

58 REDE CÂNCER

Julho
2025

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



Alguém como eu

DIVERSIDADE ENTRE PROFISSIONAIS NA ÁREA
ONCOLÓGICA GARANTE MELHOR ATENDIMENTO
PARA SEGMENTOS DISCRIMINADOS

SEM CIGARRO MAIS VIDA



f i x /minsaude

in /ministeriodasaude

yt /MinSaudeBR

31.05 - DIA MUNDIAL SEM TABACO

**VOCÊ SABE O QUE FUMAR FAZ COM VOCÊ
E COM O SEU CORPO?**

O tabagismo contribui para o desenvolvimento de câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias. Troque as doenças por um corpo saudável.

Fique longe dos cigarros (convencionais ou eletrônicos). Eles causam dependência.

O SUS oferece tratamento gratuito. Procure a Unidade Básica de Saúde mais próxima para mais informações.

Saiba mais em gov.br/inca/semtabaco



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

sumário



05

COMPORTAMENTO
Câncer e gravidez

10

INOVAÇÃO
Era do gelo

16

CIÊNCIA
Tarde demais

21

CAPA
*Diversidade
que cura*

29

POLÍTICA
Virada de chave

34

PERSONAGEM
Grito de esperança

38

DEBATE
*Para viver
o novo ciclo*



REDE CÂNCER

2025 – Instituto Nacional de Câncer (INCA)

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

Realização: **Equipe do Serviço de Comunicação Social do INCA** | Edição: **Nemézio Amaral Filho** | Secretaria Executiva: **Daniella Daher** | Conselho Editorial: Titulares — **Marise Mentzingen Paz (chefe do Serviço de Comunicação Social), Alessandra Pereira, Fernando Lopes Tavares de Lima, João Viola, Mariana Fernandes Teles e Rafael Tavares Jomar.** Suplentes — **Andreia Cristina de Melo, Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Laura Maria Campello Martins, Milena Quaresma Lopes, Ricardo Machado Barros e Telma de Almeida Souza** | Produção: **Partners Comunicação Integrada** | Jornalista responsável: **Ana Beatriz Marin — MT 3707896** | Reportagem: **Carla Neves, Claudia Moretz-Sohn, Felipe Bueno, Gabriela Freitas, Gustavo Barros, Raiza Tavares e Tatiana Escanho** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação e infográficos: **Rogério Castro** | Fotografias: **Serviço de Comunicação Social/INCA, Fotos Públicas, Adobe Stock, Freepik, Shutterstock, Agência Brasil e Ferramentas de Inteligência Artificial Adobe Firefly, Freepik Suite IA, Chat GPT, Midjourney** | Revisão gramatical: **Marcos Bin** | Impressão: **Gráfica Rede** | 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



Identificação e representatividade

Diversidade não é um fim em si. Há consequências práticas quando alguém deixa de ser visto como “outro” e tem suas necessidades compreendidas por um igual. Na área da saúde — e, mais especificamente, na oncologia — isso é visível na garantia de acesso ao atendimento e ao tratamento no momento oportuno. Direitos óbvios que nem sempre são respeitados quando avaliações são feitas levando em conta a cor da pele. Veja em *Capa* como políticas públicas voltadas para inclusão de pessoas com etnias distintas têm gerado efeitos positivos nas vidas de profissionais de saúde e seus pacientes.

Mas se incluir é um desafio, compreender transformações no corpo de uma população cada vez mais madura também é relevante. As mulheres encontram na menopausa uma questão incontornável cujos efeitos, por ora, podem ser apenas mitigados. Por exemplo, quem pode, quando e por quanto tempo fazer reposição hormonal? Há alternativas eficientes e seguras? As respostas para essas e outras perguntas, além das histórias de várias mulheres sobre como enfrentam a nova fase, podem ser lidas em *Debate*.

Antes de chegar à menopausa, porém, muitas mulheres pretendem já ter realizado o sonho de serem mães. Infelizmente, nem toda gravidez transcorre de maneira tranquila; às vezes, podem ser atravessadas por doenças inesperadas, como um câncer. Algumas mulheres se viram, assim, diante de uma dura decisão que só cabia a elas: interromper a gravidez ou arriscar a própria vida até o nascimento do bebê. Não há como deixar de se emocionar durante a leitura de *Comportamento*.

Os homens, é claro, também têm seus problemas: pesquisa recente do INCA mostra que a maior parte dos cânceres de cabeça e pescoço no Brasil afeta os homens, e o diagnóstico vem já na fase avançada da doença. O trabalho revela ainda que nível de escolaridade, faixa etária e desigualdades econômicas e sociais estão diretamente relacionados à ocorrência de casos. Em *Ciência*, é possível conhecer mais detalhes da pesquisa e saber por que o trabalho da atenção primária ganha importância para o controle desse tipo de câncer.

A atenção primária, aliás, está muito ligada às ações de prevenção ao câncer no SUS. Justamente por isso, o Ministério da Saúde lançou três novas portarias que mudam a estrutura de cuidado do País. A proposta audaciosa é melhorar o acesso ao diagnóstico precoce, qualificar procedimentos, reduzir mortalidade e aplainar desigualdades no atendimento. Em *Política*, você descobre o porquê da guinada e como isso tudo vai funcionar.

Mudança também foi o que atravessou a vida da educadora física Carmen Alves, que foi acometida por um câncer raro quando tinha apenas 19 anos, enquanto cursava a graduação. Ela foi desenganada por vários médicos, mas acabou encontrando acolhimento no INCA, onde acreditaram que ela teria uma chance. Sua história de superação virou livro... e tema de *Personagem* desta edição.

Boa leitura.

Instituto Nacional de Câncer

comportamento

MULHERES CONTAM COMO ENFRENTARAM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM MEIO À GESTAÇÃO E NÃO DESISTIRAM DE SER MÃES

Câncer e gravidez

Em 2019, às vésperas de completar 40 semanas de gestação, a cirurgiã-dentista Renata Mendes Vilela, de Belo Horizonte (MG), percebeu um nódulo no seio esquerdo ao apalpá-lo e ficou em dúvida se poderia ser um ducto de glândula mamária entupido. “Minha mama já estava aumentada devido ao final da gravidez; mesmo assim, eu consegui sentir”, conta. Após consulta com seu obstetra, realizou um ultrassom. Com o resultado em mãos, a hipótese levantada inicialmente foi descartada. “Pediram uma biópsia, mas deram prioridade ao parto. Logo fiz a cesárea e, no dia seguinte, o exame. Menos de uma semana depois, recebi o diagnóstico de câncer”, recorda ela, que tinha 39 anos na época.

A notícia provocou emoções opostas à alegria de gerar uma vida. “Chorei quando soube, mas não por medo do tratamento, e sim por pensar que eu não queria passar por isso junto com o nascimento

da minha primeira filha. A vontade era de me dedicar 100% à maternidade, e sabia que não seria totalmente possível.”

Porém, estava otimista. Muitos parentes seus que foram diagnosticados com a doença, além de amigas, conhecidas e pacientes, se curaram. “No fundo, sempre soube que daria tudo certo. Não me pergunte o porquê. Mas tinha receio de não conseguir dar o apoio de que minha filha precisava. E quando fui obrigada a parar de amamentar para me tratar, senti muito medo de ela sofrer por isso, se tornando uma criança que vive doente, o que nunca aconteceu.”

O caso de Renata não é isolado. Ela é uma entre muitas mulheres que passaram por tratamento oncológico em meio à gestação. Sustos, insegurança, choque, incerteza, confiança, temores... Sentimentos misturados que permeiam a tra-

jetória de quem passou por isso. REDE CÂNCER ouviu três dessas histórias. Embora os processos sejam distintos e individuais, uma coisa todas as entrevistadas têm em comum: sobreviveram.

APOIO FAMILIAR

A caminhada, no entanto, não foi fácil. Quando Luísa, hoje com 5 anos, tinha apenas um mês de vida, Renata – que herdou da família paterna uma mutação no gene BRCA2, o que lhe conferia chances maiores de desenvolver câncer de mama e de ovário – fez uma quadrantectomia (cirurgia conservadora que retira apenas parte da mama afetada pelo tumor). O tratamento deveria ter começado pela quimioterapia. No entanto, como a dentista estava anêmica e se recuperando da cesariana, as 16 sessões a que teria que se submeter futuramente tiveram que esperar. “Durante esse período, tive a confirmação do teste genético positivo e decidi fazer a mastectomia bilateral preventiva, além da remoção dos ovários. Em seguida, ainda fiz duas cirurgias reparadoras, uma lipoenxertia [técnica que usa a gordura do paciente para preencher, definir ou dar volume a certas partes do corpo] e outra para colocação de prótese mamária”, explica.

Para conciliar o tratamento e a maternidade, ela teve o suporte da família. “Todos me apoiaram muito e se admiraram com a minha resiliência. Só não pude contar com meu marido na época, que disse não aguentar [a situação] e pediu o divórcio. Depois, vim a descobrir que o abandono pelos parceiros é muito comum nesses casos, infelizmente.”

Passado o pior, os primeiros anos após o nascimento de Luísa foram só de “coisas boas”, segundo Renata. “Ela cresceu sendo uma menina esperta e saudável. Vejo que toda a minha força veio dela. Nada como um filho para fazer a gente querer viver mais e melhor. Hoje em dia, meu desafio é cuidar cada vez mais de mim e fazer os exames de controle”, relata a dentista, que está em remissão do câncer e leva uma vida saudável, com boa alimentação, prática de atividade física e terapia.

Segundo ela, a descoberta da enfermidade foi uma vivência transformadora. “Nunca me revoltei com o diagnóstico. Eu sabia que suportaria todo o processo, por mais difícil que fosse. Ninguém sai de uma experiência dessa da mesma maneira que entrou. Nem deveria. Mudei meus valores e fui atrás de uma transformação que me permitisse ter mais qualidade de vida, mais tempo com minha filha e



Paula Amorim

Renata Vilela descobriu que estava com câncer menos de uma semana após o nascimento de Luísa, hoje com 5 anos

para as coisas que gosto de fazer”, afirma.

Hoje, aos 45 anos, procura ser um exemplo de força para as mulheres que recebem o diagnóstico de câncer na gravidez. “Por mais difícil que pareça agora, daqui a pouco será só uma lembrança. Eu me agarrava a essa frase. Tinha certeza de que era uma fase passageira e de que precisava enfrentá-la.”

DO SONHO AO PESADELO

A bancária Ana Beatriz Frecceiro, que tem 39 anos, nasceu e mora em Curitiba (PR), sempre quis ter uma filha. Em 2017, quando já era mãe de dois meninos – Matheus, de 10 anos, e Daniel, de 8 meses –, ela se separou do marido. “Na semana seguinte à separação, comecei a me sentir mal e descobri que estava grávida de novo. Fiz o exame de sexagem fetal e soube que era uma menina. Ainda no começo da gestação dela, o Daniel parou de mamar, porque os hormônios interferiram no sabor do leite. Por conta disso, precisava esvaziar as minhas mamas”, lembra.

Um dia, ao realizar o procedimento durante o banho, ela notou algo estranho na mama direita.

“Senti duas bolinhas bem duras. Eram diferentes de tudo o que já tinha percebido. Na hora, mandei mensagem para o meu obstetra, que me pediu um ultrassom. [Esse tipo de situação] sempre foi um sinal de alerta na minha família. Minha avó materna foi diagnosticada com câncer aos 35 anos e faleceu com 40. As tias da minha mãe e algumas primas também tiveram”, conta.

O exame foi feito em seguida. “O médico pediu que eu voltasse ao obstetra no mesmo dia, apesar de ter uma consulta marcada naquela semana. Fui lendo os laudos no caminho e cheguei tremendo ao consultório. Pedi que me falasse o que estava acontecendo e que não me escondesse nada. Perguntei: ‘Vou morrer?’ Ele pegou um papel e começou a desenhar. Mostrou como eram os nódulos benigno e maligno. Disse que o meu caso se parecia com o do segundo tipo e que precisaria fazer uma biópsia.”

A ESCOLHA DE ANA BEATRIZ

Sem perder tempo, Ana Beatriz marcou consulta com um mastologista. “Antes mesmo da biópsia, ele pegou meu exame e falou: ‘Bom, você está grávida e com câncer. Se já estivesse mais no final da gestação, poderíamos tirar o bebê em uma cesárea de emergência e começar o tratamento. Mas está no segundo mês. Não tem como levar adiante, vamos fazer um aborto.’ Era algo legalmente previsto, porque no Brasil é possível encerrar a gravidez quando ela apresenta risco de saúde para a mãe.”

Segundo a bancária, o médico lhe informou que ela passaria por mudanças hormonais, como é natural no primeiro trimestre da gravidez. Isso alimentaria o câncer, que se espalharia por meio de metástase.

“Ela [a filha] cresceu sendo uma menina esperta e saudável. Vejo que toda a minha força veio dela. Nada como um filho para fazer a gente querer viver mais e melhor”

RENATA MENDES VILELA, cirurgiã-dentista

“Lembro-me de ter voltado ao meu obstetra e contado que o mastologista tinha me sugerido abortar. E ele falou: ‘Bia, é uma escolha só sua’. Conversei com meu marido e minha mãe e disse: ‘Se, para me curar, tivesse que matar o Matheus ou o Daniel, não mataria. Também não vou matar a Louise. Vamos morrer juntas ou sobreviver juntas’, conta.

O exame confirmou o tumor, mas o resultado foi apresentado a outro mastologista. “O médico falou: ‘Faremos a mastectomia no mês que vem porque não podemos realizá-la no primeiro trimestre da gestação. No momento, não há nada que possamos fazer, só acompanhar. Depois, vamos tirar a mama para saber com o que estamos lidando, se é um pitbull ou um poodle. Daí poderemos definir melhor seu tratamento’”, recorda.

PARA SEMPRE

Antes de saber a resposta, Ana decidiu sacar seu FGTS, algo permitido por conta do diagnóstico, e passar uns dias em Fernando de Noronha (PE). “Fui para um lugar que queria muito conhecer porque não sabia se ia sobreviver. Fiquei organizando o aniversário de um ano do Daniel, que seria em se-



A bancária Ana Beatriz Freceiro fez mastectomia total da mama direita durante a gestação da filha Louise

tembro, e me preparando para a cirurgia. Voltei de viagem na sexta e na terça operei. Fiz a mastectomia total da mama direita durante a gestação”, relata.

Foi então que soube: o tumor era um pitbull filhote. “Descobri no começo, antes que ele se espalhasse pelos linfonodos, o que pode ocorrer com o câncer de mama. Ainda grávida, fiz quatro sessões de quimioterapia. Não senti muitos efeitos colaterais, mas tive queda de cabelo. Comecei o tratamento no quinto mês de gravidez”, lembra.

Os ciclos de químio foram realizados a cada 21 dias e terminaram em 21 de novembro. O parto de Louise estava previsto para 21 de janeiro. “Os médicos deram dois meses para eu me recuperar. Ela nasceu de 41 semanas, em 24 de janeiro de 2018. Tentamos induzir o parto porque havia perda de líquido amniótico e voltas do cordão umbilical. Minha bolsa rompeu de madrugada, e Louise nasceu com 3,7 quilos, bem e saudável. Amamentei com uma mama só. A enfermeira fez até uma foto desse momento.”

Mas a emoção maior foi pegar a filha no colo pela primeira vez. “Foi um grande alívio sentir a Louise e vê-la respirar. Pude amamentá-la por 25 dias e logo tive que voltar ao tratamento. Acabada a quimioterapia, fiz o exame de mapeamento genético e descobri que tenho mutações que aumentam a possibilidade de novos tumores. Então, nunca terei alta e, por isso, vou ao médico a cada seis meses. Faço um controle rígido – e será assim para sempre.”

Para Ana Beatriz, a doença foi um divisor de águas. “Aprendi a viver e a realmente dar valor às coisas que importam. Minha vida é antes e depois do câncer. Sempre brinco dizendo que estou fazendo hora extra. Então, não perco meu tempo com brigas, frivolidades e besteiras. Acho que agora é ‘bola para frente, aceita que dói menos’. Sigo fazendo terapia porque, como passei por muita coisa pesada e difícil, acabei ficando um pouco insensível, tanto com os meus problemas quanto com os alheios. Hoje vejo que só não tem jeito para a morte. O resto a gente resolve”, opina.

Louise está com 7 anos e, nas palavras da mãe, é uma menina incrível. “Ela é saudável, inteligentíssima, forte para caramba. Digo às mulheres que estão enfrentando o câncer na gravidez: mantenham-se ativas, positivas e não se entreguem ao diagnóstico. O primeiro lugar em que vencemos a doença é na nossa cabeça. Não é uma batalha fácil, mas temos que acreditar que vai dar tudo certo e fazer o que tem que ser feito. O caminho não é simples, mas lá no final valerá a pena”, afirma.

“Foi um grande alívio sentir a Louise e vê-la respirar. Pude amamentá-la por 25 dias e logo tive que voltar ao tratamento. (...) Nunca terei alta e, por isso, vou ao médico a cada seis meses. Faço um controle rígido – e será assim para sempre”

ANA BEATRIZ FRECCIEIRO, bancária

UM DIA DE CADA VEZ

Situação parecida com a de Ana Beatriz foi a vida pela arquivista médica Izabela de Alcântara Nakatani, também natural de Curitiba. Em outubro de 2018, ela tinha 33 anos e estava à espera da segunda filha, Liana, hoje com 6, quando, durante o banho, percebeu um caroço ao apalpar a mama direita. “Acredito que tenha crescido durante a gravidez. Comecei a sentir com mais evidência à medida que o tempo foi passando”, lembra.

Depois de fazer um ultrassom, ela, que já era mãe de Remi, na época com 2 anos, foi diagnosticada com câncer e experimentou um mix de sentimentos. “Foi uma mistura de medo, aceitação e confiança. Mas sabia que deveria seguir o plano elaborado pela equipe médica para que tudo desse certo.”

Izabela conta que escolheu dar um passo após o outro, mantendo a firmeza e confiando no trabalho dos profissionais que a atendiam. “Rezei muito para não ter efeitos colaterais e para Deus me dar discernimento e força para continuar com a minha rotina, tanto pelo meu filho, que precisava de mim, quanto pela bebê que eu carregava. Estava confiante de que aquilo ia passar”, diz a arquivista, que fez o tratamento inteiro em Montreal, no Canadá, onde vive há 18 anos.

Embora esperançosa, ficou emocionalmente abalada, em especial por estar grávida. “Eu acho que essa doença sempre traz o medo da morte; não queremos deixar nossos filhos sem mãe. Apesar disso, estava concentrada em fazer o que tinha que ser feito. Vivi um dia de cada vez e com paz no coração.

Tinha receio de que as pessoas ficassem com pena de mim. Sempre recusei o papel de vítima.”

Por causa da agressividade da doença – Izabela foi diagnosticada com carcinoma ductal infiltrante, câncer que rompe a parede do ducto de leite e chega até o tecido adiposo da mama –, ela teve que dar início ao tratamento quimioterápico em dezembro de 2018, mês anterior à chegada de Liana. “Fiz duas sessões antes do parto, que foi induzido e ocorreu entre a segunda e a terceira sessões. Minha bebê nasceu no dia 21 de janeiro de 2019. Também passei por uma cirurgia para remoção do tumor, fiz 16 semanas de quimioterapia, esvaziamento axilar e 29 sessões de radioterapia. Além disso, retirei os ovários para garantir a menopausa permanente”, conta ela, que não sofreu muito com efeitos colaterais. “O maior desafio foi o cansaço extremo. Não senti enjoos, vômitos ou falta de apetite, o que foi uma grande bênção. Tive uns problemas de neuropatia nas mãos, mas não afetaram tanto os cuidados com a neném.”

POR QUEM LUTAR

O sofrimento veio mesmo ao não poder amamentar a caçula. “Era triste, porque morria de cansaço. Às vezes, o meu marido estava dando mamadeira de madrugada e eu nem escutava, não acordava, de tão pesado que dormia por conta do tratamento. Naquele momento, senti raiva do câncer, porque ele tirou isso de mim. Demorou muito tempo para eu poder falar sobre o assunto de um jeito mais tranquilo, pois aquilo me afetava muito emocionalmente. Fiquei meio destruída”, recorda.

Apesar da frustração por não conseguir exercer a maternidade como desejava, Izabela nunca se revoltou. “Não ficava remoendo ou perguntando por que eu. Sempre pensei: ‘Por que não eu?’ Pode acontecer com qualquer um. Hoje em dia, tantas pessoas jovens recebem diagnóstico de câncer. Sempre fui ‘bola para frente’. Mas a questão do aleitamento me pegou de jeito e demorou para eu conseguir passar por cima. Paralelamente, sempre senti gratidão por minha filha ter nascido com saúde e sorte pela experiência maravilhosa de amamentação que tive na primeira gravidez”, diz.

Para a arquivista, controlar o medo de que a doença volte é um dos maiores desafios. “A minha vida é uma montanha-russa. Em época de exames, me sinto um pouco ansiosa e tensa até sair o resultado. Depois, brinco, dizendo: ‘Agora posso respirar por mais seis meses’. E assim vou vivendo, entre muito agradeci-

“Rezei muito para não ter efeitos colaterais e para Deus me dar discernimento e força para continuar com a minha rotina, tanto pelo meu filho, que precisava de mim, quanto pela bebê que eu carregava”

IZABELA DE ALCÂNTARA NAKATANI,
arquivista médica

Thaissa Duarte



Mãe de Liana (à esquerda) e Remi, a arquivista médica Izabela Nakatani sofreu por não conseguir amamentar a caçula

mento e um certo receio de ter de viver aquele peso de novo.”

Aos 39 anos, ela procura viver um dia após o outro. “Não adianta se perguntar o porquê, mas apenas entregar nas mãos de Deus, que Ele vai cuidar de tudo. Para as mulheres que estão grávidas e descobriram o câncer, diria para manterem a fé de que tudo vai passar e aproveitarem a gravidez, porque aquele serzinho dentro delas precisa de uma mãe lutando pelos dois.” ■


inovação

PESQUISA INÉDITA NA AMÉRICA LATINA MOSTRA 100% DE EFICÁCIA NO USO DE CRIOABLAÇÃO PARA TRATAMENTO DE TUMORES DE MAMA COM ATÉ 2 CM



Era do gelo

Imagem gerada por IA



A empresária Cristina Pricilla de Freitas Bellegarde, de 55 anos, realiza exames preventivos anualmente. Em 2024, após fazer mamografia e ultrassom das mamas, descobriu um nódulo no seio direito. O resultado da biópsia mostrou que se tratava de um carcinoma de grau 1, com menos de 1,5 cm.

De posse dessa informação, a médica que a atendera sugeriu que ela procurasse a mastologista Vanessa Sanvido, professora da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp). “Ela me tranquilizou. Disse que eu tinha 95% de chance de cura, porque o tumor era pequeno e havia sido descoberto no início”, conta.

Vanessa e Afonso Celso Pinto Nazário, chefe da disciplina de Mastologia da EPM/Unifesp, lideram uma pesquisa pioneira na América Latina – que conta com a participação de outros colegas da instituição –, que utiliza a crioablação, técnica de congelamento de tecidos, no tratamento do câncer de

mama. Apesar de ainda estar em fase de estudo, a técnica mostrou 100% de eficácia em lesões de até 2 cm, e é a primeira vez que está sendo testada na rede pública de saúde brasileira. Em Israel, nos Estados Unidos e no Japão, já vem sendo aplicada e apresentou resultados promissores. O procedimento é utilizado há anos para tratar tumores renais e hepáticos, bem como metástases ósseas e pulmonares. Além disso, tem aplicações em doenças não oncológicas, como dores neuropáticas resistentes e algumas arritmias cardíacas.

“Havia poucos trabalhos sobre o tema e resultados conflitantes. Em 2016, uma meta-análise indicou que as técnicas ablativas poderiam ser promissoras, e a crioablação se destacou pelo alto índice de sucesso e melhor resultado estético”, relata Vanessa. “Ela evita mudanças físicas comuns em outros métodos dessa natureza, que utilizam temperaturas elevadas e podem causar retração da mama e alteração da pele”, compara.

“[Na crioablação]
Atingimos temperaturas
extremamente baixas, em
torno de -160°C , tornando
as células inviáveis.
É [um procedimento]
minimamente invasivo, sem
necessidade de cirurgia”

VANESSA SANVIDO, mastologista e professora da
Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal
de São Paulo

UM ANO DE ESPERA

A pesquisa da EPM/Unifesp começou em 2020. Porém, segundo Afonso Celso, por ser um estudo totalmente original e inédito, demorou para ser aceito pela Comissão de Ética da instituição e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. “Após um ano de questionamentos, conseguimos a aprovação. Mas, com a pandemia, tivemos que adiar o início do projeto”, explica. O trabalho, retomado em 2022, foi realizado em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital do Coração, ambos em São Paulo, e contou com apoio da ONG Amigos do Einstein e da Associação Síria, que doaram 60 agulhas especiais para o procedimento. Com isso, foi possível ampliar a amostra para 60 pacientes (inicialmente, seriam 37 ou 38).

Nessa primeira fase, que terminou em dezembro do ano passado, foram selecionadas mulheres com tumores de até 2,5 cm sem comprometimento axilar. Elas passaram pela crioablação entre duas e quatro semanas antes da cirurgia, permitindo a análise da eficácia da técnica na eliminação do câncer. “Os resultados foram impressionantes. Para nódulos de até 2 cm, a eficácia foi de 100%. Para os que tinham entre 2 cm e 2,5 cm, atingimos 94%”, detalha o pesquisador.

Cristina foi uma das pacientes que aceitaram participar do estudo, a convite da mastologista Vanessa Sanvido. “Ela me explicou tudo sobre o procedimento, me mandou informações, e eu per-

guntei: ‘Isso é para ajudar?’ Quando respondeu que sim, que era para trazer o tratamento ao Brasil, falei: ‘Estou dentro’”, lembra.

No dia em que passou pelo procedimento, Cristina sentiu “apenas uma pressãozinha por dentro”. “Depois, quando coloquei a mão [no local onde estava o tumor], parecia uma pedra de gelo. Não precisei levar ponto, foi feito somente um curativo. Ao sair, meu marido estava preocupado, mas a doutora pegou na mão dele e disse: ‘Gilberto, a sua esposa está curada, pode ficar tranquilo’. Foi um alívio, parecia que um peso tinha sido retirado de mim. Do mesmo jeito que o susto veio, ele foi embora rapidamente.” Para garantir a segurança, a empresária seguiu os protocolos médicos, passando por operação para retirada de resquícios do tumor e 15 sessões de radioterapia. Hoje, segue apenas com o bloqueador hormonal, que deve tomar por cinco anos.

A crioablação consiste no congelamento das células cancerosas por meio de uma agulha introduzida diretamente no nódulo. “Atingimos temperaturas extremamente baixas, em torno de -160°C , tornando as células inviáveis. É [um procedimento] minimamente invasivo, sem necessidade de cirurgia”, explica Vanessa. “O tratamento do câncer de mama evoluiu bastante. Saímos de operações mutiladoras, que removiam toda a mama e muitos linfonodos, para procedimentos pouco agressivos e com menos sequelas. A crioablação é um desses avanços, pois buscamos comprovar que ela não é inferior às cirurgias tradicionais em termos de sobrevida.”



COMO FUNCIONA

1

A crioablação é feita em consultório, sem necessidade de internação.



2

Com a paciente acordada, é feita uma anestesia local, semelhante à utilizada em uma biópsia. Em seguida, realiza-se uma pequena incisão na pele, de dois a três milímetros, que não requer pontos.

3

Com a agulha posicionada dentro do tumor (guiada por ultrassom), inicia-se o congelamento. O protocolo é simples: seis minutos de congelamento, seguidos de quatro minutos de descongelamento. Isso equivale a um ciclo. O processo, então, é repetido, totalizando 20 minutos de procedimento.

4

A agulha é removida, e a paciente pode retomar sua rotina no dia seguinte. O gelo utilizado no tratamento tem efeito anestésico, proporcionando conforto e ausência de dor após a intervenção.

Fonte: mastologista Vanessa Sanvido

Imagem gerada por IA

“Eu acredito em resultados promissores, mas primeiro precisamos concluir o novo estudo, que levará cerca de dois anos, para que, então, a crioablação possa ser incorporada à rotina assistencial”

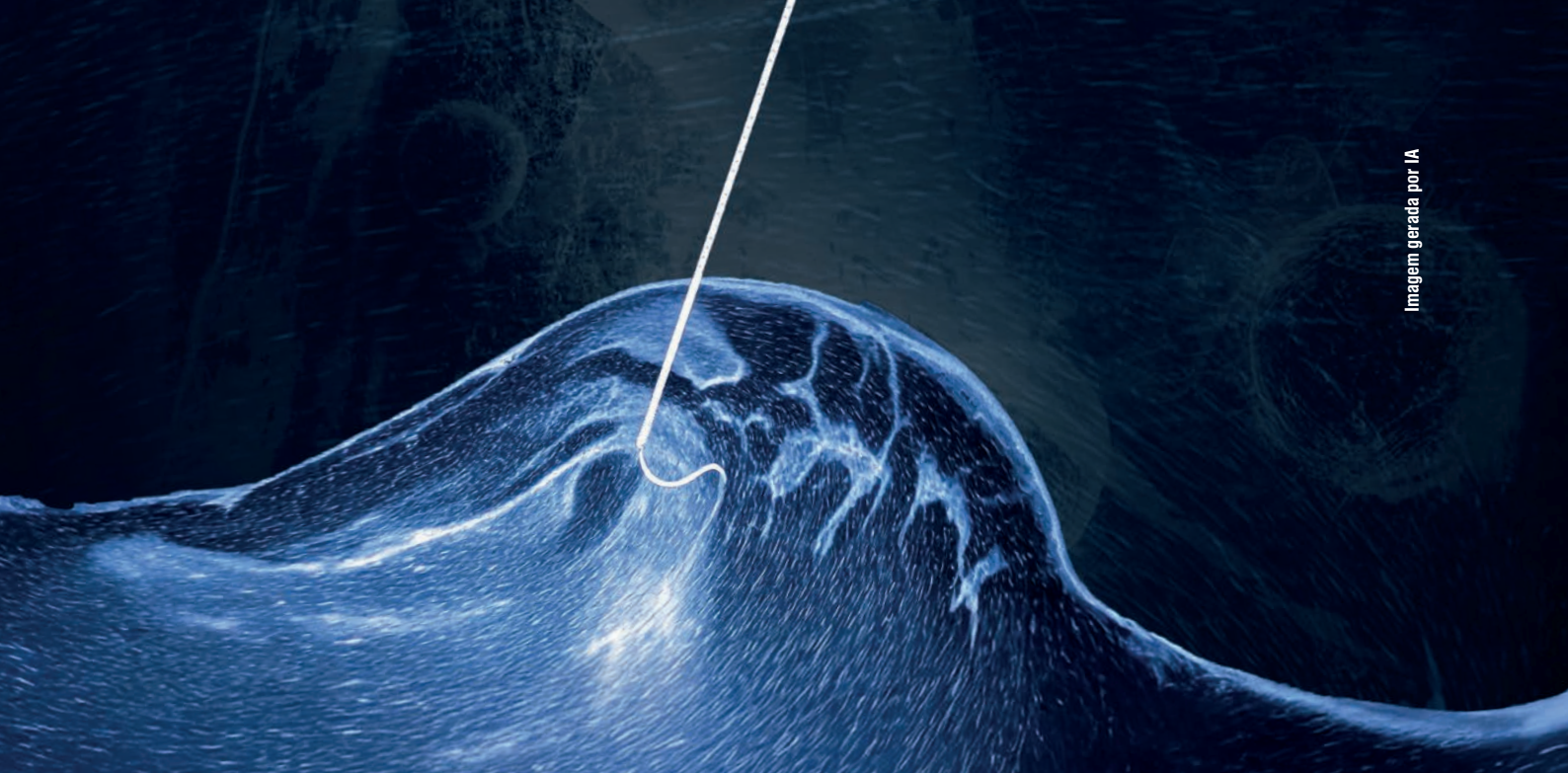
AFONSO CELSO PINTO NAZÁRIO, chefe da disciplina de Mastologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo

NOVA ETAPA

Em abril, a pesquisa entrou em uma nova fase, com a participação de mais de 15 hospitais. Essa etapa será subsidiada pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e contará com 700 pacientes, divididas entre as que passarão pela crioablação e aquelas que seguirão o tratamento cirúrgico convencional. Isso permitirá uma análise comparativa direta da eficácia dos dois métodos.

A participação será limitada a mulheres com mais de 60 anos e com tumores de até 2 cm – grupo que apresentou os melhores resultados na primeira etapa. A decisão se baseia em evidências que dispensam a retirada dos linfonodos axilares nos casos de câncer de mama inicial nesse perfil de pacientes.

“Eu acredito em resultados promissores, mas primeiro precisamos concluir o novo estudo, que



“(…) Quando coloquei a mão [no local onde estava o tumor], parecia uma pedra de gelo. Não precisei levar ponto, foi feito somente um curativo. Ao sair, meu marido estava preocupado, mas a doutora pegou na mão dele e disse: ‘Gilberto, a sua esposa está curada, pode ficar tranquilo’”

CRISTINA PRICILLA DE FREITAS BELLEGARDE,
empresária

levará cerca de dois anos, para que, então, a crioablação possa ser incorporada à rotina assistencial. Ela tem o potencial de ser tão eficaz quanto a cirurgia ou até mais, porque, muitas vezes, após a

operação, a biópsia revela uma margem comprometida, exigindo a reinternação para um novo procedimento”, comenta Afonso.

DESAFIOS

O alto custo das agulhas utilizadas é um dos principais desafios para se implementar a crioablação em larga escala no SUS. Ainda assim, a expectativa é que a popularização da técnica reduza os custos e amplie o acesso das pacientes. “Nosso objetivo é tirar de 20% a 30% delas da fila. Isso ajudaria a acelerar as operações de outros tumores e de casos mais avançados de câncer de mama. Agora que temos o primeiro estudo comprovando a eficácia e o segundo que pretende mostrar seu potencial, vamos fazer uma análise de custo-minimização. Se as duas opções têm a mesma eficácia, qual tem o menor custo? Acreditamos que a crioablação pode ser mais econômica em relação à cirurgia, especialmente dentro da realidade do SUS, que é muito desafiadora”, afirma Vanessa Sanvido.

A médica destaca que, na rede pública, muitas mulheres esperam mais do que os dois meses estabelecidos por lei para a operação, o que pode gerar impactos psicológicos e econômicos e sobrecarregar o sistema de saúde. “Se uma paciente com câncer está há mais de 60 dias aguardando uma cirurgia, isso é prejudicial para ela e para o SUS. No longo prazo, podemos demonstrar que o custo da crioablação não é tão alto, o que abre caminho para novas negociações”, avalia. ■

Vitrine do Conhecimento

A Vitrine do Conhecimento “Alimentação, Nutrição, Atividade Física e Prevenção do Câncer” é um recurso para a disseminação de informações técnico-científicas sobre prevenção e controle da doença por meio de hábitos saudáveis.

A iniciativa foi lançada em 31 de março, em comemoração ao Dia Nacional da Saúde e Nutrição. Ela é fruto de parceria entre o INCA e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), entidade vinculada à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

O objetivo é promover acesso rápido, organizado e confiável a conteúdos sobre os temas explorados, apoiando a tomada de decisão baseada em evidências.

Exposição à gasolina

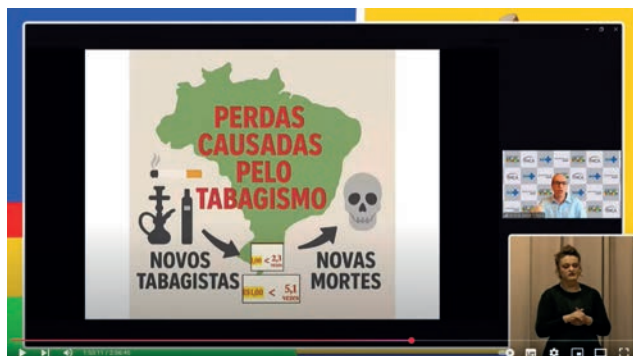
O INCA recomenda a redução gradativa da exposição ocupacional à gasolina de veículos. A posição vai ao encontro da avaliação científica da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, na sigla em inglês), que classificou a gasolina automotiva como cancerígena para humanos. A análise está descrita no artigo *Carcinogenicity of automotive gasoline and some oxygenated gasoline additives*, publicado em março na revista *The Lancet Oncology*.

Entre os cânceres que adultos podem desenvolver devido à ação dos gases nocivos da gasolina, estão os de bexiga, rim e estômago, leucemia mieloide aguda, síndrome mielodisplásica, linfoma não Hodgkin e mieloma múltiplo. Já em crianças, há chances de leucemia linfocítica aguda.

Prejuízos do tabagismo

A cada R\$ 1 de lucro da indústria do tabaco, o Brasil gasta R\$ 5 com doenças causadas pelo produto, o que representa perdas anuais de R\$ 153 bilhões para o País. Os dados constam da pesquisa do INCA A conta que a indústria do tabaco não conta, apresentada por ocasião das comemorações do Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em Brasília.

O estudo revela que o tabagismo gera custos médicos diretos, por ano, de R\$ 67,2 bilhões, o equivalente a 7% de todo o gasto com saúde, e R\$ 86,3 bilhões em custos indiretos decorrentes da perda de produtividade devido a mortes prematuras, incapacidade e cuidado informal. Já o lucro bruto da indústria do tabaco no Brasil com cigarros legais, em 2019, foi de R\$ 2,7 bilhões, de acordo com a Receita Federal.



Mulheres e ciência

A líder do Grupo de Pesquisa em Genética das Leucemias Agudas do INCA, Mariana Emerenciano, foi agraciada na primeira edição do Prêmio Mulheres e Ciência, promovido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em parceria com o Ministério das Mulheres, o British Council e o Banco de Desenvolvimento da América Latina e Caribe.

Mariana Emerenciano venceu na categoria Estímulo – que premia pesquisadoras com até 45 anos de idade –, na área de conhecimento Ciências da Vida.

Sustentabilidade

O Hospital do Câncer II (HC II), uma das unidades do INCA, passou a encaminhar os resíduos orgânicos gerados durante a preparação dos alimentos para o Ecoparque da Companhia Municipal de Limpeza Urbana (Comlurb) do Rio.

Foram instaladas lixeiras na cozinha para a separação dos resíduos orgânicos ainda no momento do preparo dos alimentos. No Ecoparque, as sobras seguem para um processo que inclui tanto a compostagem (que resulta na formação de um fertilizante natural usado para enriquecer o solo) quanto a produção de biogás, que é convertido em energia elétrica. A dinâmica contribui para a valorização desses materiais, que deixam de ser um passivo e tornam-se parte de um novo ciclo produtivo.

A parceria com a Comlurb surgiu de uma demanda do Setor de Nutrição e Dietética da unidade.

ciência

PESQUISA INÉDITA DO INCA REVELA QUE QUASE 80% DOS CASOS DE CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO NO BRASIL SÃO IDENTIFICADOS EM ESTÁGIOS AVANÇADOS



Tarde demais

Detectar tardiamente um tumor maligno pode comprometer as chances de cura e reduzir as taxas de sobrevivência dos pacientes. Mesmo assim, em determinados tipos da doença, essa demora é mais frequente do que se imagina. Um exemplo é o câncer de cabeça e pescoço, que apresenta elevados percentuais de diagnósticos tardios. Pesquisadores do INCA conduziram um estudo inédito, com casos registrados entre 2000 e 2017, no qual verificaram que 78,2% foram identificados em estágios avançados (III ou IV). Fatores de risco como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, além de baixa escolaridade e dificuldade de acesso a serviços de saúde especializados, contribuem para o quadro.

A pesquisa deu origem ao artigo *Disparidades no estágio do diagnóstico de tumores de cabeça e pescoço no Brasil: uma análise abrangente de Registros Hospitalares de Câncer*, que lança luz sobre a falta de conhecimento, por parte de grande parcela da sociedade, dos sintomas iniciais provocados pela enfermidade e sobre as barreiras no acesso à saúde. O trabalho foi publicado em fevereiro na revista britânica *The Lancet Regional Health* e envolveu pesquisadores das coordenações de Assistência (Fernando Dias, chefe do setor de Cabeça e Pescoço), Prevenção e Vigilância (Flávia Nascimento de Carvalho, Luciano Mesentier da Costa e Luís Felipe Leite Martins) e Pesquisa (Marianna de Camargo Cancela e Luis Felipe Ribeiro Pinto, líder do estudo e do Programa de Carcinogênese Molecular do Instituto).

“É um cenário que já vem sendo observado há muitos anos, o que nos motivou a fazer a pesquisa. O intuito era entender quais fatores estariam associados ao elevado percentual de tumores detectados numa fase tão avançada da doença”, explica a epidemiologista Flávia Nascimento de Carvalho, que desenvolveu o trabalho como parte de seu doutorado.

Atualmente, o câncer de cabeça e pescoço é o oitavo tipo mais frequente no planeta. Ele atinge a mucosa do trato aerodigestivo superior (da garganta para cima), afetando principalmente a cavidade oral, a orofaringe, a laringe e a hipofaringe. A publicação *International Journal of Cancer* aponta que, em 2020, cerca de 750 mil novos casos foram registrados em todo o mundo, o que resultou em mais de 360 mil mortes. No Brasil, figura entre os dez cânceres mais comuns entre homens, como

revelam as estimativas de incidência de câncer do INCA. Nos últimos anos, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva precisou lidar com uma neoplasia do tipo, chamando a atenção para essa realidade.

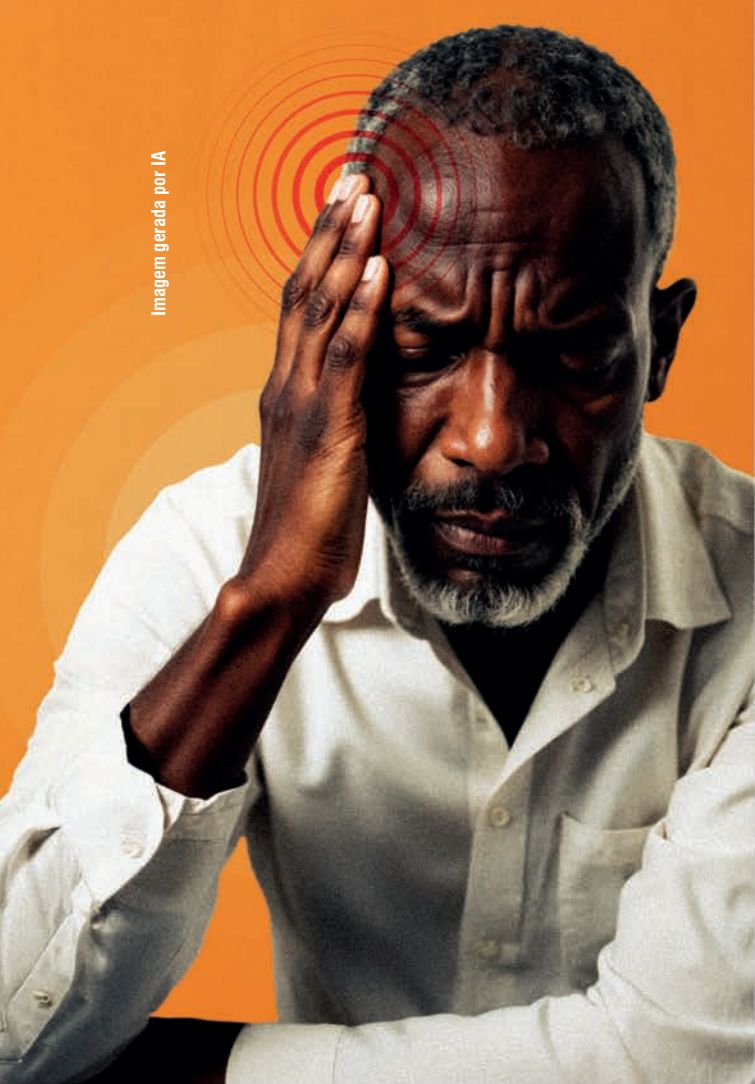
MAIORIA É DE HOMENS

De acordo com o levantamento, que analisou mais de 145 mil pacientes por meio dos Registros Hospitalares de Câncer existentes no Brasil, os tumores hipofaríngeos lideram a lista de carcinomas detectados em estágios avançados, com 91,3% dos casos. Em seguida, estão os orofaríngeos (86,6%), da cavidade oral (75,1%) e da laringe (69,5%).

Durante o período abrangido pela análise, também foi observada tendência de aumento anual de 0,29% e 0,38% para tumores em fase adiantada da cavidade oral e da orofaringe, respectivamente. Do total de pacientes com a doença avançada, a maioria é do sexo masculino (84,9%), têm menos de 60 anos (54,4%) e baixa escolaridade (40,8%), são consumidores de álcool (58,2%) e tabaco (71,3%) – fatores de risco associados à doença – e portadores de carcinoma primário localizado na hipofaringe (11,3%) ou orofaringe (31,7%).

“Essa informação [sobre as disparidades regionais do País] é de grande importância para sinalizar e apontar questões sérias. É evidente que uma pessoa na região metropolitana de São Paulo, por exemplo, terá maior probabilidade de ser atendida com mais velocidade e qualidade do que quem está no interior do estado”

LUÍS FELIPE LEITE MARTINS, chefe da Divisão de Vigilância e Análise de Situação do INCA



Esse perfil chama atenção, uma vez que indivíduos com esse tipo de câncer costumam ter em torno de 60 anos. O estudo revelou ainda que, quanto mais jovem, mais avançado era o estadiamento. Além disso, à medida que a faixa etária e o nível educacional dos pacientes aumentavam, notava-se uma redução significativa na prevalência de tumores nessa fase. De acordo com o artigo, os que não tinham ensino básico ou possuíam educação incompleta apresentaram 17% mais possibilidade de identificar o câncer tardiamente, em comparação àqueles com ensino superior.

“Nossa hipótese é a de que pessoas com menos idade estão num período economicamente ativo, porém, num momento em que há, mundialmente, uma evidente precarização do trabalho. Talvez essas pessoas não estejam conseguindo interromper a rotina de trabalho para poder procurar a assistência médica necessária”, acredita Flávia.

DESIGUALDADES

A pesquisa também apontou que os resultados obtidos são fruto de grandes disparidades

regionais existentes no País. Todos os estados apresentaram elevados percentuais de doença avançada, com destaque para os das regiões Norte e Nordeste, refletindo desigualdades no acesso a serviços especializados de saúde.

“Essa informação evidencia desigualdades relevantes no acesso aos serviços de saúde. É evidente que um morador da Região Metropolitana de São Paulo, por exemplo, tende a receber atendimento com maior agilidade e qualidade em comparação a quem vive em áreas mais remotas. O estudo leva em consideração essas variáveis regionais, reconhecendo que, em estados com melhor estrutura de saúde, há maior probabilidade de acesso ao diagnóstico oportuno e à realização de procedimentos como a biópsia. Na Região Norte, as grandes distâncias territoriais, aliadas à presença de rios extensos e áreas de floresta densa, impõem sérias limitações à mobilidade. Em muitos casos, o acesso a hospitais de referência pode demandar um ou dois dias de deslocamento, comprometendo a oferta oportuna de cuidados em saúde, especialmente em situações que exigem atendimento especializado”, ilustra Luís Felipe Leite Martins, chefe da Divisão de Vigilância e Análise de Situação do INCA e um dos autores do estudo.

Na opinião de Flávia, a situação demonstra que, a rigor, o problema pode ser revertido por meio da manutenção e adaptação de programas e políticas públicas em prol da ampliação do acesso à saúde, com identificação de grupos de maior risco e consultas com especialistas, como dentistas e otorrinolaringologistas. Outra iniciativa seria recorrer às campanhas de conscientização sobre os males do fumo e da ingestão de bebidas alcoólicas. “O que vislumbramos como formas de mitigar o atual cenário são ações de controle focadas na atenção primária, com a identificação de grupos de risco para um acompanhamento mais direcionado. Isso poderia ser feito por meio do trabalho de agentes comunitários de saúde, capazes de identificar os indivíduos expostos aos principais fatores de risco. Tudo isso anteciparia a chegada de pacientes ao hospital, levando-os, então, a um diagnóstico mais precoce e a um tratamento menos invasivo”, afirma a epidemiologista.

Para Martins, a pesquisa evidencia falhas significativas no percurso assistencial feito pela população para o tratamento da doença. “O elevado percentual de casos diagnosticados em estágio avançado está diretamente relacionado às fragilidades do sistema de saúde como um todo —

“O que vislumbramos como formas de mitigar o atual cenário são ações de controle focadas na atenção primária, com a identificação de grupos de risco para um acompanhamento mais direcionado”

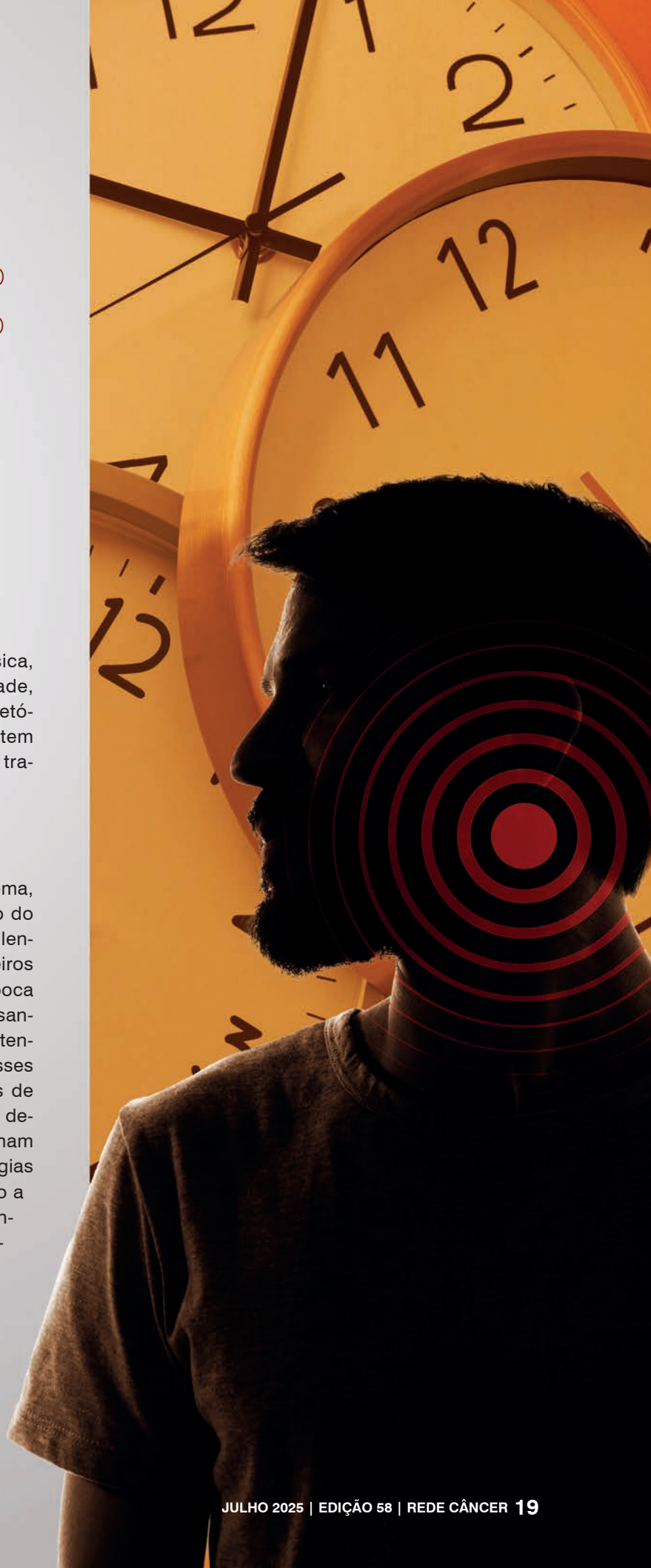
FLÁVIA NASCIMENTO DE CARVALHO,
epidemiologista do INCA

desde o primeiro atendimento na unidade básica, passando pelos serviços de média complexidade, até alcançar a atenção especializada. Essa trajetória revela entraves importantes que comprometem o diagnóstico precoce e o início oportuno do tratamento”, destaca.

PRIMEIROS SINTOMAS

Diferentemente de outros tipos de carcinoma, o câncer de cabeça e pescoço – com exceção do que acomete a hipofaringe – não é tido como “silencioso” ou sem manifestações clínicas. Os primeiros sinais normalmente consistem em feridas na boca que não cicatrizam, dificuldade para engolir, sangramentos, dores constantes, rouquidão persistente e caroços no pescoço. Quanto mais cedo esses sintomas são percebidos, maiores as chances de tratamento eficaz. Por outro lado, se há muita demora na descoberta do tumor, as opções se tornam mais agressivas, exigindo, eventualmente, cirurgias mutiladoras em áreas expostas do corpo, como a face, além de radioterapia e outros procedimentos que impactam significativamente a qualidade de vida dos pacientes.

“Quando a doença chega [aos médicos] nos níveis III e IV, ela inspira a utilização de outros tipos de tratamento além da cirurgia. Isso traz maior probabilidade de não cura”, frisa Martins. “São vários os fatores que determinam a chegada do paciente em





estádio avançado da doença. Não dá para culpabilizar apenas o paciente pelo atraso na busca por atendimento. Geralmente o câncer chega a um estágio mais avançado justamente devido à demora geral no atendimento.”

FOCO NA PREVENÇÃO

Diante disso, os autores do estudo reforçam a importância de campanhas de prevenção e detecção precoce em grupos de elevado risco para mudar o quadro atual. Controle do tabagismo associado a políticas de redução do consumo de álcool e investimento na capacitação de profissionais da atenção básica são caminhos que ajudariam a reduzir o número de diagnósticos tardios. As chances

de cura para o câncer de cabeça e pescoço são de 90% se tratado desde cedo.

“Já tivemos ações muito bem-sucedidas em relação à redução do tabagismo na nossa população. Mas a indústria é esperta. Por exemplo, num dado momento em que houve um fenômeno de diminuição do consumo de cigarros por homens, as empresas passaram a investir em propagandas direcionadas a mulheres. Tanto que vemos atualmente, de acordo com vários estudos, a redução da mortalidade do câncer de pulmão entre a população masculina e o aumento entre pessoas do sexo feminino”, ilustra Flávia. “Precisamos realmente de políticas públicas para que se diminuam esses comportamentos de risco”. A prevenção costuma ser a melhor saída. ■

capa

POLÍTICAS PÚBLICAS AMPLIAM ACESSO DE VULNERABILIZADOS À GRADUAÇÃO E À RESIDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

Imagem gerada por IA

Diversidade que cura

“Sempre vem a pergunta: ‘Já é todo mundo médico. Por que precisa de cota?’ Sim, são médicos, mas isso não significa que o Brasil não seja racista, muito pelo contrário. Muitas vezes, você é o único negro do espaço.” Quem faz esse relato é a oncologista clínica Abna Vieira, que traz a diversidade étnica para suas frentes de trabalho, como membro do RACE.Id, grupo de pesquisa em saúde da população negra da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e membro fundadora do Comitê de Diversidade da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.

Abna refere-se ao sistema de cotas adotado pelo Governo Federal (Lei n.º 12.711, de 2012 – e atualizada em 2023), que estabelece reserva de vagas em instituições de ensino superior e nos programas de pós-graduação *stricto sensu* a autodeclarados negros, pardos, indígenas, quilombolas e pessoas com deficiência (PcDs). Especificamente na área da Saúde, o acesso também vem sendo democratizado pelos processos seletivos de cursos e programas, como o Exame Nacional de Residência (Enare), que reservam vagas para grupos socialmente vulnerabilizados

na residência médica e na das áreas uni e multiprofissional. A ideia é trazer mais diversidade ao campo da Saúde e gerar identificação entre pacientes e profissionais. “Há vários estudos, com dados científicos e estatísticos, mostrando que as pessoas se sentem mais bem cuidadas quando são tratadas por um médico ou uma equipe assistencial que têm as mesmas características que elas”, diz Abna Vieira.

Segundo a biomédica Isabel Rosa Cabral, integrante da Superintendência de Políticas Afirmativas e Diversidade (Diverse), da Universidade Federal do Pará (UFPA), há avanço, ainda que concentrado, na Lei de Cotas.

“Nos nossos editais de residência e pós-graduação, a cada três vagas, uma é para negros. Só que a maioria dos programas de residência oferta apenas duas. Em Oncologia Clínica, somente uma. Somado a isso, existe a questão do respeito à fila de classificação. Caso algum dos dois classificados desista, a vaga deveria ir para uma pessoa negra. Mas há brancos classificados em terceiro lugar pela ampla concorrência que recorrem à Justiça e ganham. Precisamos corrigir isso para conseguir perceber o impacto das ações afirmativas nos programas de residência”, afirma.

Egresso da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), para a qual entrou por meio de cota em 2009 – a instituição adotou o sistema antes da criação da lei –, Fabrício Braga, oncologista clínico da Beneficência Portuguesa, em São Paulo, tenta contribuir para que os espaços na Saúde sejam mais acessíveis e plurais, principalmente na oncologia. De acordo com ele, superar adversidades faz parte da sua trajetória de homem negro e gay.

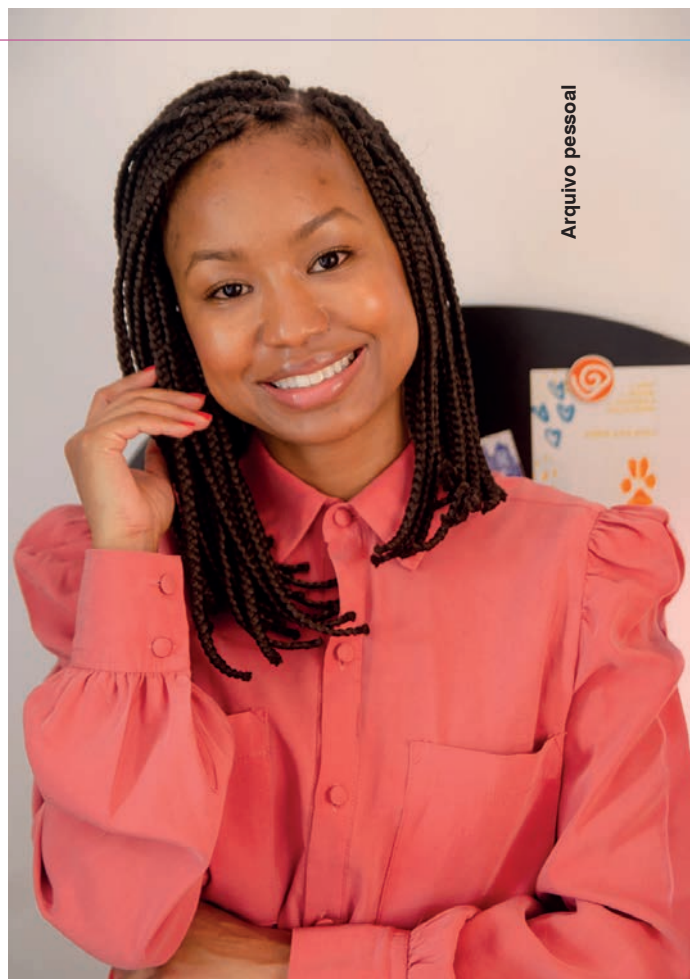
“Quando entrei na faculdade, de 160 estudantes, acho que só dois não eram brancos. Ao longo de seis anos, [a UFMG] se transformou em um espaço mais acolhedor e humano. As cotas não são um favor ou uma migalha. [Elas servem para] tentar fazer com que pessoas que quase sempre foram exceção sejam menos exceção. Quando o estudante termina a graduação e almeja uma pós-graduação, tem um caminho a percorrer, mas ele precisa existir”, defende o oncologista. Ele estudou em escola pública e é filho de mãe cozinheira e de pai zelador, que estudaram somente até a terceira série do ensino fundamental.

PRIMEIRA INDÍGENA

Ao entrar para o Programa de Residência Multiprofissional do INCA, neste ano, a enfermeira Mirian Silveira Ribeiro quebrou um paradigma: foi a primei-

“Há vários estudos, com dados científicos e estatísticos, mostrando que as pessoas se sentem mais bem cuidadas quando são tratadas por um médico ou uma equipe assistencial que têm as mesmas características que elas”

ABNA VIEIRA, membro fundadora do Comitê de Diversidade da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica



Em suas frentes de trabalho, a oncologista clínica Abna Vieira discute e reflete sobre a diversidade étnica na Saúde



Choque de realidades foi o maior desafio de Fabrício ao chegar a São Paulo para fazer residência em oncologia

ra indígena a ingressar no Instituto. Mas isso só foi possível porque, em 2024, a instituição, que adotou o sistema de cotas nos programas de residência há cinco anos, aderiu ao Enare. Até 2023 – quando foi criada no Instituto a Comissão de Diversidade, Equidade e Inclusão, que promove ações para valorizar as diferenças, combater o preconceito e promover a equidade “racial” e de gênero –, havia reserva de vagas para negros e PcDs.

“Atingimos pessoas com vontade de aprender e que antes não tinham oportunidade. Até 2024, 90% dos estudantes eram do Rio de Janeiro. Neste ano, há bastante gente de fora, o que é enriquecedor. Muitos são recém-formados, em geral, vindos de universidades federais. A maioria é de mulheres, com número considerável de pretas e pardas. Antes de 2020, a maior parte era branca. Depois que a área multi aderiu ao programa de cotas, foi possível perceber uma maior diversidade”, constata Helen Fuzari, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional do INCA.

Para Mírian, natural de Manicoré, município de 54 mil habitantes a 390 quilômetros de Manaus, o INCA era “um sonho praticamente inalcançável”. “Vi a oportunidade de entrar pela cota”, diz. A primeira batalha foi a própria inscrição no Enare. Para efetivá-la, a enfermeira, da etnia munducuru, precisou da assinatura de três lideranças indígenas que confirmassem sua declaração de pertencimento. “Foi em outubro, época de eleição. Meu povo estava muito engajado, viajando bastante. Foi difícil, mas eu consegui”, lembra ela, que precisou também enviar um comprovante de residência em território indígena, onde seus pais ainda vivem.

Pessoas como Mírian estão tornando o Instituto mais diverso, inclusivo e múltiplo. Quem também contribui para esse quadro é a assistente social Mariana Lainn, de 24 anos. Ela concorreu à residência multiprofissional tanto como pessoa com deficiência – está dentro do espectro autista – quanto como negra. A seleção funciona da seguinte forma: se o candidato disputa uma vaga por mais de uma cota e é aprovado em uma delas, a outra é destinada para a ampla concorrência.

Mariana entrou como PcD, assim como mais seis residentes. No entanto, ela tem outras características que reforçam seu discurso pela equidade. “Sou uma mulher negra e gorda. Infelizmente, ainda temos muitos preconceitos e estigmas na sociedade. Quando apareço em algum lugar, há outras coisas que chegam antes mesmo de eu abrir a boca”, afirma.

Entre os estudantes da sua turma, Mariana identificou uma colega com a mesma deficiência – não visível – e que usava um broche com o símbolo do

“Quando entrei na faculdade, de 160 estudantes, acho que só dois não eram brancos. Ao longo de seis anos, [a UFMG] se transformou em um espaço mais acolhedor e humano. As cotas não são um favor ou uma migalha”

FABRÍCIO BRAGA, oncologista clínico da Beneficência Portuguesa de São Paulo

autismo. As duas decidiram, juntas, conversar com todos sobre o tema. “Foi assim que eles souberam. Não me apresentei desse jeito no primeiro dia, nem no segundo, nem no terceiro. Foi ocorrendo aos poucos. O objetivo era tentar estabelecer outros vínculos, que não necessariamente estivessem relacionados à minha deficiência, para eu criar laços que fossem para além disso.”

Filha de mãe solo analfabeta, a também assistente social Fernanda Silva, 40 anos, nascida em Muqui, no Espírito Santo, chegou este ano à Residência Multiprofissional do Instituto pelo sistema de cotas para negros. Aos 35, ela entrou na faculdade graças ao Prouni – programa do Ministério da Educação que concede bolsas em universidades privadas para estudantes que fizeram o Exame Nacional do Ensino Médio –, porque não podia parar de trabalhar para cursar uma instituição pública, onde a maioria dos cursos é diurna.



Igor Mota/Secomso/INCA

A indígena Mirian precisou da assinatura de três lideranças para confirmar sua declaração de pertencimento

“Minha mãe queria que todos os filhos terminassem os estudos. Mas, para ela, isso significava concluir o ensino médio, pois não tinha a visão de que a construção de conhecimento é constante, para o resto da vida”, diz Fernanda. “Eu nunca tinha imaginado fazer faculdade, mas ‘caiu a ficha’ quando estava prestes a completar 34 anos. Foi uma oportunidade de ouro para mim, tanto o ensino superior quanto a residência. Dar acesso ao conhecimento é uma das formas de reduzir a desigualdade social.”

IDENTIFICAÇÃO

A entrada de profissionais como Mariana, Mirian, Fernanda e Fabrício no sistema de saúde também ajuda a melhorar a relação com o paciente, ao criar uma identificação maior entre as duas partes. De acordo com Abna Vieira, pesquisas nos Estados Unidos mostram que negros com câncer de próstata morrem mais do que brancos, mas são menos incluídos nos estudos clínicos. Quanto à comunicação sobre esse tipo de tumor, a proximidade com a equipe assistencial influencia o quanto o homem negro escuta e considera o que lhe é falado. Se atendido por um profissional da mesma cor, o paciente tende a reter mais as informações.

Ela informa ainda que, em estudos com residentes de Oncologia, também nos Estados Unidos, 56% dos negros relataram se sentir discriminados quando são atendidos por oncologistas brancos. Esse viés implícito refletiu em piora na comunicação com o paciente, na criação de vínculo, na empatia e, por consequência, na adesão ao tratamento e no desfecho clínico.

Para Abna Vieira, que também trabalha no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), esse cenário pode ocorrer com qualquer outro grupo e não é restrito à assistência; costuma acontecer nas pesquisas clínicas. “A população negra é sub-representada, assim como a LGBTQIAP+. Sabemos que, para aumentar o recrutamento de participantes, é preciso ter um time de pesquisa diverso. Ainda não há dados no Brasil, mas, nos Estados Unidos, apenas de 3% a 5% dos participantes são negros”, diz a oncologista. Em sua rotina, ela já observa mais atenção ao tema, tanto em artigos como na Residência Médica em Oncologia do Icesp, em que já há aulas sobre a disparidade “racial” no câncer.

Isabel Cabral, da UFPA, compartilha da mesma opinião. “Não podemos esquecer que o racismo se revela em todas as instâncias e está nos consultórios. O negro tem menos tempo de atendimento, e sua pa-



REPRESENTATIVIDADE QUE APROXIMA

Ser cuidado por um profissional preto ou pardo melhora o atendimento de pacientes da mesma etnia? Estudos mostram que sim. De acordo com a pesquisa Black Representation in the Primary Care Physician Workforce and Its Association With Population Life Expectancy and Mortality Rates in the US, para cada aumento de 10% na representatividade de médicos negros na atenção básica, há um incremento de 31 dias na expectativa de vida da população negra, além de menor mortalidade por todas as causas.

O viés “racial” implícito, no entanto, é um grande desafio a ser vencido. Pesquisas evidenciam que 43% dos pacientes negros já perceberam preconceito nos serviços de saúde, 10,6% se sentiram discriminados por médicos ou outros profissionais e 53% relataram possível tratamento desfavorável por causa da cor.

No caso específico da oncologia, quanto mais intenso o preconceito por parte do especialista, pior a percepção do cuidado centrado no doente, menor a confiança no tratamento proposto, mais difícil a criação de vínculo e piores os desfechos clínicos.

As pesquisas demonstram, ainda, que pessoas negras também demoram mais tempo para serem encaminhadas à atenção especializada, quando comparadas aos brancos. Além disso, recebem menos analgesia (medicação contra dor) e em menor número de doses, têm menos prescrições aviadas (ordens escritas para procedimentos de caráter multiprofissional) para serem feitas em casa e são submetidas, com mais frequência, a terapias off label (uso de medicamentos fora das indicações descritas nas bulas).

Elas também são menos representadas nas instituições de ensino, o que leva a uma menor produção de pesquisas com diversidade e impede sua representatividade em estudos clínicos. Muitas vezes, nem sequer são mencionadas no quesito raça/cor.

Imagem gerada por IA

lavra é colocada em dúvida no relato dos sintomas, por exemplo. O tratamento oncológico é longo e multiprofissional, e os negros são expostos ao racismo da porta do hospital à UTI. A inclusão de profissionais negros na assistência é impactante, pois eles vão tratar o corpo do outro com o respeito que gostariam para si. Quem é negro sabe a diferença; quem não é não vai notar. Para o paciente, é muito importante perceber a diversidade, e isso se estende aos demais grupos vulnerabilizados.”

Ciente desse problema, a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), no Rio Grande do Sul, vem desenvolvendo nos últimos anos políticas visando a inclusão e a democratização do acesso. Em 2024, a instituição foi autorizada pela Procuradoria-Geral Federal a aumentar, temporariamente, de 20% para 30% a quantidade de vagas reservadas para candidatos negros nos próximos concursos para professores.

“Essa conquista pioneira reflete o importante trabalho que a gestão da universidade faz, pois mos-

tra o número de negros, indígenas e quilombolas que atuam como professores/preceptores nas nossas residências”, diz Silvana Paiva Orlandi, gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital-Escola da UFPel. “As ações afirmativas, como as implementadas no Enare e nos programas de iniciação científica, não apenas democratizam o acesso à formação e à pesquisa, como ajudam a construir uma equipe mais representativa da sociedade brasileira.”

Presidente da banca de heteroidentificação e pedagoga do Núcleo Pedagógico em Saúde da Coordenação de Ensino (Coens) do INCA, Elizabeth Alvarenga Passos Teixeira, também negra, destaca mudança visível no perfil dos residentes a partir das fotos das formaturas. Antes da adoção das cotas, quase 100% deles eram brancos. Hoje, já se vê uma nova cor nas fotografias. “Quando temos essa diversidade, o cenário, que ainda é bem restrito, vai mudando. É algo que beneficia a qualidade e o tratamento da saúde. Profissionais negros que trazem vivências ajudam a identificar problemas que muitas vezes passam despercebidos. E só quem viveu na pele – e eu vivi muitas vezes – consegue saber como é.”

E DEPOIS?

Para a psicóloga Monica Marchese, vice-coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional do INCA, novos desafios se apresentam ano após ano. “Cada vez mais, temos recebido pessoas dentro desse escopo da diversidade, seja de raça, gênero ou PcD. As cotas existem, estamos dentro do programa, somos

“Não me apresentei desse jeito [como PcD] no primeiro dia, nem no segundo, nem no terceiro. Foi ocorrendo aos poucos. O objetivo era tentar estabelecer outros vínculos, que não necessariamente estivessem relacionados à minha deficiência (...)”

MARIANA LAINN, assistente social



Igor Mota/Secomso/INCA

Mariana, que está dentro do espectro autista, estabeleceu vínculos com os colegas antes de conversar com eles sobre sua condição

uma instituição do SUS. Mas isso gera uma questão: estamos preparados e sabemos lidar com isso?”

Para que as políticas gerem resultados na assistência oncológica, o caminho ainda precisa de incentivo e suporte. A Oncologia é uma formação que demanda investimento e exige muito da pessoa que já é vulnerabilizada. “Isso faz com que tenhamos menos médicos negros nas especialidades. A Sociedade Americana de Oncologia Clínica subsidia a formação, pois percebeu que só vai conseguir reduzir a disparidade étnica formando mais especialistas negros. Eles ajudam com o pagamento de dívidas estudantis e dão bolsa durante a residência. As sociedades médicas precisam reconhecer que esse também é papel delas”, pondera Abna Vieira.

A UFPA adotou uma iniciativa nessa linha. Com cerca de 100 indígenas e entre 300 e 500 quilombolas entrando na universidade anualmente, a instituição

PARA SABER MAIS

Representation in the Primary Care Physician Workforce and Its Association with Population Life Expectancy and Mortality Rates in the US

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2803898>

Patient, Caregiver, and Oncologist Experiences with and Perceptions of Racial Bias and Discrimination in Cancer Care Delivery

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36240848/>

Racial and Ethnic Disparities in Opioid Access and Urine Drug Screening Among Older Patients with Poor-Prognosis Cancer Near the End of Life

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36626695/>

Fatores Associados à Discriminação Percebida nos Serviços de Saúde do Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde

<https://www.scielo.br/j/csc/a/ttNLKVZ56WR8JyQqKkFVyHc/?lang=pt>

Discriminação nos Serviços de Saúde

<https://www.scielo.br/j/ress/a/TLsV4y57dNfgTFjBq8XDyBM/>

Igor Mota/Secomso/INCA



Fernanda enxerga a entrada na Residência Multiprofissional do INCA como uma “oportunidade de ouro”

criou, em 2017, um programa de apoio acadêmico na graduação, abrangendo revisão de conteúdo do ensino médio, informática e língua portuguesa. São 12 programas de apoio nos institutos em que há maior concentração desses alunos, cada um com 10 monitores. Na pós-graduação, há um programa de bolsas para atendê-los mais precocemente. Eles continuam precisando de suporte em português e inglês, mas a instituição ainda não tem um apoio específico.

Isabel Cabral, que coordena a banca de heteroidentificação da instituição paraense, contextualiza: “A educação não é equitativa nesses territórios. Por isso, damos suporte acadêmico para que os alunos possam ‘correr atrás’. Nas residências médica e multiprofissional, me emociono, pois significa que estão chegando lá. A cota funciona como mola propulsora”, explica ela, que também carrega desafios em sua trajetória. Ribeirinha e nascida em Bujaru, a 87 quilômetros da capital, Belém, remava uma hora para chegar à escola. Das colegas de classe, foi a única a cursar o ensino superior.

Abna Vieira compreende bem a situação. Durante a graduação – ela ingressou na Universidade Federal de Juiz Fora pelo sistema de cotas no primeiro ano da lei –, não tinha acesso à Internet em casa nem condição econômica para comprar livros, dependendo da biblioteca para contornar as duas situações. Já na residência, a língua inglesa somou-se aos desafios. “Os artigos são, basicamente, em inglês. Eu tive muita dificuldade no início. Até hoje te-

nho, quando preciso fazer uma apresentação. E esse saber abre portas, dá oportunidades. É uma série de entraves que a população não minorizada deixa de enfrentar”, conta.

Para Fabrício Braga, o choque de realidades foi o maior desafio quando chegou ao A.C. Camargo Cancer Center, em São Paulo, para fazer residência em Oncologia Clínica, concluída em 2024.

“O recorte social e financeiro se mistura com o de ‘raça’. Eu via que era diferente. Era como se eu precisasse fazer força para agir com naturalidade, sempre me lembrando de que estava ali porque merecia, tinha conquistado aquele espaço. Quando a instituição dá atenção à saúde mental, é como se dissesse: ‘Sabemos que você está aqui e estamos aqui com você’”, diz. “O índice de *burnout* é bem conhecido. Mas, se você vem de uma classe minorizada, fica exponencialmente pior”, completa Abna Vieira.

“Não podemos esquecer que o racismo se revela em todas as instâncias e está nos consultórios. O negro tem menos tempo de atendimento, e sua palavra é colocada em dúvida no relato dos sintomas, por exemplo”

ISABEL ROSA CABRAL, integrante da Superintendência de Políticas Afirmativas e Diversidade, da Universidade Federal do Pará

No INCA, a recepção desses discentes foi feita pela Coens junto com as comissões de Residência e de Equidade, Diversidade e Inclusão. Também participaram o Núcleo Pedagógico em Saúde e a Divisão de Saúde do Trabalhador, que ministrou palestra sobre o tema para os preceptores. A instituição oferece suporte acadêmico, apoio psicopedagógico, alojamento e alimentação.



Ex-estudante de escola pública de excelência, a biomédica Laís entrou para o mestrado no INCA pela ampla concorrência

SEM COTA

Buscar conhecimento foi o que motivou a biomédica Laís Costa, de 25 anos, a entrar para o mestrado no INCA pela ampla concorrência em 2024. Quando decidiu participar da seleção, pesquisou na Internet sobre oncologia e bioinformática, suas áreas de interesse, encontrou nomes de pesquisadoras do Instituto e marcou conversas. De uma delas – que viria a ser sua coorientadora –, pegou um livro emprestado, estudou, escreveu o projeto, foi aprovada e partiu para a entrevista. “Deu tudo certo, mas fui ‘na cara e na coragem’”, conta ela, moradora do Rio de Janeiro.

Negra, Laís se considera privilegiada. Frequentou uma escola gratuita de excelência – a Fundação Bradesco – e passou no vestibular para Biomedicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Na sua turma do mestrado, só há três negros “e mais dois ou três pardos”. “Meu desejo é ver mais pessoas da minha cor tendo acesso às mesmas oportunidades que eu tive, ou melhores, para que possamos ocupar esses espaços e contribuir para a sociedade, que é o que queremos fazer dentro da ciência. Os negros têm que se esforçar duas, três vezes mais, porque a maioria vem de um lugar com uma condição financeira pior.” ■

política

MINISTÉRIO DA SAÚDE LANÇA MEDIDAS PARA REFORÇAR PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER E SUPERAR FRAGMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADO



Virada de chave

O Ministério da Saúde (MS) deu um passo importante para fortalecer a prevenção e o tratamento do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em fevereiro, publicou três novas portarias, que incluem a regulamentação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e a criação da Rede de Prevenção e Controle do Câncer e do Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. A iniciativa representa uma virada de chave na forma como o País estrutura o cuidado com a doença.



Segundo o Ministério, a publicação das portarias visa aprimorar o acesso ao diagnóstico precoce, qualificar os procedimentos oferecidos, reduzir a mortalidade por câncer e minimizar as desigualdades no atendimento. A ideia é integrar serviços, personalizar o cuidado e fortalecer a rede de atenção. Em outras palavras: dar fim à fragmentação que há décadas marca a linha de cuidado da doença no SUS. As proposições foram elaboradas em parceria com todas as secretarias do MS, além do INCA, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, e aprovadas na primeira reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 2025, em 30 de janeiro.

A portaria que regulamenta a PNPCC pretende articular ações que vão desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos. O intuito é diminuir a incidência e a alta taxa de mortes por câncer no Brasil, fomentando uma atuação transversal que envolve também áreas como educação, comunicação, assistência social e até o setor privado.

Para o oncologista José Barreto, diretor do Departamento de Atenção ao Câncer do MS, a regulamentação é um marco. “Ela será estruturada para assegurar a continuidade da atenção à saúde da população por meio da articulação de pontos da Rede de Atenção à Saúde, respaldados por sis-

“Ela [a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer] será estruturada para assegurar a continuidade da atenção à saúde da população por meio da articulação de pontos da Rede de Atenção à Saúde, respaldados por sistemas de apoio, logística, regulação e governança”

JOSÉ BARRETO, diretor do Departamento de Atenção ao Câncer do Ministério da Saúde

temas de apoio, logística, regulação e governança”, explica.

A ideia é garantir que o paciente oncológico seja acolhido em toda a sua jornada, com caminhos bem definidos, da atenção primária à alta complexidade, passando por rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e apoio psicológico.

De acordo com Barreto, as portarias buscam reduzir a incidência dos diferentes tipos de tumor maligno e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, principalmente por meio do diagnóstico precoce.

REDE CONECTADA

A Rede de Prevenção e Controle do Câncer, por sua vez, nasce com o compromisso de organizar e monitorar os fluxos de assistência com base em evidências científicas. “O objetivo é estruturar metas e indicadores capazes de mensurar os resultados obtidos, corrigindo falhas e promovendo eficiência nos atendimentos”, afirma José Barreto.

Ele destaca ainda que a criação de uma rede específica para prevenção e controle da enfermidade permite uma resposta mais ágil e resolutiva dos serviços de saúde. “Essa nova abordagem reconhece o câncer como uma condição de natureza predominantemente subaguda e possibilita fluxos assistenciais mais adequados a cada fase do cuidado.”

Para Roberto Gil, diretor-geral do INCA, a iniciativa é essencial para superar a fragmentação histórica da rede. “Com a medida, passamos a ter um trabalho sinérgico, coordenado, desde a suspeita [do tumor maligno] até o tratamento. Isso permite que os pacientes não fiquem mais perdidos no sistema.”

De acordo com ele, pelo menos 40% das pessoas atendidas nos serviços especializados do SUS chegam com a doença em estágios avançados. “O trabalho em conjunto pode mudar esse cenário. A legislação não deve ser entendida como uma imposição burocrática, mas como um instrumento que estabelece parâmetros a serem atingidos e busca transformar os indicadores de saúde em relação ao câncer na população”, enfatiza.

Roberto Gil reforça a necessidade de centrar cada vez mais esforços na prevenção, já que, explica, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, entre 30% e 50% dos casos de câncer têm fatores de risco conhecidos e evitáveis. A nova política pretende, justamente, atuar sobre esses fatores, promovendo hábitos saudáveis, campanhas de conscientização e programas de rastreamento organizado.



ORIENTAÇÃO

Outro avanço relevante, inspirado em modelos internacionais, é o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Seu objetivo é reduzir custos, evitar deslocamentos desnecessários, garantir adesão ao tratamento e guiar o indivíduo durante toda a sua trajetória na rede de saúde.

Essa navegação – ou seja, a condução do paciente pelo sistema de saúde – será feita tanto por gestores estaduais e municipais quanto por equipes internas dos estabelecimentos especializados, de forma integrada aos Núcleos de Gestão do Cuidado e Regulação. A intenção é garantir que cada pessoa tenha um percurso assistencial claro e eficiente. O INCA, por exemplo, procura dois caminhos: melhorar a navegação interna, para que o paciente saiba para onde deve ir e que serviços precisa buscar, e centrar-se mais na integração com as unidades de saúde e com os centros de regulação.

Chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA e uma das colaboradoras na formulação da política, Renata Maciel reforça que o programa tem papel crucial para garantir que a pessoa não se perca no sistema de saúde. “Ele facilita esse fluxo nos diferentes pontos de cuidado, com foco em evitar atrasos e ampliar o acesso, especialmente para quem está em situação de maior vulnerabilidade.” Segundo ela, é essencial que os sistemas de informação permitam acompanhar o caminho do paciente e identificar em qual etapa ele está, aumentando assim a efetividade do processo.

Renata acrescenta que a busca ativa é uma das estratégias que compõem esse esforço, especialmente no rastreamento. “Muitas vezes o paciente faz um exame que acusa alteração, mas não retorna para buscar o resultado ou dar seguimento. Essa iniciativa

tem o papel de trazê-lo de volta para a linha de cuidado”, observa. Para a tecnologista, é essencial que as equipes da Estratégia Saúde da Família estejam organizadas para garantir esse resgate em todas as fases.

DESAFIOS À VISTA

Por isso, Roberto Gil vê as portarias lançadas pelo MS como uma guinada na política pública de combate ao câncer no Brasil. No entanto, avalia, tão importante quanto anunciar novas diretrizes é reconhecer os desafios que vêm pela frente. Para ele, a eficácia da PNPCC está diretamente ligada à capacidade do País de superar obstáculos estruturais, logísticos, financeiros e culturais.

“A legislação não deve ser entendida como uma imposição burocrática, mas como um instrumento que estabelece parâmetros a serem atingidos e busca transformar os indicadores de saúde em relação ao câncer na população”

ROBERTO GIL, diretor-geral do INCA

O momento é de transição na percepção do câncer no Brasil. Mais do que não pensar na doença como uma sentença de morte, é preciso consolidar um sistema capaz de oferecer atenção integral, desde a prevenção até os cuidados paliativos, passando por acesso a medicamentos, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e acolhimento.

O primeiro desafio, na avaliação do diretor-geral do INCA, está na dimensão territorial e nas desigualdades regionais. O Brasil é um país continental, com estruturas de saúde profundamente heterogêneas, o que demanda flexibilidade e equidade nas políticas públicas. A navegação do paciente, por sua vez, exige interlocução permanente entre União, estados e municípios, com fluxos e responsabilidades pactuados de forma a respeitar as realidades locais. Para isso, o uso de tecnologia será essencial: ferramentas de monitoramento, regulação e telemedicina podem ajudar a compensar distâncias e fragilidades.

José Barreto também destaca que um dos maiores desafios operacionais será a efetivação do rastreamento organizado dos principais tipos de câncer. “Estamos falando de uma mudança de paradigma no SUS. É necessário reorganizar a rede assistencial, adotar protocolos padronizados e garantir acesso igualitário aos serviços”, afirma.

Segundo ele, a substituição do exame citopatológico pelo teste molecular para HPV – mais sensível e preciso – no rastreamento do câncer do colo do útero é um exemplo de avanço já em andamento. O coordenador também menciona a atualização da diretriz para o rastreamento do câncer de mama, com foco na definição de critérios padronizados e protocolos para casos de alta suspeição. “Queremos reduzir o tempo de espera, aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar os desfechos clínicos”, diz. Além disso, ressalta o uso de ferramentas de saúde digital e o fortalecimento da capacidade instalada do SUS como pilares para a consolidação da política.

Outro ponto crítico é como garantir acesso equitativo aos medicamentos oncológicos, especialmente diante do avanço tecnológico acelerado e do alto custo envolvido. O número de novos medicamentos aprovados cresce exponencialmente a cada ano, ritmo que o orçamento público não acompanha. A solução passa por protocolos clínicos bem definidos, que priorizem medicamentos com maior impacto na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes. São os chamados Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, que ajudam o SUS a tomar decisões mais sustentáveis.

“Ele [o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer] facilita esse fluxo [do paciente dentro do sistema de saúde] nos diferentes pontos de cuidado, com foco em evitar atrasos e ampliar o acesso, especialmente para quem está em situação de maior vulnerabilidade”

RENATA MACIEL, chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA

A percepção sobre os cuidados paliativos também precisa ser ressignificada, acredita Gil. Tradicionalmente associados ao fim da vida, devem estar presentes em toda a trajetória da pessoa com câncer, independentemente do estágio da doença. Nesse sentido, ele comemora o lançamento, em 2024, da Política Nacional de Cuidados Paliativos – iniciativa inédita do MS em prol de uma assistência mais humanizada, com promessa de financiamento e capacitação.

TRANSIÇÃO NECESSÁRIA

Segundo estimativas do INCA, uma em cada cinco pessoas será diagnosticada com tumores malignos ao longo da vida. A proximidade com a doença exige respostas mais humanas, acessíveis e integradas.

No fim das contas, a PNPCC representa, para Gil, mais que um conjunto de normas. “É um compromisso ético e constitucional com a saúde dos brasileiros. Sua efetivação exigirá não apenas investimento financeiro, mas vontade política, diálogo intersetorial e escuta ativa da população. Com planejamento, pactuação e execução, o Brasil pode, finalmente, desenhar um novo mapa que oriente, acolha e trate com dignidade cada cidadão, em cada canto do País.” ■

Mais atendimentos

O Governo Federal, em parceria com estados e municípios, lançou dia 30 de maio o programa Agora Tem Especialistas para ampliar o acesso da população a consultas, exames e cirurgias. A iniciativa possibilita que o Ministério da Saúde utilize toda a estrutura de saúde do País, pública e privada.

O programa prevê o credenciamento de clínicas e hospitais filantrópicos e privados para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em seis áreas, entre elas a oncologia.

Uma das prioridades é aproveitar ao máximo a capacidade da rede pública, com a realização de mutirões e ampliação dos turnos em unidades federais, estaduais e municipais. A estimativa é que seja possível expandir em até 30% os atendimentos em policlínicas, UPAs, ambulatórios e salas de cirurgia por todo o Brasil.

Segundo o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 370 mil mortes anuais são associadas ao atraso no diagnóstico. Dados do INCA apontam que os custos com o câncer aumentam em 37% por agravamento da doença devido à desassistência. Só em relação ao câncer de mama, há necessidade de aumentar em mais de 60% o número de biópsias.



Super Centro

O País passará a contar com o Super Centro Brasil para Diagnóstico de Câncer. Todos os serviços oncológicos serão integrados para oferta de teleconsultoria, telelaudos e telepatologia. Com a entrada do A.C. Camargo Cancer Center no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS e a participação do INCA, a rede será capaz de emitir, inicialmente, mil laudos por dia.

“Vamos consolidar o Brasil e o SUS como a maior rede pública de diagnóstico e prevenção do mundo. Estamos montando, em parceria com o INCA e a Fundação A.C. Camargo, um centro de diagnóstico remoto. Isso vai acelerar o diagnóstico e reduzir o tempo de espera no SUS”, afirma o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Vitamina D e quimioterapia

Estudo conduzido na Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp) mostrou que a suplementação de vitamina D em baixa dosagem pode aumentar a eficácia do tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama.

Apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, a investigação envolveu 80 mulheres com mais de 45 anos que iriam iniciar quimioterapia neoadjuvante (utilizada para facilitar a cirurgia de retirada do tumor) no Hospital das Clínicas da FMB-Unesp. Elas foram separadas em dois grupos: 40 tomaram 2.000 UI (unidades internacionais) de vitamina D por dia, enquanto as outras receberam placebo.

Após seis meses de quimioterapia e suplementação, 43% das participantes que usaram a vitamina D tiveram o desaparecimento da doença, contra 24% do grupo placebo.

“Mesmo com uma amostra pequena, foi possível observar uma diferença expressiva na resposta à quimioterapia”, diz Eduardo Carvalho-Pessoa, presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional São Paulo e um dos autores do estudo, publicado na revista *Nutrition and Cancer*.



Prêmio Marcos Moraes

A Fundação do Câncer está com as inscrições abertas para a quinta edição do Prêmio Marcos Moraes de Pesquisa e Inovação para o Controle do Câncer. A iniciativa reconhece e valoriza projetos inovadores com foco em prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados relacionados ao câncer.

Os interessados podem se inscrever até 14 de julho pelo site da premiação (<https://premiomarcosmoraes.com.br/>). São três categorias: Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer, Cuidados Paliativos e Iniciativas para o Controle do Câncer. Os primeiros colocados de cada categoria receberão R\$ 10 mil.

Podem ser submetidos projetos inovadores estruturados, implantados, em andamento ou finalizados a partir de 1º de janeiro de 2020.

personagem

EDUCADORA FÍSICA PUBLICA LIVRO EM QUE NARRA SUA EXPERIÊNCIA
NO TRATAMENTO DE UM CÂNCER RARO A PARTIR DOS 19 ANOS

Selmy Yassuda

Grito de esperança



“A final, por que eu?” A pergunta ecoa na mente da educadora física e empresária Carmen Alves desde que, em 1989, aos 19 anos, recebeu o diagnóstico de teratoma imaturo, um câncer raro que se desenvolve nos ovários e ocorre em mulheres jovens, geralmente com menos de 18 anos. À época, a carioca nascida e criada em Realengo, na Zona Oeste do Rio de Janeiro, bateu o pé: não queria, de jeito nenhum, saber qualquer detalhe do prognóstico. A família a respeitou. Aos pais da moça, os médicos informaram, reservadamente, que a doença seria agressiva — e que a filha poderia morrer em dois meses. Hoje, quase quatro décadas depois, Carmen faz questão de compartilhar cada pormenor da própria trajetória, incluindo minúcias de exames e laudos, para apoiar quem esteja em situação semelhante. Assim, acredita que pode afastar dessas pessoas angústias e aflições decorrentes da pergunta do início deste texto.

“Sempre vem esta indagação: por que aconteceu comigo? Sei que não existe uma resposta. Mas hoje consigo entender que não dá para levar essa história só dentro de mim ou com as pessoas com quem convivo”, diz. Aos 55 anos, Carmen acaba de lançar o livro *Lágrimas do Sol*, em que esmiúça todas as etapas do difícil enfrentamento da enfermidade — da descoberta de um caso complexo ao longo tratamento, que incluiu 11 cirurgias e 40 horas semanais de quimioterapia: “Não tem a ver com apenas sobreviver. Diante do processo gerado pela doença, sempre pensei que tudo aquilo não poderia se resumir a operar, acordar e continuar a vida. Eu tinha que dar um sentido à jornada. O livro é como se fosse uma missão cumprida. Acho que estou deixando um grito de esperança para o mundo, sabe? E a minha motivação é exatamente esta: ajudar. Quero mostrar que é possível viver feliz apesar de todos os problemas.”

CISTO NO OVÁRIO

Os primeiros sintomas se manifestaram quando Carmen cursava o segundo ano da graduação em Educação Física e morava no alojamento da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, em Seropédica, Baixada Fluminense. Numa madrugada, ela se levantou da cama para ir ao banheiro e de repente começou a tremer por inteiro, algo que a impediu de realizar o simples movimento de girar a maçaneta. O problema se repetiu semanas depois, com episódios de febre que iam e vinham. Até que, um dia, enquanto tomava banho, percebeu um nódulo na barriga. Procurou, primeiro, um clínico geral, que, após a consulta,

a encaminhou a um ginecologista. Este, por sua vez, pediu uma ultrassonografia. O diagnóstico foi cisto no ovário. No entanto, o caroço cresceu em uma velocidade avassaladora, e a jovem logo precisou ser internada e submetida a uma cirurgia para a retirada do ovário direito.

Menos de dois meses depois, a barriga inchou tanto que Carmen não conseguia mais usar as roupas de sempre. A mãe, de início, desconfiou de uma possível gestação e rejeitou, com veemência, a reco-

“Diante do processo gerado pela doença, sempre pensei que tudo aquilo não poderia se resumir a operar, acordar e continuar a vida. Eu tinha que dar um sentido à jornada. O livro é como se fosse uma missão cumprida”

mendação de encaminhá-la ao INCA. A palavra “câncer” a deixava apavorada. “Lembro que, quando o especialista me examinou, minha mãe não escondeu a preocupação com a minha virgindade. Mas o médico olhou bem para ela e disse: ‘Dona Lea, sua filha continua virgem, como a senhora gostaria, mas eu lhe asseguro que seria muito melhor se ela estivesse grávida’”, rememora Carmen, na publicação autobiográfica lançada pela editora Helvética.

Ainda sem querer acreditar no pior, mãe e filha procuraram outra instituição de saúde. Lá, Carmen fez uma ressonância magnética, que indicou que seu abdômen estava tomado de tumores. Ela nem voltou para casa — foi internada para uma cirurgia de urgência. Os exames indicavam como causa um teratoma imaturo, que, no caso de Carmen, provocou o desenvolvimento de nódulos na parede abdominal e um quadro de metástase hepática. Ela sabia que lidava com uma doença complicada, mas não queria entender mais do que isso.

“Se eu soubesse que o monstro era tão grande e incurável como os médicos diziam, não teria essa força. No meu inconsciente, focava apenas a minha cura.

Gastava toda minha energia nisso e não me concentrava no câncer em si. Não fazia ideia do que estava acontecendo comigo. Aceitei que era algo muito grave porque via o meu corpo definhar, mas não queria ter detalhe nenhum! E isso foi importante. Com a minha família, acredito que essa decisão se deu numa simbiose: eles entenderam que eu precisava ser blindada e passaram a me fornecer só amor. E era isso mesmo que queria — não saber. Só pensava o seguinte: do mesmo jeito que essa doença chegou, ela vai passar”, recorda.

ATENDIMENTO HUMANIZADO

Tal atitude acabou afastando-a das várias “condenações por diagnósticos”, como ela cita, declaradas por um sem-número de médicos. De acordo com seu relato, foram vários profissionais decretando, sem parcimônia, que não havia mais o que fazer. No início do tratamento, a mãe de Carmen ouviu de um deles, nas entrelinhas, que deveria encomendar o caixão da filha após a cirurgia para retirada do ovário.

Depois de passar por três operações em três meses e se submeter a “doses cavалares de quimioterapia”, em janeiro de 1990 ela procurou o INCA. Lá, afirma, encontrou um acolhimento mais humano. Ao chegar ao Instituto, Carmen era tida como um “caso sem solução”. “Ela passou a ser considerada FPT [fora de possibilidade terapêutica]. Ou seja, o indicado era fazer quimioterapia paliativa e só. Mas era uma menina, meu Deus! Poxa, ela merece uma chance, eu disse”, relata, num trecho do livro, o médico Waldir Cunha Gonçalves, oncologista da instituição, ao lembrar o primeiro contato com a paciente.

Segundo Carmen, o cuidado humanizado despendido pelo especialista foi primordial na evolução

“Se eu soubesse que o monstro era tão grande e incurável como os médicos diziam, não teria essa força. No meu inconsciente, focava apenas a minha cura”

do seu tratamento. “Teve uma vez que entrei no hospital, e o doutor Waldir falou: ‘Não aguento mais ver essa menina sofrer’. Lembro-me bem disso. E aí ele pegou meu caso com inteira dedicação. Foi um médico que acreditou no meu problema e desejou resolver aquela questão supostamente incurável. Isso foi essencial. Eu não era só mais uma paciente, sabe? Ele quis a cura!”, enaltece a educadora física, acrescentando: “Infelizmente, ainda é preciso destacar que

Peter Sturm



nós, que lidamos com esse tipo de doença, não somos apenas um número ou uma estatística. Somos seres humanos e precisamos de uma chance. E ali, naquela situação, o doutor Waldir me deu uma.”

OUTRO SUSTO

Carmen seguiu em tratamento no INCA durante 10 anos. Nesse período, passou por diversas cirurgias, que culminaram com a colocação de uma prótese abdominal, já que grande parte da região ficou comprometida. Ela também precisou retirar o útero. Na década seguinte, já no novo milênio, a doença não se manifestou de forma significativa por muitos anos. A educadora física apenas teve que retirar, em duas ocasiões, nódulos superficiais do abdômen, derivados de gordura. Porém, em 2017, percebeu, mais uma vez, um caroço na barriga. Consultou-se, então, com um oncologista de um hospital em Zurique, na Suíça, para onde havia se mudado anos antes com o marido, que é natural do país. Após vários exames, constatou-se que existiam cinco tumores na cavidade abdominal, entre as alças intestinais, e que três deles continham células do teratoma. Os nódulos foram retirados com cirurgia e, em seguida, Carmen recebeu uma quimioterapia intraperitoneal. A parede abdominal precisou ser reconstruída com uma malha e coberta com o tecido da própria paciente.

Desde então, não teve mais sintomas. Hoje, a educadora física segue apenas uma rotina de controle da doença, com acompanhamento médico anual. Ela tem uma “vida plena” e faz frequentemente o que mais gosta: viajar por todos os continentes e se aventura na prática de esportes radicais, como salto de paraquedas, escalada de montanhas, esqui e mergulhos mar adentro. O câncer, diz, é uma sombra (“Nunca recebi alta, nem tive remissão ou cura”, explica), mas isso não a imobiliza. Pelo contrário.

“É lógico que a doença me deu uma gana maior de vida, já que tenho esse agravante. Então, não deixo nada para amanhã”, afirma. “Mas fico pensando: ‘A Carmen de hoje sempre foi assim? Ou é porque passou por esse processo?’ No decorrer da escrita do livro, entendi que, desde menina, sonhei em conhecer o mundo. E por ter nascido no subúrbio e ter tido uma infância muito pobre, não via perspectiva. Mas eu almejava tudo isso! A vontade de viver existia em mim e de maneira muito forte.”

“Num dos momentos do processo, quando achava que tudo tinha acabado, a doença voltou com agressividade. E aí pensei: ‘De novo, meu Deus?’ São vários baques. Mas desistir? Nunca”

Não à toa, desde que a publicação foi lançada, no início deste ano, Carmen recebe uma quantidade crescente de mensagens enviadas por pessoas às voltas com diagnósticos supostamente impossíveis de serem resolvidos. Ela celebra o fato de o livro tecer, de um jeito não calculado, uma ampla rede de apoio entre figuras desconhecidas de diferentes origens. Em março, esteve no Brasil e participou de um bate-papo com pacientes e especialistas promovido pelo INCAvoluntário, a área de ações sociais do Instituto.

“Dialogar com quem vive o mesmo problema é o mais gratificante. Falamos a mesma língua, né? As pessoas que estão à minha volta, por mais que entendam e tenham empatia, não sabem o que é de fato. A dor da minha mãe é uma, e a minha é outra — e falo isso porque sei que não há pessoa que sente mais a dor do filho do que a mãe. Ainda assim, a minha dor só sente quem entende o que é passar por esse processo todo”, ressalva.

Ela prossegue: “É para essas pessoas que estou falando e mostrando que, sim, existe uma fé que move montanhas. Por diversas ocasiões, ninguém deu absolutamente nada por mim. Ouvi várias vezes, de especialistas, que era para eu ir para casa e esperar. E hoje estou aqui, veja só, fazendo o que gosto, graças a Deus, e sem nenhuma limitação. É claro que foi e é muito difícil. O caminho é de angústias e desespero. Num dos momentos do processo, quando achava que tudo tinha acabado, a doença voltou com agressividade. E aí pensei: ‘De novo, meu Deus?’ São vários baques. Mas desistir? Nunca. E volto àquela pergunta inicial: ‘Afim, por que eu?’ Não sei. Mas hoje consigo entender que a minha missão é levar essa história, junto com uma mensagem positiva, para outras pessoas.” ■

debate

ALÉM DA REPOSIÇÃO COM HORMÔNIOS, MULHERES TÊM EM ATIVOS NATURAIS E ANTIDEPRESSIVOS OPÇÕES PARA TRATAR EFEITOS DA MENOPAUSA

Para viver o novo ciclo

Imagem gerada por IA

A menopausa (marco após 12 meses consecutivos sem ciclos menstruais) talvez seja uma das fases mais desafiadoras da vida de uma mulher. Desde o período que a antecede (a perimenopausa) até a pós-menopausa, são diversas as transformações. Em maior ou menor grau, a maioria sente pelo menos um dos vários sintomas – físicos ou emocionais – dessa etapa, como ondas de calor (fogachos), sudorese noturna, insônia, alterações de humor, depressão, queda da libido e secura vaginal, da pele e dos cabelos, entre outros.

Nesse cenário, a terapia de reposição hormonal (TRH) é o tratamento mais eficaz, sendo indicada para quem tem até 60 anos ou menos de 10 anos de menopausa, intervalo conhecido como “janela de oportunidade”. “Após esse período, diminuem muito os benefícios e podem se intensificar os eventuais riscos, embora isso seja bem individual”, explica o chefe da disciplina de Ginecologia Endócrina e Climatério da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Claudio Emilio Bonduki. Um desses possíveis riscos é um pequeno aumento da chance de desenvolvimento de câncer de mama – principalmente se a terapia for usada por longo prazo. Mulheres que estão prestes a iniciar a TRH devem ser submetidas a uma mamografia para descartar a possibilidade de terem um tumor maligno desse tipo.

DIFERENÇAS TERAPÊUTICAS

Além de combater sintomas específicos da menopausa, a TRH previne a osteoporose, protege a saúde do coração e ajuda na manutenção da cognição. A abordagem do tratamento varia de médico para médico, bem como de paciente para paciente. É possível fazer a reposição com hormônios sintéticos ou bioidênticos. E há, ainda, a opção de controlar alguns sintomas dessa fase com ativos naturais e até mesmo antidepressivos, pois existem questões genéticas e doenças prévias que contraindicam a terapia de reposição. No mais recente consenso da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac), atualizado no ano passado, história de diferentes tipos de câncer sensíveis ao estrogênio (incluindo o de mama) figura entre as contraindicações absolutas (quando um procedimento é completamente desaconselhável) da TRH. Mas há situações em que os benefícios superam os riscos, como no caso de tumores de ovário.

Para Luisa Perret, endocrinologista, homeopata e com formação em Medicina Ortomolecular Integrativa, a terapia hormonal bioidêntica (THB) é mais favorável, pois esses hormônios são percebidos pelo cor-

“Após esse período [janela de oportunidade], diminuem muito os benefícios [da terapia de reposição hormonal] e podem se intensificar os eventuais riscos, embora isso seja bem individual”

CLAUDIO EMILIO BONDUKI,

chefe da disciplina de Ginecologia Endócrina e Climatério da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo

po como se ele próprio os estivesse produzindo. Por isso, em geral, não provoca nenhuma reação adversa, como sensibilidade mamária e inchaço. “O hormônio sintético deriva de um animal ou é uma molécula sintética que não se encaixa tão bem nos receptores do organismo e tende a desencadear mais reações”, diz Luisa, que pratica a modulação hormonal bioidêntica há cerca de 15 anos.

Outro adepto da THB é o ginecologista especializado em menopausa Marcelo Pires. Atualmente, ele prioriza o uso isolado do estradiol e, de preferência, pela via transdérmica, em vez da oral, para minimizar riscos tromboembólicos.

Assim como a terapia de reposição convencional, a THB é prescrita de forma personalizada, ou seja, de acordo com as queixas específicas e os resultados dos exames de cada paciente. “Tais exames devem ser bem detalhados sobre todo o perfil hormonal. A dose, o tipo e a combinação dos hormônios vão depender de todos esses fatores. Além disso, devem ser readequados e ter as dosagens modificadas de acordo com a resposta e o quadro de saúde das mulheres, periodicamente”, reforça Luisa.

Mas a THB não é unanimidade entre os médicos. Apesar de os bioidênticos terem a mesma estrutura química e molecular dos hormônios produzidos pelo corpo, os riscos são equivalentes a quando são usadas substâncias sintéticas. Outra preocupação dos profissionais é que, muitas vezes, trata-se de fórmulas manipuladas, o que gera dúvidas sobre sua segurança e eficácia.

Isabela da Cunha Melo, especializada em Ginecologia e Obstetrícia e com formação em Ginecologia Endócrina, reconhece que a reposição hormonal pode trazer benefícios importantes para a saúde da mulher, mas salienta que, como em qualquer tratamento, é possível que surjam efeitos colaterais. “Embora se equiparem aos hormônios do corpo, os biodênticos apresentam riscos semelhantes aos da terapia com hormônios sintéticos. A THB deve ser acompanhada de perto”, recomenda.

A chefe do Serviço de Mastologia do INCA, Emanuelle Narciso, faz um alerta também contra implantes hormonais que não são regulamentados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas prometem benefícios como ação antienvelhecimento e controle de gordura corporal, bem como alívio dos sintomas da menopausa. “Eles representam riscos graves à saúde devido à falta de controle sobre a dosagem e liberação hormonal, além de serem de difícil remoção.”

ALTERNATIVAS NATURAIS

Nem hormônios sintéticos nem biodênticos. Uma parcela do público feminino que se encontra na pré ou na pós-menopausa adota uma alternativa mais natural no sentido estrito da palavra, seja pela homeopatia, fitoterapia ou até mesmo por suplementos ou alimentos. Nesse ponto, os médicos ouvidos pela REDE CÂNCER concordam: essas opções aliviam os sintomas da menopausa, mas não exercem o papel dos hormônios (como na prevenção à osteoporose e na proteção contra doenças cardíacas).

Mulheres que não podem se submeter à TRH ou preferem não usar hormônios podem recorrer a algumas plantas que simulam parcialmente os efeitos que

“O hormônio sintético deriva de um animal ou é uma molécula sintética que não se encaixa tão bem nos receptores do organismo e tende a desencadear mais reações”

LUISA PERRET, endocrinologista com formação em Medicina Ortomolecular Integrativa

eles produzem. “Quando administradas na fase inicial das quedas hormonais, elas auxiliam o organismo a produzir essas substâncias por mais tempo. As suplementações agem de forma semelhante”, ressalta Luisa Perret.

De acordo com o *Consenso Brasileiro de Terapia Hormonal do Climatério 2024*, escrito por especialistas da Sobrac, os fitoestrogênios são substâncias de origem vegetal não esteroides que contêm compostos com similaridades estruturais aos estrogênios (o principal hormônio prescrito para tratar os sintomas da menopausa) e, por isso, atuam como moduladores seletivos dos receptores desses hormônios.

ANTIDEPRESSIVOS

Outra possibilidade de enfrentar os efeitos da menopausa é com antidepressivos. Esse é considerado um tratamento de segunda linha, para mulheres para as quais a TRH é contraindicada. Uma das contraindicações absolutas, de acordo com Mônica de Oliveira, diretora do Departamento de Medicina Feminina, Andrologia e Transgeneridade da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (Sbem), é história pessoal de câncer hormônio-dependente – mama, corpo do útero e alguns tipos de tumores de ovário. Pacientes que já enfartaram, tiveram acidente vascular cerebral (AVC) ou tromboembolismo venoso, por sua vez, não devem receber estrógeno. “Há, ainda, condições que não necessariamente são definitivas, como sangramento uterino inexplicado, doença hepática ativa, colelitíase [cálculo na vesícula biliar] sintomática, lúpus em atividade, porfiria cutânea e enxaqueca com aura [dor de cabeça acompanhada de alterações na percepção visual]”, completa a especialista.

História familiar de câncer de mama, por outro lado, não é contraindicação absoluta. “Nesses casos, deve-se individualizar cada situação, pesando o risco-benefício e, se possível, incluindo estudos genéticos que possam ajudar na identificação da forma familiar da doença. A maioria não é de origem hereditária”, salienta Mônica.

RELAÇÃO RISCO-BENEFÍCIO

Para o grupo considerado de risco ou mulheres que não querem ser submetidas à TRH, inibidores de recaptção de serotonina, os duais – inibidores de recaptção de serotonina e de noradrenalina – podem ser usados para reduzir fogachos e, consequentemente, melhorar também a qualidade do sono. “Mundial-

A EXPERIÊNCIA DE CADA UMA

Jacqueline Kelly Numbela

Educadora física, 53 anos. Na menopausa desde os 47. Faz TRH há um ano.

“Estava usando progesterona ainda menstruando um pouco, aos 46 anos. Depois, tive um episódio de hipertireoidismo, e o fluxo parou de vez. Nesse momento, comecei um tratamento para a tireoide por quase um ano e em seguida voltei com a reposição. Tudo por meio de hormônios bioidênticos. O protocolo inicial foi de difícil adaptação, e levou em torno de seis meses para acertar a dosagem. Mas foi o que deu certo para mim e me deixa bem. Posso afirmar que melhorou consideravelmente minha qualidade de vida.”



Andreia Copolilo

Jornalista, 57 anos. Na menopausa desde os 54. Faz TRH há dois anos.

“Comecei a entrar na menopausa há cerca de três anos e logo procurei o meu ginecologista, mas não cheguei a usar um gel manipulado que ele me prescreveu. Após algum tempo, fui em busca de uma endocrinologista, que me passou adesivos para usar nas nádegas. Porém, não deu muito resultado. Recentemente, ela mudou o tratamento para dois géis, um em cada antebraço, e um hormônio oral, à noite. Estou sentindo melhora em relação ao cansaço, e os calores cessaram. A insônia também diminuiu um pouco. De forma geral, já vejo algum resultado positivo. Apesar de ser um tratamento caro, me arrependo de não ter iniciado antes.”



Patrícia Bismara

Professora, 62 anos. Entrou na menopausa aos 48. Iniciou a reposição hormonal aos 60.

“Comecei a fazer reposição hormonal 12 anos depois de entrar na menopausa. No início, tive dúvidas e receio, pois sei que uma parcela de profissionais de saúde é contra. Hoje em dia, considero um crime para a saúde da mulher não fazer TRH. Procurei a bioidêntica e percebi melhoras significativas na minha vitalidade, na aparência da pele, no cabelo, no humor e na sexualidade. E o que é melhor, sem efeitos colaterais. Atualmente me sinto muito bem. Percebi que a falta de hormônios afeta muito a nossa vida. Recomendo muito.”





AVALIAÇÃO CUIDADOSA

Confira algumas recomendações do Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério 2024 que devem ser consideradas pelos médicos antes da prescrição de TRH:



Fazer anamnese completa e exame físico detalhado. Essas etapas orientarão a realização de exames complementares, caso haja suspeita de alguma contraindicação ao tratamento.



Realizar rastreamento para o câncer de mama.



Avaliar a dosagem de colesterol total, HDL-colesterol, triglicérides e glicemia de jejum.



A terapêutica hormonal com estrogênios é o tratamento mais efetivo para os sintomas vasomotores de mulheres na peri e na pós-menopausa.



A TRH sistêmica deve ser prescrita na menor dose efetiva para tratar os sintomas e minimizar os riscos.



A escolha da melhor formulação, regime, doses e vias de administração deve ser individualizada, considerando-se os benefícios e riscos para cada mulher.



Imagem gerada por IA

mente, já está aprovado um medicamento não hormonal que atua no centro termorregulatório hipotalâmico e vem mostrando bons resultados para o alívio dos fogachos. Esse centro é inibido pelos estrógenos. Quando eles caem, o local fica ativo, provocando as ondas de calor”, detalha a diretora da Sbem, frisando que o medicamento ainda não é vendido no Brasil.

Para as que já passaram da chamada “janela de oportunidade”, a relação risco-benefício da TRH é desfavorável devido à maior probabilidade de intercorrências, como infarto, AVC, tromboembolismo e demência. “Eles [os riscos] aumentam para mulheres que nunca fizeram nenhum tipo de TRH e porventura venham a adotá-la após essa fase”, alerta Claudio Bonduki. Além da terapia medicamentosa, hipnose e

terapia cognitivo-comportamental são aprovadas para tratamento da menopausa.

Não há um tempo máximo para uso da terapia de reposição hormonal. Segundo os especialistas entrevistados para esta reportagem, o aconselhável é que ela seja realizada pelo menor tempo possível, com a menor dose efetiva – para reduzir possíveis efeitos colaterais, principalmente em mulheres com condições como hipertensão – e com início dentro da “janela de oportunidade”. E para aquelas que necessitem de tratamento prolongado, devem ser realizados exames regularmente, a fim de garantir a segurança na manutenção da terapia. O importante é buscar informações em fontes confiáveis e contar com acompanhamento de profissionais de saúde. ■



Agora tem **ESPECIALISTAS**

Da consulta ao tratamento

**É mais rapidez no
atendimento e mais
cuidado com você.**

Chegou o **Agora tem Especialistas**. A ação do Ministério da Saúde e do Governo Federal que vai ampliar o acesso à saúde de qualidade e no tempo certo para todos os brasileiros.

AGORA TEM

**Consultas, exames,
cirurgias e tratamentos.**

AGORA TEM

**Atenção por meio de carretas da
saúde e atendimento ampliado.**

AGORA TEM

**Equipamentos e uso da estrutura
da rede privada de saúde.**



Márcia Eliane da Silva Moraes – RS
Em tratamento oncológico



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