

08

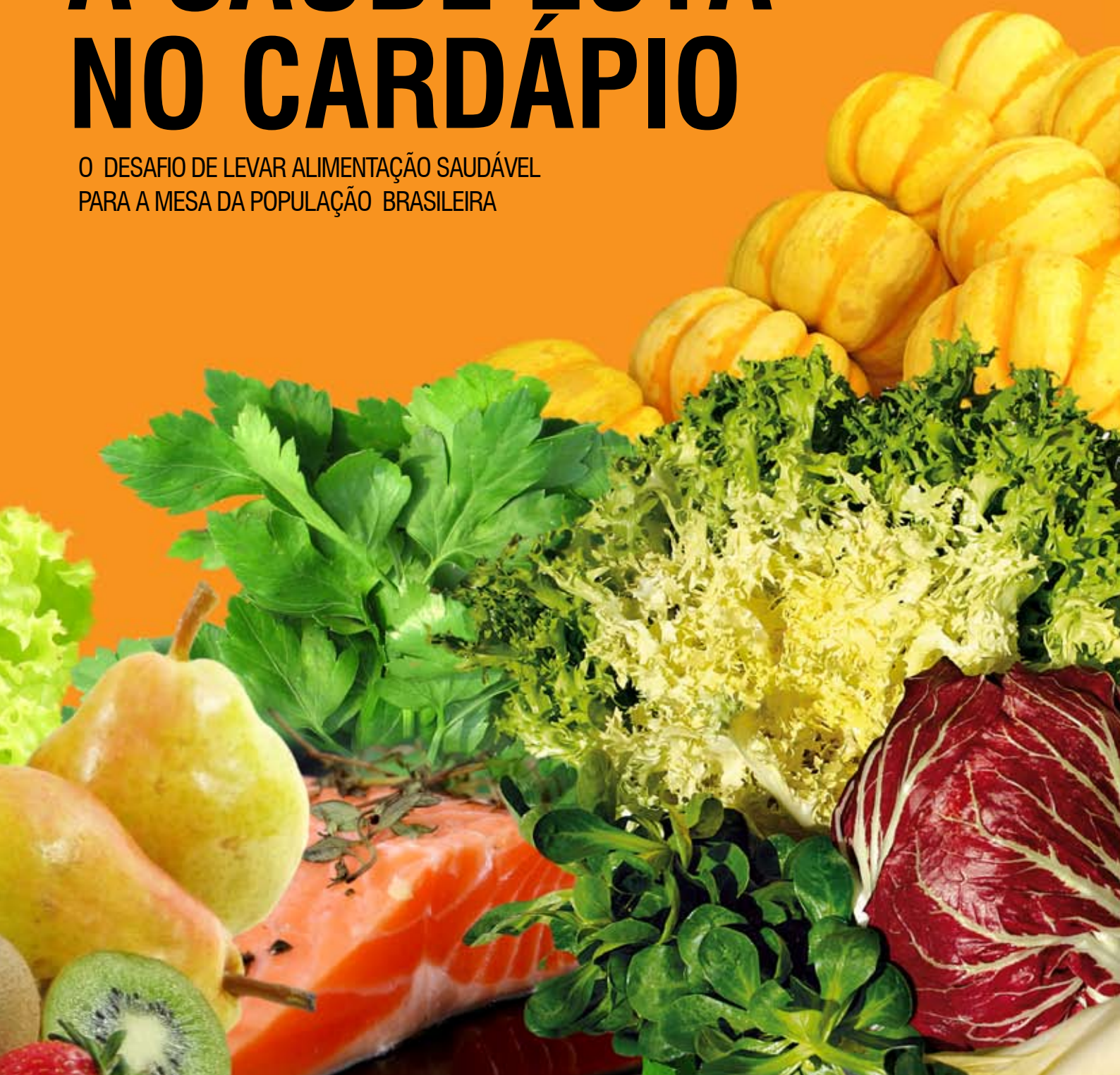
Julho
2009

REDE CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

A SAÚDE ESTÁ NO CARDÁPIO

O DESAFIO DE LEVAR ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
PARA A MESA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA



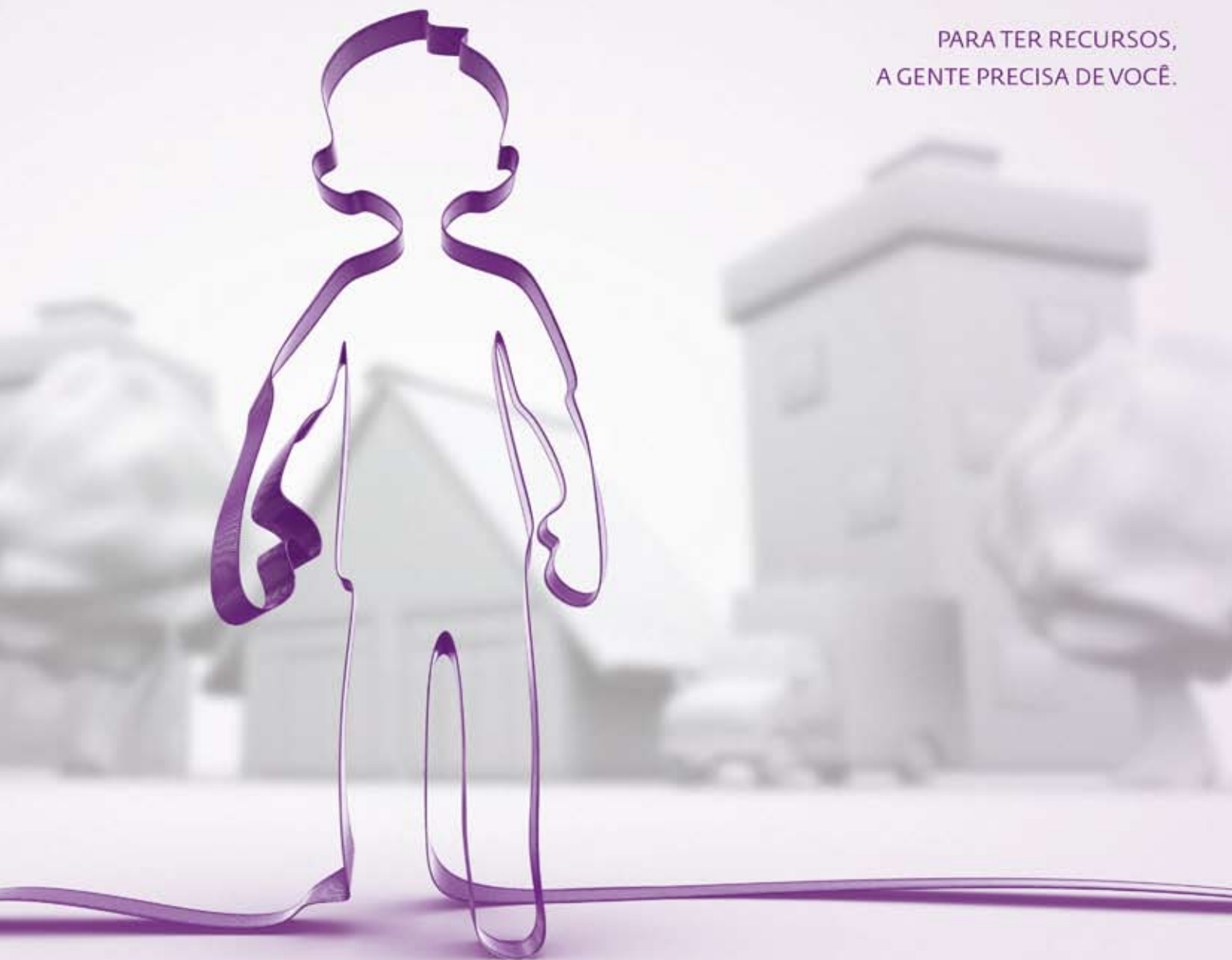
PARA COMBATER O CÂNCER,
É PRECISO CONHECIMENTO.

PARA TER CONHECIMENTO,
É PRECISO PESQUISA.

PARA FAZER PESQUISA,
É PRECISO INVESTIMENTO.

PARA CONSEGUIR INVESTIMENTO,
É PRECISO RECURSOS.

PARA TER RECURSOS,
A GENTE PRECISA DE VOCÊ.



A Fundação do Câncer é conhecida por apoiar o INCA
na luta contra o câncer. Com a sua ajuda,
podemos fazer muito mais pela vida. Colabore:

Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer:

21 3385 9922 • www.fundacaodocancer.org.br



FUNDAÇÃO DO CÂNCER
com você, pela vida

sumário



12

SOCIAL

Ponto de partida para uma nova vida

14

CAPA

Receita para viver melhor

20

PREVENÇÃO

Sim, você pode parar de fumar

26

CIÊNCIA

Contra o triplo-negativo

28

POLÍTICA

Informação para saúde

32

ASSISTÊNCIA

Intensidade na medida certa

38

PERSONAGEM

Descoberta em favor da vida



REDE CÂNCER

2009 – Instituto Nacional de Câncer

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

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Chefia da Divisão de Comunicação Social: **Claudia Lima** | Coordenação-geral do projeto e edição: **Rodrigo Feijó** | Apoio: **Daniela Daher, Daniela Rangel, Rodrigo Costa e Walter Zoss** | Comissão editorial: **Carlos Gil Moreira Ferreira, Cláudio Pompeiano Noronha, José Eduardo Couto de Castro, José Vicent Payá, Liliane Maria Planel Lugarinho, Marceli de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **SB Comunicação** | Jornalista responsável: **Simone Beja RP 27416/RJ** | Reportagem: **Kátia Thomas, Luciana Lacerda e Raquel Aguiar** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Sumaya Cavalcanti, Eduardo Samaruga, Leandro Berg e Anne Esteche** | Revisão ortográfica: **Gerdal J. Paula** | Tiragem: **12.000 exemplares.**

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



Ministério
da Saúde



editorial

No cardápio, a saúde

Prezado leitor,

As correlações entre a alimentação e o câncer têm sido alvo de diversos estudos que buscam compreender como os alimentos podem agir no nosso organismo como protetores ou como fatores de risco para a doença. Esse é o tema da nossa matéria de capa, que trata do assunto nas suas diversas dimensões – das políticas públicas para promoção da alimentação saudável, agricultura e educação até as questões da mudança de comportamento e das decisões individuais.

A importância da alimentação saudável na prevenção de doenças do coração, da hipertensão e do diabetes já é bem conhecida da população, que, no entanto, nem sempre associa a necessidade de alimentar-se corretamente à prevenção do câncer. Certos da importância de fazer a sociedade se apropriar desse conhecimento para melhorar a

qualidade de vida de cada um, a União Internacional Contra o Câncer (UICC) lançou este ano a campanha Amo Minha Infância Saudável, abraçada no Brasil pelo Instituto Nacional de Câncer.

O objetivo da campanha é promover o controle do peso desde a infância, já que a obesidade é fator de risco de câncer na vida adulta. Nesta edição, trazemos ainda muitos outros temas relevantes. O tratamento de fumantes no Sistema Único de Saúde é um deles. Depois de grandes avanços, enfrentamos agora o desafio de ampliar o acesso aos cidadãos em cada município. Por fim, destaco a entrevista com o vice-presidente da República, José Alencar, que nos fala de vida e de sua experiência no enfrentamento do câncer.

Boa leitura!



LUIZ ANTONIO SANTINI
Diretor-Geral do INCA

cartas

Faça você também parte dessa Rede. Contribua conosco enviando dúvidas, críticas, sugestões e elogios para a **Revista Rede Câncer**. Contato: comunicacao@inca.gov.br ou (21) 2506-6103.

ESCLARECIMENTOS

Recebo a **Revista Rede Câncer**, porém mudei de cidade e preciso atualizar o endereço. Como faço?
Natália Nunes, Feira de Santana, BA

Solicitamos que qualquer alteração de endereço seja encaminhada para o e-mail comunicacao@inca.gov.br, ou seja feita por meio do telefone (21) 2506-6108.

Gostaria de acessar o conteúdo publicado pela revista em 2008. Como posso acessá-lo?
Annemeri Livinalli, São Paulo, SP

Todas as edições da revista podem ser acessadas na página www.inca.gov.br/revistaredecancer.

ELOGIOS

Gostaria de ressaltar que a **Revista Rede Câncer** é de ótima qualidade e apresenta os assuntos de forma clara e consistente. A qualidade da edição é primorosa.
Alberth Sant'ana, Belo Horizonte, MG

Estou muito gratificado por ter recebido a última edição da revista. Espero continuar recebendo as próximas.
Francisco de Moraes, Caroebe, RR

Queiram aceitar meus cumprimentos pela felicidade da ideia de colocar o nome de **Revista Rede Câncer** nesta publicação. Assim, ajudam a diminuir o estigma da doença.
Samuel Campos Ferreira, Botelhos, MG

Chegou a minhas mãos um exemplar da revista e fiquei impressionada com a qualidade do material. São informações essenciais para meu trabalho.
Raquel Frantz, Dom Pedrito, RS

Em primeiro lugar, gostaria de parabenizar todos os criadores da **Revista Rede Câncer**, que simplesmente é maravilhosa. Li duas revistas e achei um espetáculo para minha vida profissional futuramente.
Rogeane Bezerra, Frecheirinha, CE

Agradecemos aos leitores o envio de mensagens para a Revista Rede Câncer.



SOLICITAÇÕES

Sou enfermeira da estratégia saúde da família e gostaria de receber a **Revista Rede Câncer** para atualizações da equipe.
Ana Claudia Mazzorani, Santa Maria, RS

Gostaria de receber exemplares da **Revista Rede Câncer**. Estou fazendo pós-graduação em oncologia e tenho muito interesse nas informações da revista.
Aline Alencar, Salvador, BA

Gostaria muito de receber a **Revista Rede Câncer**. É muito importante para mim, pois trabalho com prevenção de câncer de boca na minha cidade desde 1997.
Silma Lopes, Delfinópolis, MG

Estou lhe enviando esta mensagem para ver a possibilidade de envio da **Revista Rede Câncer** para mim. Recentemente, reunimos população e servidores no intuito de conscientização sobre o câncer e a revista foi fundamental para montarmos as palestras.
Alessandro Barbosa, Santa Maria das Barreiras, PA

As solicitações para recebimento da revista devem ser enviadas para o e-mail comunicacao@inca.gov.br ou serem feitas por meio do telefone (21) 2506-6108.

notas

NÃO AO TABAGISMO

O presidente americano Barack Obama sancionou, no dia 22 de junho, uma nova lei de controle do tabaco que impõe mais rigor à produção, venda e publicidade de cigarros nos Estados Unidos. A legislação americana agora autoriza a Agência de Medicamentos e Alimentos (FDA, na sigla em inglês) a proibir a comercialização de cigarros com sabor, além de prever que as companhias do ramo reduzam os níveis de nicotina nos cigarros. Fica proibido ainda o uso de termos como “baixo nível de alcatrão”, “suave” ou “light”. As advertências sobre os males causados pelo fumo deverão ganhar mais espaço nos maços vendidos nos Estados Unidos. Desde 1999, o Brasil já proíbe o uso de termos que possam induzir o consumidor a uma interpretação errônea em relação ao produto, e há oito anos exige que advertências sanitárias, acompanhadas de imagens, sejam estampadas nas embalagens e no material publicitário. Também desde 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) exige que a indústria registre seus produtos e apresente informações sobre composição, emissão de compostos na fumaça e teores das substâncias presentes. O avanço em relação à legislação brasileira é a proibição da venda do cigarro com sabor (ou flavorizado), estratégia da indústria para atrair novos consumidores.



FAIXA ETÁRIA PARA RASTREAR CÂNCER DE MAMA EM DEBATE

Para debater a faixa etária ideal para rastreamento do câncer de mama no Brasil, especialistas da Europa, dos Estados Unidos, do Chile e do Canadá estiveram reunidos nos dias 16 e 17 de abril, no Rio de Janeiro, durante o Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama. O documento final do evento indica parâmetros para a implementação de um programa de rastreamento no Brasil. A experiência internacional aponta a faixa etária de 50 a 69 anos como a de melhor custo-efetividade para rastrear a doença por mamografia, destacando a importância de garantir e aprimorar a qualidade em todas as etapas do processo. Prioridade do Programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, o controle do câncer de mama e do colo do útero no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser assegurado pela Lei 11.664/2008, em vigor desde abril. Para rastreamento, ou monitoramento das mulheres sem sintomas, as recomendações são a realização anual de exames clínicos das mamas a partir dos 40 anos e a realização de mamografia a cada dois anos em mulheres de 50 a 69 anos. Para o controle do câncer do colo do útero, todas as mulheres que têm ou já tiveram atividade sexual, principalmente aquelas com idade de 25 a 59 anos, devem submeter-se ao Papanicolaou. Os dois primeiros exames devem ser feitos com um intervalo de um ano. Se os resultados forem negativos, o exame precisará ser feito cada três anos.

BRASIL ATINGE UM MILHÃO DE DOADORES DE MEDULA ÓSSEA

Três anos antes da data prevista no Programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, o Brasil chega à marca de um milhão de doadores voluntários de medula óssea. O crescimento do número de doações começou em 2004, quando havia apenas 60 mil doadores no país. Naquele ano, um projeto em nível nacional foi lançado para informar e sensibilizar a população a respeito da doação de medula óssea. Um trabalho em rede levou então o REDOME – Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea – a se tornar o terceiro maior banco do gênero no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos e da Alemanha. O primeiro passo foi mobilizar os diversos profissionais envolvidos na captação de doadores. O objetivo era chegar a 920.000 doadores até 2011. Esse número, no entanto, foi ultrapassado em novembro do ano passado, quando o REDOME chegou a 940.000 doadores. Nos últimos cinco meses, foram realizados mais de 130.000 cadastros, possibilitando ao Registro contabilizar 1.070.000 doadores em abril deste ano.



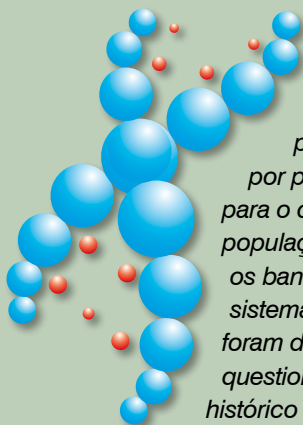
ARTISTAS SE UNEM POR UMA BOA CAUSA

O show beneficente *Com Você, pela Vida*, realizado na noite de 28 de junho, no Vivo Rio, no Rio de Janeiro, contou com a participação de artistas da música e da televisão. Canções consagradas de Frank Sinatra foram interpretadas pelas atrizes Juliana Paes, Marjorie Estiano e Alessandra Maestrini. Durante 1h30 de espetáculo, cerca de mil pessoas acompanharam as performances das atrizes e do ator e diretor de novelas Fred Mayrink, idealizador do evento, que arrecadou fundos para a Fundação do Câncer. O show, sob direção de Jorge Fernando, ainda contou com apresentações das cantoras Marina Elali e Taryn Szpilman. Com os acordes da Rio Jazz Orchestra, regida por Marcos Szpilman, um clima nova-iorquino tomou conta da noite. O ator Rodrigo Lombardi, o Raj da novela **Caminho das Índias**, da Rede Globo, subiu ao palco ao lado de dançarinos em clima indiano e falou sobre a importância da campanha. "Quero destacar os projetos da Fundação do Câncer e lembrar que a continuidade dessas atividades depende da colaboração de cada um de nós", afirmou.



BANCOS DE TUMORES VÃO SE INTERLIGAR EM REDE

A proposta de criação de uma rede nacional de banco de tumores foi tema de um encontro que reuniu cento e cinquenta profissionais de diferentes estados brasileiros. Os bancos servem para armazenar amostras dos tipos de câncer que mais atingem a população brasileira, doadas por pacientes que passaram por cirurgias, e serão utilizadas no desenvolvimento de pesquisas para o controle da doença. A integração entre os centros, além de permitir traçar o perfil genético da população brasileira, pretende aprimorar o diagnóstico e o tratamento do câncer no país. Para que todos os bancos que formarem a rede possam se comunicar, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) cederá o sistema eletrônico de gerenciamento e se encarregará da capacitação de pessoal. Durante o encontro, foram discutidos temas essenciais para a operacionalização da rede, como o uso e a adequação dos questionários epidemiológicos que reúnem todas as informações relevantes sobre cada doador, do histórico familiar aos hábitos de vida que possam estar associados ao desenvolvimento do tumor. A proposta foi discutida durante o II Fórum do Banco Nacional de Tumores (BNT) e DNA, promovido pelo INCA com o apoio da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS).



ONGS LATINAS VISITAM O PAÍS

Representantes de 14 ONGs latino-americanas estiveram no Brasil, em junho, para a terceira etapa do projeto de capacitação e assistência técnica que a American Cancer Society (ACS) promove desde 2007. O objetivo é estruturar e fortalecer essas entidades para atuarem em rede nas ações de controle do câncer na América Latina. Cada etapa do treinamento dura cinco dias e aborda diferentes aspectos da doença e da gestão de entidades. O tema da primeira edição, no México, foi a gestão de programas. Já o voluntariado ganhou destaque no treinamento do ano passado, na Argentina. Desta vez, os 28 representantes das ONGs receberam treinamento em estratégias de comunicação e gestão de recursos humanos. Os participantes tiveram chance de conhecer, em uma visita guiada, as instalações da unidade sede do Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro. A ACS realiza um trabalho intenso nos Estados Unidos, país que demonstra bons resultados no controle da doença. Em relação ao câncer de mama, por exemplo, apesar de a incidência de câncer de mama ser maior que no Brasil, as taxas de mortalidade, no entanto, já apresentam queda nos últimos anos. Prevista para 2010, a última etapa do projeto abordará a temática do advocacy.



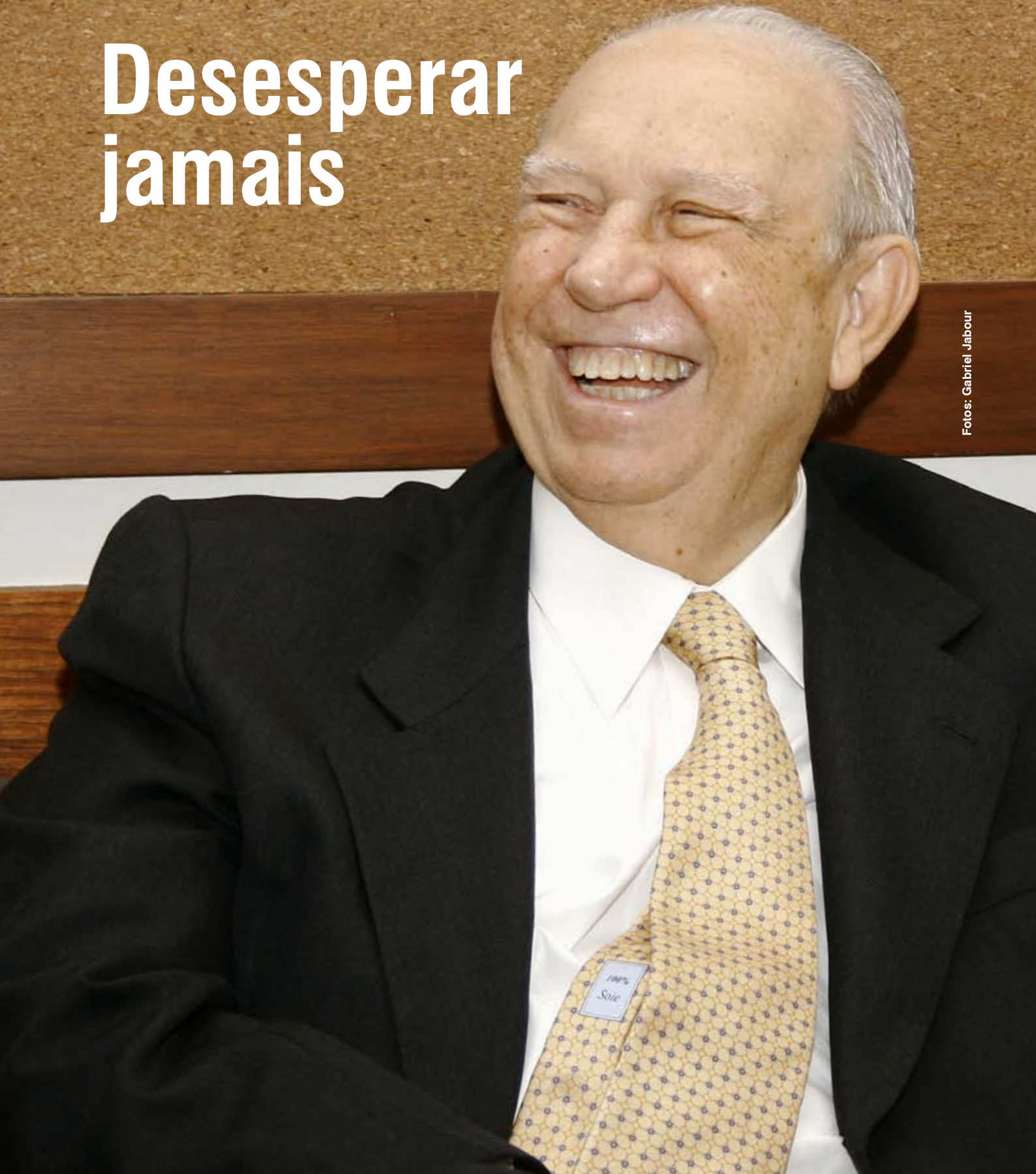
entrevista

JOSÉ ALENCAR

Empresário e vice-presidente da República

Desesperar jamais

Fotos: Gabriel Jabour



“Eu não tenho medo da morte, pois a morte faz parte da vida. Tenho medo, sim, da desonra, pois todo homem público deve ter medo da desonra”

Postura altiva, passos firmes e um sorriso franco. Assim o vice-presidente da República, José Alencar, entrou no Instituto Nacional de Câncer (INCA), na tarde de 27 de novembro, para a comemoração do Dia Nacional de Combate ao Câncer. A convite do Diretor-Geral do INCA, Luiz Antonio Santini, Alencar deu o seu testemunho de luta contra a doença para uma plateia repleta de médicos, jornalistas e profissionais de saúde. “O INCA tem feito um trabalho admirável”, afirmou, referindo-se, em especial, às perspectivas de aumento da chance de vida para pacientes portadores da doença na infância e na adolescência.

Com bom humor e disposição, Alencar é capaz de arrancar risadas da plateia, mesmo diante de assuntos complexos como a doença, com a qual convive há quase 12 anos. Em um discurso de cerca de uma hora – proferido de pé e lembrando mais uma prosa do mineiro de Muriaé entre amigos –, Alencar contou que enfrenta a doença como tem enfrentado a vida. Ele começou a trabalhar aos 7 anos de idade, ajudando o pai em sua loja. Independente cedo, aos 18 anos, já iniciava o próprio negócio.

Hoje, aos 77 anos, José Alencar Gomes da Silva é casado com Mariza Campos Gomes da Silva e tem três filhos. Destaca-se como um dos maiores empresários do estado de Minas Gerais. Na vida política, foi presidente da Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais e vice-presidente da Confederação Nacional da Indústria. Candidatou-se às eleições para o governo de Minas Gerais em 1994 e, em 1998, disputou uma vaga no Senado Federal, elegendo-se com quase três milhões de votos.

Eleito vice-presidente da República na chapa do candidato do PT, Luiz Inácio Lula da Silva, assumiu o cargo em 2003 e conseguiu a reeleição em 2006, assegurando, assim, a permanência no cargo até o fim de 2010. “Se Deus me curar, aí eu terei que cumprir com meu dever político”, disse, recentemente, aos jornalistas no Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, após realizar exames de rotina e de se submeter a um procedimento em janeiro.

E foi nessa cirurgia, no início do ano, que o Brasil vivenciou mais intensamente o drama do vice-presidente, que passou por uma operação de 18 horas para a retirada de novos tumores no abdome, ficando internado durante 27 dias. A operação foi a mais radical na sua luta contra o câncer, iniciada em 1997. Mas, em momento algum, demonstrou desespero ou desânimo. Recentemente, iniciou um tratamento

experimental, com um novo medicamento, ainda em fase de pesquisa, no Centro Oncológico MD Anderson, em Houston, nos Estados Unidos.

Sempre se mostrou confiante em sua recuperação e no tratamento proposto pelos médicos. Além da tecnologia, das equipes médicas de alto gabarito e dos medicamentos, o vice-presidente tem a sua receita de saúde, que compartilha com a população: “O desespero não ajuda.”

REDE CÂNCER – Como e quando o senhor descobriu o câncer?

JOSÉ ALENCAR – Descobri o câncer há quase 12 anos, em 1997, ao fazer um *check-up*, pela primeira vez na vida, a pedido de um sobrinho-neto. Na ocasião, fiz exames de sangue e de imagem. Apareceu, então, uma imagem tumoral no rim direito e a ressonância confirmou um tumor incipiente capsular no rim direito, segundo os médicos. Imediatamente, meu sobrinho me levou ao médico Miguel Srougi, que pediu que eu fosse a São Paulo para realizar novos exames no abdome. Antes de operar no Hospital Sírio-Libanês, fiz uma endoscopia gástrica, que revelou três nódulos no rim e outros três no estôma-





“A prevenção ainda é o mais importante. O paciente, quando está atento, pode ajudar o médico. Então, é sempre necessário fazer *check-up*”

go. Fui, então, operado duplamente para a retirada dos tumores. Era 23 de dezembro. Como o tumor era incipiente, foi extirpado, mas tive que retirar o rim direito também. No entanto, não precisei fazer quimioterapia nem radioterapia. Mais tarde, retirei a vesícula, três quartos do estômago e, mesmo assim, continuo brigando até hoje.

REDE CÂNCER – Em 2006, em um exame periódico, foi diagnosticado um novo tumor e o senhor estava em plena campanha presidencial. Qual foi a sua reação?

JOSÉ ALENCAR – É verdade. Fui fazer exames periódicos, que, no meu caso, fazia a cada três meses e descobriram um tumor retroperitoneal, chamado de sarcoma em tecido mole. Esse era um tumor mais raro, com característica recorrente, segundo os médicos me informaram porque eu gosto de saber tudo a respeito do problema. Eu estava em plena campanha e, então, liguei para o Lula e dei a notícia, dizendo que ele arrumasse outro candidato a vice porque eu teria que ser operado novamente. Ele não quis conversar e preferiu me manter no posto. Eu, então, ope-

rei num dia e, quatro dias depois, estava inaugurando um comitê de campanha em São Paulo. Tirei os pontos da cirurgia e fui direto fazer campanha. A única recomendação médica era não participar de pé em carreta de caminhão, porque o local da operação não tinha cicatrizado direito e poderia trazer complicações. Deus tem me dado força!

REDE CÂNCER – O senhor nos dá uma aula de otimismo e cidadania ao enfrentar a doença com tamanha coragem e disposição. O senhor não tem medo de morrer?

JOSÉ ALENCAR – Eu não tenho medo da morte, pois a morte faz parte da vida. Então, por isso, não tenho medo da morte. Tenho medo, sim, da desonra, pois todo homem público deve ter medo da desonra.

REDE CÂNCER – Pela experiência em enfrentar a doença e seus tratamentos, o que o senhor acha que pode ser feito para melhorar as condições dos pacientes com câncer no Brasil?

JOSÉ ALENCAR – Eu gosto de contar a minha história em detalhes para que sirva de estudo de caso para os médicos. Acredito que, se os médicos puderem fazer intercâmbios e se atualizarem cada vez mais a respeito do câncer, os pacientes sairão ganhando. É preciso que haja uma evolução no tratamento dessa doença para que os pacientes fiquem mais seguros sobre o que estão fazendo nos hospitais. É claro que o diagnóstico precoce é fundamental para evitar o pior. Mas, além de precoce, tem que ser seguro, e o tratamento adequado. Considero muito importante que sejam realizados



encontros regulares e periódicos entre oncologistas em todo o Brasil para a troca de experiências. Eu me considero um paciente que tem paciência. Se não existisse essa palavra, eu a teria criado. Mas devo aproveitar a oportunidade para dar um depoimento de quem não é médico e que está do outro lado. Tudo isso pode representar informação necessária para chegar a um bom resultado. Eu falo essas coisas no sentido de colaborar, e não de criticar.

REDE CÂNCER – Expondo a doença publicamente, seu depoimento vale mais do que muitos discursos a respeito das possibilidades atuais do controle do câncer. Para o senhor, qual a importância da comemoração do Dia Nacional de Combate ao Câncer, festejado em 27 de novembro?

JOSÉ ALENCAR – Um dos objetivos da data é justamente disseminar informações atualizadas a respeito da doença, que hoje já é considerada um grave problema de saúde pública, dado o seu impacto social e a sua magnitude. Anualmente, o Brasil registra 500 mil novos casos de câncer com 150 mil óbitos. No entanto, é também em datas como essas que podemos divulgar notícias mais esperançosas, como o percentual de 85% de chance de cura no caso do câncer infanto-juvenil, se tratado precocemente, o que é um gigantesco desafio. Além disso, é o momento de reforçar a importância da prevenção e do diagnóstico precoce da doença.

REDE CÂNCER – Qual a sua esperança em relação à evolução do tratamento para o câncer?

JOSÉ ALENCAR – Outro dia eu me lembrei da cura da tuberculose. A tuberculose era pior do que

“Devo aproveitar para dar um depoimento de quem não é médico e que está do outro lado. Isso pode ser informação para chegar a um bom resultado”

o câncer, por ser contagiosa. Então, no passado, quando ainda não se sabia muito sobre essa doença, as pessoas tuberculosas criavam dificuldades até para a família dos doentes, que se sentia excluída do convívio social. Quando surgiu a cura, no fim da década de 1940, um jornal chamado *O Correio da Manhã*, famoso matutino carioca, publicou na primeira página, em letras garrafais: Hidrazida do ácido isonicotínico, que devia ser o nome científico do remédio. Então, precisamos encontrar um nome tão complicado quanto esse para anunciar também o fim do câncer.

REDE CÂNCER – O que o senhor recomenda para a população brasileira combater o câncer?

JOSÉ ALENCAR – A prevenção ainda é o mais importante a ser feito. É uma prova de que o paciente, quando está atento, pode ajudar o médico. Então, eu estou sempre reforçando a necessidade de se fazer *check-up*. Em especial depois dos quarenta anos, façam exames periódicos anuais. Eu tive a sorte de ter descoberto o problema no início e poder tratá-lo. I

social

REABILITAÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS REÚNE
DIFERENTES HABILIDADES A SERVIÇO DE UMA BOA CAUSA

Ponto de partida para uma nova vida

Quando a doença se instala na vida de uma pessoa, além do sofrimento físico, outras dificuldades afetam a sua qualidade de vida, levando-a ao distanciamento de parte do seu círculo social para se dedicar com toda a energia a tratamentos, muitas vezes longos. Para minimizar esse impacto e também preparar o doente para retomar a vida normal após o tratamento, o trabalho realizado pelas equipes de reabilitação torna-se um instrumento indispensável. Desde o estímulo a atividades motoras, passando pelo suporte emocional e até a orientação em relação a direitos sociais, entre outras atividades, o objetivo final é sempre buscar qualidade de vida para os pacientes com câncer.

Marco Ripper acaba de voltar de uma viagem à Espanha, onde percorreu de bicicleta todo o caminho de Santiago de Compostela. Seria uma viagem comum, não fosse o fato de ele ainda se recuperar de uma série de quimioterapias e radioterapias para tratar um linfoma, descoberto em

2005. Ele estava assistindo à televisão, quando viu uma propaganda alertando sobre o autoexame da mama. Então, de brincadeira, ele começou a se examinar em busca de algum sinal. “Foi quando percebi que tinha uma glândula perto da axila. Aí, me levantei e percebi a presença em outros lugares, como na virilha. Então, fiz o tratamento e retirei essas glândulas linfáticas”, conta.

Como tem um primo que é médico, Marco decidiu pedir ajuda a ele, mas ressalta que a atenção, o carinho e o profissionalismo das equipes que o trataram foram fundamentais para a sua recuperação. Para ele, os profissionais que cuidam da reabilitação têm o dom para trabalhar com essa especialidade. “Eles conseguem transmitir esperança, alegria e confiança aos pacientes. No decorrer do tratamento, acredito que as funções acabam se misturando: os enfermeiros e fisioterapeutas atuam como psicólogos também”, observa.



Do outro lado da história, Rosana de Souza Lucena, supervisora técnica da Seção de Fisioterapia do Hospital do Câncer I, unidade do Instituto Nacional de Câncer, concorda com as afirmações de Marco Ripper. Rosana destaca que a parceria entre as equipes de reabilitação é o melhor caminho para devolver os pacientes oncológicos a uma vida saudável.

Desde que um paciente chega ao hospital, já tem início o trabalho das equipes de reabilitação. Os profissionais do Serviço Social, por exemplo, estão a posto para conhecer, em detalhes, a vida do paciente, sua família, onde mora, além de orientá-lo a respeito de direitos e deveres, trâmites internos do hospital e fornecer outras informações imprescindíveis para fechar seu ciclo de atendimento.

“Alguns pacientes, mesmo depois da alta, continuam a nos visitar. É um trabalho de formiguinha”

MARIA DA CONCEIÇÃO DA COSTA MOREIRA, chefe da Seção de Psicologia do Hospital do Câncer I

A fisioterapia também atua no pré e no pós-operatório. No tratamento inicial, há preparação para a cirurgia, são identificadas possibilidades de sequelas e o paciente é estimulado a fazer exercícios respiratórios e motores. No pós-operatório imediato, o auxílio será na postura, nos cuidados com drenos, na movimentação das pernas, dos braços e outros movimentos. Para cada pessoa é feito um planejamento específico, de acordo com seu estado de saúde e estilo de vida. O pré e o pós-operatório são essenciais porque, quando chega, o paciente está inseguro e com medo. Depois do procedimento, o paciente precisa querer se recuperar. Caso contrário, a reabilitação não terá os efeitos desejados. “O mais importante é a confiança. Esse acompanhamento é importante para que o paciente já confie em você”, pondera Rosana Lucena. O trabalho é desenvolvido também nas áreas de fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional.

O Centro Universitário de Controle do Câncer (CUCC), do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, passou a oferecer serviços de reabilitação de pacientes oncológicos em 2006 e também trilha o caminho da integração de especialidades para promover a recuperação dos pacientes. Teresinha Yoshiko Maeda, coordenadora de Serviços Técnicos, conta que hoje são realizados, em

média, 25 atendimentos por mês, na área de fonoaudiologia, e 50, em fisioterapia. “Utilizamos aqui no Centro Universitário um trabalho multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas, como psicologia, nutrição e serviço social, além dos fisioterapeutas e fonoaudiólogos”, diz Teresinha.

TÉCNICAS DIVERSAS COM UMA ÚNICA META: RECUPERAR

Para contribuir com os resultados em todos os aspectos, muitos hospitais oferecem serviços de acompanhamento psicológico aos pacientes com câncer e, para muitos deles, a aprendizagem vai além do prazo de acompanhamento. Maria da Conceição da Costa Moreira, chefe da Seção de Psicologia no Hospital do Câncer I, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), conta que trabalha com grupos psicoterapêuticos, em que são realizadas reuniões entre psicólogos e pacientes, principalmente portadores de lesões de cabeça e pescoço, ou com mutilações de membros. Em média, os grupos são compostos por 10 a 12 pacientes por semana. O primeiro encontro é em grupo. Depois o paciente é avaliado e direcionado para o ambulatório, onde é acompanhado durante todas as fases do tratamento. “Além disso, acompanhamos os familiares e oferecemos também a eles um suporte. Trabalhamos a dor que cada um traz”, comenta ela.

Maria da Conceição esclarece que, na maioria das vezes, no pré-operatório, os pacientes são mais resistentes ao acompanhamento psicológico porque ainda existe preconceito em relação ao trabalho desempenhado pelo psicólogo. No entanto, são abordadas apenas questões ligadas ao tratamento do câncer e, se existe a percepção de que o paciente tem outras dificuldades, ele é encaminhado para as CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que são clínicas em que podem continuar o tratamento psicológico. “Alguns pacientes, mesmo depois da alta, continuam a nos visitar. É um trabalho de formiguinha”, completa

Maria da Conceição. |



Receita para viver melhor

Consumir frutas, verduras e legumes, evitar alimentos gordurosos, sal e carne em excesso. Para garantir uma alimentação saudável, a receita é simples e bem conhecida. Mas, afinal, por que é tão difícil incorporar na rotina as recomendações que todos já sabem bem? Para responder a essa pergunta, é preciso ir além da disciplina nos hábitos individuais. Cada vez mais, a alimentação se torna uma questão de saúde pública, e, como tal, a solução do problema exige a adoção de políticas públicas.

A ligação da alimentação saudável com a prevenção de doenças coronarianas, hipertensão e diabetes está bem definida há décadas, mas um número crescente de estudos aponta as correlações da alimentação com o câncer, em uma complexa combinação entre os alimentos que protegem e aqueles que aumentam o risco da doença. Esse conhecimento, no entanto, parece ainda não ter chegado ao público. Segundo estudo do Instituto Nacional de Câncer (INCA), 27% dos brasileiros afirmam que a alimentação não tem relação com a doença.

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre alimentação para prevenção do câncer envolvem o consumo de frutas, legumes e verduras (pelo menos, cinco porções diárias) e de cereais e grãos. Por diversos mecanismos, esses itens inibem a mutação de células que desencadeia o câncer ou, se o processo está iniciado, atuam de forma a dificultar a multiplicação das células do tumor. O retrato da alimentação no país, porém, é muito distante das recomendações ideais.

“O consumo de refrigerantes cresceu 400%, e o consumo em uma das principais cadeias de *fast food* no Brasil disparou mais de 600% em 30 anos”, indica Fabio Gomes, nutricionista da Área de Alimentação, Nutrição e Câncer da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA. Ao mesmo tempo, o consumo de

frutas e hortaliças do brasileiro chega a apenas um terço do recomendado, enquanto a mediana do índice de massa corporal é de 24,4, bem superior às taxas desejáveis, que ficam entre 21 e 23.

Alguns tumores são associados de forma mais direta a hábitos alimentares inadequados – como estômago e intestino, por exemplo, que ainda figuram entre as seis primeiras causas de mortalidade por câncer no país. Já a obesidade, que atinge 13% dos adultos, está ligada ao câncer de mama, endométrio, esôfago e intestino, entre outros.

Para inserir de fato a alimentação saudável na mesa do brasileiro, como instrumento de prevenção do câncer, são necessários esforços de diversos setores. Da publicidade às políticas de preços, da difusão de informação às estratégias nas comunidades, aos poucos, uma série de iniciativas mostra que é possível mudar a realidade.



RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER

- *Mantenha-se o mais magro quanto possível dentro dos valores normais de massa corporal*
- *Mantenha-se fisicamente ativo como parte da rotina diária*
- *Limite o consumo de alimentos com alta densidade energética e evite bebidas açucaradas*
- *Consuma principalmente alimentos de origem vegetal*
- *Limite o consumo de carne vermelha e evite carnes processadas*
- *Limite o consumo de bebidas alcoólicas*
- *Limite o consumo de sal*
- *Não consuma suplementos alimentares: alcance as necessidades nutricionais apenas por intermédio da alimentação*
- *Amamentação exclusiva até os seis meses de idade*

O consumo recomendado pela OMS é de, no mínimo, cinco porções de frutas, legumes e verduras por dia, além de grãos e cereais integrais. A higienização é fundamental: basta deixar os alimentos por 20 minutos em solução de uma colher (das de sopa) de água sanitária para um litro de água e depois enxaguar com água filtrada.



NO CAMPO, ESTÍMULO E SUSTENTABILIDADE

A promoção da alimentação saudável envolve ações que vão do produtor ao consumidor, perpassando o setor da saúde. Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), a agricultura familiar representa 70% dos alimentos que chegam à mesa dos brasileiros, sendo responsável por 89% da mandioca, 67% do feijão, 69% da alface e 75% da cebola produzidos no Brasil. Para ampliar a oferta de alimentos e combater a tendência de alta de preços, o MDA lançou em 2008 o programa Mais Alimentos, que estimula a agricultura familiar por meio de linhas de crédito e do apoio em aspectos técnicos da produção, com a preocupação de proporcionar alimentos saudáveis de forma sustentável para o ambiente.

“O programa Mais Alimentos é uma estratégia para garantia de abastecimento, mas pautada pelo compromisso com a sustentabilidade, para assegurar que o agricultor produza hoje, mas que seus netos e bisnetos também possam produzir”, destaca João Luiz Guadagnin, diretor de financiamento de proteção à produção do MDA. O programa envolve acompanhamento técnico, promovendo o aperfeiçoamento no manejo do solo e de recursos hídricos, na transição para modelos agroecológicos.

POLÍTICAS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O Brasil conta com um guia da promoção de práticas alimentares saudáveis: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), do Ministério da Saúde, dá as diretrizes da área, em sintonia com a orientação global sobre o tema e as descobertas científicas mais atuais. Recentemente, a PNAN ganhou o reforço da resolução 408, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aponta dez pontos fundamentais para a promoção da alimentação saudável no país, com foco na reversão da epidemia de obesidade e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, o diabetes e a hipertensão.

“A redução das quantidades de açúcar, sódio e gorduras saturadas e a eliminação completa das gorduras trans nos alimentos, a adequação da rotulagem nutricional e a regulamentação da publicidade estão entre as prioridades que demandam ação forte do Ministério da Saúde”, aponta Ana Beatriz Vasconcellos, coordenadora geral da PNAN. A resolução inclui, ainda, a priorização da agricultura familiar na oferta de produtos e a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, tanto no cardápio das escolas quanto no currículo.

A coordenadora geral da PNAN acrescenta que é preciso agir de modo a informar a sociedade, para promover a autonomia das pessoas e favorecer a adoção de práticas alimentares saudáveis, mas também para estimular o envolvimento da sociedade civil na questão. Apostando na alimentação saudável, em setembro o país será anfitrião do Congresso Pan-Americano de Promoção do Consumo de Frutas e Hortaliças, que ocorrerá em Brasília. Será a primeira vez que o Brasil sediará um evento desse porte na área.



“Primamos pelo exercício pleno da cidadania, no qual o consumidor exerce sua decisão de compra e de cobrança a partir de um rol de informações”

FENELON DO NASCIMENTO NETO, coordenador do projeto Além do Rótulo

INFORMAÇÃO NO CARDÁPIO

Do ponto de vista do consumidor, disponibilizar informação de confiança é uma ferramenta para estimular a autonomia das pessoas frente a escolhas alimentares mais saudáveis. Nesse sentido, em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) definiu por força de resolução que os rótulos devem informar a quantidade de gordura trans, o valor energético e a quantidade de carboidratos, proteínas, gorduras totais e saturadas, fibra alimentar e sódio presentes nos alimentos comercializados no país.

O projeto Além do Rótulo, desenvolvido pela Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), leva ao consumidor a oportunidade de dar um passo a mais, disponibilizando informações sobre propriedades nutricionais, procedência, recomendações de armazenamento e de preparo, restrições e instruções para compra de dezenas de alimentos. Além do *site* do projeto na internet ([www.alemdorotulo.com.br](http://www.alemдорotulo.com.br)), em breve uma parceria com lojistas levará terminais de consulta para os corredores de supermercados. Para conhecer um pouco mais o alimento que o consumidor está levando para casa, bastará tocar na tela, ali mesmo, no local de compra.

“Primamos pelo exercício pleno da cidadania, no qual o consumidor exerce sua decisão de compra e de cobrança a partir de um rol de informações”, justifica o pesquisador Felon do Nascimento Neto, coordenador do projeto. A disponibilização dos dados na internet busca gerar uma opção confiável de consulta para o público. “A idéia é permitir o acesso a uma informação clara, objetiva, atual, com credibilidade e de acordo com os avanços da ciência, do mercado e das políticas públicas que envolvem a questão de alimentos”, resume o especialista.

PUBLICIDADE EM XEQUE

Prevista no Guia Alimentar para a População Brasileira e no programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, a regulamentação da publicidade é um ponto central na promoção da alimentação saudável. A ANVISA elaborou uma proposta de regulamento técnico sobre a publicidade de alimentos com altas taxas de açúcar, gordura saturada, gordura trans e sódio e de bebidas com baixo teor nutricional (o que inclui refrigerantes e refrescos artificiais, entre outras). A proposta, formulada por um grupo de trabalho envolvendo representantes de diversos ministérios, da indústria e da área da saúde, prevê a veiculação de mensagens de advertência nas peças publicitárias sobre a presença dos itens elencados e proíbe o uso de qualquer sugestão de que o alimento é saudável ou benéfico para a saúde – incluindo a associação com a prática de esportes ou com frutas, verduras e legumes. Um item específico é voltado para a publicidade destinada a crianças, vedando o uso de desenhos e personagens que sejam admirados pelo público infantil e a divulgação de brindes ou prêmios associados à compra dos produtos.

Durante 140 dias, entre novembro de 2006 e abril de 2007, a proposta foi colocada sob consulta pública. A Associação Brasileira da Indústria de Alimentos (ABIA) foi uma das entidades mais atuantes no encaminhamento de propostas. Nas contribuições enviadas, a associação coloca que há ausência de fundamentação científica para a definição do teor dos itens previstos na proposta de regulamento e destaca que as bebidas e alimentos não são considerados na Constituição Federal como passíveis de restrições e advertências de malefícios. Convidada a expressar seu ponto de vista nesta reportagem, a ABIA afirmou que o assunto está em debate na entidade e que não dispõe, por enquanto, de um posicionamento oficial.

O Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (Conar), também teve manifes-

tação expressiva na consulta pública. O presidente da entidade, Gilberto Leifert, afirma que a ANVISA não tem poderes para revogar leis e criar outras em seu lugar, o que aponta como atribuição do Poder Legislativo. Segundo Leifert, o Conar “acredita que o sistema misto de controle, em vigor no Brasil, que combina legislação e autorregulamentação publicitária, assegura à sociedade maior respeito e proteção”.

Ana Paula Dutra Massera, chefe da Unidade de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda da ANVISA, informa que, como os demais regulamentos que possuem impacto para a população, a consulta pública está sendo submetida a diversas instâncias de discussão com a sociedade. Ela conta que será realizada uma audiência pública sobre o tema, possivelmente no segundo semestre de 2009. “Somente após o esgotamento das instâncias de debate, o texto será publicado, mediante aprovação na Diretoria Colegiada da ANVISA”, informa. Ela acrescenta que os teores previstos na regulamentação foram definidos a partir de estudos científicos e que um grupo de trabalho acompanha os avanços do conhecimento na área, atento às atualizações necessárias.

DOIS PESOS E DUAS MEDIDAS

Enquanto as regras de regulamentação da publicidade de alimentos no Brasil permanecem em debate, internacionalmente já existe bastante clareza no assunto, muitas vezes por iniciativa das próprias indústrias. Em 2007, a Iniciativa em Publicidade de Alimentos e Bebidas para Crianças reuniu gigantes do setor alimentício – incluindo empresas da envergadura da Unilever, Danone, Nestlé, Kraft, Coca-Cola e Pepsico – no compromisso de modificar a publicidade para crianças no contexto da União Europeia. Em 2008, algumas das mais importantes indústrias do setor encaminharam à OMS uma carta assinada por seus diretores e presidentes em que se comprometem com a estratégia da entidade sobre dieta,



atividade física e saúde. Entre as ações que as empresas elencam no documento, estão a reformulação de produtos, buscando oferecer opções mais saudáveis, a disponibilização de informações mais claras sobre a composição dos itens e a adoção de medidas espontâneas na publicidade de bebidas e alimentos, especialmente para crianças.

Existe um descompasso entre as regras que são seguidas no Brasil e no exterior pelas mesmas empresas no que se refere à publicidade infantil de alimentos, conforme aponta estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) e o Projeto Criança e Consumo, do Instituto Alana. Foram analisadas campanhas publicitárias e a composição nutricional de 18 produtos de 12 empresas multinacionais que se comprometeram com organizações internacionais a restringir a publicidade infantil. Os dados mostram que a prática não é adotada no Brasil.

“Os resultados evidenciam que o consumidor brasileiro, no que diz respeito à proteção da infância na publicidade, não está sendo tratado como os consumidores do Primeiro Mundo”, sintetiza Daniela Trettel, advogada do Idec. Ela ressalta que o consumidor brasileiro começa agora a se familiarizar com o conceito de responsabilidade social. As demandas para a adoção de condutas socialmente responsáveis, antecipa, só tendem a aumentar. “O mínimo que se espera das empresas é que adotem no país os mesmos padrões de conduta que assumem como adequados para o mercado externo”, afirma.



Oficina do projeto Cultivar, Cozinhar, Consumir.



FOCO NA INFÂNCIA

A infância é um momento decisivo para introduzir a proteção do câncer por meio da alimentação saudável, por isso o foco nessa faixa etária é preconizado em diversas iniciativas. Atento a essa questão, a União Internacional Contra o Câncer (UICC) desenvolve em 2009 a campanha Amo Minha Infância Saudável, que promove o controle de peso na infância para prevenção do câncer na idade adulta. A campanha é trazida ao Brasil pelo INCA.

Quando a ação é voltada para crianças, a escola é aproveitada como um ambiente favorável para o estímulo à alimentação saudável. Além das recomendações da resolução 408 da CNS, a medida provisória 455, de 2009, indica a inclusão da educação alimentar e nutricional no currículo das escolas e busca aproximar a alimentação escolar saudável do fomento à agricultura local, indicando que os gêneros alimentícios devem ser adquiridos preferencialmente da agricultura familiar local.

Uma série de projetos tem a escola como palco. O Educanvisa, que acaba de ser lançado, está capacitando cerca de 500 professores da rede pública nos temas alimentação saudável e publicidade de alimentos. A iniciativa da ANVISA abrange diversos municípios.

Depois de atuar em 17 municípios entre 2005 e 2008, o projeto Educando nas Hortas Escolares, desenvolvido pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), foi ampliado para 60 municípios brasileiros neste ano. Najla Veloso, coordenadora do projeto, comemora a conquista. “A partir da horta, que gera todo um envolvimento por ser viva e lúdica, o aluno é levado a repensar a alimentação que adquiriu culturalmente”, indica. Najla destaca que a horta atua como um meio transversal de educação, que conjuga o aprendizado com a introdução de conteúdos específicos no currículo escolar, a experiência dos alunos no cuidado com o alimento, favorece a mudança dos hábitos alimentares e estimula a agricultura familiar.

“A partir da horta, que gera todo um envolvimento por ser viva e lúdica, o aluno é levado a repensar a alimentação que adquiriu culturalmente”

NAJLA VELOSO, coordenadora do projeto Educando nas Hortas Escolares

AÇÃO NAS COMUNIDADES

Permanecem muitos desafios, mas experiências bem-sucedidas mostram que é possível transformar a alimentação saudável em uma realidade na mesa dos brasileiros. No Rio de Janeiro, a Embrapa desenvolve o projeto Cultivar, Cozinhar, Consumir. Mais de 1.500 famílias participam do piloto da iniciativa, que envolve o Programa Saúde da Família, escolas e pontos de venda, como mercados, hortifrúti e sacolões, em bairros da Zona Oeste da cidade, onde ocorre a produção local de gêneros alimentícios. “O projeto atua de forma global, envolvendo as famílias, governo, empresas, escolas e profissionais de saúde”, descreve Fabio Gomes, nutricionista do INCA. O projeto inclui os agentes comunitários de saúde, que estão capacitados para falar sobre os benefícios da alimentação saudável para a saúde e estimular as famílias a incorporar o consumo de frutas, verduras e legumes no cardápio. Ao mesmo tempo, os donos de pontos de venda e as escolas onde as crianças dessas famílias estudam também participam, além de duas empresas da região.

Outra iniciativa capacita agentes comunitários de saúde, que atuam no Programa de Saúde da Família, para promover a prevenção do câncer a partir da alimentação. Em uma experiência piloto do INCA, 30 agentes comunitários estão sendo capacitados para promover a alimentação saudável. Estudo piloto realizado com 30 agentes apontou que eles não associam a alimentação inadequada como fator de risco nem como ação protetora. O estudo será usado como base para a adaptação das recomendações alimentares do Fundo Mundial de Pesquisa contra o Câncer para prevenção do câncer ao contexto brasileiro. O material resultante será empregado na capacitação de mais agentes, multiplicando o alcance da informação. |



prevenção

TRATAMENTO PARA TABAGISMO NO SUS É EFICAZ, MAS OFERTA AINDA
PRECISA CRESCER NOS MUNICÍPIOS

SIM, VOCÊ PODE PARAR DE FUMAR

Cristiana tem 37 anos, é professora de artes plásticas e mora no Rio de Janeiro, uma das mais populosas metrópoles da América Latina. Erisvaldo tem 55 anos, é médico e vive em Maracanaú, cidade cearense com menos de 190 mil habitantes. O que pessoas de realidades tão distantes têm em comum? Ambos conseguiram parar de fumar no programa de tratamento do tabagismo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por trás do sucesso desses exemplos, existe um trabalho intenso. Em primeiro lugar, um esforço de quase duas décadas para definir os protocolos médicos para tratamento do tabagismo. O resultado dessa tarefa foi a construção de um consenso sobre o tratamento de tabagismo no Brasil, produzido por profissionais de diversas especialidades em consonância com os conhecimentos científicos mundiais sobre o tema.

Uma vez definida de que forma o tratamento deve ser conduzido, surge o desafio de torná-lo disponível à população – um desafio ainda maior quando pensamos que são 25 milhões os fumantes que



“O processo de adesão de uma unidade de saúde ao programa de tratamento do tabagismo no SUS é simples e descentralizado”

CLEIDE CARVALHO, técnica da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA

existem no Brasil. Um avanço importante veio em 2002, quando uma portaria do Ministério da Saúde incluiu o tratamento do tabagismo em unidades de saúde de alta complexidade. Com essa ação, o tratamento para fumantes foi incorporado ao SUS, mas ainda não contava com a dimensão de oferta que o problema exige. Três anos mais tarde, o passo decisivo: nova portaria definiu que o tratamento poderia ser oferecido em unidades básicas de saúde, desde que credenciadas, e ampliou a condução do tratamento para uma série de especialidades médicas e profissionais de saúde, desde que capacitados.

“Se considerarmos que apenas nos anos 80 o tabagismo deixou de ser visto como fator de risco para a saúde e passou a ser encarado ele próprio como uma doença, os avanços que tivemos foram substanciais, tanto no aspecto médico, dos protocolos de tratamento, quanto na decisão política de tornar esse tratamento acessível”, conta o pneumologista Ricardo Meirelles, da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA. Em um pequeno posto de saúde ou em um grande hospital, o modelo do tratamento é idêntico. Realizado preferencialmente em grupo, aborda aspectos físicos, cognitivos e comportamentais. O pneumologista destaca que o avanço dos recursos terapêuticos foi fundamental para o aperfeiçoamento da metodologia. Afinal, menos de 20 segundos após a primeira tragada, o cérebro libera substâncias que causam sensação de bem-estar. Segundo os dados científicos mais recentes, cerca de 75% dos fumantes que procuram tratamento para parar de fumar precisam recorrer a algum tipo de medicamento para amenizar os sintomas de abstinência.

Além do evidente ganho ao poupar vidas – cerca de 200 mil mortes anuais são causadas pelo tabagismo no país –, estudos indicam que investir no tratamento do tabagismo reverte em economia de gastos. Pesquisa realizada pelo Hospital Universitá-

rio Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, aponta que o custo do tratamento é de cerca de R\$ 428 por pessoa, enquanto um enfarte é 18 vezes mais caro. Já um estudo da Fundação Oswaldo Cruz calcula que doenças associadas ao tabagismo provocam um prejuízo anual de R\$ 338 milhões para os cofres públicos.

O tratamento para fumantes está previsto em grandes planos antitabagismo em nível global: está presente no pacote MPower, da OMS, que indica as seis políticas mais importantes para prevenir e reduzir o consumo de tabaco, e também figura entre os objetivos da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), tratado internacional para frear a expansão da epidemia do tabagismo no mundo, da qual o Brasil é signatário. Apesar do reconhecimento da importância do tratamento de fumantes, apenas nove países no mundo, incluindo o Brasil, têm programas para tratamento da dependência do tabaco plenamente disponíveis.

DESAFIOS PARA AMPLIAR A OFERTA

Para um município implantar o programa de tratamento do tabagismo é simples: a unidade de saúde precisa ser credenciada pelo Ministério da Saúde e atender requisitos básicos, como contar com espaço para desenvolvimento de atividades em grupo. A partir de um contato com a coordenação estadual do programa, a equipe da unidade de saúde recebe capacitação. Cabe ao município definir uma previsão de quantas pessoas pretende atender, dado que vai orientar o recebimento do material necessário ao programa: os medicamentos e as cartilhas voltadas para profissionais de saúde e para pacientes.

“O processo de adesão de uma unidade de saúde ao programa de tratamento do tabagismo no SUS é simples e descentralizado”, afirma Cleide Carvalho, técnica da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA. No entanto, a cobertura permanece um fator crítico: apenas 10% dos municípios brasileiros oferecem o tratamento para tabagismo, sendo o Norte a região onde o déficit é maior. Além da questão da adesão dos municípios, ocorrem problemas no repasse de medicamentos, alvo de críticas recorrentes. “Existe tanto sobra quanto falta”, Cleide aponta. Muito do problema se deve

aos fornecedores dos medicamentos utilizados no programa, já que os insumos são produzidos por poucos fabricantes.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo caminha para o aprimoramento de aspectos da gestão. Segundo o sistema atual, a previsão de consumo de cada unidade de saúde é encaminhada ao município, que consolida os dados e os informa ao estado. O INCA recebe as previsões de todos os estados, corrige eventuais distorções e comunica ao Ministério da Saúde qual a demanda nacional de insumos. O Governo Federal realiza a compra de medicamentos e envia periodicamente aos municípios remessas de cartilhas e medicamentos. A novidade é que, a partir de 2009, tem início um processo crescente de descentralização: caberá aos municípios e estados avaliar a consistência das informações de forma descentralizada, para posteriormente encaminhá-las ao INCA já corrigidas. Outra inovação é a implantação, ainda neste ano, do Sistema de Informação do Tabagismo, que vai informatizar os dados de todo o país.

“Muitas pessoas chegam com a expectativa de um milagre. Faz parte do tratamento mostrarmos que, mais difícil que parar de fumar, é permanecer sem fumar”

VANIA CARNERO, enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Para buscar soluções quanto à adesão dos municípios e ao aperfeiçoamento dos fluxos de gestão, o INCA promoveu em dezembro de 2008 uma oficina com representantes dos programas estaduais e, em maio, apresentou um painel no 4º Congresso de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). No intuito de aumentar a flexibilidade no recebimento dos insumos, os estados estão sendo consultados sobre a possibilidade de a distribuição passar a ser estadual, em vez de municipal. Assim, haveria ganho de agilidade para a realização de remanejamento do material quando um município superar os atendimentos previstos ou subutilizar os insumos recebidos. Se houver consenso com os estados, a proposta será levada para apreciação da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que reúne representantes das três esferas de governo.

EM ATÉ QUATRO SEMANAS: ADEUS, CIGARRO!

Em todas as unidades de saúde, o tratamento oferecido segue o mesmo modelo. Antes do início das sessões, que podem ser individuais ou em grupo e duram quatro semanas, cada paciente recebe avaliação médica, quando se verifica a necessidade do uso de medicamentos.

SESSÃO 1

O foco é entender os motivos que levam ao fumo e os impactos para a saúde. Logo na primeira sessão, cada paciente programa uma data para deixar de fumar, optando entre a parada abrupta ou um método de parada gradual.



SESSÃO 2

Os primeiros dias sem fumar são o tema central, ensinando a combater os sintomas de abstinência, como formigamento nos braços e dores de cabeça. Entram em cena as estratégias alternativas, como técnicas de relaxamento e respiração.



SESSÃO 3

Neste ponto, os esforços são concentrados em vencer o desafio de permanecer sem fumar. É o momento de dicas úteis, como escovar os dentes imediatamente após as refeições e optar por alimentos de baixa caloria para evitar o ganho de peso.



SESSÃO 4

Os benefícios obtidos com o parar de fumar – não apenas os benefícios para a saúde, mas também a economia envolvida – são centrais neste momento. Para evitar recaídas, a regra básica é: evite um cigarro e você evitará todos.



MANUTENÇÃO

O ex-fumante ainda passa por dois acompanhamentos quinzenais e encontros mensais durante um ano para evitar recaídas.

SUCESSO EM DIFERENTES CONTEXTOS

Rio de Janeiro e Maracanaú: em contextos tão diferentes, a implantação do programa de tratamento do tabagismo no SUS já mudou a vida de muitas pessoas. Sabrina Presman, coordenadora de controle do tabagismo no Rio de Janeiro, conta que, desde 2004, vem crescendo o número de centros que oferecem tratamento para o tabagismo no município. Hoje, 94 unidades desenvolvem a abordagem e, cada trimestre, cerca de 1.500 pessoas são tratadas. “Atualmente, trabalhamos na expansão do tratamento de tabagismo no Programa de Saúde da Família”, aponta Sabrina.

A enfermeira Vania Carnero, que já coordenou o tratamento de mais de 500 pessoas em uma unidade de saúde no Rio de Janeiro, chama atenção para um aspecto importante: a decisão do paciente. “Muitas pessoas chegam com a expectativa de um milagre. Faz parte do tratamento mostrarmos que, mais difícil que parar de fumar, é permanecer sem fumar”, ela conta. A professora de artes plásticas Christiana Machado que o diga. Ela foi uma das pacientes que passou, com sucesso, pelos grupos coordenados por Vania. Fumante desde os 13 anos, superou o cigarro em 2006. Os resultados, Christiana – que chegou a acordar até três vezes por noite para acender um cigarro – sentiu logo. “O olfato, o paladar, o fôlego, tudo muda.” Talvez a maior satisfação, porém, seja ter cumprido a promessa de parar de fumar feita ao pai, que morreu por câncer associado ao tabagismo.

No Ceará, o município de Maracanaú é referência no tratamento do tabagismo no SUS. Desde a implantação do programa, em 2006, cerca de 200 pacientes já foram atendidos. Erisvaldo Moura Cavalcanti fumou durante 35 anos. Médico, participou como paciente de um dos primeiros grupos para tabagistas do município. A conquista veio após duas tentativas frustradas. “Somente há três anos, quando da implantação do programa do SUS de combate ao tabagismo em Maracanaú, decidi, de fato, parar”, admite Erisvaldo, que continua participando do programa de cessação do tabagismo, porém agora na área de gestão em saúde. O secretário de saúde do município, José Edson Evangelista, conta que é gratificante oferecer o tratamento. “É uma satisfação colocar à disposição da comunidade uma oferta que colabora para a qualidade de vida”, resume. |

GUIA PARA GESTORES

Para implantar o programa de tratamento de tabagismo do SUS, a unidade de saúde precisa constar do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O primeiro passo é entrar em contato com a coordenação estadual do programa, na Secretaria Estadual de Saúde. A unidade recebe capacitação e faz uma previsão inicial do número de pessoas que poderão ser atendidas, que deve ser enviada à coordenação municipal do programa. Concluído esse processo, a unidade de saúde recebe a primeira remessa de cartilhas e remédios e pode dar início ao atendimento. A cada três meses, é feito o planejamento do período seguinte.

PARA CONHECER MELHOR:

- *Portarias 1.035, do Ministério da Saúde, e 442, da Secretaria de Atenção em Saúde, ambas de 2004*
- *Cartilhas do programa de tratamento do tabagismo (www.inca.gov.br/tabagismo)*



educação

PROJETO QUALIFICA ESTUDANTES DE MEDICINA E ENFERMAGEM PARA O CONTROLE DO CÂNCER

Reforço nas linhas de cuidado



Atualmente as doenças crônico-degenerativas, entre elas, câncer, diabetes, hipertensão e problemas cardiovasculares, são as que mais preocupam os profissionais de saúde. No Pacto pela Saúde, do Governo Federal, o câncer, por exemplo, já é abordado em todas as linhas do cuidado, desde a atenção básica até a alta complexidade. Médicos e enfermeiros, cada vez mais, necessitam preparar-se para lidar com a doença.

De acordo com essa tendência, foi criado, a partir de um movimento da década de 1980, o PIDAAC - Projeto Integração Docente Assistencial na Área do Câncer. A ideia é promover a formação em oncologia ainda na fase de graduação de enfermagem e de medicina. Maria Bernadete Alves Barbosa, coordenadora do curso de Enfermagem em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA), explica que é importante, ainda na graduação, os alunos terem conhecimento

de questões relativas ao câncer. “Eles serão agentes na prevenção e no controle da doença ao ingressarem no mercado de trabalho”, afirma.

Para colaborar nessa tarefa, em 1995, foi lançada a primeira edição do livro *Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer*, publicado em parceria do Ministério da Saúde com o INCA. Em maio deste ano, nova edição da publicação, revisada, atualizada e ampliada, com estudos de caso, foi publicada. “O livro é voltado para diagnóstico e prescrição de enfermagem, exclusivamente em relação ao câncer, apresentando a situação no Brasil e as políticas públicas de saúde, sendo uma delas o PIDAAC”, ressalta Bernadete, acrescentando que a obra é a base para padronizar ações nas linhas de cuidado nas instituições de saúde. Foi criado também um curso de especialização em enfermagem oncológica, oferecido pelo INCA.

“É importante que os alunos, ainda na graduação, conheçam as questões relativas ao câncer, pois serão agentes na prevenção e no controle da doença”

MARIA BERNADETE ALVES BARBOSA, coordenadora do curso de Enfermagem em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer

Quem também apoia a iniciativa é o oncologista e radioterapeuta Bernardo Fernando Viana Pereira, do Conselho Federal de Medicina (CFM), favorável à inclusão da temática do câncer para generalistas no Ensino Superior. “As neoplasias estão hoje em segundo lugar em causa de morte no mundo, sendo, portanto, fundamental que médicos generalistas tenham informações básicas a respeito do câncer”, observa.

O oncologista enfatiza ainda que a condição para cuidar da doença é saber diagnosticá-la e isso só ocorre quando o médico tem conhecimento para suspeitar do problema no exame clínico do paciente. “Os médicos precisam ter informações básicas e estar familiarizados com o câncer. Mesmo os especialistas precisam considerar o corpo como um todo”, destaca.

De acordo com Bernardo Pereira, o tema câncer tem que ser incluído na grade do Ensino Superior, já que a doença tem-se tornado um problema de saúde pública nos últimos tempos. “Já existe a consciência dessa necessidade. É preciso que ela se torne uma realidade”, finaliza.

PROGRAMA TEM BOA ACEITAÇÃO

O Projeto de Integração Docente Assistencial na Área do Câncer (PIDAAC) de Enfermagem está inserido em diversos locais. Na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), foi criado em 1997 para suprir uma necessidade crescente dos alunos do curso. “Existe uma demanda muito maior do que a oferta”, diz Antonio Augusto de Freitas Peregrino, professor adjunto da Faculdade de Enfermagem da Uerj. A cada semestre, são desenvolvidos cursos de atualização em Política Oncológica e ciclo de palestras, entre outras atividades. “O INCA é um parceiro fundamental no PIDAAC de Enfermagem na Uerj. Com o Serviço de Ensino e a Chefia do Hospital do Câncer I, traçamos estratégias para que o ensino e o serviço caminhem lado a lado”, conta Peregrino.

Quanto ao interesse pelo ensino na área oncológica, ficou constatado em uma pesquisa realizada na Uerj que 29% dos participantes têm vontade de cursar residência em oncologia, 26% gostariam de realizar cursos de atualização e 24% estariam dispostos a se especializar na área. Há 12 anos coordenando o PIDAAC na Uerj, Antonio Peregrino observa uma melhora acentuada do tema oncologia no currículo da Uerj

O enfermeiro Marcos André Felix da Silva, técnico da Divisão de Apoio à Rede Oncológica, lembra que, como o enfermeiro é parte integrante das ações de prevenção e controle do câncer, é importante que o profissional tenha uma visão da linha de cuidado. “Ele precisa ser orientado na graduação a compreender a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, qualificando a assistência prestada à população”, observa.

INICIATIVA DE ESTUDANTES

Para preencher a lacuna na grade curricular do estudo sistematizado do câncer, surgiu a Liga Acadêmica da Oncologia, a LiOnco, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O programa começa a ser organizado por graduandos e um professor coordenador com base em aulas teóricas, discussões e atividades práticas sobre medicina, tendo como público-alvo os alunos. De acordo com Diogo Antonio Valente Ferreira, aluno da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj e presidente da LiOnco, um dos objetivos da Liga, em sua primeira turma, é a boa formação profissional. “O conteúdo programático foi adaptado de um antigo curso de extensão de oncologia que existia aqui na Uerj”, afirma Diogo.

A palestra de abertura das atividades da LiOnco, realizada no dia 20 de maio, contou com a presença do Diretor-Geral do INCA, Luiz Antonio Santini, que abordou a Política de Controle do Câncer no Brasil. A meta é formar uma turma anualmente. |



A publicação está disponível em www.inca.gov.br

ciência

ESTUDO FINANCIADO PELO NCI INVESTIGARÁ MULHERES LATINAS EM VARIANTE DO CÂNCER DE MAMA

Contra o triplo-negativo

Dos 235 mil novos casos de câncer estimados para o sexo feminino este ano no Brasil, 49 mil são de câncer de mama. Diante dessa perspectiva, a variante mais agressiva e de prognóstico mais complexo, conhecida como triplo-negativo – correspondente a 15% do total de casos da doença – foi escolhida como tema de pesquisa sobre o câncer na América Latina. O estudo, a ser financiado pelo National Cancer Institute (NCI), ligado ao National Institute of Health, dos Estados Unidos, esteve em debate, em março, em Washington, reunindo representantes dos cinco países convidados pela instituição – Argentina, Brasil, Chile, México e Uruguai.

O Ministério da Saúde indicou o Instituto Nacional de Câncer (INCA) para coordenar a pesquisa em território nacional, que contará com a participação da Universidade de São Paulo (USP) e dos hospitais AC Camargo e de Câncer de Barretos. Em maio, o coordenador para a América Latina do NCI, Jorge Gómez, e o representante do Brasil na rede de países latino-americanos e Diretor-Geral do INCA, Luiz Antonio Santini, reuniram-se em São Paulo para discutir o andamento do projeto.


O interesse em estudar o assunto deve-se também à estimativa de que o percentual de latinos na população norte-americana chegue a 19% do total já em 2020, somando quase 60 milhões de pessoas. Nos Estados Unidos, no entanto, menos de 10% dos cânceres de mama chegam a esse estágio. Já na América Latina, a frequência desse tipo de tumor varia de 40% a 70%.

O geneticista e pesquisador José Casali da Rocha, diretor médico do Banco Nacional de Tumores e DNA do INCA, explica que esse subtipo de câncer de mama ganhou essa classificação de triplo-negativo em 2005. “É assim chamado por não ter receptores de hor-

mônios. Ou seja, ele só pode ser extirpado e tratado com quimioterapia convencional”, explica José Casali, acrescentando que, geralmente, esses tumores são os mais agressivos e têm crescimento rápido, produzindo metástases.

A partir de 2006, o triplo-negativo começou a ser reconhecido pelos pesquisadores como grupo importante de pesquisa devido às opções limitadas de tratamento existentes. “Propusemos ao NCI uma pesquisa com um protocolo de ações para esses casos de triplo-negativo e tumores localmente avançados”, acrescenta José Casali. Nesse protocolo, o Banco de Tumores do INCA vai dar todo o suporte para que as amostras dessas pacientes possam ser coletadas e armazenadas para projetos de pesquisa que vão correlacionar a resposta a essas ações com as características biológicas e genéticas do tumor.





“Podemos com esse trabalho fortalecer a relação dessas instituições em várias outras áreas da oncologia”

EDMUNDO DE CARVALHO MAUAD,
diretor técnico do Hospital de Câncer de Barretos

RESULTADOS POSITIVOS COM PROTOCOLO PIONEIRO

O desdobramento do protocolo que utiliza medicação com drogas de quimioterapia, relativamente baratas e pouco eficazes para os outros tipos de câncer de mama, já apresenta algumas evidências de que essa medicação dá bons resultados para o triplo-negativo. O Instituto Nacional de Câncer foi pioneiro em implantar esse protocolo, como explica o oncologista clínico do Hospital do Câncer I, José Bines. A ideia é que ele seja levado a outros centros do Brasil e a todos os participantes da América Latina.

O projeto piloto, como detalha Bines, busca, baseado nos conhecimentos mais atuais existentes a respeito do câncer de mama, delinear uma terapia eficaz e passível de ser utilizada em grande escala, em países latino-americanos e em outros países em desenvolvimento. “Ao mesmo

tempo, há vários subestudos que acompanham a caracterização dos tumores na população latino-americana, dados epidemiológicos dessa população e correlação do benefício do tratamento com marcadores moleculares”, explica Bines.

O programa envolve a comparação de dois esquemas de quimioterapia em um determinado subgrupo de pacientes portadores de tumores triplo-negativo. “Nesse subgrupo, até o momento, a quimioterapia convencional é o único tratamento disponível”, observa. De acordo com Bines, o programa envolverá algumas centenas de pacientes dos países participantes.

INTERCÂMBIO DE INFORMAÇÕES

Um dos participantes do projeto piloto, o Hospital de Câncer de Barretos, em São Paulo, conta com um Banco de Tumores com 23 mil amostras, em que as relacionadas ao triplo-negativo poderão ser utilizadas para a pesquisa. O diretor técnico do hospital, Edmundo de Carvalho Mauad, explica que a iniciativa é de grande importância para a instituição, que trabalhará ao lado do INCA, da USP-SP e do Hospital AC Camargo, também em São Paulo. “Podemos com esse trabalho fortalecer a relação dessas instituições em várias outras áreas da oncologia”, prevê.

“Nesse subgrupo, até o momento, a quimioterapia convencional é o único tratamento disponível”

JOSÉ BINES, oncologista clínico do INCA

Mauad acrescenta que o tratamento do câncer de mama mudou muito nos últimos anos e, num futuro breve, os marcadores moleculares serão colocados na prática clínica. “Isso vai ser fundamental no planejamento de políticas de saúde coletiva”, diz.

Em fase de confirmação de 102 casos de triplo-negativo de um total de cerca de cinco mil amostras de que dispõe, o Hospital AC Camargo também participará do projetopiloto. De acordo com o diretor do Departamento de Mastologia da instituição, Mario Mourão Netto, a importância do projeto é criar uma metodologia para diagnóstico histopatológico dessa variante da doença. “Isso permitirá diagnosticar e tratar com mais eficiência esse tipo de tumor”, conclui Mourão Netto. |

política

SISTEMAS SUBSIDIAM AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA,
ORIENTAM GESTORES E INFORMAM A POPULAÇÃO

Informação para saúde

Como parte do investimento público no controle do câncer, o Brasil conta com um verdadeiro arsenal de informações sobre a doença. Esses dados são provenientes de sistemas alimentados por todo o país e que, como um prédio cheio de janelas, permitem a cada usuário diferentes visões da mesma realidade. Para os gestores da rede de atenção oncológica, os dados envolvem o gerenciamento dos programas e a tomada de decisões, indicando, por exemplo, onde ampliar o investimento e os serviços que devem ser aperfeiçoados. Já entre especialistas que coordenam a rede oncológica nacional, os dados podem indicar as mudanças epidemiológicas que o país está atravessando. O cidadão também se beneficia, já que muitos sistemas estão disponíveis para acesso público na internet, à distância de um clique. Nesse caso, as informações podem servir tanto para a prevenção quanto para acompanhar o emprego de recursos públicos, em um exercício de transparência que cria condições na prática para o controle social da saúde.

“As informações isoladas não mudam nada. Elas precisam ser usadas como ferramenta para transformar a realidade”, indica Marise Rebelo, chefe da Divisão de Informação do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Entre as atribuições do instituto está a de coordenar as ações nacionais para construção, geração, disponibilização e análise de informações sobre câncer no país. A partir desse conjunto de informações, é possível conhecer o número de casos novos e óbitos por câncer na população, as neoplasias

mais frequentes, o perfil da demanda atendida pelos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e o fluxo de pacientes dentro da assistência oncológica, entre outros aspectos. Esses números são transformados em medidas-resumo, conhecidas como indicadores e taxas, que podem ser analisadas para formar o retrato do câncer no Brasil. “Não faria sentido gerar um volume tão grande de informações, se elas não pudessem ser apropriadas pelos gestores de saúde e pela população”, justifica a técnica da Divisão de Informação, Marceli Santos, apontando as razões que motivam a preocupação em tornar os dados acessíveis para diferentes usuários.

As informações sobre câncer envolvem uma série de bancos de dados e de ferramentas para análise das informações sobre a doença no país. Dos dados de mortalidade ao controle dos exames associados ao câncer de colo do útero ou às mamografias realizadas no país, cada sistema atende diferentes propósitos. O objetivo, no entanto, é um só: gerar informações que se transformem em ações para o controle do câncer na população brasileira.

Com o uso de recursos tecnológicos recentes, a disponibilização de dados deixou de ser restrita às planilhas eletrônicas com uma infinidade de linhas e colunas que só os especialistas conseguiam decifrar. Os formatos de apresentação das informações sofreram uma transformação que possibilita ao usuário público, seja qual for a sua formação, localizar e selecionar variáveis do seu interesse, gerar tabelas, gráficos e mapas – tudo isso, gratuitamente, pela internet.

GEOGRAFIA DA MORTALIDADE

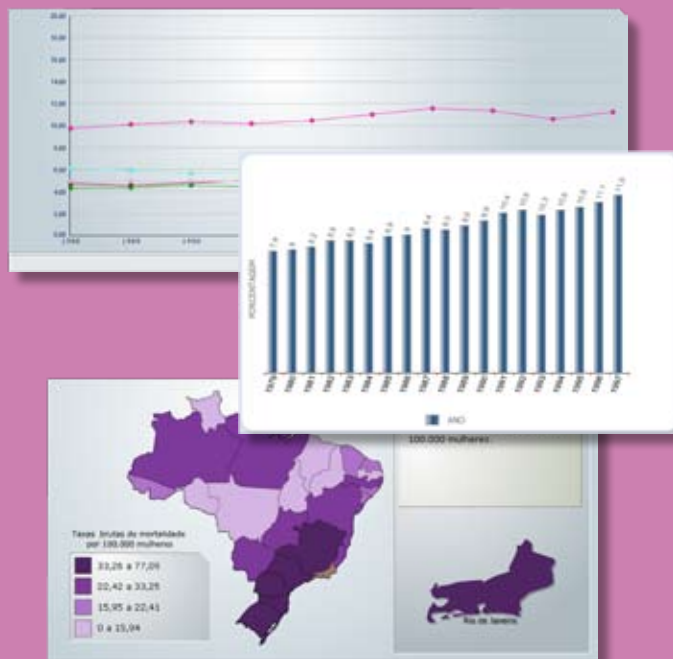
Para entender como os dados sobre câncer são gerados, algumas noções de estatística são inevitáveis. A mortalidade é um dos conceitos mais simples. Os dados sobre mortalidade permitem gerar um retrato do real impacto do câncer em termos de óbitos causados por neoplasias no país. Do ponto de vista da saúde pública, essas informações permitem mapear locais onde a ocorrência de mortes é mais significativa e identificar o perfil das vítimas, no que diz respeito a faixa etária, sexo e tipo de tumor, entre outros aspectos.

Para apresentar os dados de mortalidade, o INCA deu roupagem nova a um formato que qualquer pessoa conheceu na escola: um atlas. Mas o *Atlas de Mortalidade por Câncer* é um atlas dinâmico e *on line*, disponível na internet. Para consultá-lo, basta que o usuário acesse o endereço eletrônico do atlas. Com uma interface extremamente fácil de ser utilizada, com a simples seleção por cliques qualquer pessoa pode cruzar variáveis gerando mapas inteligentes, que indicam exatamente o dado que o usuário demandou ao sistema.

A ferramenta permite correlacionar as variáveis óbitos por residência, óbitos por ano, causa do óbito – que pode ser observada segundo o tipo de neoplasia, segundo a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial da Saúde –, sexo, faixa etária e local. Nesse último item, que define o escopo espacial do cruzamento de informações realizado, estão disponíveis as seguintes opções: município das capitais, unidade da federação, Distrito Federal, região geográfica e Brasil.

Selecionadas as variáveis que se deseja relacionar, só falta escolher o período de tempo para o cruzamento de dados. Com poucos cliques, os gráficos e mapas já saem prontos e o usuário pode salvá-los como imagens para aplicação em relatórios, trabalhos acadêmicos e apresentações de *slides*, por exemplo. Também é possível obter tabelas simples.

“No *Atlas de Mortalidade*, a fonte de dados é o SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde/DATASUS, sistema que reúne o controle sobre todos os óbitos no país”, indica Marceli. Esse é um dos sistemas de informação mais antigos: estão disponíveis dados desde 1979. O *Atlas de Mortalidade por Câncer* está disponível para livre acesso no *site* do INCA (www.inca.gov.br) ou no *site* da Rede Câncer (www.redecancer.org.br).



MAMA E COLO DO ÚTERO: PRIORIDADES TAMBÉM NA INFORMAÇÃO

O Pacto pela Vida, uma pactuação entre todas as esferas envolvidas com a saúde no país, coloca uma série de prioridades de ação no setor. Entre elas, são priorizadas, na área do câncer, o controle dos tumores de mama e do colo do útero, por conta de sua importância epidemiológica e pela possibilidade de redução das taxas de mortalidade dessas doenças e na melhoria da qualidade de vida das pacientes mediante o emprego de técnicas de rastreamento.

O rastreamento tem como objetivo monitorar mulheres saudáveis, que não apresentam sintomas, mediante exames regulares, no intuito de diagnosticar precocemente possíveis casos da doença. Para isso, são definidos protocolos do público-alvo da estratégia de rastreamento, a partir do consenso de especialistas sobre a faixa etária de maior risco e incidência. Para rastrear os tumores de mama e de colo de útero na população feminina, dois exames básicos são empregados: a mamografia e o Papanicolau. Quando os métodos de rastreamento indicam suspeita de tumor, uma série de exames específicos também é realizada para certificação do diagnóstico.

Para gerenciar os programas de controle de câncer de colo do útero e de mama, o INCA utiliza dois sistemas de informação: o Siscolo, implantado desde 1999, e o Sismama, que está sendo implantado em todo o país neste ano. Para concluir a implantação nacional do Sismama em 2009, há dois anos o

INCA vem trabalhando no processo de capacitação dos estados, que, por sua vez, são responsáveis por transmitir aos municípios os usos do novo sistema.

O Siscolo e o Sismama são sistemas de informação complexos, que permitem visões variadas para diferentes usuários. “Os dois sistemas permitem o acompanhamento integral dos programas de rastreamento de ambos os cânceres, nos níveis municipal, estadual e pela coordenação nacional”, sintetiza Maria Beatriz Kneipp Dias, técnica da Divisão de Apoio à Rede Oncológica do INCA.

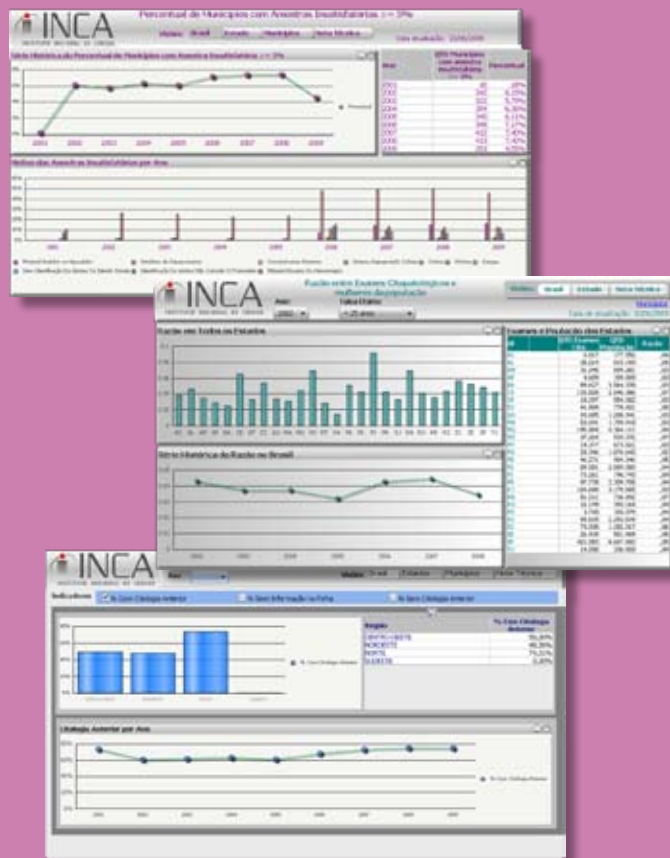
Do ponto de vista das unidades de saúde, é possível emitir laudos e realizar o faturamento dos serviços, além de ter um controle da qualidade dos exames realizados. “A partir do sistema, o gestor do programa pode verificar a necessidade de capacitação das equipes de saúde e acompanhar o seguimento de cada mulher diagnosticada, observando se ela foi atendida em seguida ao diagnóstico e qual a evolução”, descreve Jeane Tomazelli, técnica da Divisão de Apoio à Rede Oncológica do INCA.

Na coordenação nacional dos programas, os sistemas permitem acompanhar se as solicitações das unidades de saúde por métodos de rastreio estão sendo feitas dentro da faixa etária preconizada pelos protocolos. As demandas por exames devem ser realizadas em observância dos critérios que definem qual o perfil das mulheres que devem ser acompanhadas pelo serviço de saúde para detecção precoce do câncer de mama e de colo do útero – aspecto que a coordenação nacional dos programas pode observar facilmente a partir dos sistemas.

Outro importante aproveitamento dos sistemas consiste na identificação do perfil epidemiológico de cada tumor, o que pode subsidiar os esforços de aperfeiçoamento contínuo dos protocolos de rastreamento desses tipos de câncer na população feminina.

PAINEL DE INDICADORES

Do ponto de vista dos gestores locais e nacionais dos programas de controle, o Sismama e o Siscolo representam um avanço sem precedentes na organização e democratização do acesso às informações. Para o público, o INCA passou a disponibilizar os dados consolidados no formato de um painel de indicadores na internet. O painel de indicadores de câncer de colo do útero já está aberto para consulta pública e pode ser acessado no site da Rede Câncer (www.redecancer.org.br). Já o painel de indicadores de câncer de mama entrará no ar assim que a im-



plantação nacional do Sismama esteja concluída e os primeiros dados sejam gerados.

A página inicial do Painel de Indicadores de Câncer de Colo do Útero apresenta as opções de navegação para o usuário. A cada tela, o painel traz orientação simples, que guia o uso da ferramenta. É possível fazer o cruzamento livre dos dados consolidados no Siscolo, com a facilidade de obter resultados em tabelas ou gráficos. Entre as opções de dado disponível para consulta estão a razão entre exames citopatológicos realizados e o número de mulheres de determinada população, informação que permite observar a cobertura da estratégia de rastreio. O percentual de exames citológicos realizados anteriormente também está disponível, bem como o percentual de municípios onde a coleta de amostras de qualidade insatisfatória foi superior a 5%.

Em cada uma dessas opções, o usuário pode filtrar os dados por Estado, região geográfica ou observar os dados consolidados nacionais. Com a seleção dos períodos de interesse da observação (disponíveis a partir do ano de 2002), é possível gerar gráficos que apresentam a série histórica do parâmetro escolhido. Modelo semelhante será aplicado no Painel de Indicadores de Câncer de Mama, que estará disponível na internet ainda em 2009. |

**Mostre a verdade.
Advertências Sanitárias salvam vidas.**

As companhias de tabaco usam embalagens atraentes para fazer seus produtos parecerem "tudo de bom". Na verdade, o tabaco causa adoecimento e morte. As advertências sanitárias nas embalagens apenas mostram a verdade.

www.who.int/tobacco
www.inca.gov.br



Secretaria Nacional
Antidrogas

Ministério
da Educação

Ministério
da Saúde



assistência

ESTUDO INEDITO MOSTRA QUE SOBREVIDA DE PACIENTES COM CÂNCER
CRESCEU NAS UTIs BRASILEIRAS

Intensidade na medida certa

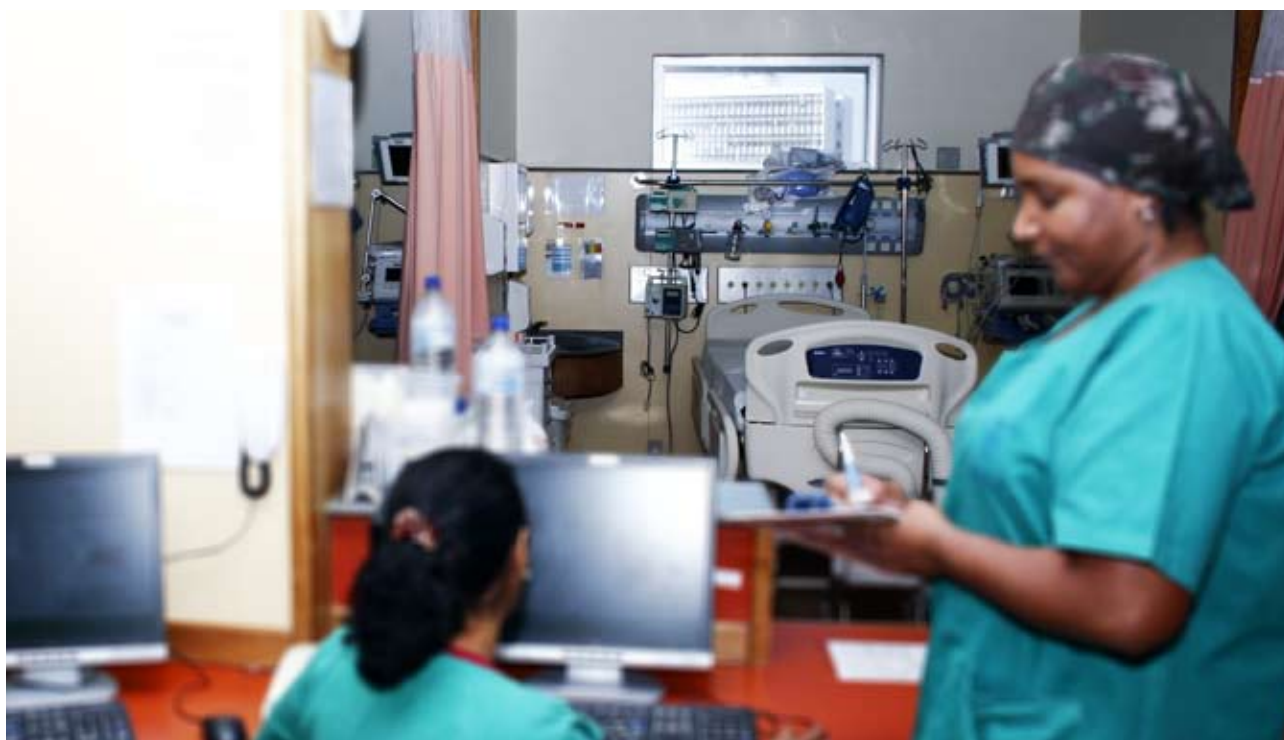


Foto: Gabriel Jabour

Há 20 anos, as perspectivas para um paciente com câncer internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) eram pouco animadoras. Entre os casos mais graves, a mortalidade podia chegar a 80%. Um estudo inédito desenvolvido pela Rede Brasileira de Pesquisa em Cuidados Intensivos mostra que hoje esse quadro mudou. Num esforço de pesquisa que envolveu 28 UTIs públicas e particulares de 14 estados, os especialistas conseguiram construir um panorama epidemiológico do prognóstico dos pacientes oncológicos internados em UTIs brasileiras e

apontam que a mortalidade caiu para cerca de 30%. Além dessa novidade positiva, outro número surpreendente veio à tona: a cada cinco pessoas internadas em UTIs no Brasil, uma tem câncer.

Segundo dados do DATASUS, existem 43 mil leitos de UTI no Brasil. Essas estruturas respondem por grande volume de internações e consomem de 25% a 50% dos recursos em uma unidade hospitalar. Apesar da relevância no cenário da saúde, existem poucos dados epidemiológicos no país sobre a realidade das UTIs. Por muitos anos, a produção de conhecimento

científico na área esteve restrita a escassos estudos realizados em centros isolados. Quando foi criada, em 2007, a Rede Brasileira de Pesquisa em Cuidados Intensivos, coordenada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), surgiu motivada a dar um passo à frente, gerando condições para produzir conhecimento que refletisse a realidade epidemiológica da terapia intensiva no país – a exemplo de um processo de organização de redes de pesquisa que ocorreu na Austrália, na Nova Zelândia e no Canadá, para citar alguns dos centros mais avançados nesse campo.

Apenas dois anos após sua criação, a rede conclui como seu produto de estreia uma pesquisa que avalia o prognóstico de pacientes de câncer internados em UTIs com abrangência nacional. É a primeira do tipo no país e, nos últimos dez anos, não existe no mundo estudo com dimensão comparável.

NÚMEROS INÉDITOS DE UMA REALIDADE

A pesquisa acompanhou cinco mil pessoas internadas em UTIs nos meses de agosto e setembro de 2008. Destas, 717 pacientes eram oncológicos. “A rede de atendimento em saúde, especificamente na área de UTI, deve ser planejada considerando-se que cerca de 20% dos pacientes internados serão pacientes com câncer”, afirma Pedro Caruso, diretor médico da UTI Adulto do Hospital AC Camargo, em São Paulo, especializado no tratamento do câncer, que participou do estudo multicêntrico. Com o envelhecimento da população, completa o especialista, a tendência desse número é aumentar.

Além do percentual da presença dos pacientes oncológicos internados em UTIs, a pesquisa investigou se houve melhora na sobrevivência dos pacientes, como já apontavam estudos realizados anteriormente em centros isolados. Para isso, os pacientes foram acompanhados até 90 dias após a alta.

Os médicos intensivistas Jorge Salluh e Márcio Soares, do INCA, que lideraram a pesquisa, informam que pouco mais da metade dos pacientes tinham tumores sólidos e foram internados em UTI para uma monitoração do pós-operatório. Um percentual importante correspondia a pacientes que realizaram cirurgias de urgência. Os demais eram pacientes clínicos, internados devido a complicações diretas ou indiretamente associadas ao tumor – desde pessoas que enfrentavam efeitos da quimioterapia até situações em que uma infecção foi facilitada pela queda imunológica ligada à doença, por exemplo.

De forma geral, em comparação com dados anteriores, em todas as situações o prognóstico apresentou melhora significativa e a mortalidade verificada foi de apenas 30% no conjunto da amostra. O pior prognóstico foi verificado entre pacientes clínicos (58%) em relação a pacientes internados por decorrência de intervenções cirúrgicas (37%), corroborando um perfil que também é observado entre pacientes que não têm câncer. Segundo Jorge, um importante mérito do estudo é ter conseguido observar, em dimensão nacional, a melhora do prognóstico de pacientes oncológicos, da mesma forma que estudos realizados em centros isolados haviam indicado.

USAR OS DADOS PARA ORIENTAR AÇÕES

O estudo, que está em fase final de publicação em periódico especializado, permite pensar a realidade e também antecipar cenários. Pedro Caruso aponta que as novas informações devem orientar a melhora no atendimento nas UTIs brasileiras. “Esse estudo é como uma fotografia da situação dos pacientes com câncer em UTIs e servirá para que as unidades de saúde se planejem quanto à contratação e qualificação profissional, além de aparelhamento e introdução ou fortalecimento de rotinas que são importantes para esses pacientes”, destaca o intensivista.

Outra importante questão que se coloca é tentar mudar o enfoque médico sobre o paciente com câncer internado em UTI. Afinal, a alta mortalidade verificada duas décadas atrás motivava um debate sobre se seria válido ocupar leitos com pacientes que possuíam chances tão baixas de sobreviver. “Já sabemos que os pacientes se beneficiam, de fato, do tratamento intensivo, não só porque os tratamentos intensivos e oncológicos melhoraram, mas também porque aprendemos a identificar melhor os pacientes que respondem aos tratamentos. Agora, é preciso reduzir o preconceito envolvido na relação com o paciente oncológico”, afirma Jorge Salluh.

Na inquietude que é própria dos pesquisadores, um novo desafio já se descortina. “Agora que sabemos, com base em dados, que a terapia intensiva vale a pena do ponto de vista da sobrevivência do paciente, queremos entender qual a qualidade dessa sobrevivência e qual o impacto global da internação para o tratamento do paciente”, afirma Jorge, antecipando os caminhos que as próximas investigações da Rede podem seguir. |

rede

PROGRAMA DE QUALIDADE EM RADIOTERAPIA FAZ DEZ ANOS E É COMPARTILHADO COM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA

Acessível a todos

A radioterapia é uma das formas mais comuns do tratamento do câncer e se realiza por meio da utilização de radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem. Para que seja garantida a dose certa de radiação no tecido tumoral e a exposição mínima dos demais tecidos são do corpo, é preciso que o tratamento ocorra tal como foi planejado e dentro dos padrões internacionais de segurança e qualidade. Como um procedimento de alta complexidade, a radioterapia exige uma série de cuidados, técnica apurada, além de investimento em tecnologia e treinamento de profissionais.

Com o objetivo de oferecer tal garantia aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma ferramenta importante surgiu há dez anos, o programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT), do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Criado como um projeto que avaliaria 32 instituições de saúde ligadas à Associação Brasileira de Filantropia, o Programa hoje atende toda a rede SUS. Das 195 clínicas que oferecem tratamento de câncer no país, 97% delas já são certificadas e acompanhadas pela equipe do PQRT.

Os resultados confirmam o sucesso do programa, que é compartilhado com os demais países da Aliança da América Latina e do Caribe, além de alguns parceiros da América do Norte e da Europa. A cooperação é fruto de acordo entre o INCA e a Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA, na sigla em inglês), firmado em 2007. Naquele mesmo ano, foram atendidas oito instituições em sete países, mas a meta é que cada país aprenda os métodos de avaliação para adequá-los às suas realidades.

A equipe que trabalha no PQRT realiza auditorias nas instituições que promovem tratamento de câncer, verificando o equipamento radioterápico. “Auditamos as máquinas para saber se elas funcionam bem em

todas as áreas, desde a parte mecânica, como ajuste da cama, até a regulação das doses de radiação”, explica Anna Campos, supervisora do Serviço de Qualidade em Radiações Ionizantes do INCA.

A respeito do compartilhamento dos métodos do PQRT no exterior, Ana Campos revela que a demanda partiu de representantes de países da América Latina. “Representantes de outros países começaram a pedir ajuda. Nosso objetivo é oferecer cursos a distância, treinamento de pessoal e missões com peritos para auditorias locais”, detalha Ana Campos.

“Um dos objetivos é a composição de uma comunidade que compartilhe conhecimento estratégico sobre o assunto”

MARCO PORTO, professor do Departamento de Saúde e Sociedade da Universidade Federal Fluminense

Maria Helena Maréchal, coordenadora geral de Instalações Médicas e Industriais da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), faz coro com os objetivos descritos por Ana Campos. Para ela, na América Latina, o Brasil é referência em muitas áreas, inclusive em radioterapia, e é gratificante poder compartilhar os métodos brasileiros com outros países. “Não é o caso de uma área em que seja necessário manter um conhecimento em sigilo por uma questão de soberania. É uma questão de saúde e muitos países não têm estrutura para desenvolver sistemas próprios”, afirma.

GARANTIA DE SUCESSO NO TRATAMENTO

A garantia do sucesso da radioterapia envolve aspectos clínicos e físicos, como destaca Ahmed Meghzifene, da Seção Médica de Dosimetria e Física da Radiação da Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA). “As áreas principais de um programa de garantia de qualidade incluem políticas clínicas, planejamento e programas de manutenção, entre outros”, observa. Eeva Salminen, da Seção de Radioterapia e Radiação Biológica Aplicada do IAEA, afirma que o Brasil tem papel importante nesse campo na América Latina. “O nível do trabalho desenvolvido com o uso da radiação em oncologia no INCA é bastante elevado e são treinados oncologistas para atuar até na África”, declara.

Para Marco Antônio Porto, doutor em Ciências (Fiocruz) e professor associado do Departamento de Saúde e Sociedade da Universidade Federal Fluminense (UFF), a função do PQRT não é de apenas policiar a forma como são executados os procedimentos, mas de compor uma grande rede solidária capaz de propiciar apoio mútuo, em benefício da população. Marco destaca que um dos objetivos centrais desse movimento de trabalho em rede é a composição de uma comunidade que compartilhe conhecimento estratégico e aplicado sobre o assunto, como boas práticas e iniciativas de sucesso. “Nessa perspectiva, o PQRT é um dos principais elementos a serem oferecidos aos parceiros, seja como modelo de organização, seja como prestador de serviços em nível internacional”, acredita.



SISTEMA POSTAL

A decisão de compartilhar os métodos de controle de qualidade em radioterapia com os demais países da América Latina reforça a posição do Brasil de referência em tratamento de câncer. Entretanto, o número de instituições para serem atendidas e acompanhadas ainda dentro do país é muito grande.

Para ampliar o campo de atuação do programa, foi desenvolvido o Sistema Postal do PQRT, que nada mais é que uma ferramenta para monitoramento a distância das clínicas que realizam tratamentos

de câncer. Como há muitas institui-

ções para serem atendidas, a

primeira visita é feita por um

físico do PQRT que, por

cerca de 10 a 12 horas,

avalia e testa todos

os sistemas das

máquinas de ra-

dioterapia. Para

cada tipo de tra-

tamento, há um

equipamento

específico. Em

todos eles são

realizados tes-

tes mecânicos

e elétricos, se-

guinto parâme-

tros da CNEN.

Depois do

primeiro contato, é

colocado em prática o

Sistema Postal, em que

se determina um pacien-

te fictício padrão para servir de

referência para testes em todas as

máquinas. Monta-se, então, um planejamento

para esse paciente com valores padrão de doses. To-

das as máquinas devem apresentar o mesmo resulta-

do do laboratório para serem aprovadas na auditoria.

Caso contrário, os físicos visitam o local para identificar

os problemas e orientar as soluções.

Na sede do PQRT, no laboratório de Dosimetria

Termoluminiscente, as doses de radiação são medi-

das, por meio de uma máquina leitora, e padronizadas

conforme normas da IAEA, CNEN e Agência Nacional

de Vigilância Sanitária (Anvisa). |

artigo

SUSAN KNOX

Diretora executiva da Aliança Europeia do Câncer de Mama, Europa Donna

O combate ao câncer de mama na europa

Com o objetivo de promover a união de mulheres provenientes de vários países, culturas e experiências no combate ao câncer de mama e buscar objetivos comuns para esse fim, foi fundada em 1994 a Aliança Europeia do Câncer de Mama, Europa Donna.

A Aliança é uma organização independente, sem fins lucrativos, cujos membros são grupos afiliados de países em toda a Europa. A instituição trabalha para disseminar o conhecimento sobre o câncer de mama e para mobilizar o apoio das mulheres europeias para exigirem mais educação sobre a doença, exames apropriados, tratamento, cuidados ideais e mais fundos para pesquisas. A Aliança representa o interesse das mulheres europeias sobre câncer de mama para as autoridades locais e nacionais, bem como para instituições da União Europeia, e hoje já possui 42 grupos afiliados no continente europeu.

A Europa Donna é uma organização de amparo baseada em evidências e todas as nossas informações e programas são baseados em evidência científica aceita por especialistas em ciência europeus em todos os campos de especialidade. Desde 2000, tra-

balhamos com a *European Breast Cancer Network* e a *EUSOMA - European Society of Breast Specialists*, e essas parcerias resultaram, em 2006, na publicação pela Comissão Europeia de *Orientações Europeias para Garantir a Qualidade no Exame e Diagnóstico do Câncer*. Esse documento agora forma a base para grande parte de nosso trabalho de amparo a essas causas por delinear os serviços relativos ao câncer de mama, os quais todas as mulheres devem ter o direito de receber. A ED publicou um “guia rápido” sobre essas orientações para possibilitar às mulheres e ao público leigo a compreensão dos principais pontos contidos nesse documento científico. Esses documentos podem ser baixados de nosso *site* na internet e já foram traduzidos para oito idiomas.

A Aliança, que é formada por um conselho eleito e representantes nacionais de todos os 42 países membros, chegou a um consenso sobre as quatro prioridades principais para o trabalho de defesa do câncer de mama na Europa hoje. As prioridades são: estabelecer programas de mamografia para a população em todos os países cuja estrutura está de acordo com a orientação



da União Europeia mencionadas acima, estabelecer unidades de especialidade em mama em todos os países organizados de acordo com essas Orientações da União Europeia, desenvolver registros nacionais de câncer de mama e ampliar a pesquisa sobre o câncer de mama.

O escritório central da organização fica em Milão, na Itália, e, junto com o conselho, é responsável por conduzir diversos projetos na Europa nas áreas de educação, informação e tentativas de convencer pessoas a promoverem os objetivos centrais. A Europa Donna, com a EUSOMA e a Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer, EORTC, organiza a Conferência Europeia do Câncer de Mama que ocorre a cada dois anos, bem como a nossa conferência, a Europa Donna Pan-European Advocacy Conference. A próxima conferência ocorrerá em Estocolmo, na Suécia, em 24 e 25 de outubro de 2009.

Outro programa-chave é o nosso Curso Europeu de Amparo ao Câncer de Mama. Um curso de dois dias e meio que ocorre anualmente em Milão, quando nossos membros aprendem mais sobre como iniciar e conduzir programas de defesa em seus países, bem como em nível europeu. Os defensores aprendem sobre a ciência e a melhor prática no tratamento do câncer de mama, as Orientações da União Europeia que foram desenvolvidas, e como se comunicar e tentar convencer as pessoas a agirem em favor desses serviços em nível local.

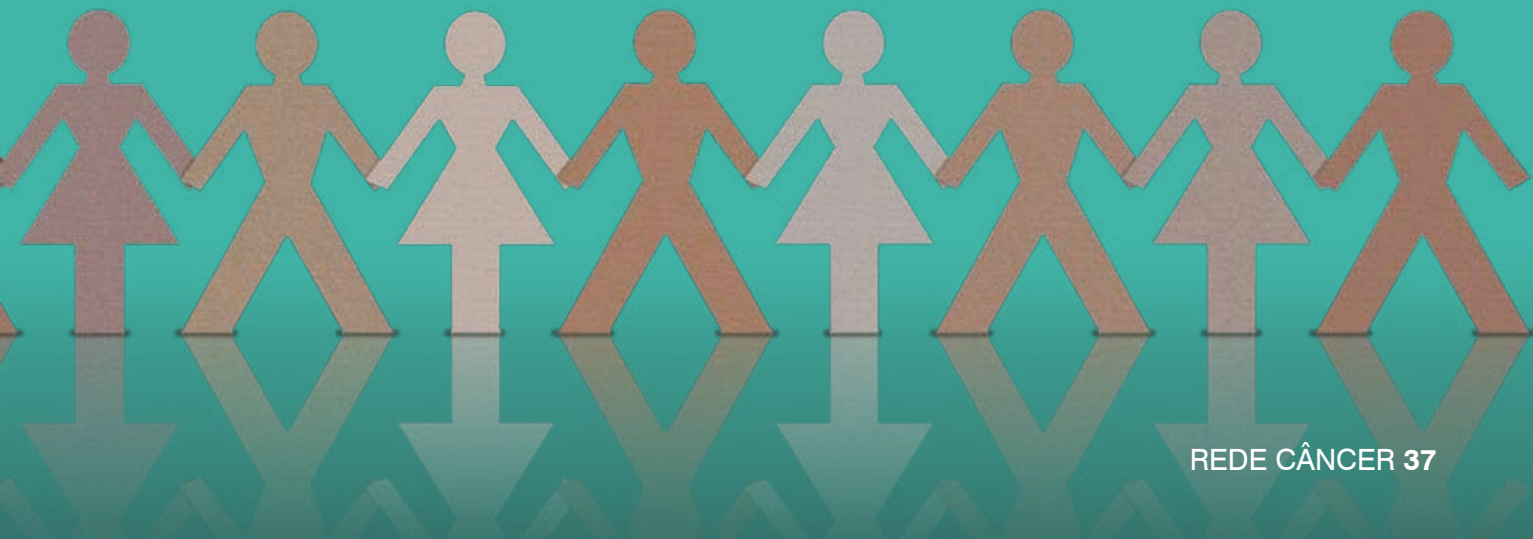
O Dia Nacional dos Representantes é uma atividade oferecida aos representantes nacionais de nossos países-membros para discutir questões e tópicos de problemáticas comuns e conduzir treinamentos para os líderes de nossos países. Além disso, a Europa Donna realizou campanhas e conduziu reuniões e exposições do Parlamento de Informação Europeu, o que levou a duas resoluções do Parlamento Europeu sobre o câncer de mama em 2003 e 2006. Esses documentos formam a base de grande parte das tentativas de convencer os Paramentos nacionais.

Nossa mais nova iniciativa é o *Breast Health Day*, lançado em 15 de outubro de 2008 com um evento na mídia para aumentar o conhecimento sobre a prevenção e o diagnóstico precoce da doença. Nosso *Guia da Saúde da Mama* foi publicado e encontra-se no *site* da internet também criado nessa ocasião (www.breasthealthday.org). A Europa Donna produz várias publicações, um boletim anual e notícias *on line*, além de material sobre o câncer de mama que é publicado no *site* www.europadonna.org.

A promoção da pesquisa sobre o câncer de mama compreende uma de nossas prioridades básicas e participamos ativamente de alguns dos principais programas de pesquisa científica na Europa. Temos representações no Comitê Científico do BIG, *Breast International Group*; somos membros do consórcio Transbig e parceiros do teste MINDACT, apoiado pela Comissão Europeia. A ED trabalha ativamente com outros comitês de teste, participa regularmente de programas de treinamento para defensores em relação a testes e publicou uma brochura que levava o título *O Câncer de Mama e Testes Clínicos*, para aumentar a compreensão dos testes clínicos para o público leigo.

Publicamos a constituição da Europa Donna em nosso *site* na internet, bem como os extratos financeiros auditados e os relatórios anuais (www.europadonna.org). A ED é financiada por doações irrestritas da indústria e de fundações, contribuição mensal dos membros, taxas de participação em conferências e doações da Comissão Europeia para projetos. Também recebemos alguns trabalhos que não são cobrados e doações em mercadorias. O fórum individual de cada país da Europa Donna levanta fundos próprios em nível nacional.

A Europa Donna continua a avançar em direção à sua meta para garantir que todas as mulheres, independentemente da escolaridade, da localização geográfica ou da situação econômica, tenham acesso a informações precisas e atualizadas sobre os serviços de câncer de mama e que tenham igual acesso a serviços de excelência de detecção precoce, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença. |



personagem

PESQUISA DE VÍRUS QUE AMEAÇA A SAÚDE DA MULHER RENDE NOBEL A MÉDICO ALEMÃO

Descoberta em favor da vida



Fotos: Deutsches Krebsforschungszentrum

Onze anos de trabalho intenso e pesquisas para descobrir, enfim, a associação entre o vírus HPV (Papiloma Vírus Humano) e o câncer do colo do útero valeram ao cientista alemão Harald zur Hausen parte do Prêmio Nobel de Medicina no ano passado. É que a premiação foi dividida entre Harald e os cientistas Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montagnier – estes responsáveis por estudos a respeito do vírus da imunodeficiência humana. Um homem dedicado a criar estratégias de controle do câncer do colo do útero. Essa é a trajetória do médico alemão. Esse tipo de câncer é o segundo mais comum entre mulheres, sendo o HPV a mais frequente das doenças sexualmente transmissíveis. O vírus atinge entre 50% e 80% da população mundial e pode ser encontrado também em alguns cânceres de vulva, pênis e cavidade oral, entre outros.

A proposta de Harald zur Hausen, que trabalha no Centro Alemão de Pesquisa do Câncer (DKFZ), em Heidelberg, foi analisar minuciosamente o HPV. O cientista conta que sempre se interessou pelo estudo do vírus associado ao câncer do colo do útero. Inicialmente, as pesquisas presumiam que as verrugas genitais (*Condylomata acuminata*) que contivessem partículas

de Papiloma Vírus seriam responsáveis pelo câncer do colo do útero. “Essa ideia mostrou-se, na verdade, incorreta. Contudo, pudemos, posteriormente, isolar e identificar, com a ajuda de ‘parentes próximos’, os tipos 16 e 18 do vírus”, comemora o cientista.

No entanto, até chegar às conclusões da “mais importante pesquisa de sua vida”, um longo caminho foi percorrido. O trabalho ativo com o Papiloma Vírus começou em 1972 e até o isolamento do HPV16 passaram-se 11 anos. “A partir desse momento, e por muito tempo, nos ocupamos em responder até que ponto o Papiloma Vírus também se tornaria responsável pela origem do câncer do colo do útero?”, revela.

As descobertas do cientista alemão são de grande importância para o tratamento do tumor. Com seu trabalho, ele foi o primeiro cientista a reconhecer que determinados tipos desse vírus causam o câncer do colo do útero. As pesquisas de Harald zur Hausen possibilitaram aperfeiçoar ainda mais as estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero, que começam com o exame de Papanicolau, capaz de detectar alterações que possam vir a causar problemas futuros para a mulher.

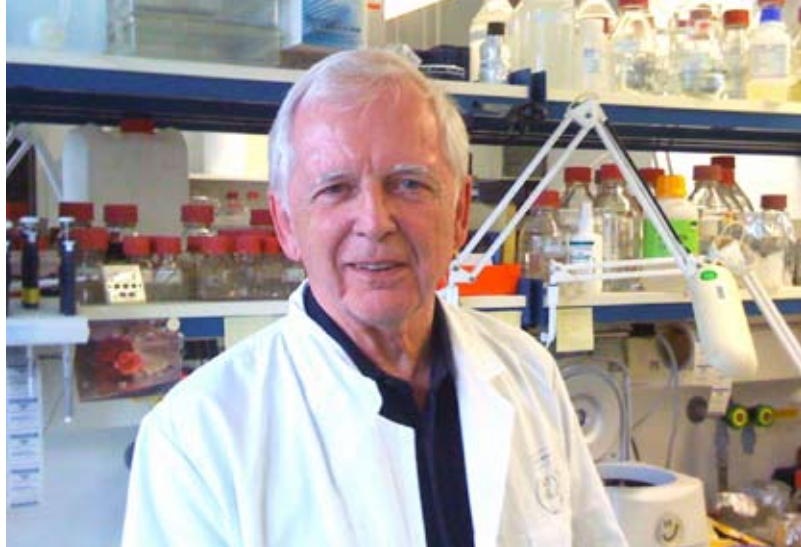
Perguntado se algum dia imaginara receber o Prêmio Nobel por suas pesquisas, Harald zur Hausen responde com humildade: “Na verdade, não se pode contar com prêmio semelhante, mas naturalmente ter apenas esperança em consegui-lo.” Para conquistá-lo, no entanto, alguns sacrifícios foram necessários, como abrir mão do convívio mais intenso com a família e os amigos. Mesmo diante da ausência imposta pela pesada rotina de trabalho, o pesquisador recebeu “apoio fiel” ao longo de todos os anos e fez questão de reunir as pessoas importantes de sua vida na cerimônia de entrega do prêmio. “Foi uma forma de retribuir o que recebi. E me senti muito feliz porque uma parte de minha família, no total 14 pessoas, me acompanhou naquele dia glorioso, em Estocolmo”, conta, entusiasmado.

PAI DE FAMÍLIA COMO OUTRO QUALQUER

Aos 73 anos, casado, pai de três filhos, com duas noras, duas netas e um neto, Harald zur Hausen divide com a mulher, também cientista do Centro Alemão de Pesquisa do Câncer, a paixão pela ciência e a companhia nas viagens de férias, pelo menos uma vez por ano à África. “Fazemos safáris, em que eu posso praticar meu *hobby*, que é fotografar animais. No mais, gosto de trabalhar no jardim e me interesso por antropologia”, revela, sempre lembrando o apoio recebido da família.

O renomado prêmio coroa a carreira científica do alemão. Afinal, ser premiado já não é novidade para ele, que contabiliza as mais notórias premiações ao longo de sua trajetória. A lista engloba o Prêmio Robert Koch, passando pelo Raymond Bourguine Award até o Prêmio Paul Ehrlich, recebido recentemente por suas pesquisas.

“Eu me alegro com a continuação intensiva das pesquisas no setor de HPV e espero que daqui ainda saiam muitos resultados importantes”



Doze anos após a sua formatura em Medicina pela Universidade de Erlangen-Nuremberg, Harald zur Hausen assumiu sua primeira cátedra de virologia. Em 1977, ele se transferiu para a Universidade de Freiburg. Com o Centro Alemão de Pesquisa do Câncer (DKFZ), ele está ligado por meio de uma cooperação a uma parceria. De 1983 até 2003, foi membro da diretoria e presidente da Fundação DKFZ, uma das mais conceituadas internacionalmente pelas ações de controle do câncer.

UMA LUTA SEM FIM

Depois de receber o Prêmio Nobel, qualquer um se deitaria confortavelmente sobre os louros. Não Harald zur Hausen. Questionado a respeito de alguma nova pesquisa em vista ou o andamento dos estudos sobre o HPV, o cientista conta que atualmente examina as possibilidades de os cânceres hematológico, de mama e intestinal estabelecerem, igualmente, uma ligação com infecções.

Pouco depois da entrega do Prêmio Nobel, no ano passado, Harald zur Hausen foi surpreendido com uma investigação sobre um membro do Comitê do Nobel que teria atuado no Conselho Consultivo de uma firma farmacêutica. Mas até agora nada foi definido, e o cientista afirmou não saber se a investigação atingirá o prêmio. “O assunto não me abala de forma alguma, já que eu não recebi da indústria farmacêutica – e especificamente também para o desenvolvimento da vacina contra o Papiloma Vírus – qualquer subsídio financeiro”, conclui. Segundo ele, “a imprensa alemã produziu um desnecessário e, ao mesmo tempo, desagradável estardalhaço”, acrescenta.

Já no encerramento da entrevista, ele avalia as pesquisas com o HPV que surgiram a partir do seu estudo: “Eu me alegro com a continuação intensiva das pesquisas no setor de HPV e espero que daqui ainda saiam muitos resultados importantes.”

Está claro que o cientista alemão não vai deixar de lado – pelo menos tão cedo – livros, pesquisas, laboratórios, experimentos e, principalmente, a árdua luta pelo controle do câncer. I

* Tradução alemão-português: Maria Antônia Mendonça Lopes.

QUEM NÃO FUMA
NÃO É OBRIGADO A FUMAR.



*Fonte: INCA.

QUANDO ALGUÉM ACENDE UM CIGARRO DO SEU LADO, VOCÊ TAMBÉM FUMA. MESMO QUE HAJA UMA JANELA OU VARANDA, QUEM TRABALHA OU CONVIVE COM FUMANTES FUMA O EQUIVALENTE A 10 CIGARROS POR DIA. SÓ NO BRASIL, O CIGARRO MATA PELO MENOS 7 NÃO FUMANTES TODOS OS DIAS.* EXIJA SEUS DIREITOS. EXIJA RESPEITO.

internas



NA LUTA CONTRA O CIGARRO

O tema da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) deste ano foi *Mostre a Verdade. Advertências Sanitárias Salvam Vidas*. O Brasil possui um dos mais fortes programas no mundo no campo das imagens de advertência sanitária contra o tabagismo e iniciou, recentemente, em parceria com a Universidade de Waterloo, no Canadá, uma pesquisa com 1.800 fumantes e não fumantes no Rio de Janeiro, em São Paulo e Porto Alegre, que integra o International Tobacco Control Evaluation Project (ITC Project). No dia 27 de maio, como parte das comemorações da data, resultados preliminares do estudo brasileiro foram divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Segundo a técnica da Divisão de Controle do Tabagismo do Instituto, Cristina Perez, 48,2% dos fumantes disseram que as advertências nos maços os torna mais propensos a deixar de fumar. “As imagens e frases impediram que 39,1% dos fumantes pegassem um cigarro quando estavam prestes a fumar. E 61,6% dos fumantes (e 83,2% dos não fumantes) disseram que as advertências os fizeram pensar sobre os riscos à saúde”, revelou. Ainda sobre o tema foi realizado o Seminário *Advertências Sanitárias nos Maços de Cigarros – Defesa ou Afronta à Dignidade Humana?*, no dia 28 de maio, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

2º PRÊMIO INCA-ARY FRAUZINO ANUNCIA VENCEDORES

Em sua segunda edição, o Prêmio INCA-Ary Frauzino de Jornalismo, anunciou, na noite de 26 de maio, em cerimônia na Academia Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, as matérias vencedoras: *A Vida Por Um Fio*, de Verônica Almeida, publicada no **Jornal do Commercio**, de Pernambuco, e *Câncer: Por Que a Luta Ainda É Tão Difícil*, de Cristiane Segatto, veiculada na revista **Época**. Em cada categoria, foram selecionadas cinco finalistas, após avaliação de júri formado por representantes da Divisão de Comunicação Social e das coordenações médicas do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Para Cristiane Segatto, também vencedora na primeira edição do prêmio, o troféu foi entregue pelo curador da Fundação do Câncer e presidente da Academia, Marcos Moraes. Em seu agradecimento, Segatto destacou a objetividade de seu entrevistado mais ilustre, o vice-presidente José Alencar, diante do câncer. Já Verônica Almeida recebeu o prêmio do diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, e o dedicou aos pacientes que entrevistou e às suas famílias. Foi homenageado o jornalista Guilherme Duncan, o Bill, falecido este ano, parceiro na criação do INCA-Ary Frauzino de Jornalismo.



HC II E CEMO COMEMORAM ACREDITAÇÃO HOSPITALAR



O Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), unidade de referência para transplantes de medula do Ministério da Saúde, tornou-se a quarta unidade acreditada do Instituto Nacional de Câncer (INCA). O certificado de Acreditação Hospitalar é concedido pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations e pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Além do CEMO, o INCA conta com mais três unidades funcionando de acordo com os padrões internacionais de qualidade técnica, gestão e atendimento humanizado. São os Hospitais do Câncer III e IV, acreditados no ano passado, e o Hospital do Câncer II, que recebeu seu certificado do Consórcio Brasileiro de Acreditação na última semana de junho. No CEMO, o processo de acreditação envolveu, nos últimos três anos, toda a equipe. “Essa conquista é resultado da eficácia na organização do serviço e na revisão dos processos e procedimentos”, afirma Luis Fernando Bouzas, diretor do Centro. O Hospital do Câncer I, unidade de maior complexidade do INCA, encontra-se em processo para a obtenção do certificado.

INCA INAUGURA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

As crianças e os adolescentes em tratamento no Instituto Nacional de Câncer (INCA) agora contam com um setor exclusivo para o atendimento de emergência. A expectativa é reduzir em 50% o tempo de espera e em 10% o número total de internações infantis. A Emergência Pediátrica funciona em ambiente confortável e próprio para os pacientes infanto-juvenis, no térreo do edifício-sede do INCA, no Centro do Rio de Janeiro. Na decoração, painéis com temas infantis, do arquiteto Jairo de Sender e do artista plástico Rudi Diel. Para a criação do setor, foi fundamental o apoio da Fundação do Câncer, do Instituto Ronald McDonald e do INCAvoluntário. O investimento foi de R\$ 810 mil, para a realização das obras, a compra dos equipamentos e os primeiros 12 meses de funcionamento. “A nova emergência infantil propicia ambiente adequado, com equipe especializada, mais agilidade no tratamento e ainda maior bem-estar para as crianças, além de melhores resultados nos tratamentos”, observa Sima Ferman, chefe da Seção de Oncologia Pediátrica do INCA. O novo setor, que atende crianças da pediatria e da hematologia da instituição, conta com um consultório e três leitos, além de equipamentos de suporte e de transporte para atendimento de casos graves.



VIGILÂNCIA DO CÂNCER

Com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Instituto Nacional de Câncer (INCA) promoveu, de 2 a 4 de junho, no Hotel Novo Mundo, no Rio de Janeiro, o Encontro Técnico Gerencial para Delineamento das Ações em Registros de Câncer. O evento reuniu coordenadores estaduais de vigilância do câncer, responsáveis pela integração das informações dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), e coordenadores dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). Houve ainda treinamento para uso do novo sistema integrador desenvolvido pelo INCA, que permite avaliação mais detalhada das informações. Segundo a OPAS, pesquisa e vigilância são fundamentais para planejar o controle efetivo do câncer. Hoje, há 20 RCBPs em funcionamento. Destes, 17 possuem mais de três anos com base consolidada, sendo que 12 enviaram esses dados para a International Agency for Research on Cancer (IARC), atingindo 40% de aprovação. Esse percentual chega a 98% para as bases de dados da América do Norte e da Europa. Marceli Santos, do INCA, ressalta que nosso registro é ainda muito dependente das declarações de óbito, o que reflete a extensão territorial e as discrepâncias entre as regiões.



EVOLUÇÃO NA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

Unidade do Instituto Nacional de Câncer (INCA) especializada no tratamento do câncer de mama, o Hospital do Câncer III vem registrando, nos últimos cinco anos, um salto no número de cirurgias de reconstrução mamária. Se em 2003 foram realizadas 94 reconstruções, em 2008, o número saltou para 287, ou seja, um aumento de mais de 300%. A unidade agora vem garantindo também melhores resultados estéticos nesses procedimentos, ao incorporar técnicas diversificadas, como a reconstrução imediata, feita logo após a retirada do tumor. Anteriormente, só eram oferecidas as chamadas cirurgias tardias. “Evoluímos a partir de novembro de 2003, quando praticamente só aplicávamos a técnica de retalho retoabdominal (uso de parte da musculatura da barriga para reconstruir a mama) para o uso de próteses e expansores”, explica a cirurgiã plástica do HC III Angela Maximiano. Além disso, foram registrados aumento da equipe de cirurgia plástica e compra de material que antes não era utilizado.



Nós já demos o nosso recado.
Agora você pode dar o seu.

Faça você também parte dessa Rede.
Contribua enviando dúvidas, críticas,
sugestões e elogios para a revista

REDE CÂNCER

Contato: comunicacao@inca.gov.br ou
pelo telefone (21) 2506-6103



Ministério
da Saúde



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Divisão de Comunicação Social
Praça Cruz Vermelha, 23 - 4º andar • Centro • Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20230-130

www.redecancer.org.br