalves concorda e vai além, ao afirmar que a Internet está repleta de notícias que evidenciam tratamentos de câncer bem-sucedidos, o que estimula o pensamento de que uma dose de motivação é importante para a recuperação. Mas reconhece que os discursos dos pacientes muitas vezes deixam de lado as dificuldades inerentes aos procedimentos a que são submetidos e que tanto os afetam, tanto física quanto psicologicamente.

“As redes sociais cumprem a função de trazer para o centro do debate o tema do adoecimento por câncer, que, durante muito tempo, foi uma palavra coberta de preconceito. Não que esse modo de se referir à doença tenha desaparecido, mas, ao menos para a psicanálise, falar dela é justamente a possibilidade de tirar o peso que carrega”. Mas isso não é tudo: “Os pacientes oncológicos falam sobre o que veem na Internet com certa surpresa ao saberem que pessoas famosas, bem-sucedidas e felizes também adoecem, a despeito dos hábitos saudáveis e da boa condição financeira. Nesse sentido, a exposição parece contribuir para o entendimento de que é uma enfermidade que pode acometer qualquer um”.

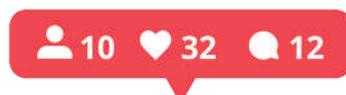
BLINDAGEM

Eliza Montes, de 40 anos, tem experiência na criação de conteúdo para o Instagram. Em maio de 2022, ela trabalhava como radialista e consultora de estilo no Mato Grosso do Sul quando foi diagnosticada com câncer de mama. Cerca de um mês depois, fazendo exames complementares, descobriu que o tumor maligno havia atingido também o pulmão esquerdo e o fígado. Mesmo abalada, decidiu compartilhar a notícia em seu perfil.

“Num primeiro momento, não acreditei que isso estava acontecendo. Quando recebi o diagnóstico de metástase, tive que buscar ajuda terapêutica. Depois de pensar muito, percebi que 80% do meu público era feminino. Como tive várias dúvidas acerca da doença e dos procedimentos pelos quais teria que passar, pensei que outras mulheres poderiam ter também. Quis transmitir a mensagem de que é importante sa-

ber o que está acontecendo no seu corpo”, recorda.

Seus seguidores acompanharam, por exemplo, notícias sobre os seis ciclos de quimioterapia a que se submeteu, a raspagem do cabelo [gravação em vídeo], assim como atualizações sobre seu estado de saúde. Eles também foram informados de que, por sugestão médica, Eliza retiraria os ovários. “Ainda estou em tratamento e tomo medicamentos que me deixam muito cansada e com dores nas articulações. Tento driblar esses sintomas com atividade física e boa alimentação. Mas, por ora, o câncer está controlado. Não tem mais vestígio de nódulos em nenhum órgão”, diz.



Acostumada a reações negativas por causa de seu trabalho como radialista – profissão que largou recentemente para se dedicar ao ofício de atriz –, ela afirma que não se incomodou com os *haters* [como são chamados os usuários que interagem nas plataformas virtuais de forma crítica e não construtiva, com o objetivo de atacar alguém ou um grupo de pessoas]. “Quando lia um comentário desagradável, simplesmente bloqueava a conta e seguia a vida. Sou uma pessoa pública e fui aprendendo a lidar com isso.”

Atualmente, Eliza usa seu perfil para ajudar outras mulheres diagnosticadas com câncer de mama e dar apoio, principalmente, em relação à queda de cabelo. “Essa é uma das principais questões. Muitas me perguntam como passei por esse momento. Na época, eu me armei de vários acessórios, como peruca, lenços e turbante, e mostrei isso no Instagram, antes de gravar o vídeo raspando a cabeça. Tive esse cuidado porque não sabia como seria minha reação ao me ver careca. Mas gostei, por incrível que pareça”, relembra.

De modo geral, Eliza também aproveita a visibilidade para transmitir a mensagem de que é importante não deixar a energia baixar. “Você pode estar passando pelo pior momento da sua vida, mas tudo depende de como vai reagir. Se estiver triste, querendo chorar e limpar toda a dor, chore, bote para fora, mas depois seque as lágrimas, dê a volta por cima e continue caminhando. A vida é assim”, aconselha. Mas reconhece que “infelizmente, às vezes, temos que enfrentar situações dolorosas e aprender a lidar com elas. No final das contas, é mais importante a forma como reagimos do que o que realmente acontece. Temos que focar a cura e no ‘queremos viver’”.

assistência

TÉCNICA ANESTÉSICA INÉDITA APLICADA PELA PRIMEIRA VEZ NO BRASIL REDUZ INCÔMODO CRÔNICO E DEPRESSÃO PÓS-MASTECTOMIA NO LONGO PRAZO

Bloqueio para a dor



Para muitas mulheres, a retirada da mama como tratamento de um câncer marca o início de uma nova jornada pela manutenção da saúde. Após a mastectomia, de 30% a 70% das pacientes desenvolvem dor crônica, aquela que persiste por mais de três meses. O incômodo atinge principalmente o local da cirurgia, mas não só – também são frequentes queixas nas mãos, nos pés, nos joelhos e em outras partes do corpo. E, em função disso, a condição está associada à depressão.

“Não há um número oficial, mas é uma ocorrência comum. São sintomas que andam juntos e

um piora o outro. Imagina o impacto que sentir dor diariamente causa. Isso atrapalha o dia a dia e as atividades da paciente”, atesta a neurocientista Raquel Chacon Ruiz Martinez, professora e pesquisadora do Hospital Sírio-Libanês (HSL) e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ela é a autora principal de um estudo, publicado em 2023 na *Scientific Reports* (caderno da revista *Nature*), que mostra que uma técnica usada pela primeira vez no HSL reduz ambas as manifestações.

O método consiste em associar à anestesia geral, durante a mastectomia, o bloqueio de nervos da

região mamária. Trata-se, na prática, de uma analgesia a mais. Por meio de ultrassonografia, o anestesio- logista localiza os nervos da mama em dois pontos – entre os músculos peitorais e abaixo do músculo serrátil, ambos no tórax – e aplica um anestésico local. O medicamento impede a condução do estímulo doloroso pelos nervos, proporcionando efeito duradouro, conforme aponta o recém-lançado trabalho.

O estudo acompanhou 49 mulheres com câncer submetidas à “mastectomia radical com reconstrução mamária no mesmo tempo cirúrgico com músculo grande dorsal e simetrização contralateral”. Ou seja, elas retiravam toda a mama afetada pelo tumor, além dos linfonodos da axila, e a reconstrução do órgão era feita imediatamente. Todas as voluntárias eram provenientes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), convênio que o Governo Federal mantém com o HSL e outros cinco hospitais de referência para a concessão de incentivos fiscais em troca de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada.

As pacientes foram divididas em dois grupos: 24 receberam apenas anestesia geral, enquanto nas outras 25 foi adicionado o bloqueio dos nervos que inervam a mama. Um ano depois, 44 (22 de cada conjunto) foram avaliadas (cinco foram excluídas por se tratarem de casos que não se enquadravam nos critérios estabelecidos para a avaliação). Os pesquisadores constataram que menos de 20% das mulheres do segundo grupo apresentaram sintomas depressivos. Já no primeiro, eles estavam presentes em 50%



das pacientes. Estas relataram, ainda, formigamento e falta de sensibilidade na região da mama. Por fim, 40% delas informaram sentir dores em outras partes do corpo, contra 13% das integrantes do segundo grupo. Com isso, precisaram de mais analgésicos no pós-operatório.

“Agora sabemos que, se quisermos melhorar a qualidade da analgesia [ausência de dor] no pós-operatório imediato e diminuir a ocorrência de dor crônica, temos que associar o bloqueio. Não temos dúvida de que é a melhor opção”

RAQUEL CHACON, neurocientista

“No início do estudo, não sabíamos se valia a pena promover o bloqueio ou se seria melhor manter só a anestesia geral, que também oferece conforto. Caso contrário, não seria o procedimento padrão por tanto tempo. Agora sabemos que, se quisermos melhorar a qualidade da analgesia [ausência de dor] no pós-operatório imediato e diminuir a ocorrência de dor crônica, temos que associar o bloqueio. Não temos dúvida de que é a melhor opção”, afirma Raquel.

MENOS EFEITOS COLATERAIS

O trabalho relatado na *Scientific Reports* é desdobramento de uma primeira pesquisa, publicada em 2018 no mesmo periódico, mas iniciada três anos antes. O objetivo daquele estudo – parte da tese de doutorado do anestesio- logista Marcio Matsumoto no Programa de Pós-Graduação do Sírio-Libanês – era aferir se a imobilização dos nervos da região mamária diminuiria a dor aguda no pós-operatório imediato e os efeitos colaterais de outros tipos de bloqueio conhecidos, como o peridural. Esse último precisa ser aplicado nas costas, o que é um inconveniente para o anestesio- logista no momento da cirurgia.

“O bloqueio dos nervos pode ser feito na região da mama, com a pessoa já anestesiada”, diz Matsumoto, que realizou o procedimento em todas as pa-

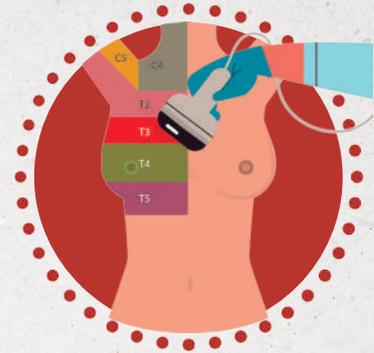
COMO É A CIRURGIA DE RETIRADA DA MAMA COM O BLOQUEIO DE NERVOS PEITORAIS



A mulher que será submetida à mastectomia recebe anestesia geral



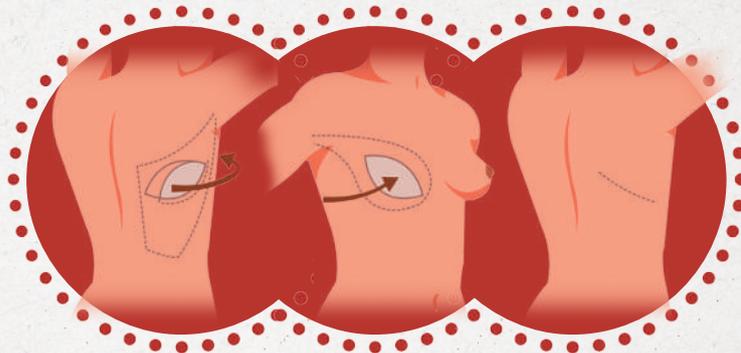
Com o auxílio de ultrassom, o anestesiológico visualiza os nervos que serão bloqueados



Eles estão localizados em dois pontos da região torácica: entre os músculos peitorais e abaixo do músculo serrátil



Com a paciente de barriga para cima, o médico, então, injeta o anestésico local



A mulher tem a mama retirada e, depois, reconstruída com o músculo grande dorsal

Fonte: anestesiológico Marcio Matsumoto

cientes avaliadas. Na primeira pesquisa, ao lado de Raquel e de sua equipe, ele também analisou o uso de opioides (remédios com potente ação analgésica e sedativa) durante a cirurgia. “Já sabíamos, de forma teórica, que a diminuição no consumo desse tipo de medicamento poderia alterar os mediadores inflamatórios, o que levaria a um melhor desfecho oncológico – menos recidiva [retorno do câncer], mais tempo livre de doença e maior sobrevida. No estudo, tivemos a comprovação. Observamos ainda que as mulheres submetidas ao bloqueio tiveram redução de sintomas como náuseas, vômito, coceira e sonolência, comuns após a anestesia geral”, comenta.

Ainda nessa etapa, os médicos e pesquisadores acompanharam o uso de morfina, analgésico que também pode provocar efeitos colaterais, como hipventilação, náusea e vômito. Na recuperação pós-anestésica, o paciente autoadministra o medicamento conforme uma pontuação de dor. “Os que receberam

bloqueio, no primeiro dia do pós-operatório, tiveram redução do consumo de morfina. Depois, analisando alguns desfechos, vimos que, no pós-operatório imediato, essas pessoas ficaram mais satisfeitas com o nosso atendimento, tiveram o tempo de internação reduzido e diminuíram o uso de outras medicações para tratar os efeitos colaterais”, comemora Matsumoto.

O procedimento contribuiu, ainda, para reduzir a incidência de outros incômodos frequentes após a mastectomia, como cefaleia tensional e dor muscular generalizada. Os bons resultados levaram a liderança do HSL a pedir a Matsumoto, diretor de Práticas Médicas do Departamento de Anestesia do hospital, que incluísse o bloqueio no protocolo institucional em todas as mastectomias. Isso aconteceu em 2018. De lá para cá, diversas instituições de assistência oncológica mundo afora seguiram o mesmo caminho. “Fomos os primeiros a mostrar os efeitos benéficos dessa técnica, tanto os imediatos quanto os de longo prazo”, celebra Raquel.



ADOÇÃO NO SUS

No Brasil, segundo Matsumoto, o procedimento está bem estabelecido, sobretudo, nos hospitais privados de São Paulo. No SUS, é adotado por algumas instituições, especialmente aquelas com melhor estrutura. Um exemplo é o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. No Rio de Janeiro, o Hospital do Câncer III, unidade do INCA dedicada a tratar tumores malignos de mama, aplica o bloqueio desde 2019. Mas as duas unidades são exceções na saúde pública, de acordo com o anesthesiologista.

“É injusto o sistema que temos hoje. Não adianta descobrirmos que algo funciona e levá-lo para apenas 100 pacientes por ano num hospital privado. A ciência existe para disseminar o conhecimento.”

MARCIO MATSUMOTO, anesthesiologista

“O bloqueio dos nervos da região mamária ainda não é um protocolo institucional, embora seja feito em mais da metade das pacientes submetidas à mastectomia com abordagem axilar no HC III”, esclarece a anesthesiologista Zélia Viana, que vai se dedicar a estudar o tema no recém-iniciado mestrado profissional no INCA. “O meu projeto tem como objetivo analisar a associação entre as técnicas cirúrgicas e anestésicas relacionadas à ocorrência de dor crônica, visando identificar

estratégias eficazes para sua prevenção. Abordagens farmacológicas com o uso de anestesia geral multimodal [combinação de fármacos que têm mecanismos de ação distintos nas diversas vias de transmissão dolorosa] parecem também interferir de forma positiva na redução desse desfecho”, completa a médica.

Para Matsumoto, o maior desafio para a disseminação da técnica no SUS não está na aquisição de aparelhos de ultrassonografia com boa resolução, mas sim no treinamento de anesthesiologistas. “É injusto o sistema que temos hoje. Não adianta descobrirmos que algo funciona e levá-lo para apenas 100 pacientes por ano num hospital privado. A ciência existe para disseminar o conhecimento e para que ele seja aplicado. Precisamos estimular o reconhecimento dos bons profissionais na saúde pública, para que os procedimentos mais avançados cheguem a todos”, defende.

A psicóloga paulista Fernanda Aroni Hatanaka, de 43 anos, é uma das pacientes beneficiadas com a técnica. Em 2021, ela se submeteu à mastectomia radical, numa unidade particular da cidade de São Paulo, para eliminar um câncer em estágio inicial na mama esquerda.

Avesa a médicos alopatas e remédios tradicionais, Fernanda vinha de uma experiência negativa: em 2014, ela não pôde dar a filha à luz via parto natural, como desejava. A recuperação complicada após a cesariana só fez aumentar seu “pânico de hospital”.

Sete anos depois, no entanto, o cenário mudou. Anestesiada por Matsumoto, a psicóloga teve um pós-operatório bem mais tranquilo, a ponto de retomar o trabalho um mês após a cirurgia – tempo considerado curto pelo anesthesiologista. “Eu consegui voltar bem para as minhas atividades. A lembrança maior não é da dor ou dos efeitos colaterais, e sim do medo de que o câncer pudesse ter se espalhado e de não conseguir mexer mais o braço. Mas hoje está tudo bem. Eu continuo me consultando com a mesma médica que descobriu a doença e vivo com mais calma”, diz. ■

mobilização

NAS CONSULTAS PÚBLICAS, INSTITUIÇÕES, ESPECIALISTAS E POPULAÇÃO
ENCAMINHAM SUGESTÕES PARA MELHORAR A SAÚDE DE TODOS



Qual sua contribuição?

Você sabia que, antes da inclusão de avanços tecnológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) ou da atualização de uma diretriz terapêutica ou de um protocolo clínico, instituições, profissionais de saúde e a população interessada no tema podem enviar propostas para alterar essas decisões? É para isso que servem as consultas públicas (CPs). É possível contribuir para a inclusão de medicamentos, exames e equipamentos, apoiar a proibição da

venda de produtos nocivos à saúde e no aprimoramento de diretrizes terapêuticas, entre outros assuntos. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) ao SUS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são dois dos órgãos que disponibilizam, na plataforma Participa + Brasil (<https://www.gov.br/participamaisbrasil/>), minutas de documentos para contribuições da comunidade científica e da sociedade em geral.

DA IDEIA AO VEREDITO



O interessado (seja uma empresa produtora, um instituto de pesquisa ou áreas do Ministério da Saúde) demanda a avaliação de uma tecnologia pela Conitec



Todas as tecnologias analisadas (após avaliação inicial da Conitec) são colocadas em consulta pública



Em todas as consultas públicas, ficam disponíveis também os relatórios de recomendação da Comissão, para que a sociedade conheça o que foi discutido, as evidências consideradas e os demais aspectos da avaliação



Interessados no tema enviam contribuições que serão avaliadas pela Conitec. As que forem consideradas pertinentes serão inseridas no relatório final



O prazo legal para conclusão de todo processo de avaliação de tecnologia pela Conitec é de 180 dias, prorrogáveis por mais 90, contados a partir da submissão da demanda



O relatório final da Conitec (recomendando ou não a incorporação da tecnologia ao SUS) é publicado no Diário Oficial da União

No caso da Anvisa, é a própria agência, como instância condutora do processo regulatório, que propõe uma consulta pública. As demais etapas são bastante semelhantes às da Conitec

Como o tempo demandado para a análise das contribuições é diretamente afetado pelo volume recebido e complexidade do tema, não existe um prazo determinado para a conclusão do processo

As consultas públicas auxiliam na incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias, como medicamentos, produtos e procedimentos. Entre eles, vacinas, equipamentos, processos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, além de programas e protocolos assistenciais.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E IMPACTO ORÇAMENTÁRIO

No campo da Conitec, a consulta pública é aberta após a apreciação de um plenário interno, que avalia as evidências clínicas sobre a tecnologia e o impacto econômico/orçamentário para sua incorporação. Dessa análise inicial, resulta um relatório de recomendação preliminar. “Na consulta pública, esse documento é disponibilizado já com uma apreciação favorável ou desfavorável à incorporação. Normalmente, a pessoa ou organização que contribui concorda ou não com a recomendação preliminar da Conitec e envia sugestões”, explica Luciene Bonan, diretora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde do Ministério da Saúde.

As opiniões podem chegar sob duas formas: “Contribuição Técnico-Científica”, quando especialistas da área em questão encaminham documentos, como artigos científicos ou protocolos de sociedades médicas, institutos ou órgãos; ou por “Experiência/Opinião”. Nessa modalidade, qualquer cidadão pode expor sua vivência com uma doença, relatando a experiência com certa tecnologia e descrevendo os fatos.

“A pessoa pode escrever: ‘Não concordo que a Conitec tenha se manifestado para não incorporar a sugestão, porque tenho tal doença e faço uso do medicamento X, que é ótimo’. Ou, então, uma recomendação técnico-científica: um artigo que não mencionamos ou algum dado que pode auxiliar na discussão. A empresa que detém a tecnologia pode não comentar na consulta pública, porque enxerga, naquele contexto, uma recomendação negativa, já que o custo pode estar muito alto. Com isso, ela tem a possibilidade, num momento posterior, de encaminhar uma proposta de preço mais acessível para aquele medicamento, no caso”, exemplifica Bonan, ressaltando que o prazo máximo para a conclusão de uma consulta pública é de 120 dias.

TESTES MOLECULARES DE HPV NA MIRA

O INCA participa, de várias formas, das consultas públicas, seja como parceiro da Conitec, apresentando os estudos necessários para a elaboração do relatório de recomendação, ou institucionalmente, quando há uma consulta relacionada com a oncologia. Recentemente, houve uma CP sobre a incorporação de testes moleculares de HPV, para rastreamento do câncer do colo do útero.

A Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Redes (Didepre) do Instituto enviou um parecer técnico-científico, uma análise de custo-utilidade e uma avaliação de impacto orçamentário. Além disso, participou analisando as contribuições técnico-científicas encaminhadas. “Nos debruçamos sobre os conteúdos técnico-científicos, com uma análise qualitativa-quantitativa, e a equipe da Conitec analisou a parte das experiências opinativas”, revela a pesquisadora Flávia Miranda Correa, da Didepre.

“As consultas públicas sobre produtos derivados do tabaco visam reduzir a prevalência do tabagismo na população, (...) contribuindo para a redução, no longo prazo, de cânceres de pulmão e de boca”

ALESSANDRA TRINDADE MACHADO, da Secretaria-Executiva da Conicq-INCA

Qualquer instituição ou empresa pode fazer uma solicitação à Conitec de incorporação de determinada tecnologia ao SUS, mas precisa seguir ritos processuais, enviando a documentação exigida. Pode ser uma demanda interna ou externa do Ministério da Saúde.

A Conitec tem a opção de analisar o material recebido internamente ou, dependendo do volume documental e do assunto, demandar parceiros externos, como o próprio INCA, universidades, instituições e núcleos de avaliação de tecnologias em



saúde. No dia 2 de fevereiro, os resultados da consulta pública sobre testes moleculares de HPV foram apresentados e discutidos no plenário da Conitec, sendo que 93% dos que contribuíram foram favoráveis à incorporação. Pouco mais de um mês depois, foi publicada no *Diário Oficial da União* a portaria incorporando a testagem ao SUS.

De acordo com Flávia, 100% das contribuições do INCA foram aproveitadas. “Durante a atualização das *Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*, publicação sob responsabilidade do Instituto, serão definidos população-alvo, periodicidade e algoritmos para utilização dos testes moleculares de HPV”, observa a pesquisadora.

UNIÃO DE FORÇAS

Outra consulta pública recente proposta pela Anvisa recebeu contribuições para a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) que trata dos dispositivos eletrônicos para fumar. A Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco e de seus Protocolos (Conicq-INCA) teve participação direta, divulgando-a em seus canais de comunicação; assinando conjuntamente cartas de apoio à normativa da Anvisa (uma delas foi com o Conselho Federal de Medicina); e aprimorando a RDC, fornecendo evidências científicas para subsidiar os argumentos apresentados.

“As consultas públicas sobre produtos derivados do tabaco visam reduzir a prevalência do tabagismo na população, seja prevenindo a iniciação ou aumentando a cessação, contribuindo para a redução, no longo prazo, de cânceres de pulmão e de boca, além de outras doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao consumo do tabaco ou exposição à sua fumaça”, diz Alessandra Trindade Machado, da Secretaria-Executiva da Conicq-INCA.

“Submetemos nosso posicionamento à Anvisa. Mantivemos a posição de proibição de comercialização, importação e publicidade desses produtos, sem que seu consumo seja criminalizado”, revela a secretária-executiva da Comissão, Vera Luiza da Costa e Silva.

A CP ocorre por meio de formulário eletrônico, aberto por período determinado e disponível a qualquer pessoa interessada. De acordo com a Agência, “as sugestões estão sendo consolidadas para o seguimento do processo”. ■

gestão

ANOS SEM CONCURSOS PÚBLICOS NA SAÚDE COBRAM SEU PREÇO À POPULAÇÃO E AOS PROFISSIONAIS

Arrumando a casa

O INCA tem quase 5 mil profissionais – mais precisamente, 4.914, segundo dados do fim de 2023. Pode parecer bastante, mas a instituição conta com 18 unidades no Rio de Janeiro, sendo cinco hospitalares. Além disso, o que esse número não revela é a quantidade de pessoal que o Instituto vem perdendo ao longo dos anos: hoje, o déficit chega a 1.130 servidores, cerca de 700 apenas na área assistencial.

Carência de pessoal no serviço público não é um problema novo. Nos últimos anos, muitos órgãos federais não puderam realizar concursos e tiveram seu efetivo reduzido por aposentadorias, mortes ou outros motivos. Segundo o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Previdência e Assistência Social do Rio, faltam 12 mil profissionais nos seis hospitais da rede federal no estado: Andaraí, Cardoso Fontes, Bonsucesso, Lagoa, Servidores e Ipanema.

No INCA, como se não bastasse o déficit atual, 10% dos servidores estatutários recebem abono de permanência: ou seja, continuam na ativa, mas já preencheram os requisitos e podem se aposentar. “Uma instituição como a nossa precisa de transmissão de conhecimento. Esses profissionais têm muita informação acumulada que precisa ser repassada para as novas gerações, mantendo a *expertise* do Instituto”, diz o diretor-geral, Roberto Gil. Sem agilidade na reposição de pessoal, esse processo pode ficar comprometido.

Há outro problema à vista: em maio, 1.786 contratos temporários vão expirar. O Instituto pediu ao Ministério da Saúde (MS) que sejam prorrogados até dezembro e também solicitou ao Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGI) autorização para contratar temporariamente os 1.130 profissionais para suprir o déficit. Essa falta de pessoal já tem reflexos no atendimento: em 2023, salas de cirurgia tiveram que ser fechadas, sobretudo por carência de enfermeiros, e o percentual de exames citopatológicos liberados em até 20 dias ficou 20% abaixo da meta, devido à redução no número de médicos patologistas.

SOLUÇÃO PARCIAL

Há algumas iniciativas para resolver parcialmente o problema. O MS fará, em caráter emergencial [as inscrições ocorreram em março], processo seletivo para contratar, pelo prazo de seis meses, que podem ser prorrogados, 479 profissionais para seis hospitais e três institutos federais – entre eles, o INCA –, todos no município do Rio de Janeiro. Dessas vagas para contratação imediata, 31 são para médicos cancerologistas, seis deles especializados também em pediatria, e outros seis cirurgiões oncológicos. Há, ainda, 17 posições para farmacêuticos oncológicos e 12 para físicos médicos. No entanto, contratos por prazo determinado não são a solução ideal. “Por serem temporários, às vezes esses profissionais saem antes de o contrato terminar, antes de prescindirmos deles. E sem que haja substituição por uma força efetiva de trabalho, já que não temos concurso para cargos efetivos desde 2014”, argumenta Gil.

Segundo o diretor-geral, um dos debates em curso no Ministério da Gestão e da Inovação envolve o modelo de contratação a ser adotado nos institutos nacionais – que, além de prestarem atendimento à população pelo Sistema Único de Saúde, desenvolvem políticas públicas, fazem pesquisa e formam mão de obra especializada. No caso do INCA, políticas de

“Uma instituição como a nossa [INCA] precisa de transmissão de conhecimento. Esses profissionais têm muita informação acumulada que precisa ser repassada para as novas gerações, mantendo a *expertise* do Instituto”

ROBERTO GIL, diretor-geral do INCA

prevenção contra o câncer compreendem, por exemplo, embates com a indústria tabageira e com o agronegócio. Quem fica à frente dessas questões precisa, entre outras coisas, gozar de estabilidade. “Em áreas técnicas, onde se mexe com determinantes comerciais, é importante a contratação pelo Regime Jurídico Único, para que o funcionário possa confrontar interesses”, afirma Gil, que defende a adoção de um sistema híbrido para reposição de pessoal, “sem uma solução única para todas as situações”.

Apesar da deficiência de recursos humanos, o INCA – assim como outros institutos federais na área da Saúde – não aderiu ao Concurso Público Nacional Unificado, lançado em janeiro pelo MGI. O “Enem dos Concursos”, como está sendo chamado, visa preencher 6.690 vagas em 21 órgãos, entre eles o próprio MS, sob o Regime Jurídico Único (RJU). Gil não considera necessário que toda a força de trabalho seja admitida pelo RJU. “Na área assistencial, dificilmente há conflitos de interesse em que a estabilidade se faça necessária”, diz ele. A assistência compreende médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e técnicos de enfermagem e radioterapia.

LEITOS SÃO INSUFICIENTES

A falta de mão de obra também afeta outra grande unidade no estado: o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, que pertence à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O Hospital do Fundão, como é conhecido, atende a 42 especialidades médicas e tem, hoje, 1.048 pacientes que fazem tratamento de quimio e radioterapia contra câncer, serviços que não foram afetados pela carência de pessoal. No entanto, o número de leitos disponíveis

é bem inferior ao que seria adequado: há 180 em uso, dos quais entre 90 e 100 ocupados por doentes da oncologia. O ideal seriam 320 – um por aluno – para prestar um ensino de qualidade aos estudantes das áreas médicas.

“Diminuir 140 leitos em 320 é muito impactante, porque o hospital universitário tem perfil de ensino e pesquisa. Precisamos ter uma boa assistência para oferecer qualidade de ensino, pesquisa e extensão. Com essa redução de leitos, quem sofre é a população”, constata Marcos Alpoim Freire, diretor-geral do Clementino Fraga Filho. Segundo ele, o HUCFF, que contava com 3.004 colaboradores no fim de 2023, perdeu 30% do seu pessoal desde o ano 2000, o que equivale a aproximadamente mil profissionais. Desse, 40% são enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Do ponto de vista de gestão de pessoal, o Hos-

“Para o nosso dimensionamento atual, o número está dentro do proposto. Mas, pela demanda do Sistema Único de Saúde, precisaríamos de mais profissionais. A procura supera o que a gente consegue ofertar”

FILIPE CARRILHO, superintendente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

pital do Fundão ainda tem uma categoria em extinção: os servidores extraquadro, que já chegaram a 1.200 e hoje somam 583, incluindo enfermeiros e médicos. Segundo Freire, foram admitidos há cerca de 30 anos, de forma precarizada. Não são regidos pelo RJU, pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) nem admitidos por concurso. “É um vínculo inadequado. Eles não têm férias, décimo terceiro nem outras vantagens trabalhistas que a legislação proporciona. Recebem uma remuneração muito ruim, pela universidade”, admite o diretor-geral.

Para resolver esses problemas, o Hospital da UFRJ aposta na adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), em vias de ser concretizada. Ligada ao Ministério da Educação, a Ebserh foi criada em 2011 para gerenciar os hospitais universitários federais. Cada universidade tem autonomia para decidir se integra ou não a estatal. Atualmente, dos 51 hospitais vinculados a 36 universidades federais, 41 são geridos pela empresa.

A UFRJ decidiu fazer parte dessa rede depois de uma ampla consulta a todas as instâncias internas. “Na época da criação da Ebserh, a universidade não quis, por questões políticas. Temia-se a perda da autonomia e uma espécie de privatização dos hospitais universitários, mas isso não aconteceu. De dois anos para cá, levantamos novamente essa questão e obtivemos aprovação em todos os colegiados na hierarquia da UFRJ”, diz Freire.

A expectativa do diretor-geral é que, com a Ebserh, a carência de pessoal seja resolvida. A estatal assume a responsabilidade pela contratação de recursos humanos e aquisição e fornecimento de insumos aos hospitais universitários. Em março, a empresa homologou o resultado de um concurso público para preencher 695 vagas via CLT e formar cadastro





de reserva, válido por um ano e prorrogável por mais um. A distribuição do pessoal vai depender da necessidade de cada unidade da Rede Ebserh.

“Estimulamos as pessoas a fazer o concurso, sobretudo os extraquadros. Organizamos até um treinamento para isso. Como a Ebserh tem um banco de reserva, assim que assinarmos a adesão, havendo vagas, os aprovados podem ser convocados”, aposta Freire. O diretor acredita que, com a entrada da estatal, três novas salas de cirurgia poderão ser abertas, beneficiando mais pacientes com câncer, sobretudo de mama, que formam a maior fila, atualmente com 15 mulheres. Além disso, segundo ele, a quantidade de vagas destinadas à regulação também deverá aumentar.

DEMANDA SUPERA OFERTA

Já no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) – que aderiu à Ebserh em 2013 –, o déficit de mão de obra é bem menor: cerca de 90, num universo de 1.351 celetistas e 1.062 sob o RJU. Segundo o superintendente da unidade, Filipe Carrilho, essa carência não chega a afetar o funcionamento da instituição. “Para o nosso dimensionamento atual, o número está dentro do proposto. Mas, pela demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), precisaríamos de mais profissionais. A procura supera o que a gente consegue ofertar”, afirma.

Esses 90 incluem tanto cargos administrativos quanto técnicos de enfermagem e enfermeiros. Carrilho assegura, no entanto, que os pacientes de câncer não são prejudicados. “Do ponto de vista médico, conseguimos a reposição pela Ebserh. Temos onco-

logistas clínicos e cirurgiões oncológicos, que nem havia no hospital. Parte do déficit é de enfermagem, mas não prejudicamos a oncologia. Se for necessário, redirecionamos pessoal para lá, por ser uma área mais essencial”, conta.

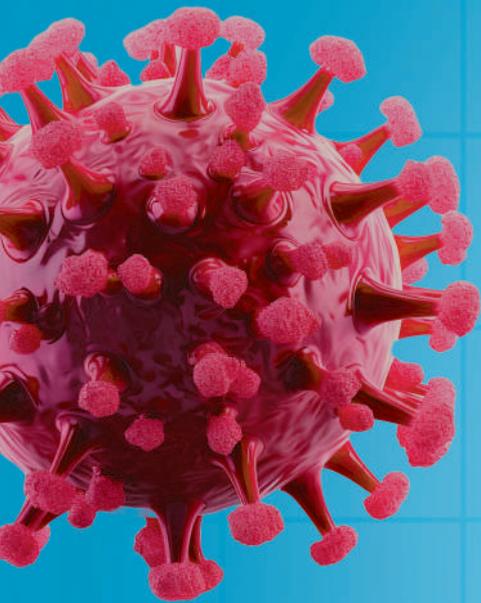
O HC-UFPE presta, em média, mil consultas ambulatoriais por dia e tem cerca de 280 pacientes internados — 90% da capacidade de ocupação. Considerando ainda os pacientes que procuram a unidade para exames laboratoriais e de imagem, circulam diariamente entre 1.500 e 2.000 pessoas pelo hospital.

No Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, que também faz parte da Ebserh, a situação é semelhante. O quadro de pessoal determinado pela estatal está praticamente completo, com apenas uma vaga aberta para oncologista clínico. Entretanto, a superintendente da unidade, Josenília Maria Alves Gomes, admite que algumas áreas estão subdimensionadas, como a hematologia. “Aumentamos o serviço, mas não conseguimos ampliar a quantidade de vagas junto à Ebserh. Às vezes, o município e o gestor da rede me pedem para produzir mais”, admite ela.

O Walter Cantídio tem cerca de três mil profissionais assistenciais [médicos, enfermeiros e toda a equipe multidisciplinar], além de terceirizados que cuidam de limpeza e vigilância, por exemplo. Números do DataSUS mostram que, entre 2022 e 2023, só na oncologia, as cirurgias aumentaram 35% [de 126 para 171] e os procedimentos para tratamento cresceram 14% [de 12.728 para 14.474]. Mas aumentar somente o quadro de pessoal não resolve. “Mesmo que a gente quisesse expandir, não temos espaço físico para isso”, afirma Josenília. ■

capa

PACIENTES DO INCA RECEBERÃO TERAPIA INOVADORA COM CÉLULAS DE DEFESA DO PRÓPRIO ORGANISMO. MÉTODO SERÁ OFERECIDO PELO SUS APÓS ESTUDO



Nova revolução

E se a possibilidade de cura estivesse dentro de seu próprio corpo? Essa não é uma pergunta retórica ou uma história de ficção para futuros pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do primeiro trimestre de 2025, entre 20 e 40 pacientes adultos do INCA com leucemia linfóide aguda ou linfoma [de tipos específicos] para os quais as terapias já bem estabelecidas não apresentaram o resultado esperado, passarão por um tratamento inovador: trata-se de um protocolo de pesquisa clínica com a terapia CAR-T com a tecnologia de vetores lentivirais [elementos introduzidos na célula que carregam o agente que provoca a modificação dos genes]. As terapias com células CAR-T representam um procedimento revolucionário, pois utilizam as células imunológicas modificadas do próprio paciente para destruir as cancerígenas. Essa tecnologia em questão foi desenvolvida pela organização americana sem fins lucrativos Caring Cross e, por meio de parceria firmada em março, vem sendo transferida para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O INCA, por sua vez, assinou memorando de entendimento para cooperação na área de oncologia com a Fiocruz em junho de 2023.

Além de extremamente promissora – o tratamento já vem sendo aplicado no exterior e testado em caráter experimental com sucesso em São Paulo, conforme a REDE CÂNCER mostrou na edição nº 51 –, a terapia CAR-T produzida por meio dessa parceria vai custar aproximadamente 10% do valor comercial cobrado na Europa e nos Estados Unidos: serão cerca de 35 mil dólares por paciente, em vez de 350 mil. Dessa forma, o tratamento poderá ser oferecido pelo SUS para um número muito maior de pessoas.

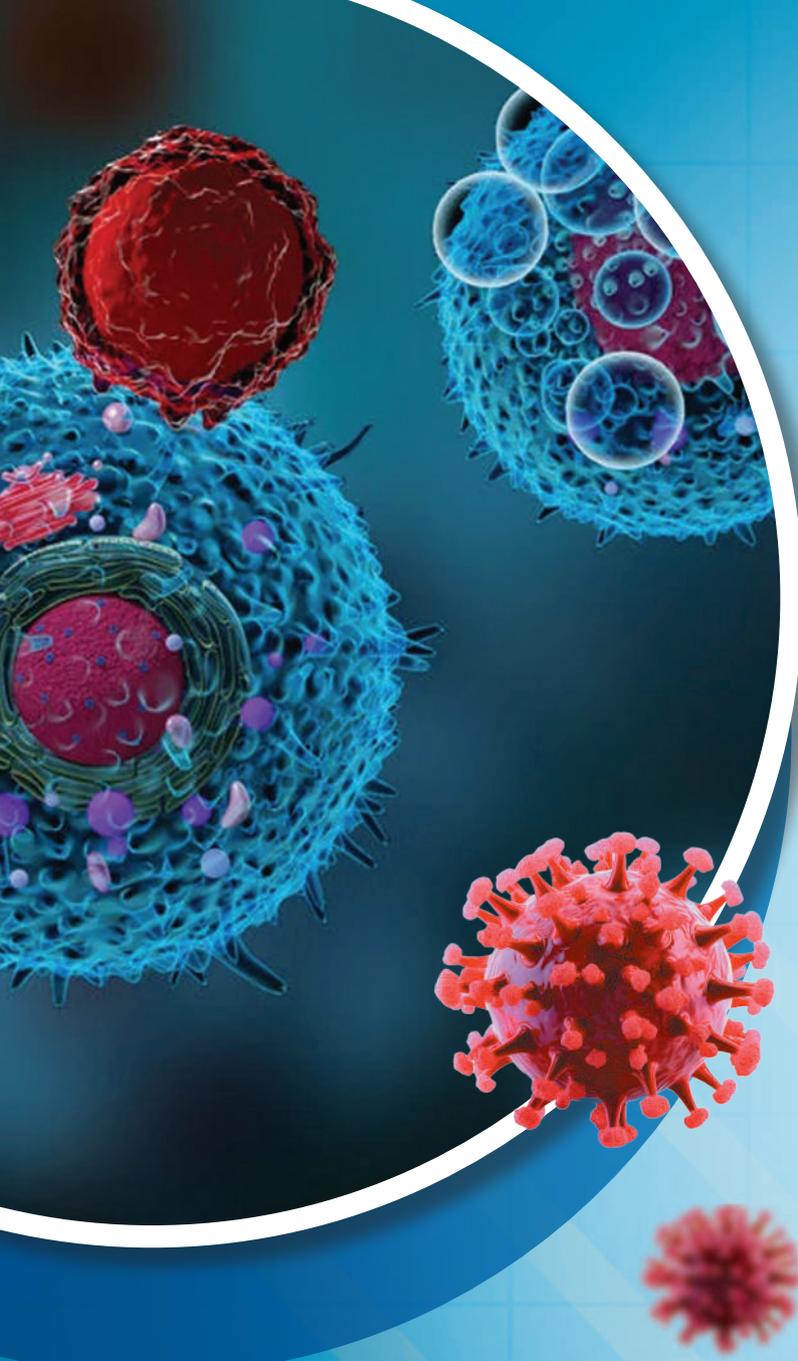
ACESSO MULTIPLICADO

A ampliação do acesso é um ponto positivo resultante da união de instituições públicas de saúde. “É muito significativo quando estamos diante de terapêuticas disruptivas, com potencialidade de transformar a realidade. Porém, elas chegam, às vezes, a um preço impossível de serem ofertadas à população. Mas quando selamos uma parceria como essa [Ministério da Saúde, Fiocruz, INCA, Caring Cross], e quando usamos o conhecimento adquirido no tratamento do paciente com terapias sofisticadas, é possível transformar sonho em realidade”, comemo-



“É muito significativo quando estamos diante de terapêuticas disruptivas, com potencialidade de transformar a realidade. Porém, elas chegam, às vezes, a um preço impossível de serem ofertadas à população”

ROBERTO GIL,
diretor-geral do INCA



TRÊS ANOS DE ESTUDO

Ao longo dos próximos meses deste ano, o INCA aguardará a chegada e o início da operação do container, que funcionará como estação de trabalho adequada à produção de terapias genéticas, e a aprovação do estudo pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). A expectativa é que ao final de três anos de estudo, seja dada entrada no pedido de registro definitivo da terapia, para que ela seja oferecida pelo SUS a todos os pacientes que necessitarem. Um segundo container ficará em BioManguinhos, unidade da Fiocruz que será responsável pela manufatura das células e dos vetores virais.

“Nosso modelo prevê a validação da manufatura em um container, padrão que será replicado para outros centros no Brasil. (...) O estudo clínico vai mudar a operação do INCA”

MARTÍN BONAMINO, chefe do Programa de Terapia Celular e Gênica da Coordenação de Pesquisa e Inovação do INCA

rou o diretor-geral do INCA, Roberto Gil, durante o evento de lançamento da Estratégia Fiocruz de Terapias Avançadas, no final de março. “Com a redução efetiva de custo, conseguimos dar 10 vezes mais acesso”, completou.

“Mais do que o cálculo em dinheiro, é um tratamento melhor, mais eficaz”, destacou o vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz, Marco Krieger, na mesma ocasião. Ele explicou que os vetores virais são a ferramenta utilizada em cerca de 90% das terapias avançadas, plataforma [conjunto de técnicas que permitem gerar esses tipos de vírus utilizados em protocolos de terapia gênica] que já vinha sendo desenvolvida nos últimos anos e que ganhou impulso com a emergência sanitária da Covid-19, sendo utilizada na produção de vacinas.

“Nos próximos meses, vamos submeter o protocolo de pesquisa à Anvisa e ao Conep e nos apropriar dos processos”, relata Martín Bonamino, chefe do Programa de Terapia Celular e Gênica da Coordenação de Pesquisa e Inovação do INCA, que lidera a equipe de 10 pessoas do Instituto envolvidas com o projeto no momento. O grupo conta com representantes da Coordenação de Pesquisa, das seções de Pediatria, de Hemoterapia e de Hematologia, do Centro de Transplante de Medula Óssea e do Centro de Processamento Celular.

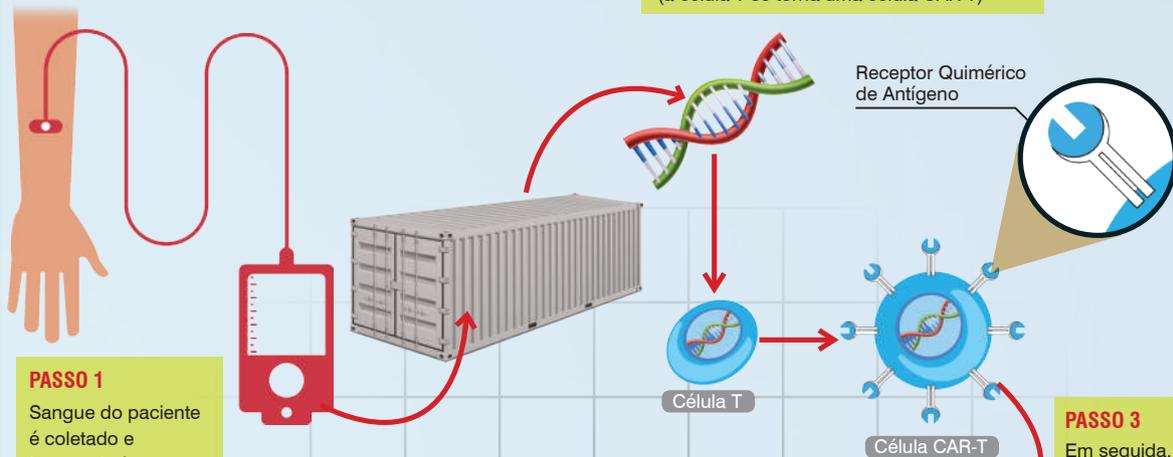
O tratamento que será aplicado nos pacientes do INCA tem semelhanças com o que vem sendo testado com sucesso pelo Hemocentro de Ribeirão Preto, em parceria com o Instituto Butantan, ambos em São Paulo, porém, com um modelo diferente de produção das células: “Nosso modelo prevê a validação da manufatura em um container, padrão que será replicado para outros

COMO FUNCIONA A TERAPIA?

O nome CAR-T vem da união de dois conceitos: CAR é a sigla em inglês para receptor quimérico de antígeno (chimeric antigen receptor) e T vem de linfócitos T, células de defesa do organismo.

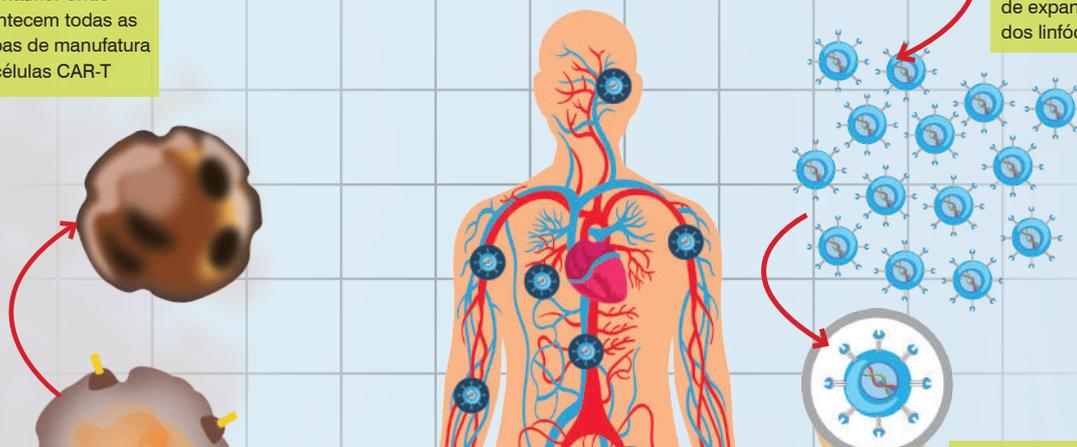
PASSO 2

Os linfócitos T são isolados e manipulados geneticamente para se tornarem ainda mais potentes no combate ao câncer (a célula T se torna uma célula CAR-T)



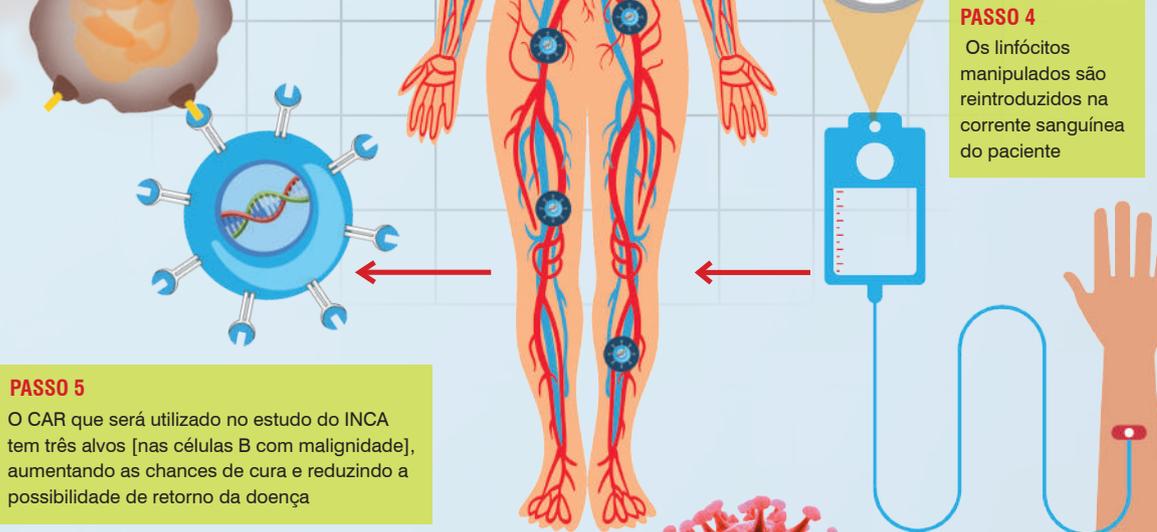
PASSO 3

Em seguida, vem a etapa de expansão dos linfócitos



PASSO 4

Os linfócitos manipulados são reintroduzidos na corrente sanguínea do paciente



PASSO 5

O CAR que será utilizado no estudo do INCA tem três alvos [nas células B com malignidade], aumentando as chances de cura e reduzindo a possibilidade de retorno da doença

10 VEZES MAIS PACIENTES TRATADOS



METODOLOGIA

A terapia CAR-T reprograma células de defesa do paciente com o objetivo de controlar o câncer. Por enquanto, é direcionada somente a pessoas com linfoma não Hodgkin ou leucemia linfóide aguda (ambos de células B) que não obtiveram êxito com os tratamentos convencionais [quimioterapia e transplante de medula óssea]. Num momento posterior, a expectativa é que seja oferecida como tratamento de segunda linha, ou seja, para indivíduos com esses mesmos tipos de câncer nos quais a quimioterapia não surtir o resultado esperado.

Considerada um aprimoramento da imunoterapia, a terapia com células CAR-T consiste na retirada de alguns linfócitos T do paciente por meio de coleta de sangue. Em seguida, eles são modificados geneticamente em laboratório para que sejam capazes de reconhecer as células tumorais e destruí-las ao serem inseridos novamente no organismo.

No Brasil, a terapia vem sendo testada há cerca de cinco anos no Hemocentro de Ribeirão Preto. Até agora, 20 pacientes já receberam o tratamento. Dentro do mesmo projeto, mais 61 pessoas serão submetidas ao procedimento, em cinco hospitais no estado de São Paulo.

centros no Brasil, e o de Ribeirão centraliza a manufatura no prédio deles. Além disso, nosso CAR tem três alvos [nas células B com malignidade, o que aumenta as chances de cura com menor possibilidade de retorno da doença], enquanto o do Hemocentro de Ribeirão Preto tem um só”, compara Bonamino. “O estudo clínico vai mudar a operação do INCA”, ele aposta, adiantando que, quando a aplicação da terapia for iniciada, entrarão na equipe também profissionais dos setores de Farmácia, Hemoterapia, Enfermagem e Quimioterapia.

De acordo com Bonamino, as fases I/II do estudo devem se prolongar por cerca de 12 meses. “É preciso acompanhar o paciente por um período de pelo menos um a dois anos para confirmar se a resposta positiva é duradoura.” Já na fase III, que deve ser desenvolvida em 2026 e 2027, a proposta é tratar mais 65 pessoas, possivelmente com a colaboração de outros centros de pesquisa.

A avaliação de resposta será feita, inicialmente, nos primeiros três meses. Depois, dados serão coletados em seis e em 12 meses. Por normativa da Anvisa, os pacientes têm que ser acompanhados por até 15 anos, visto que a terapia inclui a modificação genética das células. Apesar de ainda ser um estudo, a expectativa de sucesso é bastante elevada, conforme reflete a afirmação do presidente da Fiocruz, Mário Moreira: “Digo sem medo de errar que essa é uma das revoluções que a medicina atravessa, assim como foram as vacinas e os antibióticos”. ■

política

GOVERNO FEDERAL LANÇA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Um passo adiante

Diminuir a incidência dos diversos tipos de tumores malignos, garantir o acesso adequado ao cuidado integral, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pela doença. São muitos os desafios quando se trata da complexidade do câncer no Brasil. Ajudar a enfrentá-los é justamente o objetivo da nova legislação em vigor desde 20 de março. Também há a meta de ampliar as ações de prevenção, controle e tratamento adotadas até aqui.

Esse passo novo e decisivo foi dado no final de 2023, quando o Governo Federal sancionou a Lei nº 14.758, que instituiu a nova Política Nacional de Pre-

venção e Controle do Câncer (PNPCC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer – este, uma iniciativa inédita de monitoramento nacional.

Ao longo do primeiro semestre deste ano, o Ministério da Saúde (MS) constituirá uma agenda para a criação de normas que regulamentem a lei. “Além de atualizar a Portaria nº 874 [que, em maio de 2013, instituiu a PNPCC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas], precisaremos de diretrizes específicas para algumas questões. A primeira diz respeito ao atendimento pré-diagnóstico, ao acesso aos exames necessários e à consulta com o especialista”, explica

Fernando Maia, até 30 de abril coordenador-geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

Maia ressalta a transparência como um aspecto fundamental nesse processo para que o usuário identifique com facilidade como marcar consultas, exames e outros procedimentos. “Esse é um grande desafio, que vai envolver muita articulação e debate com estados e municípios até que se torne efetivo. No âmbito federal, não temos nenhum sistema que faça esse monitoramento. Então, vamos, a partir de experiências positivas já existentes, construir normativas que poderão ser seguidas por outros locais.”

Para o diretor-geral do INCA, Roberto Gil, a lei é resultado de muitas lutas que já existiam. “O Instituto desenvolve um papel na construção de políticas públicas na área do câncer há muito tempo, se debruçando sobre a questão da prevenção como a melhor forma de reduzir a incidência. O INCA veio contribuindo, ao longo do tempo, com uma série de políticas pontuais e que, agora, se reúnem dentro do espectro de uma lei, não mais de portarias. A legislação traz uma questão fundamental que é unir o poder Executivo ao Legislativo, sendo que este tem a base de representação da sociedade. É um processo mais democrático, com ampla participação social.”

IGUALDADE NA ATENÇÃO

Uma novidade em relação à portaria de 2013 se refere à oferta de medicamentos oncológicos, que será mais controlada. “As normativas vigentes não definem exatamente quais fármacos as unidades e centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia [Unacons e Cacons] devem oferecer. Elas permitem a autonomia dos profissionais nessas prescrições”, diz Maia. Trata-se de uma situação que, em sua opinião, acaba gerando desigualdade na atenção, já que alguns serviços conseguem disponibilizar produtos mais caros do que outros.

Segundo Maia, esse monitoramento já era um desejo do MS, que agora está sendo reforçado pela lei. “Vamos precisar construir protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres, normatizar quais tratamentos poderão ser feitos em cada etapa e como garantir acesso aos medicamentos de alto custo”, afirma. Os que estão previstos no SUS serão regulamentados e haverá definição sobre o tipo de aquisição, via Plano de Contratações Anual ou compra centralizada. As iniciativas constituirão também uma ferramenta para limitar a judicialização, já que haverá mais clareza sobre o que compete ao SUS.

“Além de atualizar a Portaria nº 874, precisaremos de diretrizes específicas para algumas questões. A primeira diz respeito ao atendimento pré-diagnóstico, ao acesso aos exames necessários e à consulta com o especialista”

FERNANDO MAIA, ex-coordenador-geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

DA VACINA AO ACELERADOR LINEAR

Ações multi e transdisciplinares relacionadas à doença são importantes nas diferentes esferas e permanecem na nova legislação. De acordo com o ex-coordenador-geral, a Lei nº 14.758 traça diretrizes acerca do que deve ser a atenção integral. “Prevenção e controle não são apenas alta complexidade, medicamento caro, acelerador linear ou cirurgia. Entendemos ser fundamental atuar tanto na prevenção, com a imunização contra o HPV e a hepatite B, quanto em iniciativas de promoção de hábitos de vida saudáveis e cessação do tabagismo, que vão impactar a incidência no futuro”, comenta.

Nesse último aspecto, Gil diz que o envolvimento do Legislativo é fundamental. “Quando falamos em prevenção, esbarramos em determinantes comerciais, como fumo, álcool, alimentação e produtos ultraprocessados, e eles precisam ser regidos por leis que ajudem a não estimular o consumo desses produtos reconhecidamente causadores de câncer.”

A detecção precoce é outro ponto que merece atenção. Por isso, o MS decidiu produzir um material sobre a suspeição da enfermidade. “Na atenção primária estão os profissionais que vão pedir o primeiro exame. Estamos elaborando um guia para atualizá-los sobre os sinais e sintomas que sugerem um tumor maligno. O objetivo é que, caso apresentem alguns desses indicativos, os pacientes tenham prioridade em determinados procedimentos”, detalha Maia. E acrescenta: “Algo importante trazido pela nova legislação é tornar [as ações] uma política de Estado. Ela tem muito mais força e perenidade, no sentido de manter-se no arcabouço dos direitos do SUS e das



Programa de navegação vai monitorar caminho percorrido pelo paciente dentro da rede de atenção oncológica

peças com câncer. É uma iniciativa muito positiva e alinhada ao que já se tinha com a portaria de 2013 e com o que nós estamos pensando de proposições”.

Na opinião de Márcia Sarpa, titular da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA, a lei representa um compromisso de longo prazo do Estado em relação ao controle do câncer. “Na lei estão relacionados objetivos abrangentes que contemplam a melhoria da qualidade de vida, o cuidado integral com a garantia do acesso adequado, visando à diminuição da incidência, da mortalidade e da incapacidade causadas pela doença.” Gil completa: “Para medir se a aplicação da lei está sendo efetiva, precisamos construir indicadores”. Ambos entendem que o INCA é fundamental para garantir a implementação efetiva da política, contribuindo com sua *expertise* em pesquisa, assistência e formação profissional.

NAVEGANDO PELOS TERRITÓRIOS

Ao sancionar a Lei nº 14.758, o Governo Federal instituiu também o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Para Fernando Maia, trata-se de uma oportunidade para gestores conhecerem o panorama da atenção oncológica no País e acompanharem o caminho do usuário, identificando os maiores gargalos na realização de exames diagnósticos, por exemplo: “Ele vai possibilitar um monitoramento melhor do que está acontecendo nos territórios e estreitar o tempo de início do tratamento. Locais que já implantaram programas desse tipo mostram que, sem recurso adicional, exceto o da contratação de profissionais, conseguiram diminuir pela metade o tempo para começar quimio ou radioterapia”.

Atualmente, o MS não possui sistema informatizado para navegação dos pacientes oncológicos. “O que pretendemos é estimular a existência dessa atividade nos hospitais. Será necessário um grande esforço das unidades de saúde para se adequarem, mas o impacto será muito positivo”, ressalta Maia.

O coordenador-geral explica também que a navegação deverá estar intrinsecamente vinculada aos sistemas de prontuário eletrônico, que já são realidade na maioria dos serviços. “Enquanto se discute a padronização, vamos iniciar o processo com estímulos a ações locais. Da mesma forma que temos transparência na fila para transplante, queremos que isso também esteja disponível para os pacientes oncológicos”, compara.

Acompanhar o paciente ao longo do seu itinerário terapêutico e garantir que tenha acesso a todos os procedimentos de que necessita vai demandar que Cacons e Unacons estruturarem equipes dedicadas à navegação. O horizonte de longo prazo é que, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde, plataforma nacional de integração de dados, a pessoa consiga acessar suas informações no aplicativo *Meu SUS Digital* [antigo *Conecte SUS*].

Para Márcia Sarpa, a criação do programa vai ajudar a identificar e superar barreiras que possam prejudicar as medidas de controle do câncer, aumentando os índices de diagnóstico precoce e reduzindo a morbimortalidade associada à doença. Duas delas se referem às desigualdades social e regional. “Iniquidades de acesso e orçamento restrito são obstáculos importantes. Superar esses desafios exigirá um esforço conjunto do governo, dos profissionais de saúde, da sociedade civil e da população em geral.” ■

educação

GOVERNO SANCIONA LEI QUE REGULAMENTA PROFISSÃO DE SANITARISTA, TAMBÉM FUNDAMENTAL PARA O CONTROLE DO CÂNCER



SUS



Depois de um século, o reconhecimento

Em Mutuípe, município do Recôncavo Baiano, Gilney Costa rompeu o ciclo de pobreza e se tornou o primeiro da família a concluir o ensino médio e entrar na faculdade. Professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), teve sua trajetória como sanitarista pautada pela ressignificação de sua história. “O meu encontro com o Sistema Único de Saúde [SUS] se deu na busca por um lugar onde eu pudesse ser, independentemente de qualquer coisa; que me desse a possibilidade de criar outro projeto de vida e que passasse pela luta comunitária e pela construção de um mundo melhor e mais justo”, explica.

Graduado em Psicologia, Gilney faz parte de um grande grupo de pessoas que, com diferentes formações, decidiu se dedicar à área [também chamada de Saúde Pública em algumas instituições] e, para isso, buscou aprofundar seus conhecimentos por meio de cursos de pós-graduação. Todos os que trilharam esse caminho, assim como os egressos da graduação em Saúde Coletiva, agora têm seu trabalho reconhecido pela Lei nº 14.725, sancionada em 16 de novembro de 2023, que, pela primeira vez, regula a profissão de sanitarista no Brasil.

“É um importante reconhecimento público. Há mais de um século, o sanitarismo é composto por vários sujeitos que agregam saberes de diversas práticas e estão intimamente relacionados com a formação de políticas públicas e a elaboração de programas e serviços”, diz Livia Souza, coordenadora do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

“Os indicadores são ferramentas valiosas para entender onde estamos e aonde queremos chegar. Essa capacidade de detectar e projetar as necessidades é uma contribuição muito clara [do sanitarista] na área oncológica”

MÔNICA DE ASSIS, da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA

Para Fátima Sousa, enfermeira sanitarista e professora associada do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), a não valorização da profissão desmotivava as pessoas a atuar nesse campo, levando à escassez de gente qualificada. “A regulamentação traz benefícios tanto para nós, que passamos a ter a atividade respaldada legalmente, quanto para o SUS, que contará com gente capacitada”, acredita.

Outro aspecto positivo proporcionado pela lei, de acordo com Andréia Moreira de Andrade, professora de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre (Ufac), é a abertura de vagas para sanitaristas em concursos públicos. Até então, eles ingressavam por meio de suas graduações.

INCOMODADO, MAS COM SONHOS

O diálogo sobre Saúde Coletiva foi difundido no Brasil na década de 1970, com o início dos cursos de pós-graduação (já a graduação surgiu apenas no final dos anos 2000). “Atores importantes, como a Abrasco, surgiram [naquela época] para pavimentar e sedimentar esse campo e responder outras questões que determinam o processo saúde-doença”, comenta Rondineli Mendes da Silva, coordenador da Ensp/Fiocruz, uma das instituições de referência na formação em Saúde Pública no Brasil.

“A Saúde Coletiva é a saúde pública mais comprometida, com mais engajamento no combate às injustiças sociais, mais politizada, com foco no controle de doenças e mais tecnicista. E o Brasil abraçou muito esse termo”, acrescenta a assistente social Mônica de Assis, da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA, que fez parte da primeira turma de mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

De acordo com ela, o sanitarista “tem duas características: é incomodado com a situação da saúde do brasileiro, com as desigualdades e com o modelo assistencial dominado pelo enfoque biomédico; e tem esperança de ver a redução de iniquidades, a melhoria do SUS, um SUS realmente condizente com o texto constitucional”. E completa: “Incomodado, mas também com sonhos”.

FORMAÇÃO AMPLA

No contexto do câncer, a formação do profissional em Saúde Coletiva envolve as temáticas de gestão, política pública e epidemiologia (o conhecimento sobre

incidência, prevalência, mortalidade e carga da doença possibilita uma compreensão ampla do assunto). Somam-se ainda as Ciências Sociais e Humanas, que, segundo Mário Sobreira, chefe da Divisão de Ensino *Stricto Sensu* do INCA e professor do mestrado profissional em Saúde Coletiva e Controle do Câncer ofertado pelo Instituto, trazem a compreensão sobre o usuário e suas necessidades sociais. “Para além dos fatores biológicos, há diversos fatores de risco envolvidos no surgimento do câncer, entre eles, os ambientais e sociais. Os determinantes do câncer também são sociais”, ressalta.

De acordo com Sobreira, o sanitarista é capacitado em promoção da saúde, prevenção do câncer, políticas públicas, ações de vigilância e análise de avaliação do impacto das estratégias empregadas, identificando as ações que devem ser reorientadas dentro do modelo do SUS e pensando na conformação das redes de atenção. “O sanitarista atua na gestão, na economia da saúde e no monitoramento do tratamento, contribuindo na implementação de melhorias para garantir não só o acesso, mas a continuidade do cuidado”, acrescenta o professor.

Os sistemas de informação, os indicadores da saúde, os diagnósticos situacionais, a educação e comunicação e gestão são ferramentas para responder às necessidades da população. “O profissional, instrumentalizado pela epidemiologia, consegue fazer o diagnóstico situacional. Os indicadores são ferramentas valiosas para entender onde estamos e onde queremos chegar. Essa capacidade de detectar e projetar as necessidades é uma contribuição muito clara na área oncológica”, explica Mônica de Assis.

Outras contribuições relevantes da categoria são a educação e a comunicação em saúde, bem como a mobilização social. “A Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA tem um eixo de produção de conhecimento e apoio a estados e municípios. A partir desse conhecimento, contribui para o avanço do SUS nos territórios. Não há controle do câncer sem envolvermos a sociedade, com informações de qualidade, acessíveis e culturalmente relevantes”, diz Mônica.

MÚLTIPLOS OLHARES

Há entre os alunos dos cursos de pós-graduação uma característica marcante: a constituição multiprofissional. Trata-se do fundamento para lidar com os determinantes e condicionantes da saúde. “Esse conceito é central para que a saúde possa ser um conceito ampliado e multidisciplinar. O SUS é pensado de forma integral. Não tem como desassociar”, explica Andréia de Andrade.

“O sanitarista atua na gestão, na economia da saúde e no monitoramento do tratamento [do câncer], contribuindo na implementação de melhorias para garantir não só o acesso, mas a continuidade do cuidado”

MÁRIO SOBREIRA, chefe da Divisão de Ensino *Stricto Sensu* do INCA

Para Mônica de Assis, o que coloca o sanitarista em uma posição estratégica são as ferramentas que possui para compreender o sistema em que está inserido e pensar criticamente as práticas da área. “Ele é treinado em, pelo menos, três grandes campos: Análise da Situação Saúde-Doença; Planejamento e Gestão em Saúde; e Ciências Humanas e Sociais.”



GAMINHOS PARA A HABILITAÇÃO

Os processos seletivos possuem períodos de realização diferenciados, de acordo com o tipo de formação e a instituição.

Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz

- **Especialização em Saúde Pública**
<https://ensino.ensp.fiocruz.br/cursos/lato-sensu/especializacao/cursos/presencial/107#titulo>
- **Mestrado Acadêmico em Saúde Pública**
<https://ensino.ensp.fiocruz.br/cursos/mestrado-e-doutorado/saude-publica/mestrado-academico>
- **Mestrado Profissional em Saúde Pública**
<https://ensino.ensp.fiocruz.br/cursos/mestrado-e-doutorado/saude-publica/mestrado-profissional>
- **Doutorado em Saúde Pública**
<https://ensino.ensp.fiocruz.br/cursos/mestrado-e-doutorado/saude-publica/doutorado>

Universidade de Brasília

- **Graduação em Saúde Coletiva**
<https://saudecoletiva.unb.br/>
- **Mestrado Acadêmico e Doutorado em Saúde Coletiva**
<https://ppgsc.unb.br/>
- **Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva**
<http://fs2.unb.br/pos-graduacao/mestrado-profissionalizante>

Em todas as regiões brasileiras, mais de 80 instituições de ensino, públicas e privadas, oferecem cursos que conferem o título de sanitarista. A lista das instituições associadas à Abrasco está disponível em www.abrasco.org.br/associados-institucionais.

INCA

- **Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**
<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/ensino/mestrado-e-doutorado/ppgcan>

Universidade Federal do Acre

- **Graduação em Saúde Coletiva**
<http://www2.ufac.br/ccsd/saudecoletiva>
- **Mestrado Acadêmico e Doutorado em Saúde Coletiva**
<http://www2.ufac.br/ppgsc>



Mônica de Assis: “Não há controle do câncer sem envolvermos a sociedade, com informações de qualidade, acessíveis e culturalmente relevantes”

A graduação teve início apenas em 2008, na Ufac, impulsionada pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais. O projeto político-pedagógico, no entanto, foi criado pela Universidade Federal da Bahia, que lançou o curso em 2009. Hoje, há mais de 20 em todo o Brasil.

Atualmente, as diretrizes curriculares nacionais para a graduação reúnem atribuições, perfil do profissional, princípios éticos e científicos. “Ele deve estar capacitado para o trabalho nos diferentes níveis de complexidade, desde ações de prevenção, promoção e proteção da saúde até pesquisa e desenvolvimento. A formação deve ser eminentemente humanista, científica, ética, crítica, reflexiva e generalista. A estrutura acadêmica passa pela organização da atenção, da educação e da gestão”, comenta Lívia Souza.

MERCADO DE TRABALHO

Na esfera pública, as secretarias municipais e estaduais e o MS são os espaços de mais fácil colocação para os sanitaristas. “Se considerarmos que o Brasil tem 5.570 municípios e 27 estados, as possibilidades são imensas. Podem trabalhar da atenção básica à alta complexidade, na gestão dos serviços em Unidades Básicas de Saúde e no núcleo de Atenção à Saúde da Família. Contamos com profissionais no Ministério Público, nas casas legislativas estaduais e municipais e no Congresso Nacional, no

QUEM JÁ ATENDE OS REQUISITOS?

- *Diplomados com residência médica ou multiprofissional, especialização, mestrado ou doutorado em Saúde Coletiva/Saúde Pública;*
- *Graduados em Saúde Coletiva/Saúde Pública por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação;*
- *Graduados em Saúde Coletiva/Saúde Pública por instituição de ensino superior estrangeira com diploma revalidado por instituição de ensino superior brasileira;*
- *Graduados (nível superior) que, embora não possuam as qualificações acima, comprovem o exercício de atividade profissional correlata no período mínimo de cinco anos até a data de publicação da lei.*

Fundo Nacional de Saúde, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária e na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Na rede privada, estão habilitados a atuar em planejamento, gastos, cálculo de capacidade instalada e auditoria”, diz Lívia Souza.■

social

ATENDIMENTO PSICÓLOGO GRATUITO PRESTADO POR ONGS É ALTERNATIVA PARA PACIENTES COM CÂNCER EM BUSCA DE APOIO EMOCIONAL

Mente sã

Quando fundou a Instituição Ágape, em 2010, Tércia Alessandra Lopes de Oliveira jamais poderia imaginar que, anos mais tarde, usaria os serviços da própria organização não governamental. Em 2017, ao receber o diagnóstico de câncer na mama esquerda, ela se deu conta de que precisaria de suporte psicológico para enfrentar a doença. Medo, insegurança, solidão e incerteza são alguns dos sentimentos vividos por quem atravessa situação semelhante. E a psicologia pode ajudar, e muito, nesse turbilhão.

Assim que começou o tratamento, Tércia, hoje com 51 anos, passou o cargo de presidente da ONG para o filho, Filipe, que permanece à frente da instituição. Mesmo curada do tumor, ela continua a fazer psicoterapia uma vez por semana. “Foi durante o tratamento que eu senti na pele a necessidade das pessoas. Até então, só ouvia falar. Quando o problema aparece na sua vida, você vê que é muito maior do que imaginava”, diz Tércia, empresária do ramo de artesanato.



O tratamento é quase sempre o caminho para a cura, mas pode haver muitos obstáculos. Moradora de Contagem, Minas Gerais, onde fica a sede da Ágape, Tércia fez quimio e radioterapia em Belo Horizonte, a 20 quilômetros de distância. Dependendo do procedimento, precisava ir diariamente a BH. Teve anemia grave, e todo o processo – que deveria durar três meses – levou mais de um ano. “Quando a pessoa descobre que está com câncer, perde a identidade. Acha que está condenada, mas não é bem assim. Há esperança. O psicólogo dá um suporte, te ouve e ajuda a encontrar caminhos”, relata a empresária.

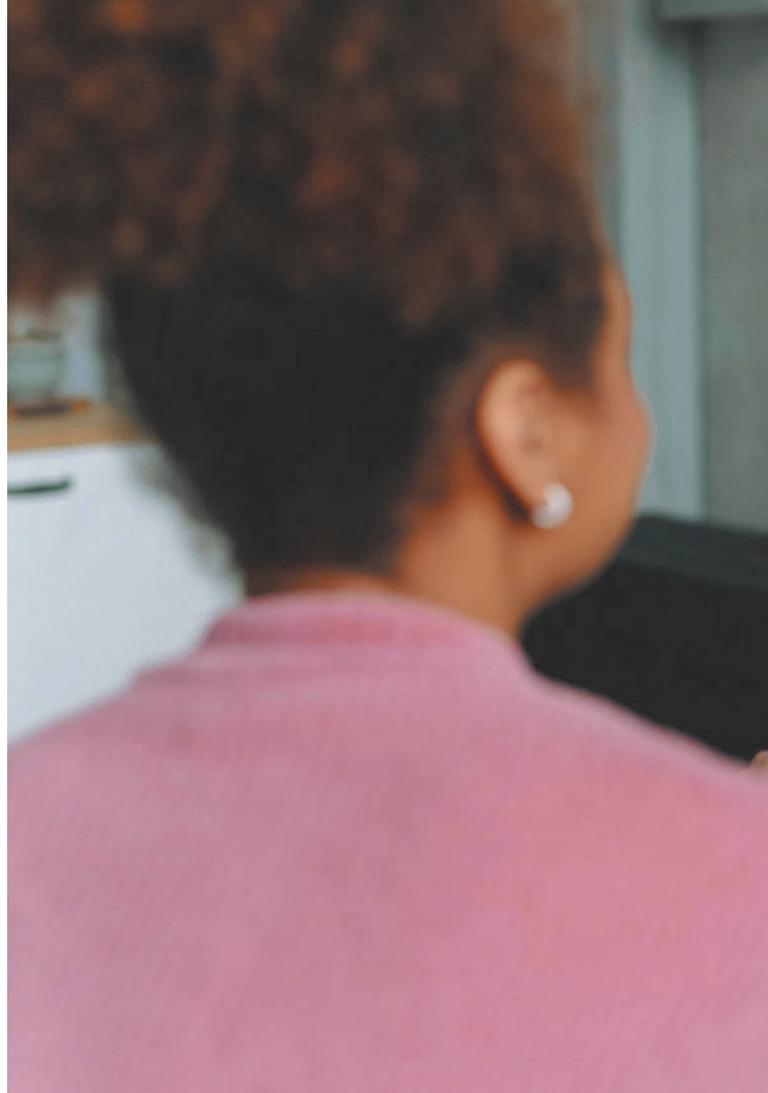
Embora a maior demanda venha da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a Ágape presta atendimento a pacientes de todo o Brasil. São mais de 20 psicólogos voluntários, que comandam sessões on-line e presenciais para todas as faixas etárias. Todos os 282 cadastrados na entidade têm câncer, mas, desde a pandemia de Covid-19, a ONG passou a oferecer também terapia para a comunidade. “Houve uma procura grande. Apareceu muita gente com síndrome do pânico, claustrofobia e outros distúrbios psicológicos. Abrimos, então, o serviço para esses casos”, conta Filipe.

PAPEL ESSENCIAL NO TRATAMENTO

Para os que enfrentam um câncer, a psicologia é tão importante que deu origem a uma nova área de conhecimento: a psico-oncologia, criada nos anos 1980 pela psiquiatra Jimmie Holland, do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, em Nova York. Ela começou a perceber o que hoje é uma certeza: a saúde mental tem papel essencial no tratamento de tumores malignos. Essa mesma linha é seguida pela Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale) desde 2002, quando foi fundada. Hoje, a instituição, com sede em São Paulo e representações em 11 cidades, atende todo mês a cerca de 500 pessoas de todas as idades e seus familiares.

“A psico-oncologia desempenha um papel fundamental nessa jornada. Tanto o paciente quanto seus parentes passam a ter mais ferramentas para enfrentar a doença, manejar a ansiedade e o estresse que o tratamento pode trazer, se adaptar melhor às mudanças de rotina e até mesmo entender a importância de seguir corretamente o que o médico determina”, diz Catherine Moura, CEO da Abrale.

Também na capital paulista, o Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP) conta com o Laboratório Chronos, criado



em 1994 pela professora e doutora em Psicologia Clínica Elisa Parahyba Campos. A unidade oferece atendimento psicológico não só a pacientes oncológicos, mas também a parentes próximos e cuidadores afetados pela enfermidade. O alcance da terapia depende da primeira entrevista com o doente. “Como tudo o que diz respeito ao ser humano, não existe uma norma”, explica Elisa.

Para ser recebido pelo Chronos, totalmente gratuito, a única exigência é que o interessado esteja sob tratamento contra o câncer. Elisa supervisiona todos os atendimentos, feitos por dez psicólogos graduados ou universitários no último período, selecionados após uma entrevista em que ela verifica se o estudante está apto para esse trabalho. Todas as sessões são on-line, uma vez por semana, e o acompanhamento dura, em média, seis meses. É a chamada psicoterapia breve.

“O avanço da doença muda quando você presta atendimento psicológico. Não significa dizer que ‘tenho câncer, vou fazer psicoterapia e vou sarar’. Isso depende de milhares de variáveis, mas temos diversos pacientes que melhora-



“Sempre fui muito independente. Tenho uma rede de apoio maravilhosa, mas foi complicado aceitar que eu precisava de cuidados dos outros”

VANIA SILVA, pedagoga e professora

ram muito e puderam ter mais qualidade de vida ao se submeterem à psico-oncologia”, diz Elisa. “Existe uma melhora significativa quando eles podem conversar com alguém sobre o que estão passando”, acrescenta.

SEM MEIAS-PALAVRAS

Foi o que aconteceu com a professora aposentada Cecília Tatei, de 68 anos, que começou a fazer terapia pelo Chronos após receber a notícia

de um câncer no endométrio, em janeiro de 2023. Solteira e sem filhos, ela mora com a irmã e uma sobrinha, que na ocasião estavam em viagem de férias. A ginecologista que a acompanhava havia 10 anos comunicou a doença sem meias-palavras. “Ela foi muito direta. Fiquei sem chão e tão assustada que nem chorei. Quando voltei para casa, estava muito sozinha e pensando que ia morrer. Recebi um diagnóstico e um atestado de óbito. Não quis mais continuar com aquela médica”, lembra.

Cecília mudou de hospital e de médico, fez uma histerectomia e decidiu procurar ajuda psicológica. Chegou ao Chronos pela página na internet – um dos caminhos para acessar o serviço – e começou a fazer terapia. Está até hoje com a mesma psicóloga que a atendia na USP, mas agora pelo plano de saúde. Além do apoio para enfrentar as seis sessões de quimioterapia e as 21 de radioterapia, Cecília e a terapeuta, juntas, buscaram uma explicação para o câncer justamente no endométrio, tecido que reveste o útero e onde é implantado o embrião no início da gravidez.

Nessa jornada, Cecília constatou sua “negação do feminino” e conseguiu perdoar a mãe, já falecida, que desejava ter um filho homem, mas deu à luz oito mulheres. “Tinha uma raiva muito grande dela. A terapia fez eu me sentir livre não só da doença, mas de toda essa mágoa, até chegar ao ápice do perdão”, diz. Agora, além de aulas de dança espanhola, ela tem se dedicado a um talento descoberto durante as sessões de radioterapia no A.C. Camargo Cancer Center, em São Paulo: desenhar. Os trabalhos de Cecília e de outros pacientes ganharão uma exposição na unidade.

ABRIGO

Manter-se ativo durante o tratamento, por sinal, é um dos pilares da psicóloga Thais Teixeira, responsável pelo suporte a pacientes e acompanhantes hospedados na Associação de Apoio à Criança com Câncer (AACC), também em São Paulo. Criada em 1983, a instituição recebe pessoas de 0 a 21 anos de outros estados e municípios, encaminhadas via Tratamento Fora de Domicílio, um recurso instituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1999. Se o serviço social do hospital onde o doente fará o tratamento constatar a necessidade de uma casa para abrigá-lo, entra em contato com a AACC.

Na Associação, o paciente fica hospedado, faz as refeições, tem transporte para os hospitais e conta com suporte educacional e psicológico. As sessões de terapia podem ser tanto individuais quanto em grupo, para doentes e acompanhantes. O importante é humanizar e individualizar o tratamento. “Para além da doença, existe uma criança com as questões da infância, um adolescente vivendo toda a intensidade desse período da vida... Temos que olhar para o individual, senão, vamos falar só de oncologia”, diz Thais. “O câncer é uma fase, e vai passar. Então, vamos adaptar a vida, e não pausá-la, para viver esse momento da melhor maneira. Prezamos a ideia de dar uma expectativa de futuro, uma vez que a doença rouba um pouco da vida ao vivo”, acrescenta a psicóloga.

Foi essa “expectativa de futuro” que trouxe a boliviana Anahi Quiroga, de 16 anos, para o Brasil, em novembro passado. Portadora de leucemia linfoblástica aguda, ela é paciente do Instituto de Tratamento do Câncer Infantil (Itaci) e aguarda um transplante de medula. Foi o Itaci que a encaminhou para a AACCC, onde está hospedada com o pai. Na casa de apoio, graças às sessões de terapia, Anahi começou a externar suas emoções. “É difícil falar dos meus sentimentos com as pessoas. Aqui, a Thais vem no meu quarto quando não estou bem. Foi muito bom me abrir. Melhorou minha forma de pensar e lidar com a quimioterapia. As sessões me dão esperança e ensinam a superar algumas situações. Tenho que passar por momentos maus, mas depois terei os bons também”, afirma a boliviana.

A diferença de idade entre Anahi e Alvino Cavalcante Mota é de quase 70 anos – ele tem 83 –, mas ambos enfrentam desafios semelhantes. Morador de Pindamonhangaba, em São Paulo, Alvino recebeu o diagnóstico de câncer na próstata no início de 2023. O tratamento é feito no Hospital Regional do Litoral Norte, em Caraguatatuba, a 135 quilômetros de casa, onde recebe quimioterapia intravenosa. Para suportar essa jornada, ele foi aconselhado por uma sobrinha a procurar o Grupo de Apoio a Pessoas com Câncer (GAPC) de Taubaté, a 12 quilômetros de onde mora.

“Eu nunca tinha passado por um psicólogo antes. No primeiro dia, estava trêmulo, receoso, não sabia como era e o que ela ia falar. A gente foi se familiarizando, conversando. A psicóloga é maravilhosa, me dá orientações e me faz sentir bem. Tenho a doença, mas estou feliz”, diz Alvino. A profissional em questão é Carina de Souza Fonseca,

que há dois anos e meio atende gratuitamente a quem procura a unidade de Taubaté, uma das seis do GAPC no Brasil.

PEDIR AJUDA É PARTE DO PROCESSO

Assim que chega ao Grupo de Apoio – encaminhado por hospitais ou espontaneamente, já que o GAPC é uma instituição de portas abertas –, o paciente oncológico é entrevistado pela assistente social Beatriz dos Santos Correa, que verifica suas principais demandas e o direciona para Carina. Ela, então, avalia a terapia mais indicada, se individual ou em grupo, mas sempre presencial. Também há casos em que é o principal cuidador quem recebe o suporte da psicoterapia, para prestar um atendimento melhor ao doente.

“Cada caso é um caso, mas as duas principais demandas são a não aceitação da doença e a questão social. No primeiro caso, a pessoa nem chega a discutir a morte. As mulheres com câncer de mama, nosso maior público na psicoterapia, associam a doença à perda do seio, do cabelo e da feminilidade. Já a demanda social se reflete na falta de uma rede de apoio. As pessoas empurram a vida com a barriga, as relações sociais são ruins... Aí,



Vânia: sem medo da morte e com parâmetros de beleza revistos

ONGS QUE PRESTAM ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A PACIENTES COM CÂNCER E SEUS PARENTES

Grupo de Apoio a Pessoas com Câncer (GAPC): O GAPC tem unidades em Taubaté, São José dos Campos, Mogi das Cruzes e Poá (em São Paulo), além de Vitória, no Espírito Santo, e Volta Redonda, no Rio de Janeiro. Recebe pacientes encaminhados por hospitais e também atende a quem procura espontaneamente as unidades, desde que a pessoa tenha câncer. As sessões de psicoterapia são presenciais. Mais informações: <https://gapc.org.br/>

Instituição Ágape: Com sede em Contagem (MG), a Ágape atende on-line a pacientes no Brasil inteiro e até no exterior. Para as pessoas cadastradas, todas portadoras de câncer, as sessões de terapia são gratuitas. Os não cadastrados, que podem ter outros distúrbios psicológicos, pagam o preço social de R\$ 20 por sessão ou R\$ 60 por mês, com direito a quatro sessões. Mais informações: <http://instituicaoagape.org.br/>

Associação de Apoio à Criança com Câncer (AACC): Localizada em São Paulo, acolhe pacientes de 0 a 21 anos de municípios vizinhos, outros estados e até do exterior que estejam em tratamento em algum hospital na capital. O encaminhamento para a casa de apoio é feito pelo hospital. Mais informações: www.aacc.org.br

Laboratório Chronos: Ligado ao Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, dá assistência psico-oncológica a portadores de câncer que estejam em tratamento e a seus familiares. As sessões são individuais, remotas, e o tratamento dura, em média, seis meses. Atende a todas as faixas etárias, exceto crianças. Mais informações: <https://sites.usp.br/laboratoriochronos/home/>

Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale): Recebe pacientes com linfomas e leucemias, além de portadores de mieloma múltiplo, mielofibrose e doenças do sangue, como trombocitemia essencial. É preciso ter o diagnóstico fechado e se cadastrar na entidade. Mais informações: <https://www.abrale.org.br/>

quando o tumor aparece, se veem precisando do outro”, conta Carina.

Admitir que precisa de ajuda não é fácil até para quem cultiva bons relacionamentos, como a pedagoga e professora Vania Silva, de 55 anos, do Rio de Janeiro, que começou a fazer psicoterapia na Abrale em 2023, pouco após saber que tinha um linfoma não Hodgkin. “Sempre fui muito independente. Tenho uma rede de apoio maravilhosa, mas foi complicado aceitar que eu precisava de cuidados dos outros”, conta.

A psico-oncologia rompeu não só essa barreira, como também provocou duas mudanças fundamentais de mentalidade nela. Vania diz ter perdido o medo da morte – “Vou morrer quando for o meu dia, e pode não ser pelo linfoma” – e revisto seus parâmetros de beleza. “Sou muito vaidosa. Antes,

eu não me reconhecia com aquele cabelo. Hoje, não tenho o menor problema em me assumir. Sou outra pessoa e consigo me achar bonita do jeito que estou”, conta ela, que raspou a cabeça quando caíram quase todas as mechas.

O último PET Scan mostrou que a professora ainda tem um foco de 13 milímetros no mediastino, local contraindicado para a radioterapia. Enquanto os médicos avaliam o que fazer, Vania vive um dia de cada vez. “Talvez por um tempo eu tenha que conviver com o câncer no local onde ele está. Quando a gente fala da doença, não é sobre ser forte. Câncer é coragem, não é força. Todas as vezes em que preciso ser furada, tenho vontade de chorar. Se eu tivesse que ser forte o tempo todo, eu não poderia chorar. O corajoso chora, mas faz. Tenho que ser corajosa, não forte”, ensina. ■

personagem

ATRIZ MARIETA SEVERO CONTA POR QUE DECIDIU REVELAR PUBLICAMENTE A DESCOBERTA DE UM TUMOR NO ENDOMÉTRIO E COMO FOI O TRATAMENTO

“O câncer não é uma condenação”

A atriz Marieta Severo pegou muita gente de surpresa ao revelar, em 2023, que havia sido diagnosticada com câncer do endométrio. O fato só veio a público quando ela, convencida por seu médico, aceitou ser madrinha da campanha Setembro em Flor, promovida pelo EVA – um grupo multidisciplinar para ensino, pesquisa, extensão e relação institucional entre profissionais de ginecologia oncológica – para conscientizar a população sobre os riscos dos tumores ginecológicos.

“Achei que era importante falar sobre isso e também alertar para a vacina contra o HPV. Tem muita gente boa estudando [o assunto]. Sou fã das áreas médica e científica. Antes, o câncer era encarado como uma maldição. Hoje, existem muitas possibilidades de tratamento. As campanhas também estão aí para dar informação”, compara.

Apesar de não ter usado a mídia ou as redes sociais para falar sobre a descoberta da doença, Marieta não critica quem tem uma postura contrária à sua. “Sou de uma época em que a vida particular era realmente particular. Mas olha o exemplo da Preta Gil [no início de 2023, a cantora anunciou que estava com câncer no intestino]. Ela venceu. É muito bom ver essa geração se engajar e se informar. Precisamos desmistificar. O câncer não é uma condenação.”

SINAL DE ALERTA

Logo no início da entrevista concedida à REDE CÂNCER, Marieta pediu desculpas por não se lembrar de muitos detalhes acerca do seu tratamento.

“Acredito que estava com 70 anos e, certo dia, tive um sangramento. Aquilo me acendeu logo o sinal de alerta e fiquei com a tal pulga atrás da orelha. Não pensei duas vezes em ligar para minha médica e marcar uma consulta”, conta. Ao chegar ao consultório, ela foi sedada e submetida a um exame para colher material para biópsia.

Após a confirmação do diagnóstico, a atriz passou por uma cirurgia para a retirada do útero e dos ovários. “Foi tudo muito rápido. Nunca tive medo de fazer exames, pelo contrário, sempre me cuidei muito bem. Acho que isso facilitou. Lógico que, na hora que soube, levei um susto e pensei no que poderia acontecer daquele momento em diante. Só que estava ali, tinha que agir”, diz. Como o tumor estava em estágio inicial, Marieta não precisou se submeter à quimio nem à radioterapia. Atualmente, ela faz ressonância a cada seis meses como forma de rastreamento.

COMÉDIA DRAMÁTICA

Marieta Severo está no elenco principal do filme *Câncer com Ascendente em Virgem*, comédia dramática dirigida pela cineasta e escritora Rosane Svartman, baseada na história real de Clélia Bis, produtora do longa, que passou por um tratamento de câncer de mama. Na produção, a atriz vive Leda, mãe da protagonista Clara (Suzana Pires), que é professora de Matemática e influencer na área de



“Antes, o câncer era encarado como uma maldição. Hoje, existem muitas possibilidades de tratamento. As campanhas também estão aí para dar informação”



educação. Sua personagem gosta de ter tudo sob controle. Porém, ao receber a notícia da doença da filha, deverá aceitar que a vida nem sempre sai conforme o planejado.

O enredo da história se confunde com a vida de Marieta. Em 2014, ela precisou ter força para apoiar sua primogênita, a atriz Silvia Buarque, diagnosticada com câncer de mama. “Foi pior do que quando recebi o resultado do meu exame, porque era com minha filha. Mas, desde o primeiro momento, tive certeza absoluta de que ela ficaria curada”, lembra.

A artista procurou transmitir toda essa vivência para sua personagem. A estreia do filme está prevista para outubro. “A arte tem esse poder de cura. Passei os meus sentimentos de modo que eles fossem úteis para outras pessoas”, comenta.

CARREIRA

Atriz, roteirista e produtora teatral, Marieta Severo atuou em mais de 30 peças, 40 filmes, 20 novelas e programas de televisão em quase 60 anos de carreira. Ela chegou a se formar como professora no Instituto Superior de Educação do Rio de Janeiro, onde nasceu, mas, ao conhecer o Tablado, tradicional escola de teatro da cidade, decidiu mudar de profissão.

Aos 19 anos, estreou no cinema, com uma participação em *Society em Baby Doll* (1965). No mesmo ano, pisou pela primeira vez como profissional no palco num pequeno papel em *As Feiticeiras de Salém*. Um ano mais tarde, a protagonista da peça, Eva Wilma, a indicou para um papel na novela *O Sheik de Agadir* (1966), de Glória Magadan, na recém-inaugurada TV Globo. Desde então, participou de inúmeras produções. Um dos seus personagens de maior sucesso na emissora foi Dona Nenê, do humorístico *A Grande Família*, exibido entre 2001 e 2014.

Marieta é uma das atrizes mais consagradas do País. Em 1989, recebeu os prêmios Molière, Shell e Mambembe por sua atuação na peça *A Estrela do Lar*, de Mauro Rasi. Também fez história nos palcos ao participar de montagens como *Roda Vida* e *Ópera do Malandro* (1968), ambas de Chico Buarque; *A Aurora da Minha Vida* (1982), *Um Beijo, um*

AFINAL, O QUE É O CÂNCER DO ENDOMÉTRIO?

O câncer do endométrio se origina no tecido que reveste a parte interna do útero e, de modo geral, caracteriza-se por sangramento vaginal após a menopausa – sintoma mais frequente – e dor pélvica sem origem detectada em exames ou durante o ato sexual. Segundo Paulo Mora, oncologista clínico do INCA, diante desses sinais, o primeiro passo é consultar um ginecologista.

“Se a mulher apresentar sangramento anormal após a menopausa ou mesmo aumento do sangramento dos ciclos menstruais (antes da menopausa) deve procurar o médico para uma avaliação preliminar. Quando necessário, serão solicitados exames complementares, como ultrassonografia ou histeroscopia – exame que visualiza o útero por dentro e é feito sob anestesia. Se for necessário, serão realizadas biópsias para confirmação do diagnóstico oncológico”, diz.

De acordo com o especialista, é incomum que o câncer de endométrio seja assintomático. Em caso de demora na procura por um serviço de saúde, o tumor pode se apresentar como nódulo, alteração da anatomia do útero ou até mesmo uma massa.

Na maioria das vezes, o câncer no endométrio surge após o fim da menstruação, devido ao envelhecimento natural dos órgãos. Mas há também fatores de risco conhecidos, como menarca [primeira menstruação] precoce e menopausa tardia – porque a mulher passa mais tempo exposta a hormônios femininos –, obesidade, síndrome do ovário policístico e determinados tipos de reposição hormonal. Cerca de 80% dos casos são diagnosticados em mulheres com mais de 60 anos.

“Por causa do sangramento vaginal, muitas mulheres detectam o câncer de endométrio rapidamente. Por isso, no caso de tumores pequenos e de baixa agressividade, a cirurgia costuma ser suficiente. A ressonância de pelve ajuda na determinação da extensão da doença e no planejamento da operação. Nesses casos, geralmente não há necessidade de tratamento complementar, como químico, radio ou braquiterapia”, comenta Mora.

Segundo o oncologista, há avanços no tratamento desse tipo de câncer no mundo, como cirurgia minimamente invasiva (robótica e com análise de linfonodo sentinela), radioterapia de intensidade modulada (IMRT) e uso de imunoterapia para determinados grupos de risco molecular.



Divulgação/Mariana Vianna

Marieta entre Clélia Bessa (esq.) e Rosane Svartman. Abaixo, Suzana Pires entre Nathália Costa (esq.) e Elisa Bessa

Abraço, um Aperto de Mão (1985); e *Cenas de Outono* (1988), todas de Naum Alves de Souza; e *Incêndios*, baseado no livro do libanês Wajdi Mouawad.

No cinema, atuou em *Todas as Mulheres do Mundo* (1967), *Chuvas de Verão* (1978), *Bye Bye Brasil* (1979), *O Homem da Capa Preta* (1986), *Com Licença, Eu Vou à Luta* (1986), *Carlota Joaquina, Princesa do Brasil* (1994) e *Cazuza: O Tempo não Para* (2004).

Em 2002, recebeu, no Festival de Gramado, o prêmio Oscarito, pelos anos de carreira dedicados ao cinema brasileiro. Em 2012, foi agraciada com a Ordem do Mérito Cultural por sua contribuição à cultura nacional. O amor pela arte também fez com que, em 2005, fundasse, ao lado da amiga e atriz Andréa Beltrão, o Teatro Poeira, no Rio de Janeiro.

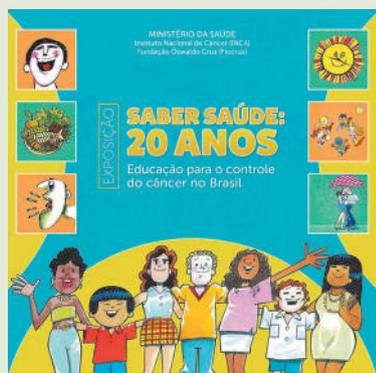
Marieta foi casada durante um ano com o artista plástico Carlos Vergara. Em seguida, passou 33 anos ao lado do cantor e compositor Chico Buarque, com quem teve, além de Sílvia, as filhas Helena e Luísa. A terceira e última união foi com o diretor teatral Aderbal Freire Filho, falecido em 2023, em consequência de um AVC. ■



Proteção à infância

A campanha do Dia Mundial sem Tabaco 2024, comemorado em 31 de maio, pretende alertar governos e formadores de opinião sobre as estratégias adotadas pela indústria do tabaco para atrair novos consumidores, notadamente crianças, adolescentes e jovens. A campanha também visa avançar em medidas que protejam a infância e a juventude da atratividade e do apelo da indústria tabageira ao consumo dos seus produtos.

Algumas das principais estratégias são: uso de aditivos para introduzir sabores e aromas nos produtos de tabaco e nicotina; publicidade e propaganda (especialmente nas mídias digitais), mesmo que proibidas; responsabilidade social corporativa (incluindo campanhas em escolas e universidades para prevenção ao tabagismo, doações de materiais e equipamentos); atuação em eventos culturais e esportivos (mesmo que proibido); design de embalagens; e exposição dos produtos de tabaco nos pontos de venda.



Ziraldo

O mundo cultural e parte da história de conscientização contra o tabagismo no Brasil perderam, em abril, o chargista, caricaturista e jornalista Ziraldo. A campanha elaborada por ele em parceria com o INCA, em 1987, foi um marco na história do controle

do tabagismo no País. Seus pôsteres com traços únicos e bem-humorados ajudaram a desmistificar o suposto glamour associado ao ato de fumar. Seu trabalho produziu impacto significativo na mudança de percepção sobre o tabagismo, influenciou a criação de legislações mais rigorosas e contribuiu para a redução da prevalência de fumantes no Brasil.

Ainda em 1987, o cartunista foi premiado pela Organização Mundial da Saúde por sua contribuição na campanha Tabaco ou Saúde. Desde então, estratégias de comunicação social têm sido integradas plenamente na política de controle do tabaco no Brasil. Parte dessa abordagem do artista pode ser vista na exposição virtual *Saber Saúde: 20 Anos*, disponível no portal do INCA (<https://www.gov.br/inca/pt-br/centrais-de-conteudo/exposicoes/saber-saude-20-anos>).

O INCA lamenta a morte do artista e será sempre grato à parceria inesquecível.

Imposto seletivo sobre bebidas alcoólicas

O INCA publicou posicionamento no qual apoia o aumento de impostos sobre as bebidas alcoólicas como uma das formas de proteger a saúde da população brasileira. Se as pessoas não consumirem o produto, 17 mil novos casos e 9 mil mortes por câncer poderiam ser evitados por ano, segundo o Instituto.

O uso de bebidas alcoólicas está diretamente associado ao aumento do risco de desenvolvimento de ao menos oito tipos de câncer que estão entre os mais diagnosticados na população brasileira: boca, faringe, laringe, esôfago, fígado, intestino, mama e estômago.

Estudo do INCA revelou que o consumo de álcool foi responsável por R\$ 81,51 milhões dos gastos federais com o tratamento de câncer em 2018. A pesquisa, divulgada em 2022, também estimou que esse valor chegará a R\$ 203 milhões em 2030, correspondendo a um aumento de 139%.

Anvisa mantém proibição de cigarro eletrônico no Brasil

Em decisão unânime, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária manteve a proibição da comercialização, fabricação e publicidade dos dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs) no Brasil. A nova norma endurece a anterior, de 2009, vedando também a produção, a distribuição, o armazenamento e o transporte de DEFs em território nacional.

Em janeiro, o INCA publicou nota técnica em apoio à manutenção das proibições estabelecidas pela Agência, produzida pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco e de seus Protocolos (Conicq), que tem o Instituto como secretaria-executiva, e por sua Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Guia de comunicação para profissionais de saúde

Desinformação sobre saúde: vamos enfrentar esse problema? é o título de uma cartilha voltada a profissionais de saúde. O guia foi escrito por um consórcio de pesquisadores de várias instituições de saúde, entre elas a Fiocruz.

A publicação chama atenção para conteúdos nocivos à saúde da população que circulam em grupos de Whatsapp e nas redes sociais, como falsos medicamentos, campanhas contra as vacinas, tratamentos milagrosos sem comprovação científica, receitas mágicas para emagrecer, só para citar alguns.

O material está disponível no Repositório Institucional Arca e pode ser baixado gratuitamente no endereço: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/63242>

Dose única

Comprovadamente segura e muito efetiva na prevenção da infecção pelo papiloma vírus humano, a vacina HPV quadrivalente foi incorporada há 10 anos ao Calendário Nacional de Vacinação. Em 2024, o Ministério da Saúde atualizou o esquema de vacinação e adotou a dose única contra o HPV. A estratégia busca intensificar a proteção contra o câncer do colo do útero e outras complicações associadas ao vírus.

Podem buscar a vacina no Sistema Único de Saúde: adolescentes de 9 a 14 anos, vítimas de abuso sexual, pessoas que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos com idade entre 9 e 45 anos.



cartas cartas cart

Como receber REDE CÂNCER

Caríssimos(as),

Recentemente, tomei conhecimento da possibilidade de solicitar uma assinatura gratuita de REDE CÂNCER (física). Sou assistente social e trabalho no Centro Integrado de Tratamento Oncológico do Maranhão.

Tenho certeza de que a leitura regular de sua revista me proporcionará *insights* valiosos e me manterá atualizado sobre os últimos desenvolvimentos na área da oncologia. Agradeço antecipadamente pela consideração de minha solicitação e aguardo ansiosamente a oportunidade de começar a ler sua revista regularmente.

Sérgio Ricardo Aguiar de Oliveira
Ponte Caxias - MA

Nota da redação:

Prezado, seu nome já foi incluído no nosso mailing e você passará a receber a revista no endereço informado.

A edição 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 ou pelo telefone: (21) 3207-6078.



PROGRAMA
**DIGNIDADE
MENSTRUAL**

UM CICLO DE RESPEITO

DISQUE
SAÚDE **136**

   /minsaude

 /ministeriodasaude

 /MinSaudeBR

**ABSORVENTES
GRATUITOS NO
FARMÁCIA POPULAR.**

**QUEM PODE
RETIRÁ-LOS?**

Aquela com idade entre 10 e 49 anos inscrita no Cadastro Único (CadÚnico) que:

- **Tenha renda mensal de até R\$ 218**
- OU
- **Seja estudante de baixa renda da rede pública com renda familiar por pessoa de até meio salário mínimo**
- OU
- **Esteja em situação de rua, sem limite de renda.**

BAIXE AQUI:

 Meu
SUS
Digital



Basta ter **CPF, documento com foto**, cadastro no **CadÚnico** e **Gov.BR** e emitir autorização no **Meu SUS Digital**.

Saiba mais em
gov.br/dignidademenstrual

AQUI TEM  FARMÁCIA
POPULAR

 Meu
SUS
Digital

 **SUS**

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



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

redecancer@inca.gov.br