



Incidência de câncer no Brasil

Em 2008, a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que ocorreriam 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. Destes, os mais incidentes foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos).

Para a América do Sul, Central e Caribe, estimou-se, em 2008, cerca de um milhão de casos novos de câncer e 589 mil óbitos. Em

homens, o mais comum foi o câncer de próstata, seguido por pulmão, estômago, cólon e reto. Nas mulheres, o mais frequente foi o câncer de mama, seguido do colo do útero, cólon e reto, estômago e pulmão.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2010 serão válidas também para o ano de 2011 e apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina.

Em 2010, são esperados 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil

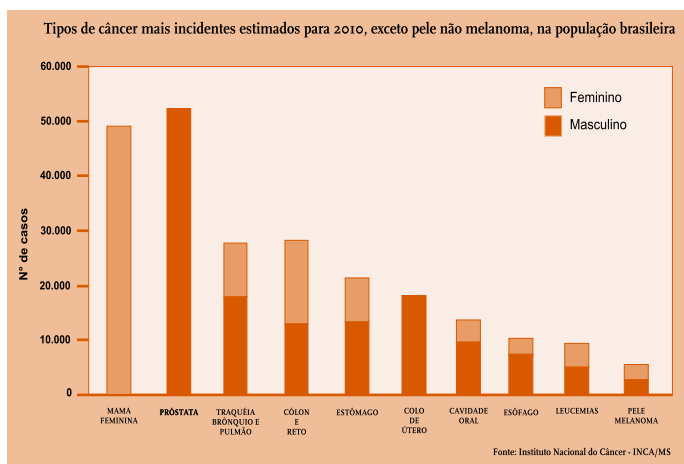
casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil).¹

Os tumores mais incidentes para o sexo masculino serão devidos ao câncer de pele não melanoma (53 mil casos novos), próstata (52 mil), pulmão (18 mil), estômago (14 mil) e cólon e reto (13 mil). Para o

sexo feminino, destacam-se os tumores de pele não melanoma (60 mil casos novos), mama (49 mil), colo do útero (18 mil), cólon e reto (15 mil) e pulmão (10 mil).

A distribuição dos casos novos de câncer segundo localização primária mostra-se heterogênea entre Estados e capitais do país. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste mostram as menores taxas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário.

Diante desse cenário, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).



NESTA EDIÇÃO:
Incidência do câncer no Brasil

VEJA TAMBÉM:
Bases genéticas do câncer

Prevenção secundária do câncer

Modalidades terapêuticas em câncer

Terapia alvo: revolução no tratamento quimioterápico

Câncer e aspectos nutricionais

Manejo e alterações emocionais em câncer

1. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>



Bases genéticas do câncer

Outro campo em grande desenvolvimento é o estudo de biomarcadores genéticos do câncer. Durante a progressão do tumor, ocorre uma série de mutações que podem ser utilizadas como marcadores de prognósticos e de resposta à terapia.

O câncer é uma doença genética de alta prevalência mundial. Pode ser hereditária ou adquirida, mas sempre com mutações em genes. Os genes envolvidos na etiologia do câncer são classificados em dois grandes grupos: os proto-oncogenes (PO) e os supressores tumorais (ST). Nesse último grupo estão incluídos os genes de reparo de DNA. Esses genes codificam proteínas envolvidas na divisão celular. No caso dos PO, os produtos gênicos induzem a célula a se dividir, já os ST, como o próprio nome sugere, reprimem a divisão celular. Uma célula diferenciada em interfase terá seus PO inativados ou com baixa expressão e os ST estarão ativos.

Outra característica importante desses genes é que com 50% de produção protéica é possível realizarem suas funções. Assim sendo, no caso da célula diferenciada, basta uma mutação ativadora em um alelo de PO para ocorrer um descontrole da divisão celular. Já no caso dos ST, seria necessário duas mutações inativadoras ou seja, dois alelos mutantes para ocorrer o descontrole.

Podemos classificar a apresentação tumoral em: hereditário, familiar ou esporádico. No caso dos tumores esporádicos temos mutação em PO ou em ST ocorrendo em uma célula somática, que irá originar o clone tumoral, induzida por algum fator mutagênico ambiental. Normalmente, ocorrem tardiamente e estão ligados ao envelhecimento, quando o sistema de reparo perde sua eficiência. É a forma mais prevalente de tumores na população.

Os tumores hereditários ocorrem usualmente devido a mutações em ST. Nesse caso, um alelo mutado é herdado e o segundo ocorre na célula somática desencadeado por mutagênicos ambientais. Sendo assim, os tumores hereditários têm, também, um fator ambiental em sua etiologia. Não é possível encontrar na população um indivíduo com dois alelos mutados herdados de ST ou um alelo mutado herdado de PO, pois esse zigoto seria selecionado intraútero. Os tumores hereditários são os que ocorrem mais precocemente e verifica-se na família uma recorrência precoce do mesmo tipo tumoral ou relacionado.

Já no caso familiar, o indivíduo tem uma maior predisposição genética herdada a ter mutações de uma maneira geral. Com isso, ele acaba tendo uma probabilidade maior de ter tumores esporádicos. Os genes mutados que são herdados podem ser relacionados à metabolização de fármacos, proteção celular a agentes oxidantes, etc. Esses genes não estão relacionados à divisão celular, mas conferem ao indivíduo um aumento na chance de ocorrer mutações em células somáticas e que poderiam, ocasionalmente, atingir PO e ST e gerar tumores. Verificamos no heredograma dessas famílias uma recorrência precoce de tumores múltiplos não relacionados.

Ao verificar células normais de indivíduos portadores de tumores, detectamos um alelo mutante de ST apenas nos casos de tumores hereditários, sendo assim, é possível realizar o teste preditivo em familiares assintomáticos. Esses testes moleculares só podem ser realizados por procura espontânea, por indivíduos com mais de 18 anos e com acompanhamento multiprofissional. Vale lembrar que o teste genético não é uma indicação médica, mas uma escolha do paciente.

Outro campo em grande desenvolvimento é o estudo de biomarcadores genéticos do câncer. Durante a progressão do tumor, ocorre uma série de mutações que podem ser utilizadas como marcadores de prognósticos e de resposta à terapia. Por exemplo, mutações nos genes *K-ras* em carcinomas de células não-pequenas têm sido associada com menor sobrevida dos pacientes e mutações nos genes *EGFR* e *HER2* têm sido associadas a variações na sobrevida e à resposta a quimioterápicos em câncer de pulmão.

Por fim, não podemos deixar de citar a importância do conhecimento das bases moleculares do câncer para o desenvolvimento de uma terapêutica racional, como ocorreu no desenvolvimento do mesilato de imatinite.



Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
DEPARTAMENTO DE GENÉTICA MÉDICA
FCM, UNICAMP

Prevenção secundária do câncer

O rastreamento, com a detecção precoce de neoplasias em pessoas sem queixas, é conhecido como prevenção secundária do câncer. Não se deve confundir com a prevenção primária, que está principalmente relacionada a mudanças de hábitos de vida, e intervenções que visam diminuir a incidência de câncer em uma população.

Estratégias de rastreamento do câncer em pessoas assintomáticas têm sido desenvolvidas para tentar diminuir a mortalidade por esta doença, que vem aumentando continuamente nas últimas décadas. E como vários tipos de câncer são curáveis em estágios iniciais e incuráveis quando metastáticos, parece natural que tentemos diagnosticar as neoplasias o mais precocemente possível.

A prevenção secundária do câncer pode ser feita através de exames laboratoriais, exames de imagem e mesmo através de exame físico e educação do paciente. No entanto, é importante se questionar o que realmente se quer com o rastreamento. Fazer mais diagnósticos ou diminuir a mortalidade pelo câncer? Essas perguntas são importantes quando vemos artigos científicos tentando avaliar o benefício de procedimentos para diagnóstico inicial de neoplasias. Assim, não basta haver alta sensibilidade ou especificidade do exame.

Dois critérios devem ser completos para que ele seja útil no rastreamento. Em primeiro lugar, o teste deve detectar o câncer mais cedo do que se fosse detectado como resultado do desenvolvimento de sintomas. E em segundo, deve haver evidências de que o tratamento iniciado precocemente, como consequência do rastreamento, resultará num desfecho mais favorável ao indivíduo.

Deve-se tomar cuidado, pois o diagnóstico precoce de qualquer doença sempre aparenta aumentar o tempo de vida do indivíduo. Para melhor detectar estas diferenças, os estudos ideais são os prospectivos randomizados, para comparar populações que fizeram e não fizeram o rastreamento.

Desta forma, através de análises críticas de estudos previamente feitos, existem recomendações baseadas em evidências que sugerem alguns exames para detecção precoce do câncer em pessoas sem queixas. E muitos dos exames e recomendações mais conhecidas não são necessariamente eficazes. Alguns exemplos estão abaixo citados

TIPOS CÂNCER	EXAME	DIMINUI MORTALIDADE?
MAMA	Mamografia	SIM
	Auto-exame ou exame clínico	NÃO
PRÓSTATA	PSA e toque retal	TALVEZ
CÓLON E RETO	Sangue oculto nas fezes	SIM
COLO UTERINO	Papanicolau	SIM
BOCA E GARGANTA	Exame físico	NÃO
OVÁRIO	Ultrassonografia	NÃO
ESTÔMAGO	Endoscopia	NÃO

Em resumo, uma boa estratégia para prevenção secundária deve ter a capacidade de diagnosticar o câncer, antes que a pessoa desenvolva sintomas, oferecer pouco risco ou desconforto para a pessoa que se submeterá ao procedimento e ter um custo acessível.

Ao mesmo tempo, devem-se buscar evidências de que o diagnóstico precoce possibilitará um tratamento que melhore a evolução da doença, que esse tratamento não seja pior que a própria doença e, fundamentalmente, que influencie na mortalidade da população envolvida.

Deve-se tomar cuidado, pois o diagnóstico precoce de qualquer doença sempre aparenta aumentar o tempo de vida do indivíduo. Para melhor detectar estas diferenças, os estudos ideais são os prospectivos randomizados, para comparar populações que fizeram e não fizeram o rastreamento.

Dr. André Deeke Sasse

MÉDICO ONCOLOGISTA DO

AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA CLÍNICA

HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNICAMP



ONCOLOGIA CLÍNICA
UNICAMP

Modalidades terapêuticas em câncer

As armas terapêuticas utilizadas para o tratamento de pacientes com câncer são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. A escolha da terapêutica deve levar em conta a condição clínica do paciente, as características biológicas e o estágio do tumor.

Uma vez estabelecido o diagnóstico e determinado o estágio do tumor, planeja-se a terapia a ser administrada a cada caso. O consentimento informado para a realização da terapia é procedimento obrigatório. A atitude consciente do médico e a seriedade na apresentação e condução do caso fazem com que seja estabelecido um elo de confiança entre ele e seu paciente. O prognóstico deve ser apresentado a todo paciente com condições mentais de compreendê-lo. As dúvidas quanto à aderência ao tratamento, frente a prognóstico desfavorável, não devem impedir o médico de informar seu paciente de forma adequada, com o uso de maior ou menor número de palavras.

As armas terapêuticas utilizadas para o tratamento de pacientes com câncer são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. A escolha da terapêutica deve levar em conta a condição clínica do paciente, as características biológicas e o estágio do tumor. Os pacientes em bom estado geral podem receber tratamentos mais agressivos para suas doenças e, em geral, obter melhores respostas terapêuticas ou mesmo a cura.

Se a velocidade de proliferação das células tumorais for alta, como no caso de linfomas não Hodgkin de alto grau de malignidade e leucemias agudas, os tratamentos de escolha são a radioterapia e a quimioterapia. A radioterapia induz quebras nas moléculas de DNA do núcleo celular, com conseqüente morte celular por apoptose, sempre que as lesões não puderem ser reparadas por mecanismos fisiológicos específicos.

Por outro lado, inúmeros grupos de quimioterápicos inibem a proliferação celular por impedir o desenrolar da dupla hélice de DNA, a separação das cadeias, a síntese e o pareamento das bases purínicas e pirimidínicas, a formação do fuso mitótico ou a sua dissolução, induzindo a apoptose das células lesadas. Vale comentar que tanto a radioterapia quanto a quimioterapia causam destruição tanto de células tumorais como de células normais determinando efeitos colaterais, como anemia, infecções, sangramentos cutâneo-mucosos, mucosite e diarreia, que podem levar o paciente ao óbito.

Se o tumor for constituído por células que proliferam de forma mais lenta, como

o carcinoma colorretal, o gástrico e o de cabeça e pescoço, a radioterapia e a quimioterapia podem ser utilizadas, em geral, como adjuvantes ao tratamento ou como tratamento paliativo. Nestes casos, a remoção cirúrgica do tumor e de suas conexões constituem medidas terapêuticas de escolha para a cura dos portadores das doenças.

Portadores de tumores dependentes de androgênios, como o carcinoma de próstata, podem ser beneficiados por castração cirúrgica ou química e portadoras de tumores estrogênio-dependentes, como o carcinoma de mama, podem ser submetidas à ooforectomia além da mastectomia ou receber anti-estrogênios, como o tamoxifeno. O interferon alfa e a interleucina 2 estimulam os linfócitos T dos portadores de melanoma maligno e a destruição das células tumorais por mecanismo imunológico.

Outras medidas terapêuticas atuais em câncer são os anticorpos monoclonais anti CD-20, anti-her2 e anti-VEGF e anti-EGFR, utilizados no tratamento adjuvante e paliativo de pacientes com linfoma não Hodgkin, carcinoma de mama, carcinoma colorretal e carcinoma de cabeça e pescoço, respectivamente, determinado maior probabilidade de cura ou sobrevida de seus portadores. Ainda, a administração de inibidores de proteína com atividade tirosina quinase, como o mesilato de imatinite, mudou de forma substancial a história de vida de pacientes com leucemia mielóide crônica e tumor estromal gastrintestinal (GIST).

Já os pacientes com condição clínica insatisfatória ou aqueles que não puderam ser curados de suas doenças com as terapêuticas disponíveis no momento devem receber tratamento de suporte para seus males. O controle da dor, o suporte nutricional e o suporte emocional podem melhorar a qualidade de vida de pacientes fora de possibilidade terapêutica. O apoio da equipe multiprofissional e dos familiares, permitindo que o paciente terminal seja assistido em sua própria residência, possibilita muitas vezes um final de vida mais humanizado.

Profa. Dra. Carmen Silvia Passos Lima
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
FCM, UNICAMP



Terapia alvo: revolução no tratamento quimioterápico

Dentre os muitos desafios da medicina, nenhum teve início mais controverso do que o tratamento do câncer. Embora os processos neoplásicos sejam reconhecidos há séculos, pouco se sabia a respeito dos mecanismos biológicos de transformação e progressão tumoral até os adventos da medicina molecular na metade do século vinte.¹

O início da era moderna da quimioterapia pode ser vinculado diretamente à descoberta do gás mostarda. Em maio de 1942, Louis Goodman e Alfred Gilman, ambos farmacologistas, convenceram seus colaboradores a tratar um paciente portador de com o gás mostarda.² Propuseram que este reagente deveria destruir o tumor, baseado em achados da autópsia de soldados que morreram na Primeira Guerra Mundial ao entrarem em contato com o gás mostarda. Estas vítimas tinham mielossupressão, razões pelas quais esta droga deveria causar a regressão de linfomas e leucemias. O tratamento de fato resultou em regressão tumoral, entretanto, em poucas semanas, a doença voltou a progredir, mas o paradigma de que as drogas poderiam ser administradas sistemicamente para induzir a regressão tumoral estava estabelecido.

Por anos a fio as atenções ficaram voltadas para a descoberta dos agentes antimetabólitos, alquilantes, antimetotóxicos, inibidores de topoisomerase e suas combinações que constituem a base do arsenal quimioterápico atual, entretanto, foram os conhecimentos sobre a genética e a biologia molecular que propiciaram com o melhor entendimento das vias de sinalização intracelular um novo alento para o tratamento de pacientes portadores de câncer. Muitas destas vias foram encontradas radicalmente alteradas em células de câncer. Pesquisas para reparar esses defeitos moleculares em células de câncer deram início à era da terapia alvo, que incluíam novos alvos como: fatores de crescimento, moléculas de sinalização, proteínas do ciclo celular, moduladores de apoptose e moléculas que promoviam a angiogênese.³

Inovações na tecnologia aumentaram o sucesso dos inibidores para alvos especí-

cos. A química combinatória gerou milhares de estruturas para *screening* de inibidores *in vitro*, além disso, as características das drogas anticâncer tornaram-se mais bem delineadas de forma que as moléculas candidatas deveriam ser bem absorvidas por via oral, o que não era uma característica típica dos quimioterápicos descobertos anteriormente.

Um dos eventos que marcaram a era da terapia alvo foi o desenvolvimento do Imatinib. O Imatinib é um inibidor potente da quinase BCR-ABL, que está envolvida na patogênese da leucemia mielóide crônica. O Imatinib também inibe a tirosina quinase c-KIT e o receptor fator de crescimento derivado de plaquetas. Estas características do Imatinib permitiram seu uso no tratamento da leucemia mielóide crônica e de tumores do estroma gastrointestinal.⁴

Uma segunda classe de drogas são aquelas que inibem o receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR), que apesar de apresentarem uma menor atividade antitumoral que o imatinib fazem parte do arsenal de quimioterapias. O Erlotinib está indicado no tratamento do câncer de pulmão e o Cetuximab (Erbix[®]) indicado na terapia combinada do câncer de cólon.^{5,6} Além dessas classes, os inibidores da angiogênese estão em franco desenvolvimento na terapia clínica: o Bevacizumab atualmente é usado na terapia combinada para câncer de cólon; o Sunitinib usado no tratamento do câncer renal e o Sorafenib usado no tratamento do câncer renal e hepatocarcinoma.⁷

Há mais de 60 anos, clínicos dependem da classificação histológica dos tumores para ditar as escolhas terapêuticas. Com o início da terapia alvo a tendência é que o tratamento seja específico, isto é, a escolha da medicação seja baseada nas características moleculares do tumor.

Pesquisas para reparar esses defeitos moleculares em células de câncer deram início à era da terapia alvo (...)

1. Chabner BA, Roberts TG, Jr. (2005) Timeline: Chemo therapy and the war on cancer. *Nat Rev Cancer* 5:65-72
2. Gilman A (1963) The initial clinical trial of nitrogen mustard. *Am J Surg* 105:574-578
3. Hanahan D, Weinberg RA (2000) The hallmarks of cancer. *Cell* 100:57-70
4. Hughes TP, Kaeda J, Branford S, Rudzki Z, Hochhaus A, Hensley ML, Gathmann I, Bolton AE, van Hooymissen IC, Goldman JM, Radich JP (2003) Frequency of major molecular responses to imatinib or interferon alfa plus cytarabine in newly diagnosed chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med* 349:1423-1432
5. Kris MG, Natale RB, Herbst RS, Lynch TJ, Jr., Prager D, Belani CP, Schiller JH, Kelly K, Spiridonidis H, Sandler A, Albain KS, Cella D, Wolf MK, Averbuch SD, Ochs JJ, Kay AC (2003) Efficacy of gefitinib, an inhibitor of the epidermal growth factor receptor tyrosine kinase, in symptomatic patients with non-small cell lung cancer: a randomized trial. *JAMA* 290:2149-2158
6. Cunningham D, Humblet Y, Siena S, Khayat D, Bleiberg H, Santoro A, Bets D, Mueser M, Hartrick A, Verslype C, Chau I, Van Cutsem E (2004) Cetuximab monotherapy and cetuximab plus irinotecan in irinotecan-refractory metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med* 351:337-345
7. Gnarr JR, Tory K, Weng Y, Schmidt L, Wei MH, Li H, Latif F, Liu S, Chen F, Duh FM, et al. (1994) Mutations of the VHL tumour suppressor gene in renal carcinoma. *Nat Genet* 7:85-90

Prof. Dr. José Barreto Campello Carvalheira
DEPARTAMENTO DE DE CLÍNICA MÉDICA
FCM, UNICAMP



Câncer e aspectos nutricionais

O paciente com câncer deve ser visto de maneira individualizada e a terapia nutricional deve envolver a avaliação criteriosa dos parâmetros clínicos, dietéticos (anamnese alimentar, preferências e aversões a certos alimentos), antropométricos (medidas de peso, altura, pregas cutâneas), bioquímicos e exame físico.

A ingestão de certos alimentos pode estar relacionada com a origem ou a prevenção de tumores malignos. Assim, a ingestão excessiva de carnes gordurosas está relacionada a vários tipos de tumor, como o câncer de mama. Já frutas, hortaliças e fibras atuam na prevenção de outros tumores, como o câncer de cólon e reto.

Segundo estudo conduzido por pesquisadores do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a ingestão excessiva de carnes gordurosas e a ingestão insuficiente de fibras caracterizam a dieta da população brasileira. Os autores verificaram que o consumo de gorduras é mais elevado em indivíduos das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, onde ocorrem as maiores incidências de câncer de mama no país. Verificaram também que, nos últimos anos, houve aumento do consumo de frutas e hortaliças por brasileiros, mas ainda menor do que o recomendado e sem a correspondente ingestão de fibras.

O feijão, alimento rico em fibras, que tradicionalmente fazia o famoso par com o arroz, perdeu espaço na mesa dos brasileiros. A queda no consumo pode ser atribuída às mudanças na dinâmica da família brasileira que tem cada vez menos tempo de preparar a refeição em casa; e o feijão tem preparo demorado. Além disso, brasileiros têm optado cada vez mais por alimentos práticos, como comidas semi-prontas, que são menos nutritivas.

Refrigerantes e sucos artificiais, com alta concentração de açúcar, têm grande espaço na preferência dos brasileiros. Ainda, jovens preferem alimentos como hambúrguer, cachorro-quente e batata frita, que constituem fatores de risco para o desenvolvimento de câncer. É importante comentar que esta tendência se observa não só nos hábitos alimentares das classes sociais mais abastadas, mas também nas menos favorecidas. Assim, a adoção de hábitos alimentares saudáveis e de políticas públicas que favoreçam esta ação são extremamente necessárias em nosso país, para promover a saúde e prevenir os cânceres relacionados à alimentação.

Por outro lado, quando a doença se instala e nos deparamos com o cuidado ao paciente oncológico, fica muito evidente o impacto do tumor no metabolismo humano, ocasionando alterações do

apetite, como a síndrome de caquexia do câncer, e dos tratamentos, como cirurgias com mutilações digestivas e extradigestivas, quimioterapia com seus efeitos colaterais (mucosite, diarreia, vômitos, infecções, toxidades hepática e renal) e radioterapia com quadros inflamatórios que interferem na alimentação.

O paciente com câncer deve ser visto de maneira individualizada e a terapia nutricional deve envolver a avaliação criteriosa dos parâmetros clínicos, dietéticos (anamnese alimentar, preferências e aversões a certos alimentos), antropométricos (medidas de peso, altura, pregas cutâneas), bioquímicos e exame físico.

Sabe-se que a desnutrição interfere na condição clínica destes pacientes, ocasionando menor tolerância à quimioterapia, maior toxicidade secundária com piora da qualidade de vida e redução da sobrevida; portanto, a terapia nutricional deve ser instituída tão logo quanto possível, antes que a desnutrição se instale.

No ambulatório de oncologia do Hospital de Clínicas (HC), recebemos pacientes com grande perda ponderal, como por exemplo, os portadores de câncer de cabeça e pescoço e percebemos que se intervenções nutricionais, como mudança de consistência da dieta, fracionamento alimentar, orientações sobre alimentação saudável e uso de uma dieta com maior aporte calórico protéico tivessem sido instituídas anteriormente, com certeza este paciente chegaria ao hospital em condição clínica mais adequada para o início do tratamento. Pequenas medidas podem e devem ser tomadas no cuidado ao paciente já no município de origem quando se observam os primeiros sinais de dificuldade de alimentação e de perda ponderal.

Hoje, já contamos com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica do INCA que apresenta protocolos criteriosos de assistência nutricional oferecida aos pacientes com câncer nas diferentes fases da doença e do tratamento.^{1,2}

Maristela Silva Talamoni

NUTRICIONISTA DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA CLÍNICA
HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNICAMP

1. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer

2. <http://www.inca.gov.br>



Manejo de alterações emocionais em câncer

“Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras (...)”
Fernando Pessoa (2006)

O corpo também possui uma função social. É uma imagem e, portanto, passível de significados e sentidos. Não é possível restringir a sua definição apenas em sua dimensão biofisiológica. Sobre o corpo inscrevem-se marcas identitárias. As diferenças subjetivas podem se valer do corpo para ganharem um sentido individual. O corpo é comumente compreendido enquanto fonte de satisfação, prazer e relativa autonomia.

Paradoxalmente, todo e qualquer desvio ou alteração corporal que aconteçam, ficam tidas como patologias que são demonstrações inevitáveis da finitude, da fragilidade e efemeridade do corpo humano. Nessa premissa, pode-se dimensionar os efeitos emocionais que o paciente que recebe o diagnóstico de câncer pode apresentar.

O impacto emocional destes pacientes será a nível das relações que estabelece consigo e com os demais que o cercam, como por exemplo, familiares, amigos e equipe de saúde. Existirá um confronto emocional contínuo com esses outros corpos saudáveis pela falência de alguns pressupostos ideais relativos à corporeidade que estará vivenciando em menor ou maior intensidade dependendo da gravidade de sua doença, tais como, mudança do esquema corporal e, portanto, na imagem corporal, perda do controle de funções, como a fala, controle dos esfíncteres e marcha além de possíveis mutilações ou disfunções de membros e órgãos e as dores.

Assim, muitas das alterações emocionais que acometem os pacientes oncológicos não são propriamente reações patológicas e sim reações humanas, pelos conflitos que emergem e que são chamadas formal-

mente de reações de ajustamento, desencadeadas por situações de crise como é a condição de quem adoece por câncer.

Há, no entanto, situações em que essas reações esperadas podem evoluir para quadros mais graves e serem comorbidades ao câncer e, portanto, necessitarem de tratamento medicamentoso junto ao acompanhamento psicológico. As principais co-morbidades psiquiátricas que podem acometer ao paciente com câncer são os episódios depressivos e os transtornos de ansiedade. O comportamento suicida também pode acometer esses pacientes em algum momento.

O manejo psicológico é importante que seja ao mesmo tempo empático e útil. A ajuda psicológica se dá essencialmente pela habilidade da *escuta ativa* que o psicólogo precisa dominar para poder compreender qual o tipo de sofrimento que habita o paciente a partir das alterações emocionais que ele esteja apresentando.

O impacto emocional destes pacientes será a nível das relações que estabelece consigo e com os demais que o cercam, como por exemplo, familiares, amigos e equipe de saúde.



1. Chandra, OS et al. Awareness of Diagnosis and Psychiatric Morbidity Among Cancer Patients. *Journal of Psychosomatic*, 45(3): 257-261, 1998.
 2. Botega, NJ. *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. 2ed. Porto Alegre, Editora Artmed, 2006
- Pessoa, F. *Quando Fui Outro*. 1ªed. Editora Alfabeta Brasil, 2006.

Karla Cristina Gaspar

PSICÓLOGA DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA CLÍNICA
HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNICAMP



NOTA

*O coordenador da Comissão de Pós-Graduação (CPG) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, José Barreto Campello Carvalheira, parabenizou, todos os coordenadores dos 10 programas de pós-graduação oferecidos pela faculdade durante reunião ocorrida no prédio da (CPG). O motivo de tanta alegria foi o relatório trienal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), órgão do Ministério da Educação que avalia o desempenho das Universidades.

Os programas de cirurgia e enfermagem aumentaram um ponto em relação a avaliação anterior. Passaram de 4 para 5. O programa de tocoginecologia passou de 5 para 6, estando já dentro de conceitos internacionais. O programa de fisiopatologia médica manteve a nota máxima, 7. Na média geral, a pontuação dos programas de pós-graduação oferecidos pela FCM passou de 4,9 para 5,1. “A Capes leva em consideração, por exemplo, o número de alunos de mestrado e doutorado matriculados e formados, o tempo de integralização do aluno, quantidade de publicação e produção científica. Essa evolução é significativa dentro de uma avaliação cada vez

mais competitiva”, comentou Carvalheira. Os editais para os processos seletivos estão na página da pós-graduação no site da FCM.

EVENTOS DE SETEMBRO**Dia 1**

* *Encontro da Fonoaudiologia*

Horário: 12 às 14 horas

Local: Anfiteatro 1 do conjunto de salas de aula da FCM

Dia 2

* *Orquestra Sinfônica da Unicamp*

Local: Auditório-5 da FCM

Horário: 12 horas

Dia 2

* *Palestra e abertura da exposição “A Curva e o Caminho Acesso à saúde no Brasil”*

Palestrante: André François

Local: Salão Nobre da FCM

Horário: 14 horas

Dia 9

* *Curso Direito Sanitário Unicamp/IDISA*

Horário: 19 às 20:45 horas

Local: Salão Nobre da FCM

Dias 10 e 11

* *UPA Unicamp de Portas Abertas*

Horário: das 8:30 às 17:30 horas

Local: Conjunto de Salas de Aulas e Auditórios FCM

Confira a programação completa dos eventos que ocorrem na FCM pelo site www.fcm.unicamp.br

Dia 14

* *Lançamento do livro “Menino ou menina Distúrbios da diferenciação do sexo”*

Organizadores: Gil Guerra-Junior e Andrea Trevas Maciel-Guerra

Horário: 17h30

Local: Anfiteatro 1 do conjunto de salas de aula da FCM

Dia 16

* *Diálogos Universitários - Mecatron*

Horário: 9 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Dias 16 e 17

* *Jornada de Toxicologia Clínica*

Horário: 18h às 22h e 8h às 18h

Local: Auditório-5 da FCM

Site: www.extecamp.unicamp.br

Telefone: (19) 3521-4646

Dia 23

* *Seminário a violência no compartilhamento do espaço*

Horário: 14 às 17 horas

Local: Salão Nobre da FCM

Dia 24

* *Homenagem Anual aos Aposentados da Unicamp*

Horário: das 13 às 17 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Dias 28 a 30

* *Congresso Médico de Especialidades da Unicamp*

Horário: 18 às 22:30 horas

Local: Auditório e Anfiteatros da FCM

Informações: www.aaaal.com.br ou mktaaal@gmail.com

EXPEDIENTE**Reitor**

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Vice Reitor

Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca

Departamentos FCM**Diretor**

Prof. Dr. Mario José Abdalla Saad

Diretora-associada

Profa. Dra. Rosa Inês Costa Pereira

Anatomia Patológica

Profa. Dra. Patrícia Sabino de Matos

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Joaquim M. Bustorff Silva

Clínica Médica

Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra

Enfermagem

Profa. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

Medicina Prev. Social

Profa. Dra. Marilisa Berti de Barros

Neurologia

Prof. Dr. Anamarli Nucci

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dr. Reinaldo Jordão Gusmão

Ortopedia

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

Patologia Clínica

Profa. Dra. Helena V. Wolf Grotto

Pediatria

Prof. Dr. Gabriel Hessel

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo

Radiologia

Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta

Tocoginecologia

Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto

Coord. Comissão de Pós-Graduação

Prof. Dr. José Barreto C. Carvalheira

Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários

Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

Coord. Comissão Ens. Residência Médica

Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes

Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina

Prof. Dr. Wilson Nadruz

Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem

Profa. Dra. Luciana de Lione Melo

Coord. do Curso de Graduação em Farmácia

Prof. Dr. Stephen Hyslop

Coord. Comissão de Aprimoramento

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

Coord. Câmara de Pesquisa

Prof. Dr. Fernando Cendes

Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental

Prof. Dr. Fernando Cendes

Presidente da Comissão do Corpo Docente

Profa. Dra. Lilian Tereza Lavras Costallat

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)

Profa. Dra. Lucia Helena Reily

Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPEP)

Profa. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela

Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)

Prof. Dr. Fábio Bucarechi

Assistente Técnico de Unidade (ATU)

Carmen Sílvia dos Santos

Conselho Editorial

Prof. Dr. Mario José Abdalla Saad

História e Saúde

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

Tema do mês

Prof. Dr. José Barreto C. Carvalheira e coordenadores das subcomissões de Pós-Graduação

Biótica e Legislação

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Flávio Cesar de Sá

Prof. Dr. Sebastião Araújo

Diretrizes e Condutas

Profa. Dra. Laura Sterian Ward

Ensino e Saúde

Prof. Dr. Wilson Nadruz

Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Profa. Dra. Luciana de Lione Melo

Profa. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável

Renata Seixas B. Maia

Jornalista

Edimilson Montalti MTB 12045

Equipe

Edson Luis Vertu, Maria de Fátima do Espírito Santo, Rafael Gonzales, Julia Martins Franchetti

Projeto gráfico

Ana Basaglia

Diagramação/Ilustração

Emilton B. Oliveira,

Revisão:

Anita Zimmermann

2.000 exemplares - distribuição gratuita

Sugestões: jornalrp@fcm.unicamp.br

Telefone (19) 3521-8049

O Boletim da FCM é uma publicação mensal da Assessoria de Relações Públicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade