

ONCO&

ONCOLOGIA PARA TODAS AS ESPECIALIDADES MÉDICAS

APOIO

ONCOLOGIA *DOR*

JANEIRO • FEVEREIRO • MARÇO

2019 • ANO 9 • Nº 41

Destinado à classe médica

SAÚDE EM **MOVIMENTO**

Atividades físicas previnem
o câncer e auxiliam na
recuperação da doença

ENTREVISTA

O CIRURGIÃO
MURRAY BRENNAN
DEFENDE UMA
MUDANÇA DE
CULTURA NO
TRATAMENTO
DO CÂNCER

IN LOCCO

COMENTÁRIOS DE
ESPECIALISTAS
SOBRE OS PRINCIPAIS
EVENTOS INTERNACIONAIS
EM RADIOTERAPIA,
HEMATOLOGIA
E MAMA

DO BEM

A VOLTA AO
TRABALHO
APÓS O
TRATAMENTO
ONCOLÓGICO



9 772179 1093008



INTEC

ONCOLOGIA *D'*OR



GRAR

para *Cuidar.*

Nós da Oncologia D'Or entendemos a importância de investir em soluções que favoreçam o cuidado de cada um de nossos pacientes.

A crescente integração de nossas clínicas aos hospitais da Rede D'Or São Luiz e aos laboratórios Richet* vem proporcionando maior agilidade e segurança a todo o processo assistencial.

Resultado: nossos pacientes cada dia mais bem cuidados.

#integrarparacuidar

 /OncologiaDOr  /OncologiaDOr
www.oncologiador.com.br

ONCO&

JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO 2019
ANO 8 • Nº 41

PUBLISHER:

Simone Simon

simone@revistaonco.com.br

EDITORA:

Sofia Moutinho

sofia@revistaonco.com.br

DIREÇÃO DE ARTE:

Apoena Horta

apoenahorta@hotmail.com

Juliana Sidsamer

REVISÃO:

Patrícia Villas Bôas Cueva

COMUNICAÇÃO E MARKETING ONCOLOGIA D'OR:

Jessica Areta, Luisa Adão,

Maria Eduarda Carvalho,

Mariângela Luna, Marcele Oliveira,

Renata Canuta Tenório, Ingrid Ferrari

IMPRESSÃO: Ipsis Gráfica

TIRAGEM: 15 mil exemplares

ISSN: 2179-0930

JORNALISTA RESPONSÁVEL:

Sofia Moutinho (MtB 031012/RJ)

COLABORARAM NESTA EDIÇÃO:

Jornalistas: Déborah Araujo,

Frederico Furtado, Moura Leite

Netto, Paula Otero Cordeiro,

Regiane Oliveira

Articelistas: André Mathias Baptista,

Eduardo Rego, Gilberto Amorim,

Lisa Morikawa, Maria Luisa Botelho,

Veridiana Pires de Camargo

QUEREMOS OUVI-LO! DÚVIDAS, ELOGIOS

OU SUGESTÕES: contato@revistaonco.com.br

Tel. (21) 2126-0150

Realização:



Apoio:



Conselho editorial

EDITORES CLÍNICOS NACIONAIS:

Aina Colli (SP)

Ana Amelia Fialho de Oliveira Hoff (SP)

Ana Carolina Nobre (RJ)

Anderson Silvestrini (DF)

Andre Moll (RJ)

Candice Santos (PE)

Carlos Frederico Pinto (SP)

Clarissa Serodio da Rocha Baldotto (RJ)

Claudio Ferrari (SP)

Daniel Herchenhorn (RJ)

Daniel Saragiotto (SP)

Edivaldo Basílio (DF)

Eduardo Rego (SP)

Felipe Erlich (SP)

Fernanda Tovar Moll (RJ)

Flávio Cure Palheiro (RJ)

Gilberto Amorim (RJ)

Karina Moutinho (SP)

Laura Testa (SP)

Lisiana Wachholz Szeneszi (RJ)

Loana Valença (BA)

Lucianno dos Santos (DF)

Maria de Lourdes de Oliveira (RJ)

Maria Del Pilar Estevez Diz (SP)

Maria Ignez Braghirolli (SP)

Markus Gifoni (CE)

Paulo Hoff (SP)

Ricardo Marques (SP)

Rodrigo Abreu e Lima (DF)

Veridiana Pires de Camargo (SP)

A revista **Onco&** é uma realização da Associação de Pesquisa Clínica (APC), com apoio da Oncologia D'Or, que trata a oncologia sob seu aspecto multidisciplinar, trazendo novidades e avanços científicos de maneira atraente e dinâmica. Seu objetivo é transformar a oncologia num tema mais familiar para o médico não oncologista, de forma que ele esteja mais preparado para o diagnóstico precoce e o acompanhamento de seu paciente durante e após o tratamento do câncer. Equipando o médico para a detecção precoce do câncer, aumentam as chances de sobrevida e cura do paciente.

De circulação trimestral, a revista tem distribuição nacional e gratuita voltada para a classe médica em todo o território nacional. A reprodução de seu conteúdo é permitida desde que citada a fonte. A opinião dos colaboradores não necessariamente reflete a posição da revista.

É PRECISO SE MOVER CONTRA O CÂNCER



Temos acompanhado uma importante mudança de atitude nas pessoas na luta contra o câncer. A cada dia torna-se mais comum sermos procurados por pessoas preocupadas com a possibilidade de desenvolver algum tipo de câncer e dispostas a mudar de vida para reduzir o risco de que isso ocorra. Ao mesmo tempo, nossos pacientes vêm demonstrando um compromisso crescente com seus tratamentos, buscando cada vez mais fazer “sua parte” na luta contra a doença.

As respostas para as perguntas que nos fazem não são simples nem únicas. Mas, independentemente do tipo de câncer ou do tratamento escolhido, uma recomendação sempre se repete: façam exercícios físicos. Estudos vêm demonstrando repetidamente os benefícios de uma atividade física regular tanto para prevenir o câncer quanto para melhorar a qualidade de vida e aliviar os efeitos colaterais de quem já tem a doença.

Essa é uma mensagem muito importante de ser compartilhada entre pacientes e médicos de todas as especialidades. O simples fato de colocar o corpo para se mexer determina importantes mudanças metabólicas, com implicações favoráveis na redução do risco de desenvolver diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. Além disso, movimentar-se libera endorfinas, traz bem-estar e preserva a qualidade de vida.

Para o paciente oncológico, a atividade é igualmente importante. Obviamente, é preciso respeitar os limites de cada um ao longo do tratamento – para isso, o acompanhamento de um profissional da área é fundamental. Porém, algum nível de atividade física é quase sempre seguro e benéfico, mesmo durante a fase de tratamento (radioterapia e/ou quimioterapia).

Na fase de recuperação do câncer, a prática constante de exercícios favorece a recuperação e estimula o sistema imunológico. Os ganhos são imensos, e é importante que as pessoas que enfrentam o câncer tenham isso claro. Muitas vezes, uma boa dose de atividade física, seja ela qual for, é o melhor remédio. Esse conselho vale tanto para pacientes como para médicos.

PAULO M. HOFF

*Editor clínico da Revista Onco&;
Oncologista clínico; Presidente da Oncologia D'Or;
Prof. titular da Disciplina de Oncologia FMUSP*



8. ENTREVISTA

Referência mundial em cirurgia oncológica, Murray Brennan defende uma mudança de cultura no tratamento do câncer



13. PÍLULAS

Informação na dose certa sobre o que há de novo na medicina

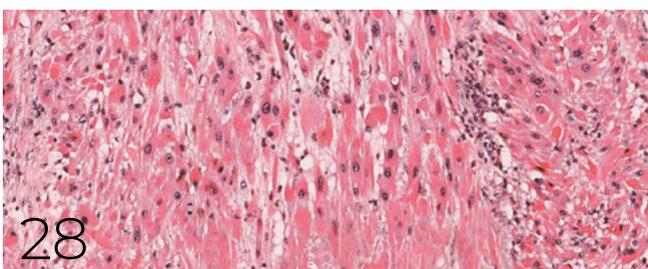
14. PANORAMA

Epidemia de opioides preocupa nos EUA e gera restrições ao uso dessas drogas, mas o cenário é outro no Brasil



18. CAPA

A importância da atividade física na prevenção e na recuperação do câncer



24. GESTÃO

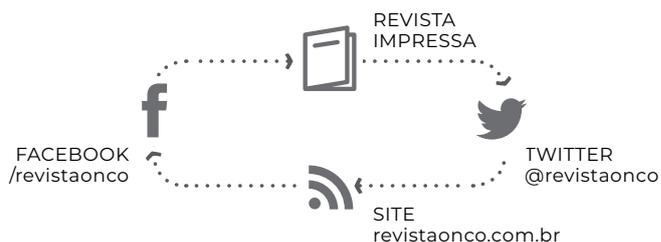
Especialistas apostam na integração dos dados de saúde para melhorar o tratamento dos pacientes e a sustentabilidade do setor

28. DISCUSSÃO DE CASO

Oncologista, cirurgião e patologista discutem desafios de um sarcoma de partes moles da coxa

ENTENDA A SUA REVISTA

Mudamos de visual para melhor entregar informação de qualidade. Trazemos também conteúdo expandido multiplataforma, com informação extra no site e nas redes sociais. Conheça os principais ícones do novo projeto gráfico.

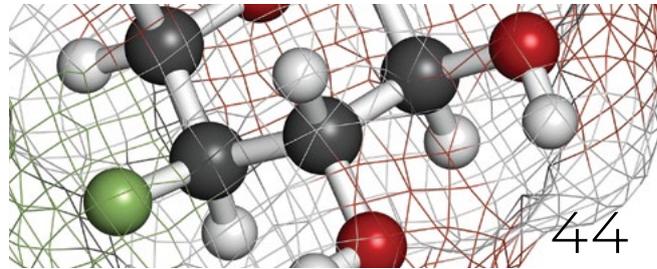


32. DO BEM

As dificuldades enfrentadas pelos sobreviventes do câncer no retorno ao mercado de trabalho

**38. IN LOCCO**

Especialistas de diversas áreas da medicina comentam os destaques dos principais eventos

**44. HEALTH TECH**

Os avanços no uso do PET/CT no diagnóstico e tratamento do câncer

**46. PERSPECTIVA**

A psicanalista Elena Lerner compartilha sua experiência com grupos de conversa de pacientes

49. DE RELANCE

Conheça as novas diretrizes americanas para rastreio do HPV

**50. AGENDA**

Programe-se para os eventos médicos que vêm por aí

ÁREAS**CONTEÚDO EXPANDIDO**

VÍDEOS



LEIA MAIS



COMENTE



ÁUDIO



GALERIA DE IMAGENS



CALENDÁRIO



QR CODE_
Escaneie o QR com um leitor no celular para acessar links diretamente

Legado de VALOR

O oncologista e cirurgião neozelandês **Murray F. Brennan** defende uma mudança de cultura no tratamento do câncer e concentra seus esforços nos jovens profissionais da área

POR FRED FURTADO

Uma mudança de cultura abrangente do tratamento do câncer, com base em informação e conhecimento localizado, é o que propõe o médico neozelandês Murray F. Brennan. Considerado um dos maiores cirurgiões oncológicos do mundo, Brennan chefiou por 21 anos o Departamento de Cirurgia do Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSK), em Nova York (EUA). Sua carreira lhe rendeu muitas honras, como o título de cavaleiro da Ordem de Mérito da Nova Zelândia, em 2015, e o *Giants of Cancer Care* de 2016.

Brennan revolucionou o campo da cirurgia oncológica ao utilizar técnicas analíticas e o grande volume de dados gerados sobre os pacientes do MSK para validar abordagens cirúrgicas tradicionais. Os resultados obtidos por ele e sua equipe revelaram que certos procedimentos eram inócuos ou mesmo prejudiciais.

Atualmente, Brennan é vice-presidente para

Programas Internacionais e diretor do Centro Internacional Bobst do MSK, onde supervisiona e desenvolve treinamento para médicos do mundo inteiro, especialmente de países em desenvolvimento. É aí que o oncologista concentra seus esforços para alterar a cultura vigente.

“A minha maneira é mudar os jovens profissionais que treino, pois eles são o futuro. Meus colegas não vão mudar, é tarde demais”, disse Brennan na conferência de abertura do VI Congresso Internacional Oncologia D’Or, que ocorreu nos dias 9 e 10 de novembro no Rio de Janeiro. Nesta entrevista, o cirurgião fala do tema de sua palestra, de como é necessário mudar a cultura de todos os atores no tratamento do câncer e ter conhecimento localizado. O médico comenta também como a oncologia brasileira se encaixa nessa visão. >>

MURRAY BRENNAN É CIRURGIÃO ONCOLÓGICO E DIRETOR DO CENTRO INTERNACIONAL BOBST DO MEMORIAL SLOAN KETTERING CANCER (MSK)





AS PESSOAS PROCURAM A MEDICINA COMO CARREIRA PORQUE QUEREM FAZER A DIFERENÇA. TEMOS QUE ESTIMULAR ESSA CULTURA. LEGADO NÃO É O QUE FOI REALIZADO DURANTE A VIDA, É O QUE SE FAZ PARA AJUDAR A PRÓXIMA GERAÇÃO”

O senhor afirma que os Estados Unidos têm um dos melhores sistemas de tratamento de câncer do mundo. No entanto, diz também que ele não deve ser exportado para outros países. Por quê?

O tratamento do câncer nos Estados Unidos é excelente, mas é extremamente caro e ainda há dificuldade de acesso. Tendemos a diagnosticar e investigar em excesso, realizando muitos exames que não têm qualquer impacto. Também tratamos em excesso, com pouco benefício e, às vezes, com risco de causar outros problemas. Além disso, cobramos de maneira irreal para maximizar o reembolso. Sei que é fácil ser crítico ao passado, mas temos que chegar a um ponto em que possamos prever quem precisará ou não do tratamento, independentemente de ser radioterapia, quimioterapia ou cirurgia. Temos que aprender – e podemos – quais pacientes se beneficiarão de quais terapias. Já possuímos múltiplas ferramentas para isso, como modelos matemáticos e análises genéticas, que tornam o tratamento mais individualizado. Parar de investigar e tratar em excesso permitirá não apenas dar uma melhor atenção a todos, mas também realizar todas as pesquisas que desejamos.

Esse é um problema circunscrito à classe médica americana?

Não há “mocinhos” nesse cenário: o paciente possui expectativas irreais; os médicos pedem testes demais e tratam em excesso, com retorno muito baixo e sem prestar atenção nos efeitos colaterais;

as companhias farmacêuticas só querem ganhar dinheiro, o que é normal; e os planos de saúde só gostam de cobrir pessoas saudáveis. Ou seja, só temos “vilões”.

E qual a solução?

Temos que educar os pacientes, mudar seu pensamento, fazer com que raciocinem sobre o que estão recebendo, se pode ajudá-los ou fazer mal, quais as consequências e custos. É uma analogia boba, mas, nos Estados Unidos, se você torcer o tornozelo, o médico pode pedir uma ressonância magnética ou passar uma atadura elástica, dizendo para você voltar em uma semana, se não melhorar. O paciente sempre vai querer a ressonância, se o plano de saúde dele cobrir. Mas e se disséssemos “Você pode fazer a ressonância ou posso depositar mil dólares no fundo de educação do seu filho”? Ele vai preferir a bandagem.

Mas um câncer é diferente de um tornozelo torcido. Quando falamos de sobrevivência, as pessoas escolherão aquilo que aumenta suas chances, mesmo que por uma pequena fração, como 2%.

Você tem razão, são casos diferentes. Aceito essa situação, mas temos que fazer uma autocrítica. Costumamos dizer “sei que posso melhorar suas chances de sobreviver” em vez de “essa chance é de apenas uma em 50”. Temos que explicar melhor os diversos fatores, como o custo e os efeitos colaterais. O custo não é apenas dinheiro, é não trabalhar e prover para sua família, não poder terminar a fa-

culdade, todas essas coisas. O paciente ainda pode escolher realizar o tratamento; não sou contra isso, mas quero que ele saiba que o benefício tem que ser equilibrado com o custo. É o que chamamos de valor-benefício dividido por custo. Precisamos abandonar a crença de que só o benefício importa, mas a resistência a isso é tremenda.

Como o senhor avalia o cenário brasileiro nessa questão?

De certa maneira, o Brasil tem os mesmos problemas. Vocês possuem um dos melhores sistemas de tratamento de câncer. Redes privadas, como a Rede D'Or, estão na linha de frente, com os melhores equipamentos e as melhores drogas. Contudo, esses recursos podem não estar disponíveis em todas as re-

giões do país. Então temos que entender o que os pacientes de lá precisam, e não o que queremos dar a eles. Precisamos, como médicos ou mesmo pessoas, ser mais honestos, mais verdadeiros. Os pacientes são inteligentes. Se você der as informações corretas, eles tomarão as decisões mais acertadas.

Mas como mudamos a cultura?

A minha maneira é mudar os jovens profissionais que treino, pois eles são o futuro. Meus colegas não vão mudar, é tarde demais. As pessoas procuram a medicina como carreira, porque querem fazer a diferença, não para ganhar dinheiro – embora acabem ganhando. Temos que estimular essa cultura. Legado não é o que foi realizado durante a vida, é o que se faz para ajudar a próxima geração. >>

Brennan esteve no VI Congresso Internacional Oncologia D'Or, em novembro, no Rio de Janeiro, para falar sobre suas pesquisas e os modelos de atendimento oncológico





Brennan acredita na importância de investir em profissionais e estratégias de saúde locais para maior eficácia no combate ao câncer

O senhor está envolvido com o treinamento de médicos de várias partes do mundo, com foco em diagnóstico, exames, prevenção e acesso. Isso é parte da sua iniciativa?

Sim. Não podemos pegar os melhores médicos brasileiros e colocá-los no meio da África, ou mesmo no interior do Brasil, para fazer duas operações e ir embora. Podemos, contudo, trazer profissionais do Mato Grosso para o Rio, por exemplo, e treiná-los para que façam a diferença quando retornarem. Um dos problemas dessa abordagem é que, quando esses médicos de regiões menos favorecidas chegam aos locais com mais recursos, não querem voltar. Mas há jovens que querem e, ao trazê-los por um ou dois anos, você muda a cultura. Foi assim com os médicos nigerianos que trouxemos para ensinar um simples procedimento de ligação do cólon ao ânus. Não é a operação perfeita, mas é melhor do que uma

colostomia, que torna a pessoa um pária na Nigéria. Ao longo de dez anos, isso se traduziu em pacientes chegando mais cedo à etapa de diagnóstico. Antes, eles encontravam sangue nas fezes mas não iam ao médico, porque sabiam que receberiam uma colostomia. Agora, com a nova cirurgia, aceitam fazer os testes, receber o diagnóstico mais cedo e se submeter ao procedimento. Algo simples que faz toda a diferença.

O que senhor defende, então, que haja conhecimento localizado?

Sim. Devemos identificar o que a cidade ou o país precisa e como podemos fornecer isso treinando os médicos desse lugar. Não faz sentido trazê-los para cá, por exemplo, e lhes ensinar a fazer tratamentos radioterápicos sofisticados se eles não terão acesso ao aparelho ou a um técnico para a manutenção no seu local de origem. Nos Estados Unidos, gostamos de dizer aos outros o que fazer, quando deveríamos, na verdade, perguntar o que precisa ser feito.

É por isso que o senhor acredita que o futuro do tratamento do câncer é conhecimento?

Sim, realmente acredito nisso. O melhor exemplo é que o paciente já fez esse cálculo, ele entende intuitivamente que precisa de alguém que compreenda a sua doença como ela se manifesta nele, e não de um cirurgião, radioterapeuta ou oncologista especificamente. Precisamos conhecer e entender a doença. Gosto de imaginar que no nosso hospital, independentemente de por onde se tenha chegado – radioterapia, quimioterapia, cirurgia –, se recebe o mesmo cuidado, aquele mais indicado para a sua doença nas suas condições. Não é uma competição na qual fazemos uso amplo e inespecífico de tratamentos. Por exemplo, a imunoterapia está recebendo muita exposição e pode ser extremamente valiosa, mas apenas para um pequeno grupo de pacientes. Ela não pode ser aplicada cegamente. //

UM GIRO PELAS NOVIDADES EM saúde

DIVULGAÇÃO



VÍDEO_
Assista em: youtu.be/QnITdgZl77U

BRASILEIRO GANHOU 150 MIL DÓLARES PARA PRODUZIR CAR T-CELLS COM TECNOLOGIA BRASILEIRA

A terapia com CAR T-cells, que usa linfócitos modificados do paciente para combater o câncer, pode começar a ser testada em humanos no Brasil a partir de 2020, graças a um prêmio concedido pela Sociedade Americana de Hematologia (ASH) ao hematologista brasileiro Renato Cunha, pesquisador da USP de Ribeirão Preto.

O projeto do médico foi um dos seis selecionados, entre mais de 60 submissões, para receber o ASH Global Research Award. O prêmio contemplou com 150 mil dólares projetos de pesquisa em hematologia de jovens pesquisadores de todo o mundo, com exceção de EUA e Canadá.

Cunha vai usar o valor para começar a produzir CAR T-cells com tecnologia totalmente brasileira para tratar pacientes com mieloma múltiplo

Estudo de *follow up* reforça benefício da prostatectomia

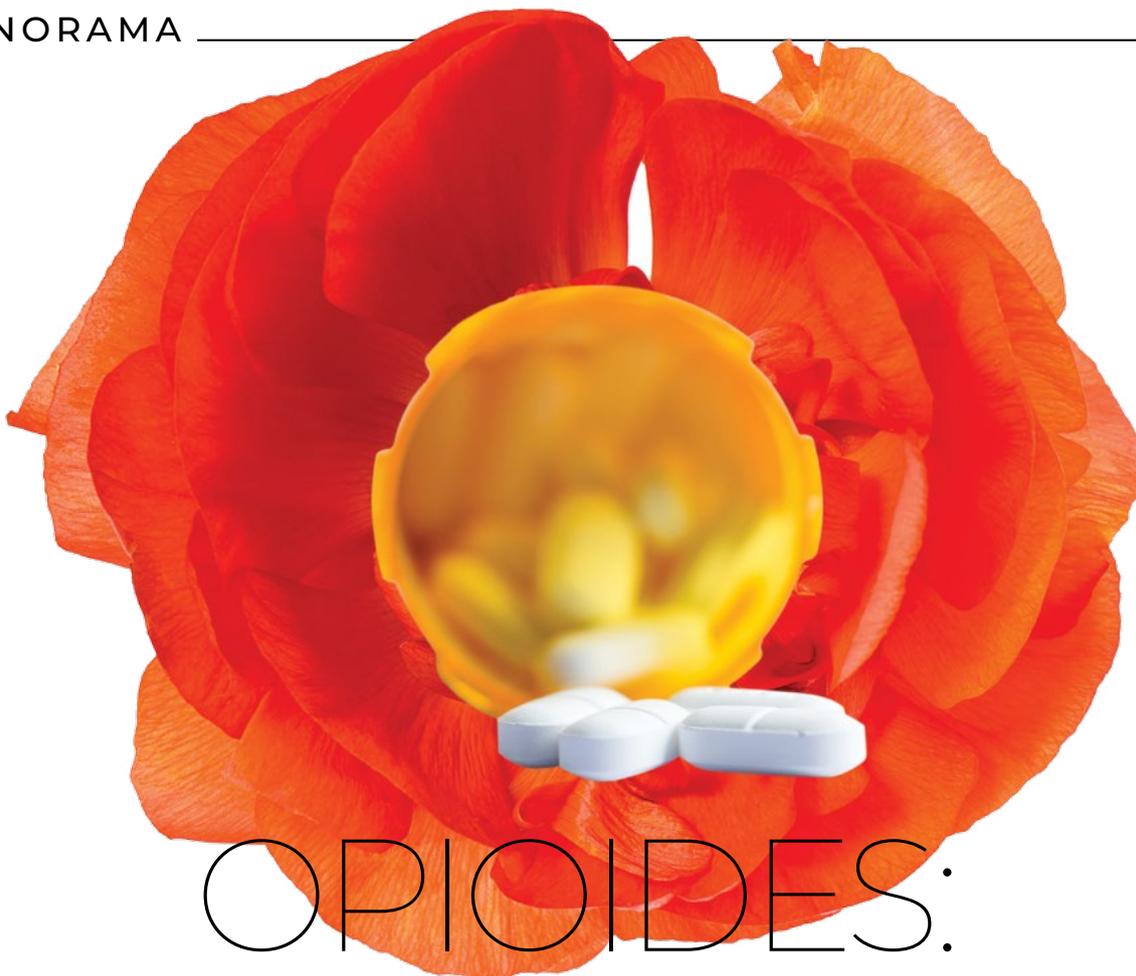
Um estudo randomizado de *follow up* de 29 anos publicado na *New England Journal of Medicine* com pacientes com câncer de próstata localizado mostra que o tratamento com prostatectomia radical traz mais benefícios que a vigilância ativa em homens idosos com risco de metástase baixo e intermediário e com alta expectativa de vida.

O trial acompanhou 695 homens suíços que receberam vigilância ativa ou fizeram a cirurgia entre 1989 e 1999 e teve os dados atualizados em 2017. O estudo mostra também que a doença não é danosa para a maioria dos indivíduos. Hoje, 20% dos pacientes do trial estão vivos e, entre os que morreram, 70% não tiveram o câncer como causa. A conclusão é que a prostatectomia radical é benéfica para os pacientes com alta expectativa de vida, com uma média de 2,9 anos de vida ganhos em relação à conduta conservadora.

e leucemia mieloide aguda. Para esse tipo de leucemia, o tratamento seria totalmente inédito. O trabalho será orientado por um pesquisador local e outro global. No Brasil, o mentor será Eduardo Rego (FMUSP-RP e Oncologia D'Or) e, nos EUA, Ronald Gress, do NIH.

A estratégia com CAR T-cells se baseia em linfócitos T modificados com receptores capazes de reconhecer as células neoplásicas. As CAR T-cells podem ser produzidas com linfócitos do próprio paciente ou de doadores. Uma vez injetadas na corrente sanguínea do doente, elas atacam continuamente as células malignas.

A primeira aprovação para uso de CAR T-cells veio no ano passado nos EUA, onde elas já são utilizadas no tratamento de crianças e jovens com leucemia linfóide aguda (LLA) e adultos com linfoma difuso de células B. Para mieloma, existem pesquisas avançadas em andamento e previsão de aprovação em breve pelo FDA nos EUA. //



OPIOIDES: uma alternativa polêmica ou desejável?

O controle da dor com opioides já é considerado epidemia na América do Norte. Porém, no Brasil, ainda é baixo o consumo de tais substâncias

POR PAULA OTERO CORDEIRO E REGIANE DE OLIVEIRA

Há centenas de anos os opioides são prescritos para aumentar a qualidade de vida de pacientes com doenças que provocam dores, agudas ou crônicas, de grande ou moderada intensidade, seja pela própria enfermidade, seja pelo seu tratamento. Entre elas, o câncer.

Muito parecidos com substâncias naturais produzidas pelo próprio corpo, antigamente os opioides eram feitos a partir do ópio das sementes de papoula. Porém, nos dias de hoje eles já podem ser produzidas artificialmente em laboratório, e entram em sua categoria medicamentos como morfina, oxicodeona e hidrocodona, além de drogas como heroína.

“No passado, em grande parte do século XX, os opioides eram usados apenas para o tratamento de pacientes oncológicos. Em 1961, a ONU patrocinou uma convenção sobre fármacos narcóticos e determinou que os opioides são indispensáveis para o alívio da dor, estabelecendo uma provisão adequada de narcóticos para uso médico. Dessa maneira, a prescrição de opioides aumentou muito nas últimas décadas”, conta Lisiana Wachholz Szeneszi, médica especialista em cuidado integrado e paliativo, da Oncologia D’Or.

Os opioides funcionam interrompendo os sinais de dor, mas, em alguns casos, podem liberar o neurotransmissor dopamina, que

provoca uma boa sensação no corpo. Algumas pessoas são mais sensíveis do que outras a esse efeito “eufórico” e, por isso, acabam se viciando na substância.

Devido a esses fatores, o acesso a eles é controlado em alguns países do mundo – o que não impediu o surgimento de um problema real e social. Na América do Norte, especialmente nos Estados Unidos, já se fala em uma epidemia. Segundo um relatório publicado pelos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), o número de visitas às salas de emergências de hospitais norte-americanos por overdose de drogas opioides aumentou 30% entre 2016 e 2017, sem distinção de gênero, classe social, faixa etária, origem socioeconômica e região do país. O Centro estima que esse abuso nas prescrições de opioides custará aos EUA cerca de 78,5 bilhões de dólares por ano.

No Canadá, a crise também é grande. De acordo com a agência de saúde pública do país, mais de mil canadenses morreram de overdose de opioides apenas nos primeiros três meses de 2018, totalizando 8 mil vítimas de tais substâncias desde o início da epidemia, em 2016. Segundo a agência de saúde canadense, a prescrição excessiva e as vendas ilícitas de analgésicos são as responsáveis pela crise que atinge a parte norte da América.

A preocupação com o problema fez importantes instituições como a ONU, por recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), aumentarem o controle internacional sobre os opioides sintéticos. Já a American Society of Clinical Oncology (ASCO), na última edição de seu congresso especial sobre Qualidade de Vida e Cuidados Paliativos, colocou em pauta dois estudos sobre o tema. O primeiro, com um retrospectivo de dez anos, explorou os riscos associados ao uso de opioides entre pacientes com câncer. O segundo avaliou uma abordagem para reduzir o uso dessa categoria de substâncias entre pacientes com câncer que passaram por cirurgias urológicas.

Na dose certa

Apesar dessa crise e da questão do vício, os opioides são reconhecidos como uma das medicações essenciais para serem utilizadas nos cuidados paliativos, principalmente para a qualidade de vida dos pacientes com câncer.

“Atualmente, os opioides são aceitos em doses baixas para tratamento de dor aguda de moderada intensidade, em casos de dor oncológica e em alguns grupos de pacientes com dores crônicas e de pacientes em cuidados paliativos. O manejo da dor em doenças como o câncer precisa de uma abordagem multiprofissional concomitante ao tratamento”, afirma Szeneszi.

Mas qual é a dose certa e como fazer para que não haja abuso? Segundo os especialistas, uma correta e extensa avaliação médica, abrangendo diversos fatores, é o caminho para os medicamentos serem utilizados da melhor maneira. “Para a prescrição de opioides, o paciente precisa ter adequada avaliação médica, como tipo de dor, padrão de atividades diárias, melhor via de administração, interação com outras classes de fármacos de que já esteja fazendo uso, e conhecer o risco de desenvolver vício e de fazer uso abusivo desses medicamentos”, comenta a especialista.

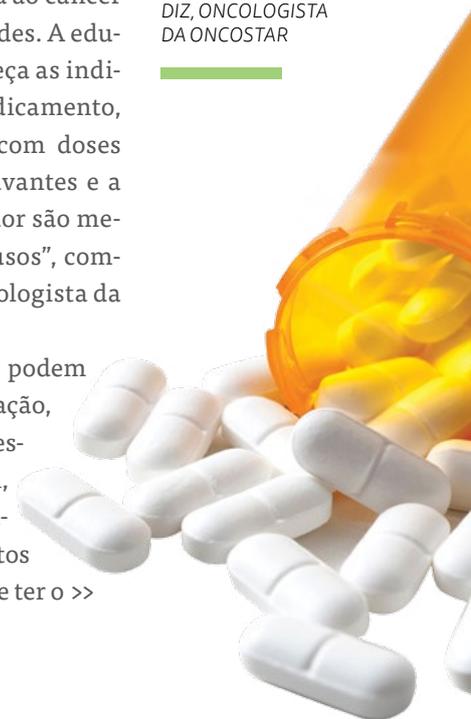
“Em pacientes com dor relacionada ao câncer é bastante raro o uso abusivo de opioides. A educação do paciente, para que ele conheça as indicações e os efeitos colaterais do medicamento, o uso supervisionado por médico, com doses regulares, o uso de medicações adjuvantes e a suspensão quando cessa a causa da dor são medidas importantes para evitar os abusos”, completa Maria del Pilar Estevez Diz, oncologista da OncoStar, em São Paulo.

Além da dependência, os opioides podem ter efeitos adversos, como constipação, náuseas, vômitos, sonolência e depressão respiratória, entre outros. Porém, todos eles podem ser prevenidos, controlados e melhorados com tratamentos concomitantes. “Por isso, é importante ter o >>



EM PACIENTES COM DOR RELACIONADA AO CÂNCER É BASTANTE RARO O USO ABUSIVO DE OPIOIDES.”

MARIA DEL PILAR ESTEVEZ DIZ, ONCOLOGISTA DA ONCOSTAR



“
NÃO PODEMOS
COMPARAR
OS EUA COM
O BRASIL.
AQUI, O USO
DE OPIOIDES É
MUITO PEQUENO
E INFELIZMENTE
AINDA TEMOS O
SUBTRATAMENTO
DA DOR.”
LISIANE SZENESZI,
ESPECIALISTA EM
CUIDADOS INTEGRADOS
DA ONCOLOGIA D'OR

médico prescritor por perto para o ajuste das doses. O médico sempre fará o balanço necessário para que o benefício do uso desses fármacos seja superior, e é o que vemos acontecer na prática clínica diária quando bem indicados”, diz Szeneszi.

Por essa razão, os especialistas concordam que o acompanhamento e as reavaliações são fundamentais nesses casos. “A necessidade de reavaliar continuamente o paciente após cada nova dose é uma ação inerente ao tratamento da dor. O sucesso do tratamento da dor relacionada ao câncer requer não apenas que os pacientes e seus familiares tenham ciência dos medicamentos prescritos, mas que eles compreendam os objetivos do tratamento, a necessidade da aderência ao tratamento e de uma boa comunicação com a equipe de saúde”, afirma o “Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer”, documento da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) baseado em uma reunião de consenso realizada em São Paulo, em 2014.

É necessário que os profissionais esclareçam os mitos sobre dependência e efeitos adversos com os pacientes e familiares. Os médicos também “devem estar disponíveis e acessíveis para atender a chamadas e responder a perguntas e desenvolver programas de tratamento que sejam simples e fáceis de seguir”, indica o documento.

No Brasil

Apesar da epidemia na América do Norte e dos bons resultados obtidos com os opioides em pacientes oncológicos, a utilização de tais substâncias para esse fim na América Latina, incluindo o Brasil, ainda é considerada baixa. A oncologista Maria del Pilar Estevez Diz é categórica: “O consumo de opioides no Brasil ainda é muito inferior ao esperado para a população com câncer”.

No mercado brasileiro, entre os opioides de longa duração estão aprovados tramadol, oxiconona, morfina, fentanil e buprenorfina (aprovada para tratamento de dor moderada a intensa). De acordo com a SBOC, “novas formulações de opioides fortes de liberação imediata para titulação em pacientes tolerantes ou virgens de opioide estão em análise pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária” (Anvisa).

Lisiane Szeneszi cita que, em 2015, a média de consumo de morfina oral por habitante na América Latina foi de 6,7 ml e, no Brasil, 10,6 ml. Ela ainda destaca que esse é um dos dados considerados pelo *The Economist* para o Quality of Death Index (última edição realizada em 2015).

A efeito de comparação, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) e o National Opioid Use Guideline Group (NOUGG) do Canadá recomendaram o uso de opioides fortes em baixa dose para o controle da dor moderada com as quantidades de morfina oral até 30 mg/dia ou oxiconona oral até 20 mg/dia, por exemplo.

“Não podemos comparar os EUA com o Brasil. Aqui, o uso de opioides é muito pequeno e infelizmente ainda temos o subtratamento da dor. O que precisamos é estar atentos para que haja uma educação relacionada ao correto uso dessas substâncias, para evitar seu abuso e, ao mesmo tempo, não deixar de tratar a dor adequadamente”, conclui a especialista em cuidados integrados. //



Agenda de eventos 2019

18 de maio – Brasília



28 e 29 de junho – São Paulo



9 e 10 de agosto – São Paulo



Setembro – Salvador



Rio de Janeiro



22 e 23 de novembro – Rio de Janeiro



Para mais informações:
eventosoncologiador.com.br

ONCOLOGIA D'OR

Saúde em MOVIMENTO



Novos estudos endossam a importância de uma rotina ativa na prevenção e no tratamento do câncer

POR HENRIQUE KUGLER

Correr, caminhar, pedalar, dançar. As atividades físicas podem ser momentos de lazer, além de contribuir para a melhoria geral da saúde. Durante muito tempo, no entanto, elas eram condenadas pelos profissionais de saúde para os pacientes com câncer. Mais recentemente, o tema tem despertado interesse da comunidade médica e virou objeto de pesquisas que avaliam tanto seu papel na prevenção da doença quanto seus benefícios para a qualidade de vida e o prognóstico dos pacientes oncológicos.

É de 1944 o primeiro trabalho a analisar como os exercícios podem inibir o crescimento de tumores. Em décadas subsequentes, porém, houve tímido avanço nessa área. Mais recentemente, novos esforços de pesquisa sugerem que o tema é, sim, digno de considerações mais atentas.

Existem pelo menos três linhas de investigação: como uma vida ativa pode evitar o aparecimento de quadros cancerosos; como a prática de exercícios pode integrar o tratamento de pacientes oncológicos; e como uma rotina fisicamente disciplinada pode beneficiar a sobrevivência de ex-pacientes após a cura.

Sedentarismo em xeque

Em 2016, o periódico *JAMA Internal Medicine*¹ publicou um importante estudo sintetizando os principais resultados de trabalhos realizados nas últimas décadas. A publicação traça conclusões gerais sobre a ocorrência de 26 tipos de neoplasias num grupo de 1,44 milhão de pessoas. Elas foram acompanhadas durante 17 anos – de 1987 a 2004. Principal resultado: maiores níveis de atividade física foram estatisticamente relacionados à diminuição do risco de ocorrência de 13 dos 26 tipos de câncer avaliados: esôfago, fígado, pulmão, rim, gástrico, endometrial, leucemia, mieloma, cólon, cabeça ou pescoço, retal, bexiga e mama.

“Trata-se de uma excelente referência, que nos permite começar a entender em maior profundidade como a prática de atividades físicas se relaciona à ocorrência do câncer”, comenta o professor de educação física Bruno Viana, pesquisador do Grupo de Estudos em Psicofisiologia do Exercício, vinculado à Universidade de São Paulo (USP).

Para melhor compreender essa publicação, Viana destaca um elemento de nomenclatura que passaria batido ao leitor comum. É a diferença entre atividade



física e exercício físico. “Tecnicamente, uma atividade física é qualquer movimento corporal que resulte em gasto energético acima daqueles observados em níveis de repouso”, explica. Funções da vida diária, como varrer o chão, passear com o cachorro ou subir escada, fazem parte dessa classificação. “Exercícios físicos, por outro lado, são atividades físicas planejadas, estruturadas e repetitivas com o objetivo de influenciar o condicionamento corporal.” Exemplos são a prática regular de um esporte, o estudo de uma arte marcial com afinco ou simplesmente a rotina de frequentar uma academia.

E por que tal distinção é relevante? Porque o trabalho em questão avaliou apenas pacientes habituados a atividades físicas, e não a exercícios físicos. Em outras palavras, mesmo atividades rotineiras e despreziosas – sem compromisso assíduo a modalidades atléticas e esportivas – já exercem efeito protetor contra a carcinogênese. Os preguiçosos que não se animem, pois mesmo a atividade física deve ser regular, sistematizada e controlada – totalizando ao menos 150 minutos por semana.

Se praticar atividades físicas de vez em quando já reduz o risco de neoplasias, também é verdade que pessoas >>

CÂNCER DE MAMA E INATIVIDADE FÍSICA: UM CASO BRASILEIRO

Após cruzar dados coletados ao longo de 25 anos, a equipe liderada pelo professor Diego Augusto Santos Silva, do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sugere que a falta de atividade física⁴ causa um número substancialmente maior de mortes por câncer de mama do que outros fatores como a obesidade, ingestão de álcool e consumo excessivo de bebidas açucaradas, independentemente da biologia tumoral ou tratamento. Em 1990, foram 7.264 mortes por câncer de mama, das quais 875 podem ser atribuídas à inatividade física. Já em 2015, o total de mortes foi 16.964, sendo a inatividade física a provável causa de pelo menos 2.075 delas.

A pesquisa também revelou

algo que, para muitos, pode ser surpresa: “No Brasil, estados com melhores indicadores socioeconômicos apresentaram maiores taxas de mortalidade por câncer de mama em decorrência da falta de atividade física, em relação aos estados menos desenvolvidos”, diz o autor. No topo da lista está o Rio de Janeiro, seguido de Rio Grande do Sul e São Paulo. Os estados do Nordeste se saíram melhor nessa análise. Segundo Gilberto Amorim, coordenador de mama da Oncologia D’Or, a mortalidade da doença poderia ser reduzida em mais de 10% se as mulheres em tratamento se exercitassem mais. “O estudo é provocador e interessante, mas seus resultados ainda precisam ser replicados em novos trabalhos para chegarmos a conclusões mais seguras”, analisa Amorim.



“SESSÕES DE MUSCULAÇÃO E PEDALADA FORAM DECISIVAS PARA O MEU BEM-ESTAR E O MEU PROGRESSO NAS DIVERSAS FASES DO TRATAMENTO”

VINICIUS ZIMBRÃO, PERSONAL TRAINER E EX-PACIENTE

mais ativas são menos propensas a desenvolver câncer do que pessoas menos ativas. É a conclusão de outro estudo, também de 2016, publicado no periódico *Clinical Cancer Research*². Segundo os autores, houve 37% de redução do risco de mortalidade por câncer em pacientes com uma vida bastante ativa, em comparação a pacientes com uma vida pouco ativa fisicamente.

A intensidade das atividades físicas deve ser analisada também. Segundo estudo publicado em 2015 na revista *Cancer Epidemiology*³, quem pratica atividade física intensa tem 26% menos possibilidade de ter câncer colorretal. Para câncer de endométrio, esse valor corresponde a 18%, enquanto para câncer de mama o número averiguado foi 12%. De acordo com a publicação, níveis insuficientes de atividade física são a causa

provável de 9% dos casos de câncer de mama e 10% dos casos de câncer colorretal na Europa.

No Brasil, resultados similares foram recentemente publicados⁴ por uma equipe liderada pelo professor Diego Augusto Santos Silva, do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Em artigo no *Scientific Reports*, periódico vinculado à *Nature*, os autores destacam a relação entre câncer de mama e inatividade física no país, à luz de números coletados entre 1990 e 2015 pelo Ministério da Saúde.

Tratamento e vitalidade

Além de ter um papel relevante na prevenção, uma rotina ativa pode ser benéfica inclusive durante o câncer. “Ainda não conhecemos ao certo os mecanismos responsáveis por essas interações em nível bioquímico ou molécula, mas tanto os exercícios aeróbicos como os de resistência têm efeitos benéficos durante e após a quimioterapia. Ambos são considerados seguros”, afirma o oncologista Cristiano Guedes Duque, do Instituto Nacional de Câncer (Inca). “Nessa fase do tratamento, são importantes a supervisão ou o treinamento realizados por um fisioterapeuta ou educador físico.”

O professor de educação física e atleta dedicado à corrida de aventura Vinicius Zimbrão é um exemplo desses benefícios do exercício. Ele foi diagnosticado

LEI DO MENOR ESFORÇO

Para quantificar a intensidade de um exercício ou atividade, pesquisadores usam uma medida conhecida como equivalente metabólico (MET, na sigla inglesa). Quanto mais alto o valor do MET, mais intenso é o exercício ou atividade⁵. Segundo estudo publicado em 2015 no *JAMA Internal Medicine*, um maior MET foi associado a menor risco de mortalidade por câncer nos pacientes em tratamento.

ATIVIDADE | MET

Caminhada lenta 2.0	Jardinagem recreativa 2.0	Limpeza doméstica 3.0	Subir escadas 4.0
Caminhada veloz (4,8 km/h) 3.3	Jardinagem intensa 4.0		
Caminhada intensa 6-7			



com câncer de testículo metastático em 2014. Durante o tratamento não abandonou a rotina de atividades. “Durante o período em que me submeti à quimioterapia, sempre procurei me exercitar tanto quanto possível”, conta o atleta. “Pedalava em bicicleta ergométrica, fazia musculação e dedicava-me muito a exercícios com peso para membros superiores.” Sua recuperação foi exemplar. “Acredito que ter mantido uma rotina ativa foi algo decisivo para meu bem-estar e o meu progresso nas diversas fases do tratamento”, lembra.

“Também há registros de mulheres que já eram bastante ativas antes de serem diagnosticadas com câncer de mama, conseguiram manter essas rotinas ativas durante a quimioterapia e apresentaram menos fadiga e mais disposição ao longo do tratamento”, diz a nutricionista Renata Martucci, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Um trabalho publicado em 2015 no *Journal of Clinical Oncology* demonstrou que exercícios podem otimizar os resultados da quimioterapia em pacientes com câncer de mama.

Martucci narra o caso de um paciente aficionado por jardinagem. Diagnosticado com câncer colorretal, ele usava boa parte de seu tempo capinando e cuidando de sua horta – até pouco antes da cirurgia. Após sua alta cirúrgica, logo voltou assiduamente ao manejo de suas plantinhas. “Foi um paciente atípico: ele perdeu pouco peso, manteve sua massa muscular e teve um pós-ope-

ratório muito satisfatório”, lembra a nutricionista.

A fisioterapeuta Fabiana Hottz, da Oncologia D’Or, testemunhou casos similares. “Em minha experiência clínica, notei que os efeitos adversos da quimioterapia foram atenuados entre os pacientes que realizavam atividade física de rotina até o diagnóstico, principalmente de média e alta intensidade; ou entre aqueles que conseguiram manter a prática de exercício físico durante o tratamento; ou ainda entre os que mantiveram suas atividades laborais”, diz a profissional.

E quais exercícios ou atividades, afinal, devem ser recomendados a pacientes oncológicos? Ainda não existe consenso. “Diferentes tipos de câncer têm naturezas fisiológicas distintas; assim, alguns exercícios podem ser mais recomendados que outros”, afirma Viana. Hottz complementa: “A rotina de atividade física durante o tratamento acaba sendo muito individual, devido à condição clínica de cada paciente”. Caminhada, bicicleta ergométrica, pilates, musculação, dança... São possibilidades que a fisioterapeuta sugere para quem está em tratamento – que, com a ressalva das particularidades de cada caso, devem ser recebidas com cautela por uma equipe interdisciplinar.

Um dos documentos mais completos com recomendações específicas para pacientes oncológicos é o *American College of Sports Medicine Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors*, publicado em 2010. >>

Pedalada casual
(menos de 16 km/h) | 4.0
Pedalada (25 km/h) | 6-10

Dança
| 4.8

Remada
ou caiaque
| 6-8

Natação
| 8.0

Corrida (12,8 km/h)
| 13.5



QUANTO E QUANDO? RECOMENDAÇÕES GERAIS DE ATIVIDADES FÍSICAS PARA ADULTOS

Praticar exercícios regularmente antes, durante e/ou após o tratamento para o câncer pode ajudar na recuperação e reduzir o risco de recorrência da doença ou de um outro tumor.

Pelo menos

30
MINUTOS

Atividade aeróbica
– Moderada intensidade

Pelo menos

5
DIAS/SEMANA

Para um total de

150
MIN/SEMANA

OU

25
MINUTOS

Atividade aeróbica
– Alta intensidade

3
DIAS/SEMANA

75
MIN/SEMANA

E

Atividade de fortalecimento
muscular
– Moderada a alta intensidade

3
DIAS/SEMANA

Ou qualquer
combinação
dos dois

WWW.HEART.ORG/EN/HEALTHY-LIVING/
FITNESS/FITNESS-BASICS/
AHA-RECS-FOR-PHYSICAL-
ACTIVITY-IN-ADULTS

As recomendações, no entanto, são sempre atualizadas. “No Brasil, ainda parece ser uma tendência recente, mas percebo que cada vez mais oncologistas têm incorporado a prática de atividades ou exercícios em suas orientações a pacientes com câncer”, comenta o oncologista Henry Najman, do Hospital Quinta D’Or, no Rio de Janeiro. “Praticamente a cada semana são publicados novos estudos abordando essa relação.”

Sobrevida ativa

Para ex-pacientes que superaram o câncer, também é natural especular que a rotina ativa possibilite vida mais longa e saudável. Descobertas recentes parecem solidificar esse entendimento. Exemplo é uma publicação de 2017 do *Journal of Lifestyle Medicine*. “Estudos sugerem que exercícios na fase de seguimento podem reduzir a taxa de recorrência e aumentar a sobrevida de pacientes com câncer de mama e de cólon”, reforça Duque, do Inca. “Principalmente para os que tiveram câncer de mama e de cólon e já terminaram a quimio-

terapia adjuvante, costumo informar que os exercícios físicos podem ser tão importantes quanto alguns dos quimioterápicos utilizados.”

Em 2014, enquanto pesquisadores ensaiavam cuidadosos passos rumo a um entendimento mais sofisticado acerca desse complexo assunto, Zimbrão acionava suas redes sociais: durante uma de suas 21 sessões de quimioterapia, o atleta resolveu fazer uma despreziosa postagem. “O que eu mais queria era treinar, mas, como não podia naquele momento, desafiei as pessoas a fazer isso por mim: sugeri que realizassem 30 minutos diários de atividade física.” Foi uma brincadeira. “Sem compromisso, mas duas horas depois a mensagem já havia viralizado na internet. Fiquei emocionado.”

Assim surgiu o Desafio do Zimbrão – o termo já virou hashtag nas redes. A ideia foi simples: assim que o atleta se recuperasse, ele iria subir a Mesa do Imperador, belo e conhecido percurso na Floresta da Tijuca, na capital carioca. São 5 quilômetros de estrada. E o caminho é deveras íngreme. Seu tratamento terminou

em dezembro daquele ano e, àquela altura, muitos já se preparavam para participar do desafio. O evento foi programado para fevereiro de 2015. Mais de 200 pessoas marcaram presença.

Hoje, a história de Zimbrão virou símbolo para aqueles que advogam em favor de uma vida ativa como estratégia de prevenção do câncer. “Tenho desde então incentivado as pessoas a dedicar pelo menos 30 minutos diários a exercícios ou atividades físicas”, diz o ex-paciente. “É muito mais prazeroso do que precisar dedicar, ao longo de tantos meses, de quatro a cinco horas diárias a sessões de quimioterapia.” //

¹ JAMANETWORK.COM/JOURNALS/JAMAINTERNALMEDICINE/FULLARTICLE/2521826
² CLINCANCERRES.AACRJOURNALS.ORG/CONTENT/22/19/4766
³ WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S1877782115000764?VIA%3DIHUB
⁴ WWW.NATURE.COM/ARTICLES/S41598-018-29467-7
⁵ WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PMC/ARTICLES/PMC4451435/

Prescreva exercícios de moderados a intensos:



ORIENTAÇÕES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pacientes podem e devem se exercitar durante o tratamento. Confira algumas orientações da Associação Americana de Oncologia Clínica (ASCO)

Comece devagar:

Pacientes com fadiga significativa devem começar devagar e aumentar a intensidade gradualmente.

Intensifique aos poucos:

Exercícios podem ser intervalados ao longo do dia com a meta de 30 minutos diários.



Recomendações personalizadas:



Tenha cautela ao recomendar exercícios físicos a pacientes com neuropatias periféricas ou ataxia, pois eles podem apresentar desequilíbrio e fraqueza. Consulte profissionais de educação física e opte por recomendar atividades estacionárias, como bicicleta de academia em vez de esteira.



Dados em prol da SAÚDE

Especialistas defendem a integração dos dados de saúde como oportunidade de transformação para o melhor cuidado de cada paciente

POR DÉBORAH ARAUJO

Redes sociais, dispositivos de monitoramento físico, aplicativos de compras e pagamentos. Compartilhamos constantemente nossas informações mais pessoais no ambiente digital para tornar a vida mais prática. No entanto, no campo da saúde, especialistas observam que ainda falta integração desses recursos informacionais nas tomadas de decisão que impactam desde a área administrativa de hospitais e clínicas até – e principalmente – os próprios pacientes.

“Grande parte da medicina continua no século XX. Toleramos que as informações fiquem bloqueadas em silos, ‘sequestradas’ pelas empresas”, observa Claudio Ferrari, diretor de Estratégia e Inovação da Oncologia D’Or. “Silo de informação funciona assim: esta informação é do hospital, aquela é do laboratório A, esta é do laboratório B, aquela é da clínica de vacinação, estas do centro de pesquisa... e nada disso é discutido. A informação gerada pelo próprio paciente é descartada porque não faz parte de nenhum desses silos.” Segundo ele, para conhecer o indivíduo, é importante integrar todas as fontes: prontuário, laudos, resultados de exames e dados fornecidos pelo próprio paciente, como hábitos do dia a dia, alimentação, medidas ambulatoriais, queixas de dores e histórico pessoal e familiar de saúde.

Essa visão em inovação tecnológica é reforçada por Ariel Dascal, diretor de Transformação Digital da Rede D’Or São Luiz. “A conversão de usuários para o digital passa sempre por criar nesse ambiente uma experiência melhor que a alternativa não digitalizada”, declara. “O incentivo ao uso deve incluir uma boa comunicação das suas vantagens, treinamento, ouvir o feedback de uso e implementar as melhorias sugeridas. Finalmente, ao adotar o novo processo digital como padrão, deve-se acompanhar seu uso, identificando o comportamento dos usuários, com um olhar mais atento para aqueles que não estão usando e constatando os motivos pelos quais não usam.”

São muitos os casos em que dados de saúde poderiam ser mais bem aproveitados para conhecer o estilo de vida e diagnosticar o paciente.

Por exemplo, os aparelhos wearables como o FitBit e os aplicativos de smartphones que contam os quilômetros de locomoção dos usuários. “A questão é que esse dado não é integrado ao prontuário. Chip que monitora índice de glicemia; peak flow meter, usado para monitorar asma; pressão arterial, que é medida em casa completamente diferente do consultório – todas essas informações deveriam abastecer o prontuário eletrônico do paciente. Isso é transformação digital”, observa Ferrari.

Cuidados médicos a partir da centralização de dados

Imagine uma mulher em uma segunda gravidez de alto risco, passando por medo e estresse, seis meses de internações e altas do hospital. Essa é a experiência real da inglesa Juliet Bauer, cuja filha nasceu prematura. Ambas sobreviveram recebendo os cuidados necessários a partir da coleta de dados. “Ao observar os cuidados de saúde em um leito de hospital, fiquei fascinada pelo modo como os funcionários se esforçavam para obter o máximo de informações e tecnologia, além de fornecer produtos e serviços que são lugar-comum em outras áreas da vida moderna”, relatou Bauer em seu artigo em 2017 para o jornal *The Guardian*.

Após essa experiência, Juliet Bauer migrou do setor privado para o público e hoje é diretora de Experiência Digital da NHS England – National Health Service. O serviço inglês tem a missão de assegurar que pacientes e médicos tenham recursos, tecnologias e conhecimento necessários para um cuidado melhor.

“Os pacientes querem acessar os resultados dos testes, agendá-los e ver seus registros da mesma forma digital, rápida e conveniente que acessamos nossas contas bancárias e fazemos nossas compras. Sem essas instalações, os pacientes têm menos controle, e o tempo valioso dos médicos é usado com perguntas não clínicas, reduzindo o tempo gasto com o cuidado”, observa Bauer.

O uso de tecnologias simples, como chats em websites, pode, além disso, poupar gastos. “Há experiências nos Estados Unidos com comunicação via site que, respondendo às dúvidas dos pacientes, permitiram ganhos de sobrevida da ordem de seis meses, superior ao alcançado com muitas drogas milionárias”, aponta Claudio Ferrari.

De acordo com um artigo publicado no National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine, o Center for Clinical Effectiveness at the Henry Ford Health System, em Detroit (EUA), já desenvolvia, em 1993, sistemas para rastrear o status funcional dos pacientes a longo prazo após o tratamento, bem como os custos de seus cuidados. Esse enfoque forneceu o ímpeto para o desenvolvimento de um sistema uniforme de coleta de dados eletrônicos.

“A informação é fundamental. Está claro que ela tem que ser personalizada e estar direcionada aos dados e que, para isso, é preciso mudar o modelo de coleta e gestão de dados”, acrescenta Ferrari.

No entanto, é preciso incentivar pacientes e médicos a compartilhar informações nos sistemas eletrônicos

centralizados. De acordo com Ariel Dascal, o primeiro passo é “entender quais são de fato as fricções, qual problema estamos tentando resolver tanto do ponto de vista dos médicos quanto dos pacientes. O que cada um ganha com isso? Para os pacientes, é evidente o interesse em ter seus dados de forma fácil e centralizada. Mas e para os médicos? Qual o benefício?”, exemplifica o especialista. “Existe uma proliferação de ferramentas de prontuários eletrônicos, em geral ferramentas de editor de relatórios customizados, assim cada um faz o seu. Mas os médicos acabam tendo um custo com essas ferramentas.”

No Brasil, Ariel Dascal observa uma oportunidade imensa no Sistema Único de Saúde (SUS). Não se trata de buscar mais recursos para investir

na digitalização dos dados, e sim “de priorizar os investimentos atuais em saúde preventiva, gestão populacional e, com isso, reduzir o custo com tratamentos. O sistema já gasta um dinheiro significativo com os agentes de saúde, que vão de casa em casa preenchendo fichas que depois têm pouco uso para o planejamento de políticas de saúde”, acrescenta o gestor.

Inovação informacional na medicina

Enquanto a estruturação de um sistema eletrônico nacional ainda é um processo em debate no país, exemplos de empreendedorismo brasileiro na área da saúde ganham força, como a Mendelics, laboratório de exames e testes genéticos. “Há três anos desenvolvemos um software que separa com extrema eficácia as >>



mutações benignas das patogênicas, o que traz grande eficiência às análises”, explica o médico David Schlesinger, CEO e cofundador da empresa. Segundo ele, essa empreitada se tornou possível por uma “explosão cambriana na área de saúde”: primeiro, os dados estão ficando mais acessíveis. “Os sequenciadores têm ganhado grande escalabilidade ao longo dos últimos dez anos. E a computação em nuvem permite processamento eficiente das informações”, explica Schlesinger. Além disso, o custo de sequenciamento genético despencou. “Hoje, conseguimos fazer um genoma completo por mil dólares”, acrescenta.

Hoje, a Mendelics gera terabytes (uma das maiores unidades de medida de dados) de informações provenientes de mapeamentos genéticos por semana, firmando-se como a

principal empresa nesse setor de serviço na América Latina, com 70% da produção.

“Quando conseguimos gerar essa quantidade de dados, eles ficam acessíveis de uma maneira que podemos sequenciar populações e, a partir daí, escalar isso para todo mundo, gerando benefícios para os idosos, para os adultos jovens, para as crianças e todos os espectros”, ressalta David Schlesinger.

Outro benefício é a maior eficácia nos diagnósticos. “Quando se chega à escala de dezenas de milhares de casos das mesmas doenças, você consegue prever outras coisas.” Um exemplo é de um menino que,

aos 2 anos de idade, vivia com paralisia cerebral. Após o diagnóstico, descobriram que ele tinha insuficiência de dopamina, o mesmo neurotransmissor que falta em quem sofre de mal de Parkinson. “Com o início do tratamento, a criança começou a fazer alguns movimentos maiores. Depois de um ano, já estava andando e conseguindo levar uma vida normal”, declara o empresário.

Um dos obstáculos, no entanto, é o custo dos testes genéticos, hoje inacessíveis à maioria dos brasileiros. “De um ponto de vista populacional, por exemplo, o iPhone, quando foi lançado, era muito caro. Com o tempo, os smartphones foram se tornando mais acessíveis, e o custo foi caindo”, avalia Schlesinger, otimista de que o mesmo aconteça na saúde.

Na tendência da “economia compartilhada” (*share economy*), outra startup brasileira que vem conquistando espaço é a Beep Saúde. Criada em janeiro de 2016, tem como foco “desenvolver novos formatos de acesso a serviços de saúde”, como levar de Uber o médico disponível mais próximo até o paciente, explica o CEO e cofundador Vander Corteze, especialista em medicina do trabalho. Segundo ele, a ideia nasceu da observação de quatro “rotas anômalas” para sanar a necessidade de atendimento médico no Rio de Janeiro.

A primeira é a prática de enviar uma dúvida por WhatsApp a um médico amigo. “O público leigo, quando demanda do médico, espera que ele assuma a responsabilidade ao dar uma resposta”, ressalta Corteze. O segundo caso é a pessoa que entra no buscador do Google com o propósito

de se autodiagnosticar e medicar. “Não é raro o médico ter de explicar que muitos absurdos lidos na internet não são realidade. É um mal com o qual temos que aprender a lidar.”

A terceira rota anômala, segundo Corteze, é a busca pelo atendimento em emergência. “Nós sabemos que as emergências não foram planejadas para o atendimento de um quadro como uma sinusite, mas para o paciente é a opção de médico que ele tem no momento”, acrescenta o especialista. Por fim, há ainda a negligência do próprio paciente em relação aos sintomas, por falta de tempo e/ou recursos para buscar um atendimento médico.

Como empreendedor serial, Corteze aponta como necessários três fatores para inovar: resiliência, trabalho duro e “pivotar”, ou seja, ter foco e agir no momento certo. Ele também alerta contra a glamourização do negócio empreendedor, que pode ser perigosa para quem quer inovar: “Se alguém falar de empreendedorismo sem qualquer erro, está contando parte da história”. Outro obstáculo é o medo de colocar a ideia no mercado por questão de patente. É preciso ter consciência de que a ideia em si não vale nada, e sim sua execução. “Se a ideia é boa, alguém já teve. Tem que convencer o mercado de que a ideia é boa”, acrescenta Corteze.

A visão mercadológica é reforçada por Raphael Braga, gerente de Empreendedorismo e Startup da Finep – Financiadora de Inovação e Pesquisa. “O momento está mais adequado para captar valor. Empreendedores e grandes corporações estão mais preparados, entendem que a inovação aberta é uma realidade.” //



DESCOBRIR, COMPARTILHAR, CONECTAR, CONSTRUIR.

PESQUISA • ENSINO • INOVAÇÃO

Promovemos a saúde por meio do avanço do conhecimento científico, da inovação tecnológica e da disseminação do saber.

Conectamos ideias e práticas. Acreditamos no poder das parcerias e da colaboração.

A ciência nos move, e nós movemos a ciência.

conheça: idor.org

INSTITUTO *Idor*
PESQUISA E ENSINO

28 DISCUSSÃO DE CASO

SARCOMA DE PARTES MOLES DA COXA

**Oncologista, cirurgião e patologista discutem desafio
de definição diagnóstica, programação cirúrgica
e tratamento dessa neoplasia**

Sobre o paciente:

IDENTIFICAÇÃO	SBC
Sexo: feminino	
Idade: 62 anos	
Neoplasia: sarcoma de partes moles da coxa esquerda	

APRESENTAÇÃO



Veridiana Pires de Camargo
*Oncologista clínica
 especialista em sarcomas*
 Clínica Oncostar –
 Rede D'Or SP Icesp
 ✉ veripcamargo67@gmail.com

A paciente notou o aparecimento de nódulo em coxa distal esquerda há quatro meses com crescimento progressivo e piora da dor. Referiu dificuldade de deambulação e edema local. Ao exame físico, apresentava tumoração palpável em compartimento posterior da coxa associada a edema e calor local.

A paciente foi avaliada por ortopedista geral, que solicitou ressonância de coxa e joelho esquerdo para melhor avaliação de massa tumoral palpável ao exame físico. A ressonância

da coxa esquerda mostrou lesão expansiva medindo aproximadamente 10 cm com alto realce em T2, em compartimento posterior da coxa esquerda com envolvimento circunferencial do nervo ciático e contato direto com fêmur distal.

Diante da suspeita de um sarcoma de partes moles, a paciente foi encaminhada para ortopedista oncológico, que realizou biópsia tipo core por via aberta. O anatomopatológico da biópsia mostrou tratar-se de sarcoma pleomórfico de alto grau. A tomografia de tórax de estadiamento não mostrou evidência de doença metastática.

Diante disso, com diagnóstico de um sarcoma pleomórfico de alto grau de coxa esquerda estágio clínico IIIB (AJCC 8ª edição), a paciente foi encaminhada para avaliação por ortopedista oncológico para a ressecção cirúrgica radical. >>

CIRURGIA



André Mathias Baptista
Oncologista ortopédico do
Hospital São Luiz Itaim.
Chefe do grupo de tumores ósseos
do Instituto de Ortopedia FMUSP
✉ andre.baptista@uol.com.br

A cirurgia é o tratamento principal dos pacientes com diagnóstico de sarcoma de partes moles e deve ser realizada por cirurgião oncológico ou ortopedista oncológico. O procedimento cirúrgico recomendado é uma ressecção ampla com margens negativas, ou seja, sem tumor próximo às margens (R0). Para isso, deve haver tecido normal em volta do tumor ressecado. A margem mínima considerada adequada na peça cirúrgica depende de alguns fatores, incluindo subtipo histológico, tratamentos pré-operatórios e a presença de barreiras anatômicas resistentes como fáscia muscular, periósteo e epineuro (Casali, PG et al, Annals of Oncology 2018).

Neste caso, após o planejamento baseado na

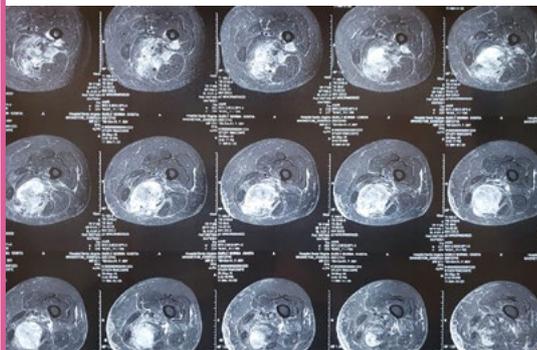
ressonância magnética, em um primeiro tempo cirúrgico foi realizada uma via de acesso longitudinal posterior na coxa esquerda, com dissecação do nervo ciático proximal e distalmente a lesão. Após o isolamento do nervo e a constatação de que se encontrava de fato dentro do tumor, foi avançada a dissecação ao redor do tumor através de tecido normal, respeitando as margens amplas nos limites medial e lateral.

O tumor se encontrava adjacente ao fêmur, como já observado na ressonância magnética. O nervo ciático foi então seccionado proximal e distalmente. Como planejado, a margem óssea profunda seria marginal, sendo posteriormente utilizada a radioterapia adjuvante. As margens cirúrgicas foram demarcadas com cliques de titânio para facilitar o planejamento da radioterapia pós-operatória e foi realizado o fechamento da ferida operatória por planos.

Em um segundo tempo cirúrgico, foi inserida uma haste intramedular femoral para evitar fratura patológica após a radioterapia adjuvante, já que foi ressecado o periósteo do fêmur em uma extensão significativa.

ESTADIAMENTO DOS SARCOMAS DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADES:

- Tomografia de tórax
- Ressonância magnética do membro acometido (abaixo)



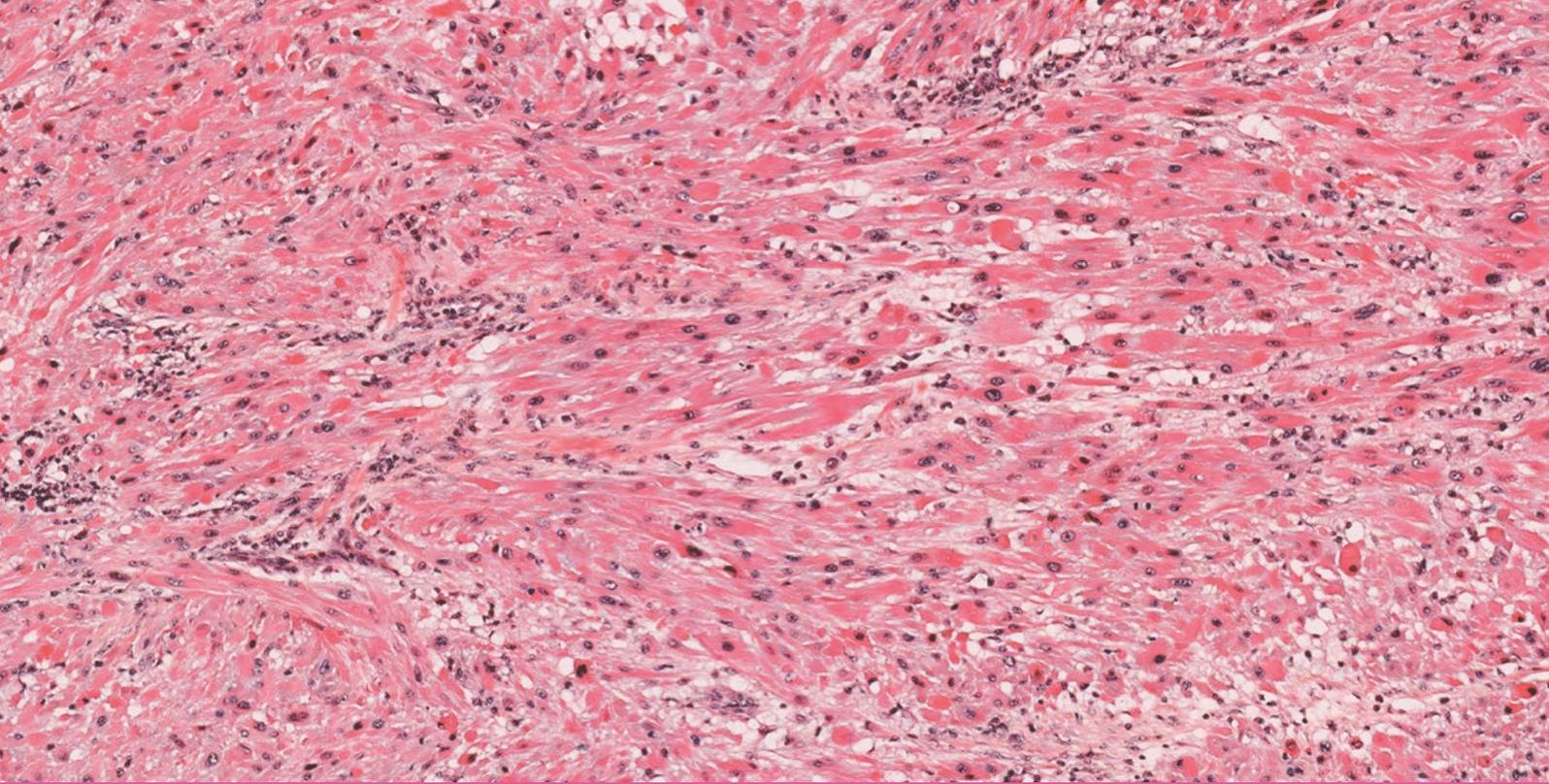
ACERVO VERIDIANA CAMARGO

PATOLOGIA



Maria Luisa Botelho
Patologista especialista em
sarcomas ósseos e partes moles
do laboratório da Rede D'Or
✉ malu.botelho@gmail.com

A análise morfológica da peça cirúrgica mostrou que se tratava de um sarcoma de alto grau com padrão fusiforme polimórfico, com áreas hipercelulares e hipocelulares, em meio a estroma mixoide, com proeminente vascularização. Foram então levantadas as seguintes hipóteses diagnósticas: lipossarcoma desdiferenciado ou mixofibrossarcoma de alto grau. Para ajudar no diagnóstico diferencial entre essas duas entidades e tentar determinar a



diferenciação desse sarcoma, foi solicitado painel imuno-histoquímico e teste molecular para pesquisa de amplificação do gene MDM2 pela técnica de FISH (hibridação *in situ* por imuno-fluorescência).

O estudo imuno-histoquímico demonstrou positividade para CD34, marcador pouco específico, porém comumente expresso em mixofibrossarcomas, e negatividade para todos os demais marcadores testados, incluindo marcadores de diferenciação neural, miogênica, rabdomioblástica, adipocítica e para sarcoma sinovial. A amplificação do gene MDM2 resultou negativa, desfavorecendo a possibilidade de lipossarcoma desdiferenciado. Considerando-se os achados morfológicos, imuno-histoquímicos e moleculares, o caso foi então rediscutido em reunião anatomoclínica e o diagnóstico estabelecido foi o de mixofibrossarcoma de alto grau.

A patologia dos tumores de partes moles, além de representar um desafio diagnóstico do ponto de vista morfológico, necessita frequentemente de exames complementares e estreita correlação clínico-radiológica, como ilustrado pelo caso apresentado, tanto para definição diagnóstica como para programação cirúrgica e determinação de tratamento quimioterápico e/ou radioterápico. //

DESFECHO

A paciente teve boa evolução pós-operatória, porém, devido à ressecção do nervo ciático, encontra-se em uso de órtese para auxílio na deambulação. Atualmente, está em programação de radioterapia adjuvante, recomendada para sarcoma de alto grau maior do que 5 cm, de acordo com o estudo de O Sullivan et al (Lancet. 2002 Jun 29;359(9325):2235-41).

Em relação à quimioterapia adjuvante baseada em antraciclina e ifosfamida por cinco ciclos, apresenta benefício absoluto limitado e toxicidade elevada (Pervaiz N et al Cancer. 2008 Aug 1;113(3):573-81). No caso em questão, paciente acima de 60 anos com histologia desfavorável para quimioterapia, não favorecemos a indicação.

A discussão em reuniões multidisciplinares com especialistas em sarcomas, bem como individualmente com o paciente e familiares, a fim de pesar os riscos e benefícios em cada caso, é de fundamental importância.



COMENTÁRIOS

Deixe seu comentário ou dúvida sobre o caso em: <http://revistaonco.com.br/discussao-de-caso-sarcoma-de-partes-moles-da-coxa>



De volta ao TRABALHO

Retorno do sobrevivente oncológico ao mercado de trabalho é marcado por desafios psicológicos, físicos e sociais. Quase metade dos pacientes não consegue reinserção

POR SOFIA MOUTINHO

Diagnosticada com câncer de mama em 2016, a médica Marieta Carrero viu sua vida pessoal chacoalhar. Tinha acabado de se casar e, além de projetos de vida e sonhos, acumulava dívidas. Essa é a parte que muitas vezes fica de fora do discurso sobre o câncer. A vida financeira e profissional também é afetada com a doença. Marieta atendia em uma UPA e precisou se afastar mediante atestado para iniciar o tratamento. Durante a quimioterapia, ainda conseguiu trabalhar com um regime mais leve em um ambulatório. A maior dificuldade, porém, veio após o término da quimioterapia, no momento de retornar à rotina.

“Foi bem puxado voltar a um regime de 40 horas semanais. O mercado de trabalho não quer saber se você teve um problema ou limitação. Senti muita pressão nessa volta. Comecei uma negociação dura com a chefia para que pudesse ter uma rotina mais adequada para mim, mas não fizeram questão de me ajudar. Não podiam me demitir, mas me induziam a pedir as contas”, conta ela. Além de ter que lidar com os efeitos físicos do tratamento, a médica se viu enfrentando uma nova situação: sair de paciente para trabalhador novamente. “Me sentia incompreendida. Você quer que as pessoas tenham um olhar diferenciado para você por causa da sua situação. Você não está mais no auge da produção, mas ao mesmo tempo quer voltar ao normal”, comenta.

O caso de Marieta é apenas uma das histórias que

ocorrem todos os dias no retorno ao trabalho dos pacientes que sobrevivem ao câncer. A médica teve um final feliz. Após um período de dificuldades, trocou de emprego e voltou à rotina. “Estou satisfeita onde estou, as exigências são as mesmas, plantão de 12 horas, e não quero ser tratada com diferença por causa do problema que tive. Vou com prazer para o trabalho”, conta.

Nem todas as pacientes, no entanto, têm a mesma sorte. Um estudo recentemente conduzido no Instituto Estadual do Câncer de São Paulo (Icesp) com 125 sobreviventes de câncer de mama mostra que, um ano após o tratamento, o retorno ao trabalho foi de 30%. Após dois anos, chegou a 60%. Isso significa que 40% das pacientes não voltam ao mercado de trabalho depois do câncer.

Na América do Norte e na Europa, as taxas de retorno ao trabalho após o câncer de mama variam entre 24% e 66% seis meses após o diagnóstico e entre 53% e 82% após três anos. Não há dados desse tipo para a América do Sul.

Segundo dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) obtidos pela lei de acesso à informação, em 2017 foram efetuados 89.441 afastamentos via auxílio-doença previdenciário por câncer e neoplasias de aspecto benigno ou de evolução incerta. Isso representa 4% do total de afastamentos no ano (2.033.878). Se a porcentagem obtida no estudo do Icesp for extrapolada e aplicada ao total de licenças, isso significa que cerca de 35 mil pessoas não retornam ao mercado após o diagnóstico. >>

PARA ALÉM DOS EFEITOS FÍSICOS

Muitos sobreviventes de câncer enfrentam preconceito e dificuldades sociais na volta ao trabalho



01

TRABALHADORES:

→ **4%** de todos os afastamentos por doença no Brasil são por câncer

→ **70%** acreditam que receberão apoio no trabalho se tiverem o diagnóstico



02

NO MUNDO:

→ **44%** dos sobreviventes dizem estar preocupados com a reintegração no trabalho

→ **37%** expressam preocupação com a discriminação no trabalho



03

EMPRESAS NO BRASIL:

→ **60%** não possuem práticas de prevenção e acompanhamento do funcionário com câncer

→ **67%** têm dificuldade de apoiar os funcionários com câncer

→ **35%** não sabem como reinserir os sobreviventes



04

TAXAS DE RETORNO AO TRABALHO APÓS O CÂNCER DE MAMA:

América do Norte e Europa:

→ **24% a 66%** 6 meses após o diagnóstico

Brasil:

→ **30%** 12 meses após o diagnóstico



“A quantidade de pacientes que não voltam ao trabalho é um impacto econômico e social muito grande para o país”, comenta uma das autoras do estudo, a oncologista Vanessa Petry, da Oncologia D’Or.

Segundo a pesquisa, no caso do câncer de mama, a realização da mastectomia (retirada dos seios) é o principal fator ligado ao não retorno ao trabalho. O procedimento pode deixar limitações físicas, como redução do movimento dos braços, especialmente quando é necessário fazer o esvaziamento axilar. “Essas pacientes podem voltar ao trabalho, mas muitas vezes precisam ter cuidado ao carregar peso, o que pode afetar especialmente trabalhadores braçais”, explica Petry. “Cozinheiras que trabalham com panelas gigantes e precisam pegar até 5 quilos contam que não existe coleguismo, reclamam que não são ajudadas. Essas pacientes precisam de uma atenção especial para se reinserir.”

A pesquisa observou ainda a influência do nível educacional e do suporte do empregador. Quanto mais instrução e mais apoio no ambiente de trabalho, maiores as chances de retorno. “As pacientes que mais precisam do

dinheiro são as que menos conseguem retornar. São famílias totalmente devastadas. Elas já passaram por um diagnóstico de câncer e ainda terão que viver com uma renda familiar reduzida”, comenta a médica.

Entre os efeitos comuns do tratamento do câncer em geral que podem persistir na volta ao trabalho estão baixa imunidade, cansaço para executar pequenas tarefas, formigamento nas extremidades e, no caso da quimioterapia, a chamada *chemo brain*, que é um prejuízo temporário na atenção e na memória.

No entanto, segundo a médica, o retorno é possível na maioria das vezes. “Com o avanço da medicina, muitos tipos de câncer têm cura ou podem ser controlados com qualidade de vida para paciente”, diz.

Instabilidade empregatícia

Além dos desafios da readaptação, existe o medo de perder o emprego. “Tenho pacientes que nem tiram licença durante o tratamento com medo de ser demitidos”, afirma a psicóloga especializada em pacientes oncológicos Ana Hubner. “Uma paciente de 24 anos conseguiu um

APOIO PSICOLÓGICO



Além do acompanhamento médico, é necessário o apoio psicológico. “Muita gente procura o psicólogo do meio para o final do tratamento. As pessoas pensam que podem deixar esse acompanhamento, que está tudo certo, que terão de volta a vida ‘normal’ e sua autonomia. Mas o recomendado é fazer um acompanhamento de cinco a dez anos após a remissão da doença”, diz a psicóloga especializada Ana Hubner. Ela salienta que, nesse retorno, é importante que o trabalhador tenha um período de adaptação com horários mais flexíveis e menos cobrança.

Não foi o caso da advogada Maria Carolina Rinaldi, que teve uma leucemia. Após o fim do tratamento,

ela encontrou dificuldades no ambiente de trabalho. “Estava muita ansiosa com essa reinserção. Ao mesmo tempo que temos a ânsia de sobreviver, temos medo de encarar a rotina”, conta. “Por causa do trabalho estressante, sem flexibilidade, minha imunidade caiu e precisei me afastar com uma recaída. Fui para outro emprego, mas, como ficava seis horas sentada, tive um linfedema. Por ter bons resultados, eles não me realocavam para outra posição, e o que consegui foi trabalhar com uma carga reduzida. Tive que escolher: ou continuava batendo metas e prejudicando minha saúde ou trabalhava menos, ganhava menos e mantinha minha saúde.”



AS PACIENTES QUE MAIS PRECISAM DO DINHEIRO SÃO AS QUE MENOS
CONSEGUEM RETORNAR AO TRABALHO. SÃO FAMÍLIAS TOTALMENTE
DEVASTADAS. ELAS JÁ PASSARAM POR UM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E
AINDA TERÃO QUE VIVER COM UMA RENDA FAMILIAR REDUZIDA

VANESSA PETRY, ONCOLOGIA D'OR

emprego após o tratamento de leucemia e no primeiro dia, quando o chefe perguntou sobre sua saúde, ela contou que fazia acompanhamento. Ela trabalhou normalmente, e dois dias depois, ele ligou dizendo que o contador havia instruído que não a contratasse porque ela tinha doença preexistente. Ela ficou arrasada.”

Não há dispositivo legal que garanta ao paciente com câncer estabilidade no emprego, seja com doença preexistente ou não. O advogado Thiago Farina, especialista em direitos do paciente com câncer do Oncoguia, explica que para esses casos é usada a jurisprudência com base em discriminação.

“Hoje não existe estabilidade, mas apenas um entendimento dos tribunais. Se uma pessoa com doença grave é demitida, presume-se uma discriminação. Se a pessoa questionar isso judicialmente, a empresa tem que provar que não foi por discriminação”, explica. “Principalmente quando o paciente fica afastado por muito tempo, e isso não é incomum em casos de câncer, a empresa acaba se adaptando a sua ausência, colocando alguém no lugar e, quando o empregado volta, ele acaba desestabilizando a empresa.”

Está em análise na Câmara dos Deputados um projeto de lei aprovado no Senado (PLS 14/2017) que pretende garantir essa estabilidade ao trabalhador que se afastar por auxílio-doença. A ideia do projeto é estabelecer um tempo após o tratamento em que o indivíduo possa provar que continua apto a desenvolver suas funções.

Segundo a proposta, o benefício da estabilidade será assegurado ao trabalhador mesmo que a doença seja anterior à sua filiação no sistema previdenciário e independentemente de ele ter sofrido acidente de trabalho.

Para os profissionais autônomos, lidar com o câncer pode ser ainda mais desafiante. Muitas vezes eles precisam se desfazer de bens e pedir empréstimos.

O corretor de imóveis Lincoln Aguiar de Moraes precisou mudar de área porque passou a usar uma prótese e teve a voz afetada após um câncer de laringe.

“Não deu para voltar para a corretagem porque é uma atividade em que se fala muito. Coloquei meu currículo no mercado, mas sempre trabalhei com vendas e não tinha experiência com outras atividades”, conta. “Fui sobrevivendo com a reserva que por sorte eu tinha.” A saída foi tentar um concurso público. Lincon passou, mas, mesmo com um laudo médico atestando sua capacidade para o emprego, a empresa pública negou sua posse, alegando que não haviam se passado cinco anos desde o diagnóstico. Hoje ele está com um processo para tentar reverter o caso.

Percepção das empresas

O câncer aumenta cada vez mais sua prevalência e caminha para se tornar uma doença crônica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um homem em cada cinco e uma mulher em cada seis terá câncer. As empresas precisam aprender a se ajustar ao novo cenário.

Uma pesquisa da Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH) em parceria com a ONG Go All, realizada com 261 profissionais de RH e colaboradores, constatou que a maioria das empresas brasileiras, quase 60%, não possui práticas de prevenção, acompanhamento e tratamento de câncer de seus funcionários.

Os dados do levantamento confirmam a necessidade de mais atenção das corporações para o tema, na opinião de Luiz Edmundo Rosa, diretor da ABRH. “O RH tem que saber olhar nos olhos das pessoas e escutar, para melhor entender e atender os seus quadros”, afirma. “Muitos profissionais de recursos humanos são pressionados a ajudar suas empresas a superar a crise econômica e, com isso, estão se comportando mais como executivos de finanças. >>



As empresas não precisam de um clone do financeiro, precisam de alguém que cuide do humano, que escute os funcionários.”

Entre os gestores ouvidos pela pesquisa, 67% dizem ter dificuldade de prover apoio para funcionários que tenham câncer e 35% afirmam não saber como reinserir os sobreviventes. Também entre as preocupações dos chefes estão a perda de produtividade do funcionário e o aumento com os custos de saúde. Em contraste, a pesquisa também indica um alto grau de confiança dos colaboradores: 70% acreditam que receberão apoio se tiverem o diagnóstico.

Ainda de acordo com a pesquisa, 55% das empresas apoiam os colaboradores com doenças graves. Entre as iniciativas mais comuns estão o aconselhamento específico para o colaborador (36%) e a flexibilização das condições de trabalho (33%).

O empresário Walter Baxter, gerente-geral da multinacional de tecnologia médica BD, viveu os dois lados da moeda. Com um cargo de alto executivo e responsável por grandes equipes, foi pego de surpresa com um diagnóstico de melanoma metastático em 2015. “Acredito que, muito mais do que a minha visão como gestor, minha visão de mundo mudou”, declara. “A relevância e o grau de importância para certos temas mudaram completamente. Me tornei uma pessoa melhor, valorizando cada momento que antes passava despercebido.”

Durante o tratamento, Baxter não se afastou da empresa e viu no trabalho um estímulo a mais para enfrentar a doença. “O convívio com os colegas e os desafios do dia a dia na empresa faziam com que eu esquecesse do meu problema, trazendo uma agenda produtiva onde eu me sentia vivo. Com isso tudo, eu não tinha tempo de ficar fazendo as perguntas que nunca têm respostas, como ‘por que eu?’”, conta. “O paciente com câncer precisa se sentir útil e continuar contribuindo para a sociedade, e o trabalho me possibilitou isso.”

A psicóloga Ana Hubner também vê no diagnóstico uma oportunidade. “Cada vez que a pessoa vence um obstáculo, vai tendo cada vez mais a sensação de superação, de ser capaz. De voltar à vida e fazer o que fazia antes”, comenta. “Muita gente acaba voltando ao trabalho com mais empenho, dando mais valor, e outras pessoas descobrem novas habilidades e se arriscam empreendendo em algo novo.” //

DÚVIDAS FREQUENTES

Funcionário com câncer pode ser demitido?

Não existe lei específica que impeça a demissão. Porém, segundo entendimento consolidado na Justiça do Trabalho, presume-se discriminatória a dispensa de empregado portador de doença grave (a exemplo do câncer). Por ser presumida, caberá ao empregador provar que a despedida não tem relação com a doença e sim com outras circunstâncias (ex.: razões econômicas).

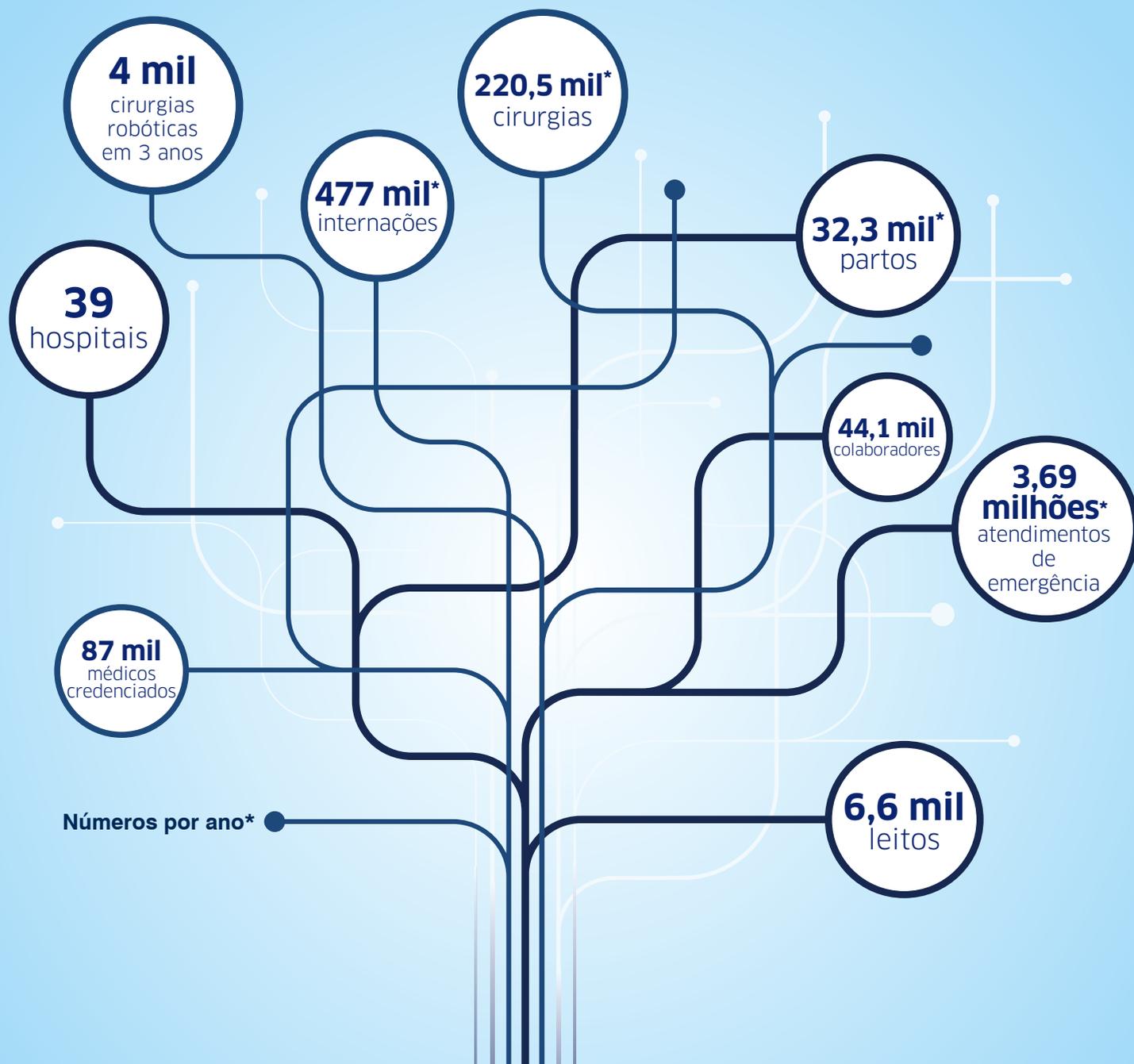
Sobrevivente de câncer pode preencher vaga de cotas?

Empresas com 100 (cem) ou mais funcionários são obrigadas a reservar um percentual de 2% a 5% das vagas para pessoas com deficiência habilitadas ou beneficiários reabilitados pelo INSS. Não há nada que impeça o paciente com câncer de preencher a reserva de vagas, desde que esteja apto para o trabalho, comprove possuir alguma deficiência decorrente da doença (inclui, por exemplo, ostomia, amputação e deficiência visual) e tenha passado por processo de reabilitação profissional perante o INSS.

O paciente com câncer pode participar de concurso público?

Todos os candidatos disputam as vagas em igualdade de condições, de modo que não haja privilégios, salvo a diferenciação positiva das vagas, como no caso das reservadas a pessoas com deficiência. Uma das etapas do concurso público é o exame médico admissional para avaliar se o candidato se encontra apto a exercer a atividade pretendida. Não é incomum que o candidato seja reprovado no exame médico por já ter recebido o diagnóstico de câncer, o que, na visão de alguns, geraria, com frequência, afastamentos para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez. Porém, tem prevalecido na Justiça o entendimento de que, se a doença estiver controlada, o candidato não poderá ser impedido de assumir o cargo.

Rede D'Or São Luiz: dedicação e respeito pela vida.



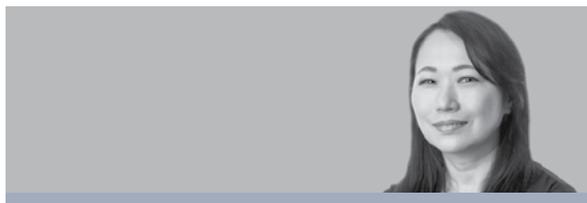
A Rede D'Or São Luiz é hoje a maior rede de hospitais privados do país. E continua em expansão, há mais de 40 anos, investindo em novas tecnologias, em equipes altamente qualificadas e no atendimento humanizado.

www.rededor.com.br



ACOMPANHE AS NOVIDADES DE CONGRESSOS, SIMPÓSIOS E ENCONTROS DE ATUALIZAÇÃO DA ÁREA

ASTRO
ASTRO 2018



POR **LISA MORIKAWA**

O encontro anual da Sociedade Americana de Rádio-Oncologia (ASTRO) ocorreu de 21 a 23 de outubro na cidade de San Antonio, Texas, com mais de 11 mil participantes. Foram apresentados em sessão plenária os estudos mais relevantes da área. Entre eles, os que mais se destacaram foram os seguintes:

Randomized Trial Evaluating Radiation following Surgical Excision for 'Good Risk' DCIS: 12-Year Report from NRG/RTOG 9804

No subgrupo de pacientes com câncer de mama de baixo risco, a recidiva é muito improvável após a realização de tratamento conservador. Entretanto, a radioterapia (RT) pode reduzir ainda mais esse risco. Esse é o único estudo randomizado e prospectivo que compara observação versus RT adjuvante com ou sem tamoxifeno em carcinoma ductal in situ de baixo risco. O uso de radioterapia reduziu à metade o número de recidivas. É importante discutir com as pacientes as vantagens de realizar ou não um tratamento adicional à cirurgia, já que esse tipo de câncer não impacta na expectativa de vida e tem uma taxa de recidiva muito baixa mesmo sem o uso de RT. O estudo incluiu 629 pacientes, com idade mediana de 58 anos, 76% das quais eram mulheres pós-menopausadas. O tamanho médio do tumor foi 0,6 cm, 65% com amplas margens cirúrgicas (maior ou igual a 1 cm). 44% eram tumores grau 1 e o restante grau 2. Tamoxifeno foi utilizado por 58% das pacientes do grupo irradiado e 65% no grupo não irradiado. Após 12 anos, a incidência cumulativa de recidiva local foi 2,8% (95% CI 1,1, 5.6) para as irradiadas e 11,4% (7,7,15.8) para aquelas não tratadas com RT. A incidência de recidiva

local invasiva foi 1,5% e 5,8%, nas irradiadas e não irradiadas, respectivamente (HR 0,34, 95% CI 0,14, 0,85; $p=0,016$). Na análise multivariada, apenas aquelas que receberam ambos, RT e tamoxifeno (HR 0,50, 95% CI 0,27, 0,91; $p=0,024$), tiveram redução de recidiva local. Não houve diferença significativa entre os braços em termos de sobrevida global, sobrevida livre de doença ou uso de mastectomia.

"FAST Phase III RCT of Radiation Therapy Hypofractionation for Treatment of Early Breast Cancer: 10-Year Results (CRUKE/04/015)."

Esse estudo recrutou 915 mulheres com câncer de mama invasivo de estágio inicial em 18 centros no Reino Unido entre 2004 e 2007. Os resultados iniciais desse estudo foram publicados em 2011 e indicavam que RT hipofracionada uma vez por semana resultava em toxicidade semelhante ao esquema convencional após dois anos do tratamento. Essa atualização confirma que esse resultado se mantém por mais oito anos. As pacientes foram randomizadas para um dos três braços de irradiação total da mama após cirurgia conservadora: a) tratamento convencional com 50 Gy em 25 dias, 2 Gy/fração por cinco semanas; ou RT hipofracionada com uma das seguintes doses; b) 30 Gy em cinco frações de 6 Gy cada uma vez por semana; ou 28,5 Gy em cinco frações de 5,7 Gy cada, uma vez por semana. As taxas de alterações moderadas ou severas foram baixas em todos os grupos. Alterações severas foram observadas em 13 de 774 mulheres (1,7%, seguimento mediano de cinco anos), e nove de 392 mulheres (2,3%, seguimento mediano de dez anos). Ausência ou mínimas alterações foram observadas em 88% (cinco anos) e 86% (dez anos) das mulheres. As pacientes do grupo que recebeu 30 Gy tiveram duas ou três vezes mais possibilidade de apresentar retração de mama ($p<0,001$), endurecimento ($p=0,004$) e telangectasias ($p=0,02$). Os efeitos adversos foram semelhantes entre os grupos de 28,5 Gy e 50 Gy. A taxa de recidiva local para todas as pacientes em dez anos foi de 1,3%. O estudo não foi desenhado para avaliar diferença em recidiva entre os braços.

“Local Consolidative Therapy (LCT) Improves Overall Survival (OS) Compared to Maintenance Therapy/Observation in Oligometastatic Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC): Final Results of a Multicenter, Randomized, Controlled Phase 2 Trial.”

O estudo incluiu pacientes com NSCLC em estágio IV com até três lesões metastáticas. Esses pacientes receberam tratamento sistêmico que consistiu em quatro ou mais ciclos de quimioterapia standard (platina) ou três ou mais meses de terapia-alvo (EGFR ou inibidores ALK). Aqueles cuja doença não progrediu após a primeira linha de tratamento foram randomizados para o braço experimental e tratados com cirurgia ou RT nos sítios tumorais (25 pacientes). O outro grupo recebeu o tratamento sistêmico standard de manutenção e observação (24 pacientes). Os autores mostraram que o braço experimental apresentou um benefício em sobrevida livre de progressão de 14,2 meses (95% CI 7,4, 24,3), comparado com 4,4 meses (95% CI 2,2, 8,3) para aqueles do braço controle ($p=0,014$). A diferença em sobrevida global foi ainda mais expressiva: pacientes do braço experimental tiveram uma sobrevida global mediana de 41,2 meses (95% CI 18,9, NA), comparado a 17 meses (95% CI 10,1, 39,8) para aqueles no braço controle ($p=0,017$). Nenhum dos grupos analisados apresentou toxicidade severa (grau 3 ou maior). Esse estudo apresenta o primeiro dado randomizado com ganho em sobrevida global devido ao tratamento radioterápico ablativo em pacientes oligometastáticos após tratamento sistêmico.

“Short Term Androgen Deprivation Therapy Without or With Pelvic Lymph Node Treatment Added to Prostate Bed Only Salvage Radiation Therapy: The NRG Oncology/RTOG 0534 SPPORT Trial.”

Essa foi a primeira apresentação de um amplo estudo com pacientes portadores de câncer de próstata operados em que a RT de salvamento foi direcionada ao leito operatório e aos linfonodos pélvicos associados a um curso curto de supressão androgênica. Os resultados foram tão expressivos que os autores decidiram apresentá-los antes do programado. A RT de salvamento restrita ao leito tem sido o tratamento padrão, mas apenas eficaz em controlar o PSA em 60% a 70% dos pacientes. O SPPORT Trial recrutou 1.792 homens nos Estados Unidos, Canadá e Israel, de 2008 a 2015. Os pacientes eram elegíveis se tivessem persistência de PSA

detectável ou elevação de PSA após prostatectomia. Eles foram randomizados em três grupos de tratamento: a) RT de leito isolado (PBRT), b) PBRT associado à deprivação androgênica por quatro a seis meses (STAD), e c) PBRT com RT linfonodal pélvica (PLNRT) associado à STAD. Começou-se a RT após dois meses do início da hormonioterapia. O desfecho principal avaliado nesse estudo foi sobrevida livre de progressão (PSA nadir +2, recidiva clínica ou morte por qualquer causa) e essa apresentação se baseou em uma análise interina de 1.191 pacientes. Em cinco anos, as taxas de sobrevida livre de progressão nesse grupo avaliado preliminarmente foi de 71,7% para PBRT isolada, 82,7% para PBRT+STAD e 89,1% para PBRT+PLNRT+STAD ($p<0,0001$). O SPPORT Trial é o primeiro estudo randomizado a mostrar que a RT nos linfonodos pélvicos, somada à irradiação do leito, é uma estratégia que resulta em benefício clínico significativo e deveria ser fortemente considerada na nossa prática clínica.

“Stereotactic Ablative Radiotherapy for the Comprehensive Treatment of Oligometastatic Tumors (SABR-COMET): Results of A Randomized Trial.”

Nesse estudo randomizado, fase II, open-label chamado SABR-COMET, os autores recrutaram 99 pacientes de quatro países (Canadá, Escócia, Holanda e Austrália) entre fevereiro de 2012 e agosto de 2016. Cada paciente apresentava até cinco lesões metastáticas. Todos os pacientes tinham boa performance (ECOG 0-1) e expectativa de vida maior que seis meses. Os tipos de câncer mais comuns foram: mama ($n=18$), pulmão ($n=18$), cólon ou reto ($n=18$) e próstata ($n=16$). A maioria dos pacientes tinha de uma a três lesões. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: a) tratamento paliativo (TP) e b) TP associado à radioterapia estereotáxica (SABR) de todas as lesões. O seguimento mediano foi 27 meses. A sobrevida global foi 41 meses para o braço que recebeu SABR comparado com 28 meses no braço controle ($p=0,09$). A sobrevida livre de progressão foi 12 meses para o braço de SABR comparado com seis meses no braço controle ($p=0,001$). Não houve diferenças em qualidade de vida. Esse é o primeiro estudo randomizado no qual altas doses de radioterapia podem tratar de modo eficaz doença oligometastática, aumentando a sobrevida mediana em 13 meses. >>



SAN ANTONIO
BREAST
CANCER
SYMPOSIUM
2018 –
41ª EDIÇÃO



POR GILBERTO AMORIM

Em dezembro, aconteceu o maior evento de câncer de mama do mundo: o San Antonio Breast Cancer Symposium. O encontro é uma grande oportunidade de aprendizado e sempre traz resultados de impacto para o tratamento da doença.

Eis alguns dos principais estudos:

KATHERINE

Estudo fase III com 1.486 pacientes comparou T-DM1 adjuvante por 14 ciclos vs continuar trastuzumabe em pacientes que fizeram quimioterapia neoadjuvante com trastuzumabe (alguns com pertuzumabe também) e não obtiveram resposta patológica completa. Hazard Ratio de 0,5 favorável para redução de risco de recidiva invasiva com T-DM1 (12 vs 22%) ainda sem impacto de sobrevida. Em três anos, o ganho absoluto foi de 11% (88 vs 77%) para sobrevida livre de doença. **Impacto:** Muda a prática. Publicado no *New England*. A crítica é que no mundo atual fazemos trastuzumabe com pertuzumabe neo, mas ainda assim T-DM1 naquelas com doença residual parece a melhor estratégia.

CIBOMA

Após 7,3 anos de seguimento, adicionou seis meses de capecitabina adjuvante após o término da quimioterapia convencional em pacientes triplo-negativas e não reduziu risco de recidiva em 800 pacientes avaliadas em estudo hispano-latino-americano. A revisão foi central, mas um achado intrigante foi de que talvez haja benefício em pacientes triplo-negativas não basais. O Brasil participou ativamente do estudo, sendo o oncologista José Bines um dos maiores recrutadores via Inca e eu um dos maiores recrutadores via clínica privada – Oncologistas Associados. **Impacto:** Nenhum, contrasta com os resultados do CREATE-X, mas pode-se tratar de pacientes de menor risco.

IMPASSION 130: Biomarcadores

A novidade é que os pacientes triplo-negativos metastáticos que se beneficiam da imunoterapia com atezolizumabe com nab-paclitaxel em primeira linha

são os que têm pelo menos 1% de positividade para PD-L1 nas células imunes. A resposta vale tanto para positivo no tumor quanto alta contagem de linfócitos CD8 / linfócitos e linfócitos infiltrando o estroma do tumor, pois esses que respondem também são aqueles positivos para PD-L1. Pacientes PD-L1 negativos não se beneficiam. **Impacto:** Espera-se aprovação já em 2019. Patologistas estão treinando essa medida de PD-L1 nas células imunes (VENTANA SP-142), pois a metodologia difere um pouco da de outros tumores. Precisamos saber quem são essas pacientes.

TAM 01 – Baixas doses de tamoxifeno para quimioprofilaxia?

Interessante estudo italiano com cerca de 500 pacientes com neoplasia intraepitelial (hiperplasia atípica, CDIS e CLIS) que receberam 5 mg de tamoxifeno (10 mg em dias alternados) vs placebo. Após cinco anos de seguimento, a redução de risco foi de 50% (11,3 vs 5,5%) favorável ao esquema com baixas doses de tamoxifeno. Nessa dose o índice de efeitos colaterais foi baixo, embora a aderência também tenha sido baixa. **Impacto:** Intrigante e provocador estudo. Sabemos que é difícil oferecer 20 mg para as pacientes, mas é nova a ideia de usar uma dose muito menor e ainda ter redução de risco. Tentador.

AMAROS – 10 anos de seguimento

As taxas de recidiva axilar isolada em pacientes com linfonodo positivo que não tiveram axila esvaziada, mas sim irradiada, não foram significativamente maiores do ponto de vista estatístico quando comparadas com as que tiveram a axila esvaziada. Foram cerca de 1,5 mil pacientes nos dois grupos. Após dez anos, foram 11 contra 7 recidivas axilares, o que não atingiu significância estatística. Nem a sobrevida livre de metástase nem a sobrevida global foram diferentes entre os grupos. **Impacto:** Se as pacientes se enquadram nos critérios do AMAROS, a dissecação axilar após linfonodo sentinela positivo em paciente que receberá tratamento sistêmico e radioterapia trará morbidade e linfedema.

AERAS – 10 anos vs 5 anos de anastrozol adjuvante

Foram avaliadas 1,7 mil pacientes japonesas, sobrevida livre de doença 91 vs 84% HR: 0,5 p=0,0004. Sobrevida global igual, com mais toxicidade. Nesse mesmo evento a meta-análise do EBCTCG com 11 estudos (22 pacientes)

foi apresentada. Foram avaliadas para o uso estendido de inibidores de aromatase (IA) após cinco anos ou mais de terapia endócrina. A redução relativa de risco de recidiva é de 35% se a paciente usou cinco anos de TAM e 20% se usou IA antes. O benefício é mais evidente quanto maior o número de linfonodos comprometidos. Risco de fratura aumenta 25% também. Poucos dados de qualidade de vida na meta-análise. **Impacto:** Mais do mesmo: cinco é pouco para algumas; 10-12 anos para todas pode ser muito, 7-8 talvez seja suficiente... Temos que avaliar caso a caso para saber quem tolera.

LISINOPRIL / CARVEDILOL cardioprotetores em pacientes com trastuzumabe?

Um estudo randomizado com 468 pacientes em tratamento adjuvante com trastuzumabe (T) comparou carvedilol vs lisinopril vs placebo. Desfecho: avaliar redução de 10% da fração de ejeção ou 5% se para menos de 50%. Só houve benefício na redução de cardiotoxicidade nas pacientes que, além de T, receberam antraciclina associadas, com um HR da ordem de 50% de redução de risco. No braço de T isolado não houve melhora comparada com placebo. Os efeitos colaterais foram mais intensos no grupo do lisinopril. **Impacto:** Se a paciente tem indicação do combo antraciclina-T, avaliar com o cardiologista uma dessas opções.

QT adjuvante em TRIPLO NEGATIVO? Já!

Estudo peruano avaliou 687 pacientes de estágio I, II e III. Dessas, 27% fizeram QT adjuvante em <30 dias, 48% entre 31-60, 17% entre 61-90 e 8% fizeram QT com mais de 90 dias. Sobrevida livre de doença em dez anos foi de 81% (grupo precoce) vs 68/71/66% nos demais grupos com $p = 0,005$. Sobrevida global 81% vs 67/67/65% com $p = 0,003$. O risco de morte foi em média o DOBRO se a paciente fez QT adjuvante com mais de 30 dias. **Impacto:** Assustador se pensarmos no SUS, mas não menos preocupante na saúde suplementar. Reforça a ideia de fazer mais QT neoadjuvante nesses casos para iniciar o tratamento sistêmico cedo.

PHARE – Trastuzumabe 6 vs 12 meses – Análise final

O estudo francês de não inferioridade com 3,3 mil pacientes é semelhante ao PERSEPHONE, mas é negativo na análise final. O HR foi 1,08, mas o intervalo de confiança foi 0,93-1,25 ($p = 0,39$). A diferença aceita era de até 2% em DFS, portanto as margens de redução de risco considerando 95% de

intervalo de confiança não podiam ultrapassar 1,15 e ultrapassaram. **Impacto:** Amplia a discussão de que uma meta-análise é fundamental, já que o HR encontrado foi praticamente igual ao do PERSEPHONE (HR: 1,07 (90% IC: 0,93-1,24) com $p = 0,01$. O máximo tolerado era 1,25. Os estatísticos franceses foram mais cautelosos, talvez por isso o estudo seja negativo.

Oncologista da Oncologia D'Or e membro da SBOC



POR **EDUARDO REGO**

Após 40 anos sem progressos significativos no desenvolvimento de novas drogas para leucemia mieloide aguda, foram apresentados no congresso da Sociedade Americana de Hematologia alguns estudos clínicos, já em fase 2 e 3, de drogas novas que têm uma indicação precisa para alguns subgrupos de pacientes com a doença portadores de alterações genéticas específicas. Entre os estudos apresentados, destaco o do doutor Eytan Stein com o inibidor de IDH-2 em pacientes com mais de 60 anos. Essa droga, que já havia sido estudada nas primeiras fases, tem efeito bastante promissor em pacientes que não têm indicação de tratamento mielossupressor. O trabalho, Beat AML Master Trial, analisou 28 pacientes com uma mutação no gene IDH-2 e sem tratamento prévio. A mediana da idade era de 75 anos e todos tinham alguma contraindicação para quimioterapia mais agressiva. Dos 28 avaliados, 27 receberam a droga na dose de 100 miligramas por dia de forma contínua. Os pacientes que não alcançaram a remissão hematológica após o quinto ciclo receberam uma segunda droga, a azacitidina, na dose habitual de 75 miligramas por metro quadrado durante sete dias. A taxa de resposta global observada com a droga foi de 44%, sendo que 37% desses pacientes (10) alcançaram remissão hematológica completa. Dado que o perfil desses pacientes de terceira idade é um grande desafio, considero esse resultado bastante promissor. A reação adversa mais frequente foi a chamada >>



ASH – AMERICAN ASSOCIATION OF HEMATOLOGY ANNUAL MEETING



VÍDEO
Assista a comentários de mais médicos em: revistaonco.com.br/videos

síndrome de diferenciação, que também é observada em pacientes com leucemia promielocítica aguda. Ela deriva basicamente do fato de que a medicação faz com que as células leucêmicas se diferenciem em células granulocíticas mais maduras, que acabam aderindo e transmigando principalmente no pulmão, causando insuficiência respiratória. Nesse estudo, 21% dos pacientes que receberam o enasidenibe tiveram síndrome de diferenciação. Acredito que essa droga, que já é aprovada nos EUA, será aprovada em outros países e terá uso para um nicho bem específico de pacientes.

Um segundo trabalho de destaque é sobre o uso dos inibidores do bcl-2 (venetoclax) no tratamento da leucemia mieloide. Essa droga tem sido estudada em associação ou com agentes hipometilantes ou com baixas doses de citarabina. Nesse ASH, o professor Stephen Strickland, da Universidade de Vanderbilt, apresentou os resultados do trial clínico combinando baixas doses de citarabina com o inibidor do bcl-2 para pacientes idosos com leucemia mieloide aguda que não têm performance clínico adequado para o tratamento quimioterápico agressivo. Nesse estudo foram recrutados 82 pacientes com a mediana de idade de 74 anos que recebiam 50 ou 100 miligramas diários de venetoclax por 45 dias. A dose foi posteriormente aumentada para 600 miligramas por dia em ciclos de 28 dias. Os pacientes recebiam ao mesmo tempo as baixas doses de citarabina, 20 miligramas por metro quadrado por dia, em ciclos de dez dias. O resultado desse estudo mostrou que 54% dos pacientes atingiram a remissão completa ou incompleta sem recuperação das contagens do hemograma. Isso foi observado após uma mediana de aproximadamente 1,4 mês e a duração completa foi de 8,1 meses. Esses resultados também são muito bons diante do quadro que hoje nós temos para tratar esses pacientes. Mas o que chama atenção é a eficácia da droga em vários subgrupos de mutações genéticas. A combinação de venetoclax com baixas doses de citarabina foi efetiva em pacientes com mutações do p53 do IDH-1 e 2, e do npm1. O principal efeito colateral observado foi mielotoxicidade, com mais de 40% dos pacientes apresentando neutropenia e aproximadamente a mesma frequência apresentando trombocitopenia, sendo que os efeitos adversos sérios mais comuns foram anemia e neutropenia febril. A introdução da nova droga é promissora. Vale destacar que o venetoclax também foi combinado com agentes citomutantes e o trabalho publicado pela doutora

Courtney de Nardo, do MD Anderson Cancer Center, mostra resultados muito semelhantes a esse, sugerindo que o inibidor do bcl-2 pode ser utilizado com uma maior frequência nesse grupo de pacientes mais idosos com leucemia mieloide aguda.

O terceiro trabalho sobre leucemia mieloide aguda que eu gostaria de destacar foi apresentado pelo doutor Ravandi, do MD Anderson Cancer Center, que utilizou uma nova construção baseada em um anticorpo biespecífico, construído geneticamente, que em um dos seus polos de afinidade se liga ao cd33, que é um antígeno mieloide, e no outro ao CD3, que é um antígeno de linfócitos T. Esse anticorpo aproxima a célula-alvo CD 33 da célula efetora, ou seja, de um linfócito T envolvido na imunidade linfocítica celular capaz de destruir as células leucêmicas. Essa estratégia de anticorpo específico, chamada de bite, foi utilizada com bastante sucesso. Existe uma droga comercial disponível para leucemia linfocítica aguda. Nesse estudo agora apresentado, há alguns resultados de fase 1, é um estudo clínico inicial. Ele tratou 40 pacientes com a idade mediana de 58 anos com leucemia mieloide aguda em recaída ou refratária, um quadro em que a taxa de resposta com a quimioterapia convencional é abaixo de 30%. Esses pacientes receberam diferentes doses desse anticorpo MMgo. A dose alvo foi de 240 microgramas por dia e todos esses pacientes tratados com monoterapia apresentaram uma diminuição no número de blastos na medula óssea. Infelizmente, embora alguns pacientes tenham alcançado remissão completa, ela não se manteve além do primeiro ciclo. Isso sugere que essa droga será provavelmente utilizada em associação a outras drogas e que essa talvez seja uma estratégia para aqueles pacientes que foram tratados com quimioterapia intensiva e que podem ser candidatos ao transplante de medula óssea. O resultado do transplante de medula óssea é tão melhor quanto menor a carga tumoral, portanto essa droga pode vir a ser aplicada para pacientes com doença residual mensurável, pode ser usada como uma ponte até o transplante de medula óssea. O ASH trouxe também outros estudos muito relevantes na semiologia da doença. E, sobretudo, abriu um novo horizonte de drogas com abordagens diferentes que entrarão no futuro em nosso armamentário contra essa doença tão devastadora. //

Coordenador de Hematologia na Rede D'Or São Luiz

#TOCADO POR VOCE



**TOCADO
POR
VOCÊ**

A ONCOLOGIA D'OR ESTÁ HÁ UM ANO TOCANDO O CORAÇÃO DOS PACIENTES COM UM PROJETO ENCANTADOR.



Projeto Harmonizando

O Projeto Tocado por Você aproxima os pacientes em tratamento de câncer da sociedade, incentivando a doação de música como forma de carinho e apoio.

Todo mês escolhemos um músico para se apresentar em uma das nossas unidades. Se você toca um instrumento, canta ou tem algum talento musical que leve um pouco de alegria para quem está em tratamento contra o câncer, seja um voluntário.



Patrícia Lessa Ramos e Gisele Pedrosa
(Colaboradoras da Oncologia D'Or)

Inscreva-se:

www.oncologiador.com.br/portal/tocado-por-voce



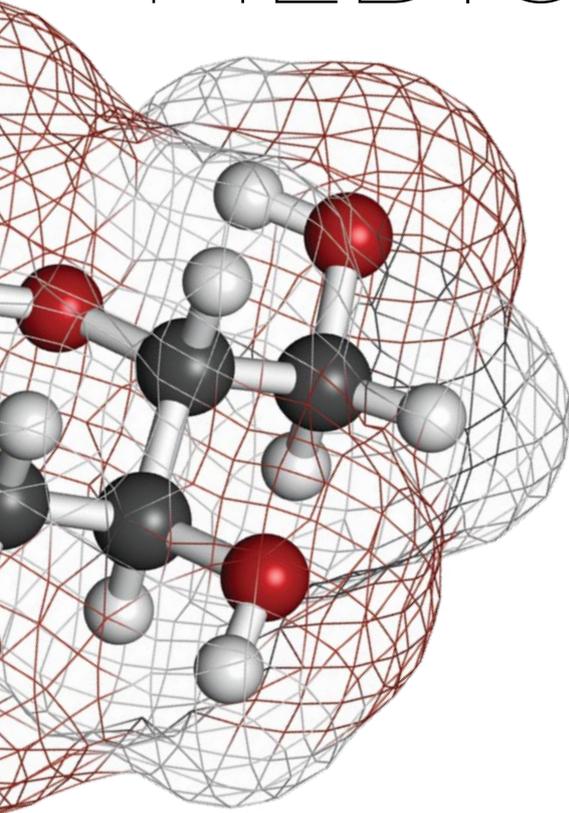
Circo Macaco Prego

ONCOLOGIA D'OR

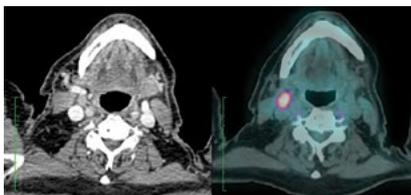
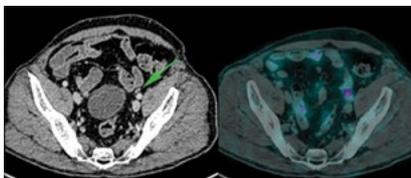
Nos trilhos de uma nova era da MEDICINA NUCLEAR

Elementos radioativos específicos para diagnóstico de tumores de próstata e neuroendócrinos estão ampliando os horizontes do PET Scan na oncologia

POR MOURA LEITE NETTO



Tumor de hipofaringe e linfonodo cervical caracterizados em estudo de PET/CT com FDG[18F].



IMAGENS: SÉRGIO ALTINO

No início do milênio, houve uma revolução no diagnóstico de câncer. Os aparelhos de PET/CT viraram uma realidade comercial e, ao mesmo tempo, as aplicações clínicas do radiofármaco FDG[18F] foram mais bem definidas. O FDG[18F], ou fluor-desoxiglicose marcada com flúor-18, é uma molécula de glicose associada a um isótopo radioativo emissor de pósitrons. A PET, ou tomografia por emissão de pósitrons, faz uma imagem da localização da emissão de pósitrons do flúor-18 e consequentemente consegue determinar o metabolismo de açúcar de um paciente *in vivo*. Isso ocorre porque as células do câncer se alimentam da glicose marcada com o isótopo. Dessa forma, a imagem não só mostra onde está o tumor, como também sua concentração de açúcar, dimensão e atividade.

“A elegante fusão de informações metabólicas e anatômicas em um mesmo exame, associada à versatilidade do radiofármaco FDG[18F], contribuiu para a rápida aceitação do método na oncologia”, comenta Sérgio Altino, médico nuclear responsável pelos serviços de SPECT/CT do Hospital CopaStar e do Centro de

ImagemCopaD’Or. “Frequentemente o estudo de PET/CT com FDG[18F] consegue localizar tumores e suas metástases, mesmo que eles não estejam associados a mudanças morfológicas significativas, e oferecer informações únicas sobre a agressividade e a viabilidade das lesões.”

Quanto maior o metabolismo do tumor, maior é a eficácia do PET/CT com 18F-FDG. O exame é usado em vários contextos clínicos pelo mundo. No Brasil, no entanto, se resume a uma lista restrita de tumores, como linfoma, câncer de pulmão de células não pequenas, de mama, de cabeça e pescoço, melanoma, tireoide, esôfago e colorretal. No SUS, o reembolso se restringe a um número ainda mais limitado de tumores.

O PET/CT com FDG[18F] é usado do estadiamento à suspeita de recidiva. No estadiamento de câncer de pulmão, por exemplo, o método é capaz de alterar a conduta em até um quarto dos pacientes avaliados por outros métodos.

Segundo Altino, é na avaliação da resposta terapêutica que o método tem um potencial único. “Usualmente avaliamos a resposta terapêutica ao término do tratamento. Mas as alterações metabólicas

antecedem as anatômicas e existem estudos promissores que demonstram o impacto do PET/CT na avaliação precoce da resposta terapêutica, como após o segundo ciclo de quimioterapia no linfoma, 14 dias após o início de terapias-alvo no câncer de pulmão metastático ou até 24 horas após radioablações de metástases hepáticas”, diz o médico. Ele ainda explica que a capacidade de identificar precocemente os pacientes que não vão responder a uma terapia pode possibilitar a suspensão de uma terapia tóxica e ineficaz e a substituição por uma terapia melhor.

Traçando novos caminhos

Embora o FDG[18F] seja o traçador mais utilizado para o PET/CT, ele nem sempre é um bom marcador. Os tumores de próstata, por exemplo, costumam ser mais indolentes e não apresentam alterações significativas do metabolismo glicolítico, e por isso não apresentam captação significativa de FDG[18F]. Por isso, explica Sérgio Altino, estão sendo desenhados novos radiofármacos com afinidade específica por alvos moleculares nesses tumores.

“É o que acontece com o PSMA, uma proteína que os tumores de próstata expressam em grande concentração. Hoje temos uma nova geração de radiofármacos com alta afinidade por essas moléculas e com capacidade de identificar tumores de próstata mesmo em lesões muito pequenas, como linfonodos com menos de 5 mm. O PET com PSMA é uma revolução na avaliação de tumores prostáticos, principalmente nos casos de recidiva bioquímica”, afirma Altino.

Embora o PSA seja um importante aliado para o diagnóstico de câncer de próstata, sua elevação nem sempre tem uma razão clara. “A pergunta que nos fazíamos era se esse PSA estava elevado por uma recidiva local, por uma recidiva à distância ou pelas duas situações juntas. Estamos tendo essas respostas com o PET-PSMA”, ressalta Lisa Morikawa, rádio-oncologista da Clínica São Vicente. O PET-PSMA, feito com contraste de gálio-68, é mais específico porque é um receptor de membrana da célula prostática. Essa proteína está hiperexpressa no tumor. Dessa forma, acrescenta Morikawa, é possível detectar, com quantidades baixas de radiação e com opção de tratamento curativo, lesões pequenas e com pouco volume de metástase.

“Vemos potencial também em indicar o exame para pacientes com tumor localizado, porém com características de alto risco, para estadiar a doença antes da cirurgia”, vislumbra o oncologista clínico Daniel Herchenhorn, da Oncologia D’Or. O primeiro dado nacional do impacto de PET-PSMA foi publicado no *International Brazilian*

Journal of Urology em julho de 2018, tendo Daniel Herchenhorn e Lisa Morikawa entre os autores.

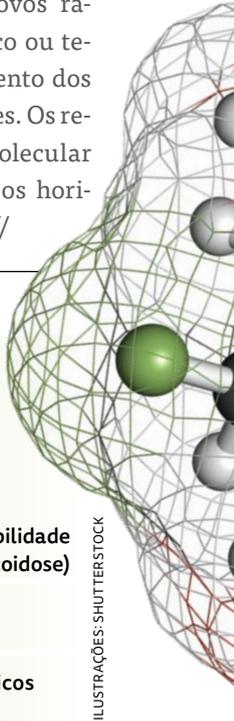
Do diagnóstico à terapia

Outro avanço na medicina nuclear é o conceito de teranóstico (terapia e diagnóstico). É o que ocorre com tumores neuroendócrinos metastáticos que expressam receptores de somatostatina. Tumores neuroendócrinos bem diferenciados costumam apresentar altos níveis desses receptores, que aparecem no estudo de PET/CT com uso de análogos da somatostatina marcados com gálio-68, outro isótopo radioativo emissor de pósitron. Na lógica do teranóstico, depois que se determina que uma lesão metastática tem alta concentração de receptores de somatostatina, é possível substituir o gálio-68 do radiofármaco por um isótopo radioativo emissor de partículas, tratando a lesão.

O desenvolvimento de novos radiofármacos, para diagnóstico ou terapia, depende do conhecimento dos alvos moleculares dos tumores. Os recentes avanços da biologia molecular na oncologia têm ampliado os horizontes da medicina nuclear. //

PET/CT – Radiofármacos mais utilizados na prática clínica no Brasil

RADIOFÁRMACO	ALVO MOLECULAR	PRINCIPAIS USOS
FDG [F18]	Metabolismo glicolítico	<ul style="list-style-type: none"> • Oncologia • Avaliação de processos inflamatórios e infecciosos • Neurologia (avaliação de demências e epilepsia) • Cardiologia (avaliação de viabilidade miocárdica, endocardite e sarcoidose)
DOTATOC-68Ga	Receptores de somatostatina	Avaliação de tumores neuroendócrinos
PSMA-68Ga	Antígeno da membrana específica da próstata (PSMA)	Avaliação de tumores prostáticos



ILUSTRAÇÕES: SHUTTERSTOCK



SHUTTERSTOCK

DA IMPOTÊNCIA AO IMPOSSÍVEL: uma clínica de grandes desafios

Graduei-me em ciências sociais e passei por um mestrado em história antes de ter meu interesse capturado pela psicanálise. Quando fui convidada a trabalhar com pacientes oncológicos, ainda concluindo o curso de psicologia, meu conhecimento sobre o câncer, seus tratamentos e sobre as repercussões emocionais que ele provoca não vinha de estudos universitários, mas de uma dramática experiência familiar. Perdi minha mãe com um câncer de ovário que, aos 56 anos, lhe concedeu somente sete meses entre diagnóstico e óbito. Hoje já são quase 30 anos de trabalho na clínica oncológica.

Tratar pessoas com câncer, do ponto de vista da psicanálise, não constitui um campo específico de trabalho. Nosso objeto de estudo e atenção profissional são o mal-estar psíquico, e o ponto de

partida é sempre receber cada pessoa sem ideias prontas sobre o que a traz e lhe provoca sofrimento. Tratar cada um em sua singularidade.

Mas é evidente que o diagnóstico de câncer tem um impacto imenso na vida de quem o recebe. A participação da psicologia na equipe multiprofissional de cuidados é o reconhecimento de que o sofrimento psíquico nesse contexto pode ser intenso, e de que tratá-lo pode trazer grandes benefícios para pacientes, familiares e equipe.

Sabemos que câncer é um nome único para doenças de gravidade muito diversas. Mas a maioria das pessoas que me chegam está muito abalada com o diagnóstico, que as põe em contato com a radical vulnerabilidade de seus corpos.

A questão das causas do adoecimento é um tema muito presente, e a tentativa de dar um sentido a essa contingência é frequente. É duro lidar com o medo e o sentimento de desespero. Ver no câncer um castigo ou um resultado de alguma outra coisa, como os ressentimentos guardados ou a acomodação na infelicidade, com alguma frequência é mais apaziguador para o paciente do que lidar com o absurdo da falta de explicação.

Outro grande tema é a dificuldade com os tratamentos, que se reflete em mudanças doloridas no cotidiano de suas vidas e relações. O abalo da confiança no corpo, a degradação da imagem corporal, os sentimentos de medo e vergonha pelo adoecimento, a dificuldade de lidar com o mundo ao redor e suas cobranças – é muita coisa junta.

A oferta de um espaço de fala-escuta para essa sensação de atropelamento provocada pela doença nem sempre é aceita. É compreensível que seja assim. Falar com um psicólogo é, para muita gente, sinal de fraqueza, admissão de loucura ou simplesmente perda de tempo. Muitos receiam tocar em aspectos problemáticos de suas vidas. O medo da depressão aparece como mais uma ameaça que pode levar ao pior. Só nos cabe aceitar e respeitar as recusas, deixando a porta aberta.



COMENTE_

Deixe seu comentário no site www.revistaonco.com.br/perspectiva-da-impotencia-ao-impossivel-uma-clinica-de-grandes-desafios



POR **ELENA LERNER**



Há pacientes que mantêm o ânimo, encaram a doença com otimismo e facilitam o percurso para si e para a equipe. O problema é isso ser tomado como modelo e virar exigência generalizada, levando a uma espécie de ditadura do pensamento positivo.

Trabalhar com oncologia exige também muito da equipe de profissionais de saúde, que vivem uma rotina exaustiva e nem sempre coroada por bons resultados. Precisamos valorizar o que é possível conquistar, recusar que doença incurável vire morte antecipada e evitar que a morte ao fim de um percurso seja sinônimo de batalha perdida.

A perda da ilusão de imortalidade pode paralisar ou não. Nossa aposta é reduzir o circuito de “cultivo” do sofrimento, convidando à fala e à busca das forças criativas e desejantes que nos habitam. Seguir vivendo, pelo tempo incerto que for, é um remédio precioso.

O Grupo Conte Conosco, que existe desde 1996, sob minha coordenação, é um dos recursos que criamos para que os pacientes compartilhem suas experiências entre si. Ele conta com um núcleo de voluntárias, pacientes mais antigas, que reúnem alguns pré-requisitos e têm um espaço paralelo de reflexão sobre o exercício de sua função.

Os encontros mensais acontecem na clínica Oncologia D’Or Botafogo (RJ) e não têm nenhuma intenção de palpitar sobre questões médicas, nem de produzir qualquer ideia homogeneizante sobre o enfrentamento da doença. São valorizados o testemunho de cada um e a singularidade das experiências vividas e dos caminhos trilhados. Fala-se dos medos, das perdas, dos ganhos, das pedras no caminho e do que cada um faz com isso. A aposta é de que as pessoas se tornem mais participantes de seus tratamentos e ganhem recursos para conviver com os desafios impostos pela doença. É imenso o aprendizado para os participantes, a começar por mim. //

Psicóloga, psicanalista, socióloga, participante da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP-RJ). Atua há 27 anos na clínica oncológica e coordena o Grupo Conte Conosco.

MUDAMOS PARA TE OFERECER AINDA MAIS QUALIDADE.

 **CONTEÚDO
DIGITAL EXTRA**



 **VÍDEOS**

 **PALAVRA DE
ESPECIALISTAS**

 **E MUITO MAIS**

Cadastre-se em nosso site para receber
a revista Onco& digital
e as novidades da área em seu e-mail.

ACESSE: www.revistaonco.com.br/cadastro

ONCO&



MEETING WITH EXPERTS
**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL
ONCOLOGIA D'OR**

9 e 10

de novembro de 2018
Windsor Oceânico | RJ



CONFIRA O RESULTADO DA SUBMISSÃO DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS E PAINÉIS LEAN.

TRABALHOS CIENTÍFICOS PREMIADOS

COLONIZAÇÃO POR BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS (GN) PRODUTORAS DE CARBAPENEMASE (ERC) – IMPORTÂNCIA NO RISCO DE BACTEREMIA E ÓBITO EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TMO)

Autores:

Marco Antonio Fichtner Bellizze (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Priscila Antunes (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Filipe Mitsuo Akamine (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Alan Johnes Marçal (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Renata Collareda dos Santos (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Rafaela Roberta Gomes (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Luzinete Rangel (Complexo Hospitalar de Niterói, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Marcia Rejane (Complexo Hospitalar de Niterói, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e Marcia Garnica (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA MIR-181 EM AMOSTRAS DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL (CCEO)

Autores:

Karine Coimbra (Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO, Duque de Caxias, RJ, Brasil), Ana Beatriz Machado Lima (Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO, Duque de Caxias, RJ, Brasil), Rômulo Sperduto Dezzone (Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO, Duque de Caxias, RJ, Brasil), Simone Queiroz Chaves Lourenço (Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói, RJ, Brasil), Luiz Carlos Moreira (Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO, Duque de Caxias, RJ, Brasil), Vivaldo Moura-Neto (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Cidade Universitária – Ilha do Fundão, RJ, Brasil), Flávia Regina Souza Lima (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Cidade Universitária – Ilha do Fundão, RJ, Brasil) e Cláudia Maria Pereira (Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO, Duque de Caxias, RJ, Brasil)

CHARACTERIZATION OF T790M OCCURRENCE ACCORDING TO THE PRIMARY EGFR MUTATION AT POST EGFR-TKI PROGRESSION NSCLC IN BRAZIL

Autores:

Carlos Gil Ferreira (Oncoclinicas Institute, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Giuliana Testa Montenegro (AstraZeneca, Cotia, SP, Brasil), Marcelo Graziano Custodio (AstraZeneca, Cotia, SP, Brasil), Mariano Zalis (Progenética, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Mauro Zukin (Américas Centro de Oncologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Clarissa Mathias (NOB and Hospital Português, Salvador, BA, Brasil), Carolina Kawamura Haddad (Hospital São José da Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil), Luiz Henrique Araújo (Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), Tatiane Caldas Montella (Oncoclinicas Institute, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e Marcelo Reis (Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

PAINÉIS LEAN PREMIADOS

Tema

A3 LEAN NO CEM – ESTUDO DE CASO DE TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO

Autor

VITOR SANTIAGO

Empresa

ENEL DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA

Tema

TEMPO DE DESFECHO DOS PACIENTES DO VERDE NO PRONTO-SOCORRO ADULTO

Autora

DEISE ALVES ANTÔNIO
MÁXIMO

Empresa

SPDM

Tema

SISTEMA DE NAVEGAÇÃO DO CUIDADO COORDENADO

Autor

MATHEUS DIACOV

Empresa

INNOVECARE

Iniciativa:

Apoio:

Os trabalhos na íntegra estarão disponíveis no portal da revista: revistaonco.com.br

ONCOLOGIA **D'OR**

INSTITUTO **D'OR**
PESQUISA E ENSINO

REDE **D'OR**
SÃO **LUIS**

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO:

Novas diretrizes de rastreio

O U.S. Preventive Services Task Force publicou novas recomendações para o rastreio do câncer de colo do útero, incorporando o teste HPV com uma das opções.

POR SOFIA MOUTINHO



Confira o novo protocolo americano:

MULHERES DE 21 A 29 ANOS

Teste citológico (Papanicolaou) a cada 3 anos



MULHERES DE 30 A 65 ANOS

1. Papanicolaou a cada três anos

ou

2. Teste de DNA-HPV a cada cinco anos

ou

3. Papanicolaou + Teste de DNA-HPV a cada cinco anos (menos preferível)



O rastreamento feito com Papanicolaou com intervalo menor do que três anos oferece pouco benefício e aumenta os riscos, como a **incompetência istmocervical**

SAIBA MAIS

O câncer de colo do útero afeta mais mulheres entre 30 – 45 anos



É raro em mulheres com menos de 25 anos

99%

DOS CASOS ocorrem em mulheres com infecção por HPV

ILUSTRAÇÕES: SHUTTERSTOCK, FREEPIK/EFLATICON



eventos 2019

JANEIRO | FEVEREIRO | MARÇO

MAR

08 A 10

ESMO UPDATE FOR PRACTICING ONCOLOGISTS 2019

Lugano – Suíça

cslide.ctimeetingtech.com/poc2019/attendee/confcal/session/calendar%E2%80%8B%E2%80%8B

13 A 17

NATIONAL LUNG HEALTH CONGRESS 2019

Turquia

www.uask2019.com

20 A 23

1ST. GALLEN INTERNACIONAL BREAST CANCER CONFERENCE 2019

Viena – Áustria

www.oncoconferences.ch/dynasite.cfm?dsamid=500295

20 A 24

AHPBA 2019 ANNUAL MEETING

Miami – EUA

www.ahpba.org/meeting/future-ahpba-meetings.phtml

21 A 23

XII CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE UROLOGIA

Salvador – BA

www.abmeventos.org.br/evento/xii-congresso-norte-nordeste-de-urologia/index.html

22 A 23

XIII CURSO NACIONAL DE DOENÇAS INTERSTICIAIS (DIP)

Centro de Convenções Rebouças – SP

sbpt.org.br/dip2019/

22 A 24 NOV

ESMO SUMMIT LATINO AMERICA 2019

Teatro Renaissance – SP

www.esmolatinamerica.com.br/

27 A 30

XVIII CONGRESSO DA ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA

Foz do Iguaçu – PR

abnc2019.com.br

29

10° BRAZILIAN LYMPHOMA CONFERENCE (BLC)

Grand Hyatt São Paulo – SP

abhheventos.com.br/blc/

29 A 30

II LIPOFILLING BREAST MEETING AVANÇOS E REFINAMENTOS EM ONCOPLASTIA DA MAMA

Porto Alegre – RS

www.sbmastologia.com.br/medicos/eventos/ii-lipofilling-breast-meeting/



AGENDA_
Confira o calendário completo de eventos em www.revistaonco.com.br/agenda



A Oncologia D'Or está em São Paulo.

Conheça as novas unidades
totalmente integradas
aos Hospitais
Rede D'Or São Luiz.

[/OncologiaDOr](#) [@oncologia_dor](#)

oncologiador.com.br

LABORATÓRIO DE
ANATOMIA PATOLÓGICA
SÃO PAULO - SP
MAIO/2018



ONCOLOGIA D'OR
HOSPITAL BRASIL
SANTO ANDRÉ - SP
MARÇO/2018



INSTITUTO D'OR
SÃO PAULO - SP
OUTUBRO/2018



ONCOLOGIA D'OR
HOSPITAL SÃO LUIZ
UNIDADE MORUMBI
SÃO PAULO - SP
OUTUBRO/2018



ONCOSTAR
SÃO PAULO - SP
FEVEREIRO/2018



ONCOLOGIA D'OR
HOSPITAL SÃO LUIZ
UNIDADE SÃO CAETANO
SÃO CAETANO DO SUL - SP
DEZEMBRO/2018



ONCOLOGIA D'OR
HOSPITAL SÃO LUIZ
UNIDADE ANÁLIA FRANCO
SÃO PAULO - SP
NOVEMBRO/2018

Criada em 2010,
a Oncologia D'Or é uma empresa
da Rede D'Or São Luiz voltada para
o tratamento do câncer.

Nossas clínicas possuem padrão
de qualidade internacional no diagnóstico
e no tratamento oncológico e hematológico.

ONCOLOGIA *D'OR*

REDE *D'OR*
SÃO LUIZ

★

CLÍNICA ONCOSTAR. AMPLIANDO OS HORIZONTES DA ONCOLOGIA.

★

A CLÍNICA ONCOSTAR É O MAIS MODERNO ESPAÇO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER NA CIDADE DE SÃO PAULO. TECNOLOGIA, CONFORTO E PRIVACIDADE PARA CUIDAR MELHOR DE NOSSOS PACIENTES. E ESSE É APENAS O COMEÇO!



ONCO★STAR
REDE D'OR

AV. PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHKE, 180 | ITAIM BIBI, SÃO PAULO/SP
WWW.ONCOSTAR.COM.BR