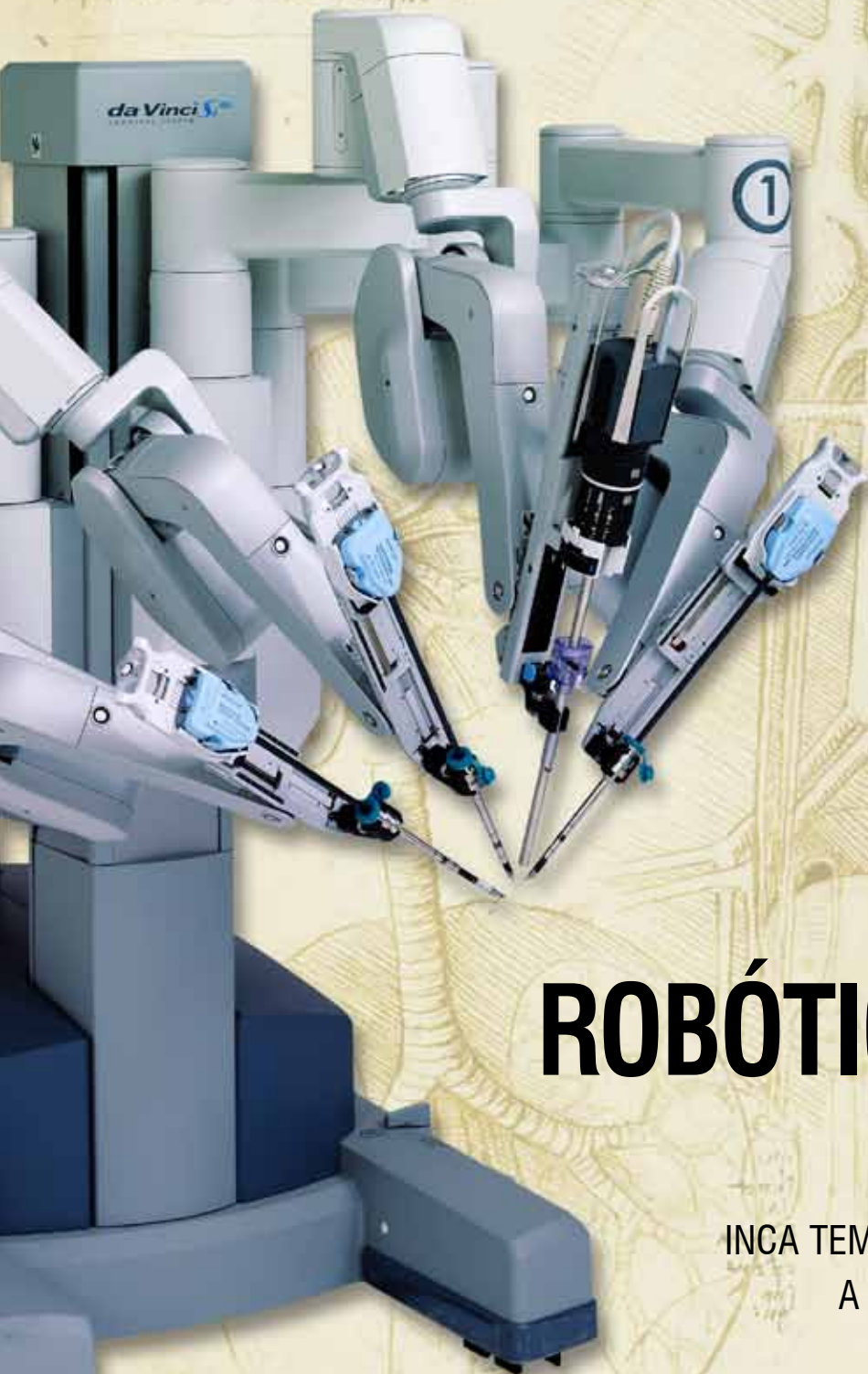


18

Julho
2012

REDE CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA



ROBÓTICA CONTRA O CÂNCER

INCA TEM O PRIMEIRO HOSPITAL DO SUS
A OPERAR COM AUXÍLIO DE ROBÔ

TODOS POR UMA SAÚDE MELHOR

Você cuida da saúde. A saúde cuida de você.

O Ministério da Saúde quer ouvir a sua opinião para melhorar a saúde no Brasil. Faça a avaliação do atendimento que recebeu pelo SUS. **Participe.**

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br

#todospelasaude



Veja como participar:

CartaSUS

Quem for internado pelo SUS vai receber uma carta para avaliar o atendimento. A postagem é gratuita. Se preferir, pode responder ligando 136 ou acessando saude.gov.br/cartasus.

Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha

Mulheres que fizeram seu parto pelo SUS vão receber uma ligação para dizer se foram bem atendidas antes, durante e depois do nascimento dos filhos.

Saúde Mais Perto de Você. Acesso e Qualidade - PMAQ

As Unidades Básicas de Saúde serão monitoradas pela população. As bem avaliadas vão receber mais recursos. Quando um avaliador perguntar a sua opinião, participe.

MAIS QUALIDADE NA SAÚDE. É UM DIREITO SEU GARANTIDO PELO SUS.

Uma parceria dos Governos Federal, Estadual e Municipal.



Ministério da Saúde



sumário



05

PREVENÇÃO

Quem tem medo da colonoscopia?

08

CIÊNCIA

Investigando o DNA

10

CAPA

O futuro chega à sala de operações do INCA

13

SOCIAL

Câncer: só de segunda a sexta-feira

16

PERSONAGEM

Quando a vida desafia a doença

18

REDE

Articulação para a prevenção

22

ARTIGO

Comida para transformar a vida em sociedade, pra melhor!

25

EDUCAÇÃO

Mente sã, a nova aliada

28

ENTREVISTA

Brasil e Cuba: união de esforços no controle do câncer

34

POLÍTICA

Mais qualidade para a mamografia

38

VIGILÂNCIA

Tecnologia para a saúde da mulher



REDE CÂNCER

2012 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

A **Revista Rede Câncer** é uma publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 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** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Daniella Daher** | Editor assistente: **Nemézio Amaral Filho** | Redatores: **Bianca Ribeiro e Márcio Albuquerque**.

Comissão Editorial: **Cassilda dos Santos Soares, Leticia Casado, Marceli de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **SB Comunicação**.

Jornalista responsável: **Simone Beja RP 27416/RJ** | Reportagem: **Bel Levy e Igor Waltz** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Eduardo Samaruga e Sumaya Cavalcanti** | Revisão ortográfica: **Gerdal J. Paula** | Tiragem: **12.000 exemplares**.

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



Ministério da
Saúde



Um robô a serviço da oncologia

Prezado leitor,

A inovação está cada vez mais presente no INCA. Em março deste ano, demos início aos procedimentos cirúrgicos realizados com o auxílio do robô Da Vinci, o primeiro em um hospital do Sistema Único de Saúde. Além desse pioneirismo, o INCA é a primeira instituição no Brasil a utilizar o equipamento para cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço, cujos pacientes são os que mais se beneficiam com a tecnologia, já que toda a intervenção pode ser feita sem um único corte externo. É que todo o acesso é feito pela boca e, assim, o resultado estético é muito melhor, menos traumático e de recuperação mais rápida. Também já começaram a ser operados com a cirurgia robótica pacientes dos serviços de Urologia e Ginecologia. Em julho, é a vez do serviço de Cirurgia Abdominopélvica. Os detalhes estão na matéria de *Capa* a partir da página 11.

E vocês já viram matéria na TV sobre câncer aos domingos? Pois uma pesquisa da Fiocruz/UFRJ constatou que as emissoras de televisão abordam o tema quase exclusivamente de segunda a sexta-feira. Essa constatação levou a pesquisadora Cláudia Jurberg a provocar: “Será mesmo

que não podemos dar boas notícias sobre o câncer?”. Confira em *Social*, na página 13.

O estado de espírito do paciente pode ser um aliado durante o tratamento do câncer. Por isso, a Psicologia Oncológica vem sendo cada vez mais reconhecida. Desde 1998, é obrigatória a presença de um profissional da área nos serviços públicos que atendem portadores de câncer. A formação desses especialistas é o tema da seção *Educação*, na página 25.

A partir de 2013, os serviços de mamografia públicos e privados terão que atender diversas exigências do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, instituído pelo Ministério da Saúde, em março. A medida foi necessária já que boa parte dos exames realizados no País precisa ser repetida devido a erros que vão desde o posicionamento incorreto da paciente no mamógrafo até o uso de filmes radiográficos com marcas de impressão digital, o que compromete o resultado do exame e pode colocar a vida da mulher em risco. Descubra mais sobre esse programa na seção *Política*, na página 28.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

prevenção

PROCEDIMENTO AINDA É O MAIS INDICADO PARA A DETECÇÃO PRECOZE DE TUMORES DO INTESTINO

Quem tem medo da colonoscopia?

A colonoscopia – exame invasivo, complexo e desconfortável, mas que possibilita observar toda a região dos cólons – ainda é o método mais eficaz para a detecção e o tratamento precoce do câncer colorretal. A doença, que segundo estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), deve atingir mais de 30 mil brasileiros em 2012, tem tratamento multidisciplinar (quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Os tumores devem ser diagnosticados em fase inicial para que o procedimento resulte na cura do paciente.

No entanto, a baixa adesão e acessibilidade ao procedimento dificulta o rastreamento da doença e compromete o sucesso terapêutico e a cura. “Na

maioria dos casos matriculados no INCA, já são tumores avançados, porém ainda com possibilidade de tratamento e, por vezes, conseguimos a cura”, atesta o médico José Paulo de Jesus, chefe da Seção de Cirurgia Abdominopélvica do Instituto. Às vezes, o tumor é detectado durante outras intervenções médicas. Foi o caso da atriz Betty Lago, que recebeu o diagnóstico de câncer colorretal após uma cirurgia de urgência para retirada da vesícula.

Por isso, ampliar a cobertura da detecção de lesões precursoras do câncer colorretal, como os pólipos isolados e as poliposes, familiares ou não, é fundamental para o controle da doença. Com esse objetivo, algumas iniciativas propõem métodos alternativos à colonoscopia. Publicado em fevereiro deste ano no *New England Journal of Medicine*, um estudo de base populacional do Hospital Universitário de Canárias, na Espanha, sugere que a pesquisa de sangue oculto nas fezes pode apresentar resultados tão eficientes quanto a tradicional colonoscopia.

Segundo o estudo, diversos fatores contribuem para a baixa adesão à colonoscopia: a perda de um dia de trabalho, a necessidade de sedação, o desconforto do preparo intestinal e, ainda, o medo do preconceito social em relação ao procedimento invasivo. Já para a pes-

Foto: Carlos Leite



quisa de sangue oculto nas fezes, as amostras são coletadas em casa, a partir de um *kit* comercial padronizado. Em laboratório, a análise por imuno-histoquímica detecta resíduos de sangue que podem estar presentes nas fezes, indicando necessidade de realização de colonoscopia, para confirmação do diagnóstico de lesão precursora ou de câncer.

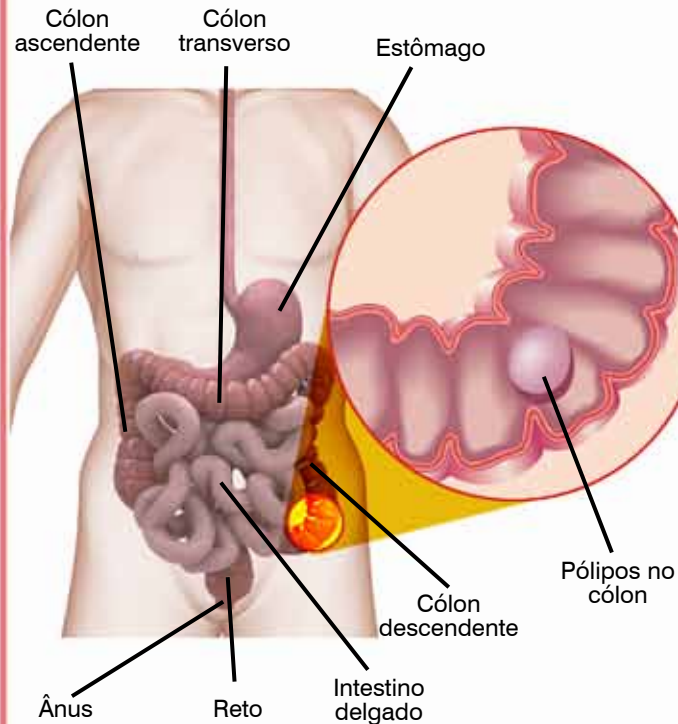
“Os pesquisadores espanhóis defendem a equivalência da efetividade dos dois métodos diagnósticos em razão do grau de adesão da população aos procedimentos – que é muito maior em relação ao exame de fezes, simples e não invasivo”, sintetiza o cirurgião oncológico Samuel Aguiar Júnior, chefe do Núcleo de Tumores Colorretais do Hospital A. C. Camargo, em São Paulo. As recentes publicações do INCA recomendam a pesquisa de sangue oculto nas fezes a cada um ou dois anos na população acima de 50 anos.

Já José Paulo defende que a colonoscopia é o método mais eficaz para a detecção e o tratamento de lesões precursoras do câncer colorretal, além do tratamento dos tumores *in situ*. E diz que, se a adesão ao exame é baixa, é preciso adotar medidas para conscientizar a população e difundir a importância da detecção precoce da doença. “É importante frisar que os carcinomas dos cólons podem ser uma herança genética e, dessa forma, os parentes diretos de portadores de câncer dos cólons devem sempre realizar a colonoscopia”, afirma.

O especialista alerta que diversos fatores podem mascarar o resultado da pesquisa de sangue oculto nas fezes, exame que também requer preparo específico, com jejum de carne vermelha e seus derivados. “O consumo desse tipo de alimento antes da coleta de amostras resultará na identificação de sangue oculto nas fezes mesmo que o paciente não tenha nenhum tipo de tumor. Além disso, a presença de sangue nas fezes pode indicar diversos outros tipos de câncer, que também sangram – como os de estômago, esôfago, cavidade oral, laringe, traqueia, brônquios e pulmão, que estão entre as dez neoplasias mais incidentes na população brasileira. Portanto, não é um exame de detecção absoluta, com 100% de assertividade”, argumenta José Paulo.

A colonoscopia também é mais eficaz, uma vez que, se necessário, remove pólipos, que podem levar à ocorrência de tumores. “A pesquisa de sangue oculto nas fezes detecta apenas os pólipos maiores, que apresentam maior risco para a formação de tumores. Com a colonoscopia, é possível identificar – e retirar – pólipos pequenos, antes que o risco de desenvolvimento de tumores se acentue”, compara Aguiar Júnior.

REGIÃO COLORRETAL



A colonoscopia permite ao médico encontrar e remover pólipos pré-cancerosos no cólon e no reto antes de se tornarem cancerosos.



TRIAGEM DE PACIENTES

Os médicos reconhecem que a pesquisa de sangue oculto nas fezes pode, sim, contribuir para o controle do câncer colorretal, uma vez que a aplicabilidade da colonoscopia em larga escala é um desafio – mas ressaltam que o primeiro método não pode substituir o segundo.

“Em termos de saúde pública, é muito difícil garantir que todos os brasileiros com mais de 60 anos, faixa etária com indicação à pesquisa de tumores colorretais, tenham acesso à colonoscopia. Por ser mais barato e mais acessível, o exame para pesquisa de sangue oculto nas fezes funcionaria como uma triagem de pacientes, indicando os que, de fato, devem ser encaminhados à colonoscopia”, pontua Aguiar Júnior.

O especialista destaca que a triagem por este método ajudaria a reduzir o número de colonoscopias feitas desnecessariamente. “A realização da colonoscopia impõe o custo direto do procedimento para o sistema de Saúde e também um gasto indireto para a sociedade, pois o paciente precisa se afastar do trabalho por pelo menos um dia. Por isso, a triagem é estratégica”, afirma Aguiar Júnior.

Para José Paulo, a metodologia pode ser eficaz

em contextos muito bem controlados, como em *check-ups* coletivos promovidos por grandes empresas, em que os funcionários sejam orientados sobre como se preparar para o exame. Também é fundamental o acompanhamento posterior, com o encaminhamento de casos suspeitos de câncer colorretal à confirmação do diagnóstico por colonoscopia.

“Nesses termos, a pesquisa de sangue oculto nas fezes pode contribuir para a detecção precoce da doença, pois permite alcançar muitas pessoas que, a princípio, não realizariam a colonoscopia, embora apresentem a indicação para o exame”, reconhece.

Em alguns países europeus, como Inglaterra, Espanha e França, o exame de sangue oculto nas fezes é indicado como primeira opção para o rastreamento de tumores colorretais. O Brasil segue as recomendações norte-americanas e preconiza a realização de colonoscopia como principal método diagnóstico.

COMER BEM PARA VIVER MELHOR

Excluindo-se o câncer de pele não melanoma, os tumores de intestino ocupam o terceiro lugar no *ranking* das neoplasias mais incidentes no Brasil, de acordo com a estimativa do INCA para 2012. Para este ano, são esperados 14.180 novos casos entre homens e 15.960 entre as mulheres.

A alta prevalência da doença está diretamente relacionada à alteração do padrão alimentar da população, condicionada pela industrialização e urbanização do País. Com a adoção do padrão alimentar de países desenvolvidos, a população brasileira, que antes tinha uma alimentação essencialmente natural, repleta de frutas, verduras, legumes e raízes, passou a consumir mais alimentos industrializados e processados, ricos em gorduras, sal, açúcar, nitratos e nitritos, que são os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer colorretal.

“Em termos de saúde pública, a principal medida para o controle do câncer colorretal é a modificação dos hábitos alimentares da população brasileira, com o incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras e à prática de atividades físicas. E essa mudança deve ocorrer durante a educação das crianças, para a formação de hábitos saudáveis”, afirma José Paulo.

“Há evidências concretas de que a alimentação adequada e a prática regular de exercícios físicos são fundamentais para a saúde humana e contribuem diretamente para a prevenção de tumores colorretais, além de outros tipos de câncer e de doenças cardiovasculares, que hoje constituem a maior causa de morte no Brasil”, completa Aguiar Júnior. ■



Foto: Carlos Leite

ciência

CIENTISTAS BRASILEIROS DESVENDAM PERFIL MOLECULAR DOS TUMORES DE PÊNIS E ABREM NOVA PERSPECTIVA PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA

Investigando o DNA

Aproximadamente cinco mil brasileiros recebem o diagnóstico de câncer de pênis a cada ano, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Apesar disso, a neoplasia ainda é pouco conhecida, tanto por grande parte da população, que ignora seus fatores de risco, quanto por médicos e cientistas, que se deparam com lacunas importantes no conhecimento sobre a doença. A principal delas, que compromete a eficácia dos tratamentos atualmente disponíveis, acaba de ser desvendada: os mecanismos moleculares envolvidos no desenvolvimento dos tumores penianos.

Resultados inéditos obtidos por um estudo multicêntrico coordenado pelo Hospital A. C. Camargo, de São Paulo, e realizado em parceria com a Universidade Estadual Paulista (Unesp) e o Hospital de Câncer de Barretos, apontam marcadores prognósticos e alvos terapêuticos para tratar a doença. A pesquisa promoveu a investigação genética de 42 portadores de tumores malignos de pênis, com idades entre 24 e 91 anos – a maior amostra clínica já analisada por um estudo sobre o tema no mundo.

“A investigação revelou alterações genéticas importantes no cromossomo 3 do DNA dos pacientes relacionadas ao desenvolvimento de tumores agressivos, com mais chances de recidiva. Com essas informações, podemos prever com mais segurança como será a evolução da doença e definir estratégias terapêuticas mais eficazes”, informa a geneticista Sílvia Rogatto, pesquisadora que liderou o estudo.

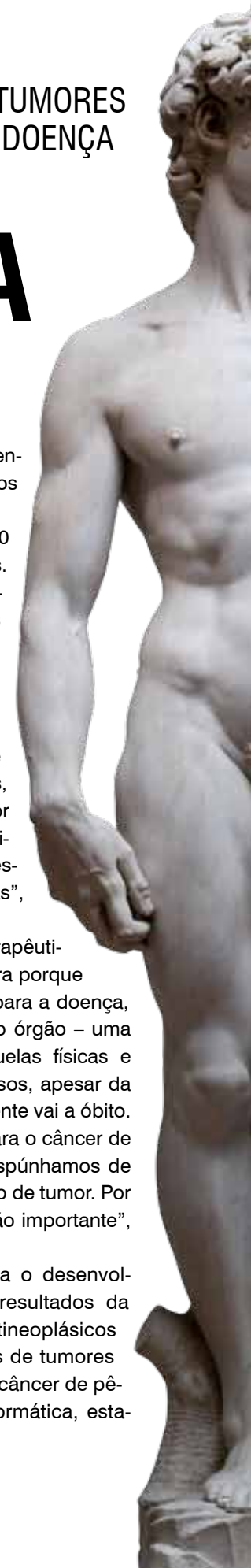
Foram três abordagens distintas: a genômica, para o mapeamento dos genes do DNA dos pacientes; transcriptômica, para análise do RNA tumoral; e a epigenética, para o estudo das mutações genéticas hereditárias que não alteram a sequência de bases do DNA. “Comparamos os resultados das análises

de tecidos tumorais e normais para identificar marcadores prognósticos e alvos terapêuticos”, revela Sílvia.

A análise identificou mais de 20 genes candidatos a alvos terapêuticos. Segundo Sílvia, todos já foram validados e precisam, agora, ser submetidos a estudos de epigenética. “Em estudos genéticos, os resultados precisam ser validados, isto é, confirmados por meio de técnicas distintas. Primeiro, um determinado grupo de amostras é submetido a essa confirmação. Depois, a validação dos resultados é feita por meio da aplicação das mesmas técnicas utilizadas na etapa anterior da pesquisa em um outro grupo de amostras”, detalha a pesquisadora.

A identificação de novos alvos terapêuticos para o câncer de pênis é inovadora porque atualmente não há tratamento eficaz para a doença, que comumente leva à amputação do órgão – uma intervenção limitante, que gera sequelas físicas e psicológicas graves. E, em muitos casos, apesar da penectomia, a doença evolui e o paciente vai a óbito. “Ainda não há um tratamento eficaz para o câncer de pênis, porque até o momento não dispúnhamos de informações suficientes sobre esse tipo de tumor. Por isso, um estudo dessa magnitude é tão importante”, considera Sílvia.

Além de abrir perspectivas para o desenvolvimento de novas drogas-alvo, os resultados da pesquisa permitem investigar se antineoplásicos usados no tratamento de outros tipos de tumores podem ser eficazes também contra o câncer de pênis. “Por meio de técnicas de bioinformática, esta-





mos fazendo o cruzamento de dados internacionais para tentar encontrar medicamentos já disponíveis que correspondam ao perfil genético dos tumores penianos. Uma vez identificadas, essas drogas serão testadas primeiro *in vitro* e depois passarão por ensaios pré-clínicos e clínicos para avaliação da segurança e da eficácia no tratamento do câncer de pênis”, adianta Silvia.

ESTUDO REFORÇA IMPORTÂNCIA DO SEXO SEGURO

A ocorrência de câncer de pênis está associada sobretudo a dois fatores de risco: a falta de higiene e a infecção persistente pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), transmitido em relações sexuais desprotegidas. De acordo com o INCA, 75% dos casos da doença são provocados pelo HPV, também encontrado entre 15% a 20% dos pacientes com tumores malignos de cabeça e pescoço.

“Nós ainda não conhecemos qual é exatamente o papel da infecção pelo HPV no desenvolvimento dos tumores de pênis. Pelos nossos resultados, encontramos uma distinção genética discreta entre os pacientes HPV positivo e negativo, que ainda não foi associada ao melhor ou pior prognóstico da doença. São necessários mais estudos nessa direção”, aponta a pesquisadora do A. C. Camargo.

O médico Ullyanov Toscano, cirurgião de cabeça e pescoço do INCA, afirma que, a partir do claro envolvimento da infecção persistente pelo HPV na etiologia do câncer de pênis e do colo do útero, cientistas começaram a investigar a associação do vírus ao desenvolvimento de outras neoplasias. Foi constatada, então, a relação entre a infecção pelo HPV e a ocorrência de tumores malignos de orofaringe. “A presença do HPV explica o desenvolvimento de cânceres de cabeça e pescoço em pacientes jovens, que não fumam e não fazem uso abusivo de álcool – e por isso não

“Comparamos os resultados das análises de tecidos tumorais e normais para identificar marcadores prognósticos e alvos terapêuticos dos tumores de pênis”

SILVIA ROGATTO, pesquisadora do Hospital A. C. Camargo

estariam mais propensos ao surgimento da doença”, informa Toscano.

Nesses casos, a transmissão do HPV acontece por meio da prática de sexo oral sem preservativo. Segundo Toscano, há uma predisposição anatômica da orofaringe para a infecção crônica pelo vírus. “O HPV pode permanecer alojado nas criptas e glândulas da orofaringe durante anos, desencadeando um quadro de infecção crônica que pode gerar tumores neoplásicos”, descreve o médico.

Apesar de a forma mais efetiva para a prevenção de infecções virais ser a vacinação e de já estar disponível no Brasil duas vacinas contra o HPV, o resultado do estudo de custo-efetividade encomendado pelo Ministério da Saúde não foi positivo. Seria necessário um investimento público muito alto para o benefício de poucas pessoas. Como a tendência do mercado é a redução do preço das vacinas, os estudos de custo-efetividade precisam ser refeitos de tempos em tempos.

“As vacinas foram desenvolvidas para os subtipos mais prevalentes do HPV – 11, 14, 16 e 18 –, sendo os dois últimos associados aos cânceres de pênis, do colo do útero e de cabeça e pescoço. Mas não sabemos se outros subtipos, ainda desconhecidos e não contemplados pelas vacinas, também podem provocar tumores malignos”, pondera Toscano.

Além disso, o médico destaca que apenas uma parcela dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço está infectada pelo HPV. E, desse grupo, poucos indivíduos são portadores dos tipos virais contempladas pela vacina. “Por isso, em termos de saúde pública, a imunização não é uma estratégia eficiente para a prevenção da doença. O mais indicado é não fumar, evitar o uso abusivo de álcool, ter uma alimentação saudável e usar sempre o preservativo”, recomenda o médico. ■

O futuro chega à sala de operações do INCA

Pacientes do serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ginecologia e Urologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estão sendo os primeiros a se beneficiar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a cirurgia robótica. Em julho, entram na lista os que precisam de cirurgia oncológica no abdômen. No caso específico dos portadores de cânceres na região da cabeça e pescoço, o equipamento permite que tumores alojados em locais impossíveis de serem acessados pelas mãos de um cirurgião possam ser operados sem nenhuma incisão externa, introduzindo os instrumentos pela boca. Antes, para remover esses tumores o cirurgião precisava fazer cortes no rosto e até nos ossos do paciente. Nos demais casos, o tumor é removido com três ou quatro incisões de menos de dois centímetros cada.

Em três meses de uso (de 6 de março até 12 de junho), 24 pacientes (13 com câncer de cabeça e pescoço, oito com câncer ginecológico e três com tumores urológicos) foram operados e receberam alta. Com o uso do robô, a cirurgia é menos



invasiva, o que reduz a dor e o risco de sangramento e infecções. Consequentemente, alta e retorno às atividades rotineiras são bem mais rápidos.

Para a aquisição do robô, o Ministério da Saúde investiu R\$ 5 milhões. Neste valor estão incluídos os equipamentos, o treinamento das equipes e a manutenção permanente. O robô Da Vinci SI é formado por três estruturas separadas: o robô propriamente dito, dotado de quatro braços (três para pinças cirúrgicas e um para a câmera); um console (por meio do qual o cirurgião dá os comandos para cada uma das pinças) e um monitor de imagem em três dimensões.

Dois a três cirurgiões de cada serviço receberam treinamento em três etapas: online; no Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, que já utiliza o robô há quatro anos; e nos Estados Unidos.

“Foi um treinamento intensivo, com 20% de carga teórica e 80% de prática, que incluiu a realização de procedimentos cirúrgicos da especialidade em modelos virtuais, modelos animais e cadáveres. Todo o processo foi supervisionado por um cirurgião experiente na tecnologia. Também acompanhamos cirurgias ao vivo, assim como o pós-operatório recente e tardio de vários pacientes”, detalha Fernando Dias, chefe da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA, um dos primeiros cirurgiões do Instituto a ser treinado.

Além do chefe de cada serviço, foram treinados mais um ou mais dois cirurgiões, dependendo da especialidade. “A opção tem sido por cirurgiões jovens, para que eles permaneçam mais anos operando e beneficiando mais pacientes”, explica o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini.

TEMPO DE INTERNAÇÃO CAI DE SETE PARA DOIS DIAS

A cirurgia robótica em cabeça e pescoço é indicada nos tumores iniciais e moderadamente avançados da orofaringe (loja amigdaliana e base de língua), do terço posterior da boca e da laringe supraglótica. O tempo médio de internação para o tratamento de tumores semelhantes é de cerca de dois dias na cirurgia robótica em comparação com sete a 10 dias na cirurgia convencional.

“A diferença é que a cirurgia convencional para as mesmas indicações pressupõe uma incisão externa na face ou no pescoço e, muitas vezes, a necessidade de uma mandibulotomia (abertura da mandíbula para acesso à orofaringe), o que aumenta a complexidade da cirurgia, o tempo cirúrgico e as possibilidades de complicação”, explica Dias.

Para completar as equipes, a enfermeira Ana Paula Medeiros Duro também foi treinada durante uma semana nos Estados Unidos e passará o aprendizado para pelo menos um colega. “Pude aprender sobre o funcionamento do robô, como resolver possíveis problemas e trocar informações sobre como ele é operado nos EUA”, conta. Antes, durante e depois das cirurgias, ela tem a missão de fazer o pedido de material e o controle do estoque, organizar as cirurgias e a



“Como a intervenção com o auxílio do robô é menos invasiva, o tempo de recuperação na UTI e a alta são mais rápidos. Quando já tivermos dominado totalmente a técnica, o tempo de espera por uma cirurgia será menor e atenderemos mais pacientes”

LUIZ AUGUSTO MALTONI, coordenador-geral de Ensino e Pesquisa do INCA

sala de operações, coordenar a equipe envolvida, além de montar o robô antes de cada procedimento, e criar normas e rotinas (protocolos).

Além de representar uma alternativa bem menos agressiva para o paciente, a introdução da cirurgia robótica no INCA possibilita maior rotatividade dos leitos da UTI e das enfermarias, liberando leitos para mais cirurgias e, no médio prazo, vai diminuir o tempo de espera por uma cirurgia no Instituto.

“Como a intervenção com o auxílio do robô é menos invasiva, o tempo de recuperação na UTI e a alta são mais rápidos. Quando já tivermos dominado totalmente a técnica, o tempo de espera por uma cirurgia será menor e atenderemos mais pacientes”, diz o coordenador-geral de Ensino e Pesquisa do INCA, Luiz Augusto Maltoni. Mas a cirurgia robótica vai além de trazer benefício para o paciente. “A nova tecnologia também tem de produzir conhecimento”, sintetiza ele.

No campo da pós-graduação, a cirurgia robótica vai gerar conhecimento para a decisão pela incorporação, ou não, da tecnologia pelo SUS e pode até mesmo mudar condutas terapêuticas em prática hoje.

TECNOLOGIA VAI INCENTIVAR PRODUÇÃO DE TESES

“Alunos de mestrado e doutorado estão sendo incentivados a desenhar pesquisas com todas as variáveis possíveis para avaliar em que situações a cirurgia robótica gera maior impacto em comparação à cirurgia aberta. Todos os serviços que vieram a utilizar a tecnologia deverão produzir teses de mestrado e doutorado. Esses estudos farão a gente sair do ‘achismo’”, afirma o coordenador de Educação do INCA, Luiz Felipe Ribeiro Pinto.

Para isso, desde a primeira cirurgia, todos os dados estão sendo registrados. Como a realidade dos pacientes da rede privada é bem diferente da dos pacientes dos hospitais privados, Luiz Felipe explica que os dados gerados pela experiência da rede particular não podem ser traduzidos para o SUS. “O estadiamento da doença é diferente, a qualidade da nutrição é diferente, o grau de debilidade do paciente também...”, compara.

De acordo com Luiz Felipe, a geração de conhecimento científico foi a principal razão para a aquisição do robô com dois consoles. Assim, os alunos podem treinar enquanto os cirurgiões operam.

Os projetos de pesquisa serão desenvolvidos sobre padronizações científicas universais, para que possam ser publicados em periódicos do mais alto nível. O prazo para a conclusão das teses de mestrado é de dois anos e para as de doutorado, de quatro anos. ■



Foto: Fernando Frazão/Revista Veja

social

TEMA É POUCO ABORDADO PELAS EMISSORAS DE TELEVISÃO NOS FINAIS DE SEMANA E FERIADOS, QUANDO PRIORIZAM ASSUNTOS MAIS AMENOS

Câncer: só de segunda a sexta-feira

Uma pesquisa norte-americana, divulgada este ano, comprovou que o estilo de vida é diretamente responsável por grande parte dos casos de câncer em todo o mundo. De acordo com o levantamento, com alimentação saudável, peso controlado e prática de exercícios seria possível reduzir em mais de 85% a ocorrência de tumores malignos. O estudo foi destaque na imprensa brasileira, inclusive em alguns dos principais telejornais do País. Mas apesar de serem veiculadas em horário nobre, reservado às notícias mais relevantes, dificilmente reportagens sobre câncer vão ao ar aos domingos e feriados – dias reservados a temas mais amenos.

Isso é o que aponta levantamento feito pela jornalista Cláudia Jurberg, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do

Instituto de Bioquímica Médica (IBqM), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e pela microbiologista Marina Verjovsky, doutoranda do IBqM. A pesquisa, que analisou 51 reportagens veiculadas por 12 emissoras brasileiras em novembro e dezembro de 2006 e em abril e maio de 2007, demonstra que o câncer ainda é tratado com restrição, sobretudo por ser associado à dor e à morte.

Aproximadamente 60% das matérias analisadas foram exibidas em dias úteis, durante o horário nobre – das 20h às 22h. Já nos telejornais matutinos e vespertinos, que são maioria nas grades de programação, notícias relacionadas ao câncer encontram menos espaço. Em dezembro, a abordagem do tema é



SEGUNDA

Cigarro é a companhia de muitos adolescentes

TV Globo - SP
Jornal Nacional
29/08/2011 - 20:37



TERÇA

INCA lança campanha para aumentar a doação de sangue durante o carnaval

TV Brasil - RJ
Programa Repórter Rio
01/03/2011



QUARTA

Anvisa proíbe venda de cigarros aromatizados no mercado brasileiro

Globo News - RJ
Jornal da GloboNews
14/03/2012 - 03:07



QUINTA

Rio: robô é usado para tirar tumores

TV Bandeirantes - RJ
Jornal da Band
24/05/2012 - 20:15



SEXTA

Prevenção ao câncer

TV Futura - RJ
Programa Conexão Futura
13/01/2011 - 15:00



SÁBADO

Filmes
Novelas
Humorísticos



DOMINGO

Filmes
Futebol
Programas de Auditório



restrita em todos os horários. Apesar de ser o início do verão, quando aumenta a incidência de radiação solar, fator de risco para o câncer de pele, o período remete prioritariamente às festas de fim de ano, quando os programas televisivos evitam assuntos considerados tristes ou negativos demais.

“Acredito que falte um pouco de criatividade aos profissionais de comunicação para tornar o câncer um assunto mais interessante para a televisão. Também é papel dos jornalistas, produtores e assessores de imprensa contribuir para ultrapassarmos as barreiras erigidas pela própria mídia. Por que não veicular o tema aos domingos, baseando-se no princípio de que os telespectadores dominicais só gostam de assistir às boas notícias? Será mesmo que não podemos dar boas notícias sobre o câncer?”, provoca Cláudia.

Mas a jornalista reconhece que outros fatores influenciam esse cenário, como especialistas nem sempre disponíveis para entrevistas e a dificuldade de encontrar os chamados “personagens” para ilustrar as reportagens – pacientes e familiares dispostos a falar sobre suas experiências na televisão. “É importante lembrar que jornalistas sobrevivem de fatos novos, por isso, para gerar uma notícia, é essencial criar novidades, mesmo para falar de um assunto já conhecido. A divulgação do câncer ainda é bastante tímida, pois nem sempre o tema gera novas notícias”, afirma a pesquisadora.

Em geral, para serem divulgados pela grande imprensa, os fatos selecionados pelos jornalistas devem atender a uma série de critérios, chamados “valores-notícia”. Entre eles estão o peso social do assunto em questão, o número de pessoas afetadas pelo acontecimento e o grau de novidade da pauta.

Para Diana Luiza da Silva Moura, produtora da TV Band Rio, assuntos ligados ao câncer costumam obedecer a esses padrões e, portanto, não haveria uma orientação contra a veiculação de reportagens sobre o tema nos fins de semana. “Por serem matérias que prestam um serviço à população, há a preferência de elas irem ao ar o mais rápido possível, independentemente do dia da semana. Mas talvez pelo fato de as assessorias de imprensa e dos institutos de pesquisa em câncer funcionarem apenas durante a semana, há menos novidades aos sábados e domingos. A cobertura da televisão está muito ligada aos fatos do dia a dia”, considera.

É o que também afirma Andresa Feijó, assessora de imprensa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Para ela, temas relacionados à prevenção, ações educativas e eventos para a comunidade têm boa aceitação nas redações das emissoras de rádio e de TV. “Esses veículos, por falarem com as grandes massas, optam por trabalhar bastante com

pauta de utilidade pública. Além disso, em datas comemorativas, como o Dia das Mães e o Natal, os jornalistas buscam temas relacionados às práticas de humanização hospitalar e experiências que demonstrem como é enfrentar uma doença complexa como o câncer durante essas festividades”, explica a jornalista.

Andresa conta que, no fim de ano, principalmente perto do Natal, unidades hospitalares, como as do INCA, recebem a visita de artistas e atletas, o que costuma gerar interesse na imprensa. Para ela, com a popularização do tema, cada vez mais debatido, a tendência é a intensificação da veiculação de matérias sobre câncer pelas emissoras de televisão também nos fins de semana.

“Ao contrário do passado, quando as pessoas nem pronunciavam a palavra ‘câncer’, a doença é hoje amplamente discutida em reuniões de família. As pessoas procuram informações sobre hábitos que podem reduzir as chances do desenvolvimento de tumores malignos”, completa a assessora de imprensa.

ABORDAGENS

Entre as diversas abordagens do câncer, as principais registradas pelo estudo foram epidemiologia (33%), diagnóstico (27%) e prevenção (20%). A pesquisa aponta que resultados de investigações científicas ainda são pouco explorados pelas TVs, que priorizam campanhas institucionais e reportagens sobre dramas particulares. Além disso, mais de 30% das matérias abordaram fatores de risco para a doença e 50% mencionaram formas de prevenção ao câncer. O resultado mostra que nem todas as matérias de prevenção citam quais são os fatores de risco.

Para Cláudia, a televisão poderia contribuir mais para a disseminação de hábitos saudáveis e formas de prevenção. “Como podemos desejar que as pessoas se previnam se nem sempre têm informações e desconhecem fatores associados ao câncer?”, questiona. A jornalista cita uma pesquisa realizada por ela com jovens sobre o Papilomavírus Humano (HPV), que concluiu que pouquíssimos sabiam o que era o agente infeccioso. “Eles não se conscientizam da importância da proteção, pois desconhecem a correlação entre o HPV e alguns tipos de câncer”, conclui.

O jornalista Wilson da Costa Bueno, especialista em jornalismo científico e em comunicação e saúde, é ainda mais incisivo e classifica a cobertura da imprensa sobre os fatores de risco do câncer como “precária”. Segundo ele, o principal fator abordado pela mídia é o tabagismo. Mas isso aconteceria, ao menos em parte, pelo fato de a indústria ser proibida por lei, desde 2000, de veicular propaganda em meios de comunicação de massa.

“A mídia mais confunde do que esclarece. A imprensa fecha os olhos para fatores de risco importantes, como a alimentação rica em gordura e o uso de defensivos agrícolas. O Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos em todo o mundo e a exposição a essas substâncias está entre as principais causas de câncer relacionado ao trabalho. No entanto, pouco se fala sobre isso – afinal, as redes de *fast food* e a indústria agroquímica ainda são grandes anunciantes”, afirma Bueno.

ESPAÇO PARA ENTREVISTAS

Outro aspecto que chama a atenção na pesquisa de Cláudia Jurberg e Marina Verjovsky é a preferência das emissoras de televisão em abordar temas que despertem aproximação emocional com o público, em comparação a assuntos mais densos, considerados de difícil entendimento, como pesquisas científicas. “Verificamos que quase todas as reportagens cedem mais tempo para entrevistas com leigos — pacientes, familiares e público em geral — do que com especialistas. Nas matérias analisadas, foram entrevistados 103 leigos no assunto câncer, contra 64 profissionais de saúde”, compara Cláudia.

Por outro lado, a produtora de TV Diana Moura avalia que há, sim, um esforço por parte dos jornalistas para levar assuntos técnicos ao grande público – mas que na televisão o tempo disponível é muito curto. Ao contrário do jornalismo impresso, que permite a veiculação de conteúdos mais complexos, na televisão as matérias podem durar apenas um ou dois minutos. “É pouco tempo para explicar os assuntos, empregando-se uma linguagem acessível. Enquanto a população não estiver mais íntima dos termos técnicos, precisamos ir estimulando aos poucos, para que esses assuntos se popularizem”, opina.

Andresa concorda. Para ela, a imprensa tem a função de “traduzir” termos técnicos, possibilitando a melhor compreensão do tema pelo público em geral. “Além de permitirem o aprofundamento do conhecimento sobre uma doença que antes era considerada uma sentença de morte, as reportagens sobre câncer também contribuem para o fortalecimento da esperança de pacientes e familiares, ao demonstrar a melhoria na qualidade de vida, medicamentos mais eficazes e, por que não arriscar, na própria cura”, avalia a assessora de imprensa. ■



personagem

APÓS ENFRENTAR UM CÂNCER DE TESTÍCULO, O MÉDICO ALEXANDRE CHIEPPE RECEBEU UM PRESENTE INESPERADO: OUTRO FILHO

Quando a vida desafia a doença

Uma nova e improvável vida foi a resposta de Alexandre Chieppe, hoje com 38 anos, ao câncer de testículo. Depois de passar por um quadro clínico associado à infertilidade, em função da própria doença e também do tratamento a que foi submetido, o médico, hoje superintendente de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, e a mulher foram surpreendidos pela chegada de Victor. A experiência da família comprova que há vida – e felicidade – após o enfrentamento do câncer e reforça a importância do diagnóstico precoce para a recuperação do paciente.

Essa história teve início em 2008, quando Chieppe, que é obstetra e, na época, coordenava o Programa Estadual de DST/Aids do Rio de Janeiro, começou a sentir incômodos nos testículos, especialmente durante a prática de atividades físicas. “Não havia nenhuma alteração visível, nem uma dor bem definida, em um lugar específico. Mas eu sentia algo estranho e, ao fazer o autoexame, percebi que um dos testículos estava mais endurecido e mais sensível ao toque que o outro”, relata Chieppe.

O chefe do Serviço de Urologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Franz Campos, que acompanhou o tratamento de Chieppe, ressalta que o autoexame dos testículos é fundamental para o diagnóstico precoce da doença e deve ser realizado mensalmente. “Tumores de testículo são facilmente identificáveis, porque são externos. É possível perceber a presença de caroços durante o autoexame e, se isso acontecer, o homem deve procurar imediatamente um médico, para a confirmação do diagnóstico”, alerta o urologista.



Alexandre, a mulher, Flávia, e os filhos Vinícius (à esquerda) e Victor, que nasceu após o tratamento oncológico do pai

Fotos: Arquivo pessoal

Chieppe conta que, justamente por ser médico, uma série de possibilidades diagnósticas passaram por sua cabeça – principalmente câncer. Por isso, antes mesmo de consultar um especialista, decidiu fazer imediatamente uma ultrassonografia. O exame revelou uma imagem bastante alterada do órgão, que sugeria um processo neoplásico.

“Desde o primeiro momento eu achava que estava com câncer. Mesmo assim, como estava tomando todas as decisões sozinho, sem a orientação e o acompanhamento de outro médico, fiquei sem saber o que fazer quando recebi o laudo da ultrassonografia. Finalmente procurei um oncologista, que solicitou exames complementares”, lembra.

“A confiança nos médicos é decisiva para a recuperação do paciente”

ALEXANDRE CHIEPPE, que hoje está no quarto ano de seguimento do tratamento oncológico

A análise sorológica aumentou a suspeita de câncer de testículo, que foi confirmada por biópsia e exame histológico. “Câncer é câncer: sempre assustada. A reação inicial, claro, foi de perplexidade, de muita preocupação – para mim e para minha família. Mas é preciso manter o controle. Com o decorrer do tempo, nos tranquilizamos, pois sabíamos que as chances de um bom prognóstico eram altas”, recorda.

O tratamento foi imediato. Vinte dias após a confirmação do diagnóstico, o médico, agora também paciente, foi submetido a um procedimento cirúrgico para retirada do testículo doente. “Mesmo tendo plano de saúde optei por fazer o tratamento no INCA, por confiar na instituição, que é referência no Brasil, e em seus médicos, muito competentes e responsáveis. Estar bem assistido foi reconfortante. A confiança nos médicos é decisiva para a recuperação do paciente”, afirma Chieppe.

Campos explica que, além da remoção do tumor, o tratamento do câncer de testículo deve ser complementado com quimioterapia ou radioterapia. “Na vida intrauterina, os testículos são formados dentro do abdômen e depois deslocados para a bolsa escrotal. Então, muitas artérias, vasos sanguíneos e linfáticos conectam os testículos ao abdômen, o que contribui para que o câncer se espalhe rapidamente, sobretudo para o abdômen, pulmão, cérebro e fígado. Por isso, além de retirar o tumor, é preciso combater células cancerígenas que possam ter migrado para outros órgãos, evitando a formação de metástase”, esclarece o urologista.

O processo de formação dos testículos também é representativo em termos da importância do diagnóstico precoce da doença. “Esses órgãos concentram os espermatozoides e demais elementos ligados à reprodução humana. E essas células se desenvolvem e se multiplicam muito rapidamente, por isso esse é um tipo de câncer que se espalha de forma veloz. Daí a importância do diagnóstico precoce, para que o tratamento seja iniciado imediatamente e interrompido o desenvolvimento do tumor”, detalha Campos.

O diagnóstico precoce e o tratamento imediato foram decisivos para a recuperação de Chieppe. A cirurgia foi realizada apenas no testículo afetado pela doença, e, após a remoção do tumor, o tratamento foi complementado com quimioterapia. “Foi uma fase difícil, sobretudo pelos efeitos adversos da quimioterapia e pelas mudanças bruscas que ocorreram em meu corpo. Nesse processo, o apoio da família é fundamental”, reconhece o médico.

E toda família foi presenteada com a chegada de Victor, após a conclusão da quimioterapia. A gravidez surpreendeu o casal e os médicos porque o câncer de testículo, que afeta sobretudo homens com idades entre 15 e 50 anos, pode levar à infertilidade temporária ou permanente por diversas razões.

De acordo com Campos, esse tipo de tumor é resultado de uma alteração genética que está associada à infertilidade ou subfertilidade, por isso, os pacientes teriam uma dificuldade natural em ter filhos. “Além disso, a remoção de um dos testículos reduz a produção de espermatozoides, e a quimioterapia compromete a fertilidade. O paciente fértil deve ser informado sobre os riscos do tratamento e sobre a possibilidade de congelar o esperma, para a futura inseminação da parceira”, esclarece o urologista.

Na época do tratamento, Chieppe optou por não conservar o esperma, pois já tinha um filho – o que tornou a chegada de Victor ainda mais inesperada. “Não estávamos tentando engravidar, nem estávamos evitando. Simplesmente não pensávamos nisso naquela época. Victor foi um presente inesperado e maravilhoso”, comemora o pai, que hoje está no quarto ano de seguimento (acompanhamento anual) do tratamento oncológico. ■



rede

REDE NACIONAL DE CÂNCER FAMILIAL IDENTIFICA PORTADORES
DE MUTAÇÕES ASSOCIADAS A CÂNCER HEREDITÁRIO

Articulação para a prevenção





Identificar portadores de alterações genéticas que predis põem ao câncer hereditário e propor condutas de prevenção é o objetivo principal da Rede Nacional de Câncer Familiar (RNCF), coordenada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A RNCF é composta por instituições de pesquisa e assistência de Belém, Brasília, Florianópolis, Porto Alegre, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís, São Paulo e Vitória, especializadas na detecção de alterações moleculares associadas às síndromes neoplásicas hereditárias e no aconselhamento genético.

Estima-se que entre 5% a 10% dos casos de câncer estão relacionados à predisposição hereditária. Partindo destes valores, podemos estimar, como exemplo, que dos 52.680 novos casos de câncer de mama e dos 30.140 de câncer colorretal estimados pelo INCA para 2012, entre 2.600-5.200 e 1.500-3.000, respectivamente, podem estar relacionados à predisposição hereditária.

As novas metodologias de diagnóstico molecular são importantes para identificar portadores de mutações entre indivíduos sadios em situação de risco, que pertencem a famílias com história de vários casos de câncer. Dentro do escopo da Rede, são acompanhados parentes de pacientes de câncer já identificados com história familiar e/ou presença de alterações genéticas associadas a várias síndromes: Câncer de Mama e Ovário Hereditários (HBOC), Câncer Colorretal Hereditário Não Poliposo (HNPCC), Polipose Adenomatosa Familiar (FAP), Retinoblastoma (RB), de Câncer de Mama e Colorretal Hereditários (HBOC), de Li-Fraumeni (LF), Doença de von Hippel-Lindau (VHL), Neoplasia Endócrina Múltipla do tipo-2 (MEN2), Melanoma Familiar (FAMMM) e Anemia de Fanconi.

CONFIRMAÇÃO DE MUTAÇÃO PODE RESULTAR EM AÇÃO PROFILÁTICA

“Portadoras de HBOC, que carregam mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2, tendem a desenvolver tumores mamários com maior frequência e muitas vezes antes da menopausa, dentro de uma faixa etária não prioritária para mamografias de rastreamento. Mulheres com parentes próximas (avó, mãe, tia, irmã, prima) com mutações nesses genes, se beneficiariam do aconselhamento gené-

tico, sendo possível a detecção precoce de câncer e, em alguns casos, ações profiláticas. Nesses casos, essas ações devem ser discutidas com as pacientes e seus familiares”, esclarece o coordenador da RNCF, Hector Seuanez Abreu, chefe da Divisão de Genética do INCA.

A identificação de uma alteração molecular constitutiva (ou seja, herdada e presente em todas as células do organismo) associada ao câncer é resultado de cuidadosa investigação, em que indivíduos ou famílias com histórico sugestivo de uma síndrome de câncer hereditário passam por uma consulta médica. Após a construção do heredograma, gráfico semelhante a uma árvore genealógica da família, as pessoas recebem aconselhamento especializado sobre predisposição e riscos. Para simplificar o processo, a RNCF publicou um manual operacional gratuito (disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Cancer_Familiar_fim.pdf), para profissionais de saúde, visando informar a sintomatologia das síndromes de câncer hereditário, assim como do perfil molecular de cada síndrome e recomendações de conduta. “Diante do impacto da descoberta da predisposição hereditária ao desenvolvimento de alguns tipos de câncer e sobre as possibilidades de prevenção e detecção precoce, a RNCF propõe a inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS) de testes para diagnóstico das mutações mais prevalentes no Brasil”, anuncia Seuanez.

BRASIL CONCENTRA CASUÍSTICA LIGADA À SÍNDROME LI-FRAUMENI

A articulação em rede é estratégica para o avanço do conhecimento científico do câncer hereditário. No caso da Síndrome de Li-Fraumeni, associada à ocorrência de diversos tipos de câncer, como sarcomas, tumores do sistema nervoso central, adrenocorticais e de mama, ocorrem mutações no gene TP53, que codifica uma proteína de controle do ciclo celular. Em trabalhos desenvolvidos no Hospital A.C. Camargo e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que integram a RNCF, notou-se uma incidência aumentada desta síndrome entre os brasileiros, se comparada à frequência na população de outros países, devido à ocorrência de uma mutação que se dispersou no Sul do Brasil há mais de dois séculos. Essa mutação predispõe os portadores a vários tumores ca-

racterísticos da síndrome, com risco maior para os adrenocorticais. Os resultados indicam que 0,3% da população do Sul e do Sudeste do País tem a mutação e, conseqüentemente, alto risco para o desenvolvimento de câncer ao longo da vida. O risco progride com o aumento da idade.

A RNCF procura identificar portadores de mutações associadas a câncer hereditário para promover a realização de testes que permitam a identificação de pessoas em risco e o diagnóstico de tumores em estádios precoces. Para que isso se torne uma prática efetiva em termos de saúde pública ainda são necessários investimentos em centros especializados que possam oferecer esses exames com a agilidade necessária e na formação de geneticistas para o aconselhamento genético e acolhimento dos pacientes e seus familiares.

Os últimos avanços na área foram apresentados durante o Fórum INCA-ASCO sobre Câncer Hereditário e Predisposição Genética ao Câncer, realizado em novembro de 2011 no Rio de Janeiro, que reuniu integrantes da Rede nacional e colaboradores estrangeiros para debater questões científicas, políticas e bioéticas relacionadas à genética clínica. Foi a primeira vez que a Asco Internacional Affairs apoiou um seminário que unia pesquisa e assistência à discussão de políticas públicas. ■



novidade

TERAPIA FOTODINÂMICA ESTÁ EM TESTE NO INCA PARA TRATAR CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL

Luz curativa

Exterminar um câncer de pele sem nenhum corte é a vantagem da terapia fotodinâmica, que começou a ser usada experimentalmente no INCA em julho. A aula demonstrativa foi conduzida pela dermatologista Ana Gabriela Salvio, do Hospital Amaral Carvalho de Jaú (SP). O INCA e cerca de outras 70 instituições vão utilizar a técnica com o objetivo de confirmar um protocolo para o tratamento do carcinoma basocelular superficial de até 2 cm de extensão e 2 mm de infiltração. Todo o estudo deve estar pronto em três anos, quando entre 6 mil e 8 mil pacientes tiverem sido tratados.

O protocolo prevê a aplicação de um creme fotossensível (na verdade, uma pró-droga, que estimula a produção da proteína protoporfirina IX) que fica sobre a região afetada por três horas. Em seguida, o produto é retirado e começa a aplicação de uma fonte de luz de comprimento de onda pré-determinado. “No nosso estudo estipulamos que cada aplicação deve durar 20 minutos”, explica Ana Gabriela, coordenadora clínica do projeto.

E o efeito do tratamento pode ser observado imediatamente, por meio da avaliação fotodiagnóstica do tumor, imagens produzidas pelo mesmo aparelho usado na terapia, antes e após o procedimento. “A protoporfirina IX, formada após a ação do creme e que vai reagir com a luz, emite fluorescência laranja. Na imagem inicial, vemos diversos pontos avermelhados que confirmam a formação da proteína. Após o tratamento, o ideal é que todos os pontos avermelhados tenham desaparecido, ou seja, que toda a protoporfirina IX tenha absorvido a luz. A terapia só faz efeito se houver

a formação da proteína fotossensível. Caso ela não se forme, nem adianta iluminar”, esclarece a dermatologista.

Apesar de não haver nenhum corte e de a intensidade da luz não chegar a aquecer o tecido, Ana Gabriela diz que o procedimento é doloroso e que, em alguns casos, a aplicação precisa ser interrompida por alguns instantes para o conforto do paciente. Mas a duração da aplicação precisa ser de 20 minutos. Sete dias depois o

processo é repetido. No fim de 30 dias é feito exame patológico do tecido para confirmar a cura.

O projeto brasileiro é o primeiro no mundo a associar o fotodiagnóstico à terapia fotodinâmica, usada desde 1999 – inicialmente como antimicrobiano e para tratar condiloma (verruga) causado pelo HPV. Outro diferencial é o uso de medicamento nacional, o genérico ácido 5 aminolevulínico (ALA).

Além do Hospital Amaral Carvalho, o projeto conta com a participação do Departamento de Física da Universidade de São Carlos. É de lá a física Cristina Kurachi, responsável pela parte técnica do processo. A empresa fabricante do equipamento, a MMO, e o Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES) são os parceiros. “A MMO está cedendo o equipamento e o BNDES financia o projeto. Ou seja, os institutos que participam não têm custos, que seriam altos para a rede pública”, explica Cristina.

O chefe da Seção de Dermatologia do INCA, Doli-val Lobão, disse que pacientes com o perfil para receber o tratamento experimental começarão a ser atendidos ainda este mês. “Pretendemos tratar aproximadamente oito pacientes por mês com a terapia fotodinâmica”, adiantou o dermatologista. ■



Comida para transformar a vida em sociedade, pra melhor!

Que refrigerantes, hambúrgueres, biscoitos e vários outros alimentos industrializados fazem muito mal à saúde todo mundo já sabe. O que não é muito divulgado são as estratégias que as indústrias multinacionais adotam para continuar aumentando o consumo desses alimentos no mundo todo, especialmente em países onde a alimentação tradicional ainda prevalece, como é o caso do Brasil. Essas estratégias incluem a publicidade de seus produtos, o financiamento de congressos científicos na área de nutrição, premiação para jovens cientistas, proposição de acordos voluntários, *lobby* para impedir medidas regulatórias do Estado, entre outras.

Muitas multinacionais de produtos alimentícios têm hoje receitas maiores que o Produto Interno Bruto (PIB) de algumas nações. Ou seja, são economicamente e, muitas vezes até, politicamente mais poderosas que nações inteiras. A receita da maior multinacional de alimentos processados do mundo é maior que o PIB de países como Vietnã, Marrocos, Croácia e República Dominicana, por exemplo. As cinco maiores multinacionais nesse ramo, juntas, são mais ricas que países como Dinamarca, Finlândia ou Argentina. Com bastante dinheiro e o compromisso



de ampliar ainda mais seus lucros e os ganhos dos seus acionistas, essas empresas não medem esforços para conquistar cada vez mais consumidores, mesmo que provoquem impacto negativo na saúde, cultura e economia de várias nações.

COMENDO COM OS OLHOS

A publicidade é um dos pilares. É ela a responsável pela sedução dos consumidores e até mesmo pela preferência por determinados produtos. As peças são cuidadosamente preparadas para influenciar a compra e o consumo dos produtos alimentícios. A vontade de comer ou beber o produto anunciado é propositalmente provocada. Boa parte das decisões tomadas na hora de comprar alimentos ou comer é conduzida pelo que nos é recomendado diariamente pelos anúncios da TV, jornais e revistas, *outdoors* e cartazes. Ou seja: a única forma de dar chance para as pessoas fazerem suas próprias escolhas de forma crítica e informada é protegendo-as da persuasão da publicidade.

Por isso, a redução da compra e do consumo de produtos como guloseimas, bebidas alcoólicas e tabaco passa, necessariamente, pela regulação da publicidade. Assumindo que não é possível enfrentar de forma efetiva problemas como os relacionados à má alimentação sem regular a publicidade, a indústria de alimentos, na tentativa de aliviar as regras, defende com veemência que elas são capazes de se autorregular. No entanto, vários estudos têm demonstrado que a autorregulação não funciona (Rudd Center 2011; Kent *et al.* 2011; Hebden *et al.* 2011). Quando se trata da regulação de uma atividade com interesses privados (aumentar o consumo de biscoitos, por exemplo) que tem implicações no bem comum, neste caso a saúde pública, o Estado deve intervir, regulando.

O QUE OS OLHOS NÃO VEEM

Além de sal, açúcar e gordura, produtos alimentícios industrializados, como salsichas, sorvetes, refrigerantes e biscoitos contêm amônia, aromatizantes, corantes, realçadores de sabor e outros ingredientes que compõem segredos industriais para fisgar, padronizar e até mesmo viciar o paladar. Esses ingredientes combinados com propagandas e rótulos seduto-

“Boa parte das decisões tomadas na hora de comprar alimentos ou comer é conduzida pelo que nos é recomendado diariamente pelos anúncios da TV, jornais e revistas, *outdoors* e cartazes”

res são capazes de passar ao consumidor a sensação de que o biscoito é feito seguindo uma receita caseira, que o refrigerante de fruta tem muita fruta, que o presunto é feito com carnes “nobres”.

O psicólogo Louis Cheskin, um ucraniano radicado nos Estados Unidos, criou o conceito de transferência de sensação, ao identificar que as pessoas sentiam que produtos idênticos, quando colocados em rótulos diferentes, tinham sabor e/ou textura e/ou aroma diferentes. Se o rótulo de um produto sabor limão, por exemplo, tem mais amarelo do que outro, as pessoas vão dizer que esse produto tem mais limão que o mesmo produto colocado numa embalagem com menos amarelo na embalagem (Gladwell, 2005). Mesmo sendo o produto idêntico e não tendo nada de limão na composição.

A imagem de frutas, legumes e verduras é frequentemente utilizada em embalagens para conferir um ar de saudável a lasanhas, refrescos e outros alimentos prontos para consumo ou prontos para aquecer que não são nada saudáveis (Gomes, 2011). A Freshfel Europe, uma associação europeia





de frutas e hortaliças frescas, analisou durante o estudo “Onde está a fruta?” 207 produtos que levavam nome ou imagem de frutas na embalagem e concluiu que metade tinha menos de 10% ou nenhuma fruta na composição (Freshfel Europe 2010). No Brasil, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) conduziu estudo semelhante e revelou que, dos 18 produtos com apelo de frutas no rótulo analisados, oito não apresentam nenhum vestígio de fruta e a maior parte dos outros 10 têm em torno de 1% de fruta apenas (Idec 2011).

MEXENDO A PANELA, PRA NÃO MEXER NO BOLSO

O outro e mais sensível pilar da estratégia da indústria para influenciar a compra e o consumo de alimentos prontos é o preço. De modo geral, em países onde a alimentação tradicional ainda prevalece, o custo da alimentação tradicional e saudável, como a do brasileiro (arroz, feijão, carne, peixe ou ave, salada e frutas), ainda é mais baixo do que o de alimentos prontos para consumir ou para aquecer. No entanto, como os alimentos industrializados são feitos com ingredientes muito baratos, como açúcar, sal e gordura (refrigerantes, por exemplo, são basicamente compostos por água e açúcar) acabam sendo vendidos a preços baixíssimos, facilitando o acesso. Mesmo assim, essa economia no caixa do supermercado sai mais cara no final das contas. Já existem provas consistentes de que aumentar o preço de produtos nocivos à saúde é a medida mais efetiva para reduzir a compra e consumo de produtos, como no caso do tabaco e do álcool (Shibuya *et al.* 2003; Anderson *et al.* 2009). Mais recentemente, estudo publicado na revista *Lancet* revelou que a

taxação sobre produtos alimentícios não saudáveis também é a forma mais efetiva e custo-efetiva de melhorar a alimentação de uma população. Segundo o estudo, se o Brasil implementasse medidas fiscais para aumentar o preço de alimentos não saudáveis diminuiria o consumo desses produtos e pouparia aos cofres públicos, nos próximos 10 anos, cerca de R\$ 2 bilhões gastos com doenças relacionadas à má alimentação e excesso de peso (Cecchini *et al.* 2010). Além disso, no caso da alimentação, as políticas fiscais poderiam não só reduzir o consumo de alimentos não saudáveis como poderiam aumentar o consumo de alimentos saudáveis (Claro *and* Monteiro 2010; Andreyeva *et al.* 2010). No Brasil, a redução no preço de frutas, legumes e verduras em 1% é capaz de aumentar em 0,79% o consumo desses alimentos (Claro *and* Monteiro 2010).

“O que comemos define como desejamos que os alimentos devam ser produzidos e como cuidamos do nosso planeta”

COMER: UM ATO POLÍTICO

Não é suficiente contar apenas com a força de vontade individual para resistir a toda pressão feita pelas “gigantes” de alimentos. Sem o apoio do Estado formulando políticas públicas que garantam o acesso da população à alimentação adequada e saudável e sem a proteção dessas políticas dos interesses corporativos das multinacionais, o avanço na melhoria da alimentação da população será bastante limitado. É inegável que o que se come influencia não só a si mesmo, mas a toda sociedade. O que comemos define o que desejamos que nossos filhos e netos comam no futuro. O que comemos define como desejamos que os alimentos devam ser produzidos e como cuidamos do nosso planeta. O que comemos define o que financiamos, onde investimos nosso dinheiro. O ato de comer é um ato político. Por isso, você é mais do que o que você come. Na verdade, você e o outro são o que você come! ■

educação

RECENTE NO BRASIL, ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA ONCOLÓGICA
CONTRIBUI PARA ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE COM CÂNCER

Mente sã, a nova aliada

Medicamentos fortes, efeitos colaterais agressivos, medo da morte, insegurança. Enfrentar o tratamento do câncer é um processo complexo, com implicações fisiológicas, psicológicas e emocionais que se sobrepõem continuamente. Diante desse quadro, em que a atenção integral é essencial para a melhoria da qualidade de vida do paciente, uma especialidade vem se tornando cada vez mais relevante: a Psicologia Oncológica. A abordagem é recente e, no Brasil, a obrigatoriedade da presença de profissionais de Psicologia Clínica em serviços públicos que atendem pessoas com câncer foi instituída em 1998, pela portaria nº 3.535, do Ministério da Saúde.

Para a presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia Oncológica (Sbrapo), Cristina Volcker, a medida abriu novas oportunidades de trabalho, mas o constante aumento do número de pacientes com câncer faz persistir a demanda por profissionais especializados. “São poucos os cursos disponíveis no Brasil e os profissionais adquirem conhecimento na área por meio da experiência cotidiana. Nos estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a maioria dos psicólogos que atua em Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons) não conta com formação específica na área”, afirma.





Em contrapartida, a chefe do Setor de Psicologia do Hospital do Câncer III, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Márcia Regina Costa, observa que a procura pela especialização em Psicologia Oncológica está crescendo no país. “Em 2011, a Residência Multiprofissional do INCA recebeu 90 inscrições para as sete vagas destinadas a psicólogos. E, há um ano, o Curso de Extensão em Psicologia Oncológica da Universidade Veiga de Almeida (UVA), ministrado em parceria com a Sbrapo, vem contribuindo para a formação de profissionais que já atuam na área e bacharelados com interesse em conhecer melhor o trabalho do psicólogo na atenção oncológica”, aponta.

De acordo com as especialistas, a formação em Psicologia Oncológica é essencial porque o paciente com câncer requer uma atenção psicológica diferenciada. Por isso, é fundamental que o profissional tenha conhecimento sobre as questões inerentes à doença, como o medo da rejeição dos outros, a autorrejeição e a debilidade física, entre outros aspectos.

“O acompanhamento psicológico não pode ser visto como uma muleta, e sim como uma maneira de fortalecer o paciente para buscar seus próprios recursos para lidar com a situação”

Cristina Volcker, presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia Oncológica

tos. “O psicólogo pode atuar de diversas maneiras, desde o momento da comunicação do diagnóstico até os cuidados paliativos, com atendimento individualizado ou em grupo. Mas o acompanhamento psicológico não pode ser visto como uma muleta, e sim como uma forma de fortalecer o paciente para buscar seus próprios recursos para lidar com a situação”, pondera Cristina.

Márcia Regina destaca a importância da Psicologia Oncológica no contexto da atenção multiprofissional. “O tratamento do câncer requer um trabalho interdisciplinar e integrado. Como psicóloga, eu não domino técnicas de fisioterapia, mas preciso reconhecer como os exercícios podem contribuir para minimizar a angústia do paciente, devolvendo sua capacidade motora e de socialização. O psicólogo deve estar inteirado sobre tudo o que ocorre durante o tratamento, dialogar com as outras áreas envolvidas”, afirma.

O trabalho em equipe multiprofissional já é preconizado no tratamento do câncer, mas de acordo com a psicóloga Juciléia Rezende, do Setor de Oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), essa interação nem sempre se dá de maneira orgânica. “Há cerca de cinco anos, ainda imperava em nossa instituição a mentalidade de que cada profissional deveria voltar-se exclusivamente para sua área de atuação, sem diálogo com as demais especialidades. Para ampliar a abordagem ao paciente, instituímos reuniões médicas semanais, com a presença de todas as áreas. Isso criou uma abertura para maior intercâmbio entre os profissionais da assistência e ajudou a difundir a importância não somente da Psicologia, mas de outras áreas do conhecimento no tratamento”, lembra.

DEMANDAS ESPECÍFICAS

Segundo a especialista, que também é coordenadora técnico-científica e professora dos cursos de Psicologia da Saúde e Hospitalar do Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (Ibac), é preciso que o profissional esteja atento às especificidades de cada tipo de câncer. Pacientes com câncer de próstata podem ter problemas de ereção após o tratamento; já pacientes com tumores de cabeça e pescoço, especialmente os traqueostomizados, sofrem mais de baixa autoestima. “É muito comum recebermos pacientes com dependência ao álcool. O abuso da substância durante muitos anos pode levar ao câncer de boca e de esôfago. Esses casos demandam um atendimento para enfrentar não apenas o câncer, mas também o alcoolismo”, revela Juciléia.

Ela explica que o HUB adota um modelo diferente do de outras instituições, que optaram por criar um setor de Psicologia. Lá, cada serviço, como o ambulatório e as clínicas médica e cirúrgica, conta com sua equipe de psicólogos. “Os profissionais atuam de forma especializada, de acordo com a especificidade de cada serviço. Na braquiterapia e na radioterapia, por exemplo, temos um grupo que atua com manejo de estresse, enquanto na área cirúrgica são chamados psicólogos para lidar com a ansiedade antes da realização de algum procedimento.”

Todos os pacientes da instituição, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), recebem atendimento psicológico quando ingressam no ambulatório, onde é feita triagem para identificar aqueles que precisam de acompanhamento individualizado. “Observamos que muitas pessoas ainda acreditam que a atenção psicológica seria destinada exclusivamente para os ditos loucos, desequilibrados. A adesão ao acompanhamento psicológico gira em torno de 45%, mas os que recusam o atendimento num primeiro momento acabam



retornando em função de demandas como depressão e conflitos familiares”, observa Juciléia.

Psicóloga da unidade do INCA especializada no tratamento do câncer de mama, Márcia Regina destaca que há outras especificidades quando as pacientes são mulheres. “A mastectomia afeta a sexualidade e gera insegurança diante do parceiro. Por meio do atendimento ao casal, procuramos mostrar às pacientes que geralmente o temor é infundado, restabelecendo a confiança no companheiro”, conta.

Outro problema comum entre as mulheres é a preocupação com a organização familiar. Devido à complexidade do tratamento, muitas pacientes pensam em abandoná-lo para continuar dedicando-se aos filhos. “Nesse momento, o psicólogo oncológico assume o papel de interlocutor. Pela imagem associada à morte, o câncer torna-se tabu na família. Os parentes têm medo de tocar no assunto para não fragilizar ainda mais a paciente e ela, muitas vezes, prefere sofrer calada tentando preservar os familiares. Nesses casos, a intervenção do psicólogo é essencial para a adesão ao tratamento”, diz Márcia Regina. ■

CURSOS

FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA ONCOLÓGICA

Profissionais interessados na especialização em Psicologia Oncológica podem se candidatar a uma vaga na Residência Multiprofissional do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). O curso tem duração de dois anos e exige dedicação exclusiva. Mais informações podem ser obtidas no *link*: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=2619, pelo telefone (21) 3207-6021, das 9h às 16h, ou pelo e-mail secad@inca.gov.br. Já o Curso de Extensão em Psicologia Oncológica da Universidade Veiga de Almeida (UVA), ministrado em parceria com a Sociedade Brasileira de Psicologia Oncológica (Sbrapo), é voltado para profissionais e estudantes do último ano de Psicologia. O curso tem duração de dois meses e disponibiliza 10 vagas por turma. Para saber mais, acesse a página www.uva.br/cursos/extensao/psicologia-oncologica.

entrevista

TERESA ROMERO PÉREZ,

Coordenadora do Programa Integral de Controle de Câncer e chefe da Seção Independente de Controle de Câncer do Ministério de Saúde Pública de Cuba

Brasil e Cuba: união de esforços no controle do câncer

Em fevereiro deste ano, durante visita da presidente Dilma Rousseff a Cuba, os ministérios da Saúde de ambos os países se reuniram para tratar, entre outros assuntos, da coordenação de ações na área do câncer. No encontro, foi redigida carta de intenção assinada pelo diretor-geral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Luiz Antonio Santini, e pela coordenadora do Programa Integral de Controle de Câncer e chefe da Seção Independente de Controle de Câncer do Ministério de Saúde Pública de Cuba, Teresa Romero Pérez.

Foram acordados três projetos de colaboração: transferência de tecnologia brasileira para a informatização dos registros hospitalares de câncer a hospitais cubanos selecionados; fortalecimento e ampliação do banco de tumores e amostras biológicas do Instituto de Oncologia e Radiologia de Cuba (Inor); e desenvolvimento da cooperação estrutural em saúde em matéria de programas de contro-

Fotos: José Antônio Campos



le do câncer em áreas demonstrativas do Brasil e de Cuba. O secretário de saúde da Bahia, Jorge Solla, que também participou da comitiva brasileira, sugeriu a cidade de Vitória da Conquista como a área demonstrativa do Brasil.

O projeto de implantação de áreas demonstrativas tem como objetivo avaliar modelos de controle dos cânceres mais incidentes de forma integral, abordando prevenção, detecção e assistência. A ideia é definir as linhas de cuidado desses tumores na rede regionalizada de saúde e fomentar a realização de estudos clínicos e organizacionais que possibilitem gerar e disseminar conhecimento na área. Parte-se de uma visão de futuro, que considera a ocorrência de expressivo aumento da prevalência da doença nos próximos 10 ou 20 anos, resultado da maior sobrevivência dos pacientes, decorrente de possibilidades crescentes de tratamento. Esse aumento da prevalência acarretará a necessidade de mudanças nos modelos de organização da assistência.

Em março, foi a vez de Teresa Romero visitar o Brasil, e com uma dupla tarefa: participar do planejamento das ações de parceria que devem ser conduzidas em 2012 e de uma mesa-redonda com representantes do INCA no Congresso Latinoamericano de Cuidados Paliativos, em Curitiba. Sobre esse e outros temas da atenção oncológica, Teresa Romero, que liderou a delegação cubana no País, concedeu a seguinte entrevista à REDE CÂNCER:

REDE CÂNCER – Quais os pontos de interesse em comum para Brasil e Cuba no que se refere às terapêuticas e aos programas de controle do câncer?

Os principais são o enfoque de trabalho e a necessidade de melhorar a atenção primária. Brasil e Cuba precisam melhorar as ações integradas para o controle do câncer e o trabalho coordenado das equipes.

REDE CÂNCER – Por que os registros hospitalares de câncer são tão importantes no controle da doença?

Os dados dos registros de câncer são analisados pelas equipes que atuam no controle da doença ou por grupos dedicados à investigação, de modo que se convertam em evidências para orientar as ações e sirvam de base para a investigação clínica, epidemiológica ou para as que buscam melhorar a organização dos serviços de saúde.

REDE CÂNCER – Por que a cidade cubana de Santa Clara foi escolhida para receber, num primeiro



“A cooperação Brasil-Cuba relacionada ao câncer tem avançado mais rapidamente nos últimos dois anos porque buscamos áreas de interesse comuns em que cada país oferece conhecimento e experiências”





momento, a tecnologia brasileira de registros hospitalares de câncer?

Porque Santa Clara tem alta incidência de câncer, possui um sistema organizado de controle da doença, conta com registro de câncer de base populacional e uma equipe de trabalho constituída. A implantação dos registros hospitalares representará uma melhoria estrutural que facilitará o acompanhamento e a avaliação dos avanços obtidos com o projeto.

REDE CÂNCER – Por que a metodologia brasileira de registros hospitalares interessa tanto aos cubanos?

O Brasil tem organizado seu sistema de informações sobre câncer com base nos registros hospitalares, com tecnologia própria. Em Cuba, precisamos desenvolver os registros hospitalares no menor tempo possível. Temos registros de câncer de base populacional, mas não os registros hospitalares. Queremos aproveitar a tecnologia brasileira, uma vez que há muitas semelhanças entre os dois países em matéria de câncer.



REDE CÂNCER – Qual o objetivo de estabelecer duas áreas demonstrativas no projeto de cooperação estrutural em saúde?

A intenção é melhorar o controle do câncer nas cidades escolhidas para a etapa piloto, partindo de estruturas e metodologias que já existem. Assim, poderemos construir novas formas organizativas que concebam o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e nos permitam unir esforços com outros atores da sociedade, em colaboração. Com a cooperação estrutural, busca-se o desenvolvimento de capacidades, de forma coerente, das instituições e dos recursos humanos que nelas trabalham, tendo como eixo central a população a ser atendida.

REDE CÂNCER – Os três projetos de colaboração previstos na carta de intenção são paralelos ou serão implantados um após o outro?

Não existe dependência entre os projetos, mas, sim, interdependência. Um não depende do outro para existir, mas usarão informações comuns. São três áreas





as, ou três componentes de controle do câncer, que, a partir de estratégias locais, serão fortalecidas com essa cooperação. O que faremos também é coordenar esses trabalhos rumo à ação.

REDE CÂNCER – Como está o processo de implantação dos três projetos firmados?

A cooperação Brasil-Cuba relacionada ao câncer tem avançado mais rapidamente nos últimos dois anos porque buscamos áreas de interesse comuns em que cada país oferece conhecimento e experiências. Com isso, temos obtido ganhos para as duas partes. Vimos somando aproximações metodológicas sucessivas até chegarmos às três áreas de pesquisa, os três projetos da Carta de Intenção, que realmente respondem aos aspectos necessários, importantes e urgentes. Na oficina realizada no Rio de Janeiro, em março, debatemos intensamente o conceito de “câncer como doença crônica”, segundo um artigo dos médicos Augustín Lage e Tania Combret, e a necessidade de mudança do modelo de controle, não só no âmbito dos projetos conjuntos, mas dos sistemas de

Saúde de ambos os países. Durante a oficina, se chegou ao consenso de que o projeto de colaboração estrutural para programas de controle do câncer é factível e pode resultar em uma experiência exitosa e replicável em outras áreas do Brasil e de Cuba e, talvez, em outros países.

REDE CÂNCER – O que esperar para o futuro próximo do projeto?

Pensamos em médio e longo prazos. O primeiro passo foi constituir o grupo coordenador binacional e estabelecer um plano de ação para 2012. O segundo é desenvolver e executar ações nos próximos três, cinco anos. Por isso, a importância do comitê gestor binacional que acompanhará o projeto de colaboração e informará as autoridades dos dois países sobre seu andamento, para que possam tomar as decisões pertinentes a cada etapa. O plano de ação traçado na oficina apontou a necessidade de um encontro em Vitória da Conquista, com a participação das autoridades sanitárias municipais e estaduais, para apresentação e discussão da proposta geral do projeto e a definição das ações a serem implementadas. ■



internas



TABAGISMO PROVOCA 37% DOS CASOS DE CÂNCER NO BRASIL

Estimativas de câncer para 2012 elaboradas pelo INCA mostram que 37% dos casos da doença podem estar relacionados ao tabagismo. Quando avaliados por região, os percentuais dos cânceres causados pelo tabaco, comparados com todos os casos novos para esse ano, ficam em 45% nas mulheres e 34% nos homens do Norte do País; 43% no sexo masculino e 35% no feminino do Sul; 40% nas mulheres e 35% nos homens do Centro-Oeste; e 38% do sexo masculino e 33% do feminino na Região Sudeste.

Mais detalhes da pesquisa no Portal do INCA: www.2inca.gov.br

LABORATÓRIO DE IMUNOGENÉTICA DO CEMO TEM NOVO ENDEREÇO

O Laboratório de Imunogenética do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) do INCA está de endereço novo. Referência para o funcionamento do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME), o laboratório, que até abril funcionava no Hospital dos Servidores do Estado, ganhou novas instalações no prédio do Hospital do Câncer II. A área abriga as plataformas que efetuam os testes genéticos, como os laboratórios de pré e pós-PCR, sigla em inglês para Reação em Cadeia da Polimerase. Trata-se de um método que permite criar múltiplas cópias de DNA, visando, entre outros objetivos, ao sequenciamento de genes.



INCA BATIZA CENTRO DE PESQUISA COM O NOME DE RICARDO BRENTANI

O Conselho Diretor do INCA, no ano em que a instituição comemora seu 75º aniversário, cujo norte temático é a inovação, presta homenagem ao pesquisador Ricardo Renzo Brentani, falecido em novembro passado, ao batizar o prédio do Centro de Pesquisa do INCA com seu nome. As comemorações serão na semana em que Brentani comemoraria 70 anos, em julho, e realizadas em parceria com a Academia Nacional de Medicina.



Foto: Eduardo Cesar/FAPESP

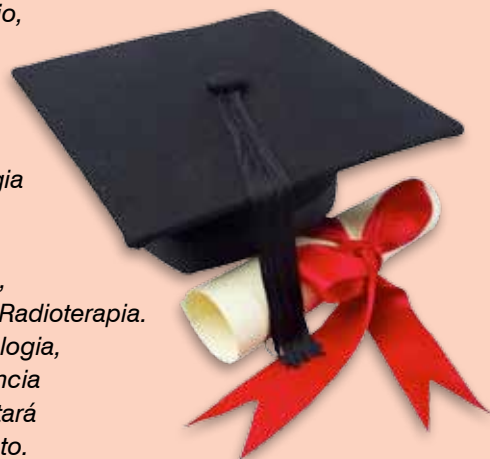
PORTUGAL AMPLIA INTERAÇÃO CIENTÍFICA COM O BRASIL

Em julho, Leonor David, vice-coordenadora do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular (Ipatimup) da Universidade do Porto, em Portugal, visita o INCA. No encontro, serão discutidas ações previstas no convênio firmado em abril entre as duas instituições. Um dos propósitos da parceria é a interação científica. “O Serviço de Patologia pretende desenvolver um laboratório de patologia molecular e contará com a ajuda do Ipatimup”, adianta Marisa Breitenbach, coordenadora de Pesquisa do INCA. Pesquisadores do INCA visitaram o Ipatimup no início do segundo trimestre deste ano para desenvolver projetos em conjunto e estabelecer parcerias para treinamento de alunos da pós-graduação e residentes das duas instituições.

PROCESSO SELETIVO 2013 PARA OS PROGRAMAS DE ENSINO DO INCA

De 27 de agosto a 24 de setembro, o INCA abre inscrições para o processo seletivo unificado dos cursos de Educação Profissional Técnica de Nível Médio, Programas da Residência Médica, Residência Multiprofissional e curso de Física Médica. Os cursos de nível médio são:

Especialização em Radioterapia, Formação em Citopatologia e Qualificação em Histotecnologia. Os programas de Residência Médica são nas seguintes especialidades: Anestesiologia, Cancerologia Cirúrgica, Cancerologia Clínica, Cancerologia Pediátrica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica, Hematologia e Hemoterapia, Mastologia, Medicina Intensiva, Medicina do Trabalho, Medicina Nuclear, Patologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Radioterapia. Graduados em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social podem se candidatar às vagas da Residência Multiprofissional. As provas serão no dia 11 de novembro. O edital estará disponível no portal do INCA (www.inca.gov.br) a partir de 27 de agosto.



PRÊMIO INTERNACIONAL

O oncologista clínico do INCA Luiz Henrique de Lima Araujo foi um dos ganhadores do prêmio Long-term International Fellowship (Life), uma iniciativa da Conquer Cancer Foundation e da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (Asco, na sigla em inglês). Através desse programa, o médico receberá uma bolsa e os recursos necessários para desenvolver o projeto de pesquisa “Epidemiologia Molecular do Adenocarcinoma de Pulmão no Brasil”. O prêmio é oferecido a jovens oncologistas de países em desenvolvimento, com capacidade comprovada de se tornarem referência em oncologia nos seus países. O projeto será desenvolvido na Vanderbilt-Ingram Cancer Center, ligada à Universidade de Vanderbilt (Nashville – Tennessee, EUA), em colaboração com o diretor da unidade, David Carbone. Durante um ano, o médico receberá treinamento em assistência, e pesquisa clínica e translacional.

A partir deste número da Rede Câncer, o leitor contará com mais um serviço: a possibilidade de ver uma frase ou conceito corrigidos ou até mesmo ser apresentado a outro ponto de vista sobre um mesmo tema. É mais uma tentativa de acertar cada vez mais e dar conta dos vários ângulos dos assuntos em saúde.

Na edição anterior, na matéria “Todos contra o erro”, que tratou dos esforços para se reduzir o índice de diagnósticos falsos-positivos e falsos-negativos, a médica Lucy Kerr defendeu o uso da elastografia como um exame menos invasivo e mais barato para apontar a existência ou não de um tumor, procedimento que não tem previsão de ser incorporado pelo SUS. Apesar de a revista respeitar opiniões divergentes em relação à Política Nacional de Atenção Oncológica, o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, rebate o argumento. “Quase ninguém no Brasil usa a elastografia por ser um exame não conclusivo. A confirmação de uma suspeita de tumor teria que ser feita por meio da biópsia – ou seja, teríamos uma despesa dupla, além de submetermos o paciente a mais um procedimento.”

Elogios, críticas e sugestões para a REDE CÂNCER escreva para comunicacao@inca.gov.br

política

MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTABELECE NORMAS DE SEGURANÇA PARA SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Mais qualidade para a mamografia

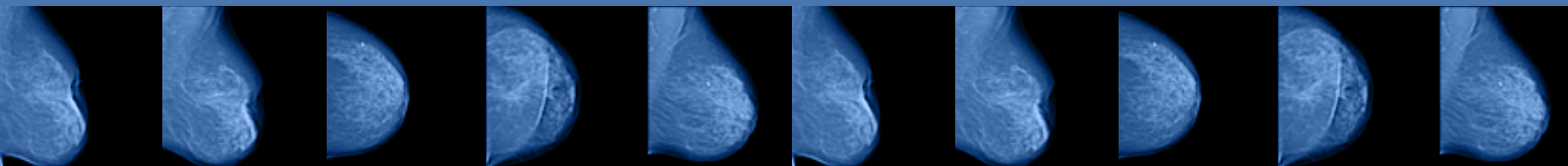


Foto: Arquivo INCA

A mamografia é hoje a principal estratégia para o diagnóstico precoce do câncer de mama. Mas um levantamento do Hospital do Câncer III, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), constatou que mais de 60% dos exames que chegam à unidade contêm erros, desde o emprego incorreto do aparelho até a utilização de filme radiográfico riscado ou com marcas de impressão digital.

Problemas como esses podem levar a interpretação das imagens e laudos equivocados, comprometendo a detecção da doença e, conseqüentemente, a saúde das pacientes.

Para mudar essa realidade e aumentar a eficiência no controle da doença, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), que visa a melhorar a qualidade



dos 1,8 milhão de exames realizados anualmente no Brasil e aumentar a segurança no uso dos mamógrafos nos serviços públicos e privados do País. A iniciativa também inclui investir na capacitação de técnicos e tecnólogos e em unidades móveis para a realização de exames no interior do Brasil.

“Pretendemos divulgar os resultados das avaliações em uma página na Internet e estamos considerando a possibilidade de uma certificação que possa ser visualizada pelas pacientes nos serviços”

RONALDO CORRÊA, médico do INCA

O primeiro passo do processo será a avaliação dos serviços credenciados pelo MS, para identificação de falhas e oportunidades de melhoria. Serão avaliadas a qualidade da imagem, a assertividade dos laudos e a qualificação dos profissionais. O Programa vai analisar amostras de exames de acordo com critérios como o posicionamento da paciente, nível de radiação e eficiência do contraste, entre outros.

Para dar conta dos objetivos, o PNQM investe em uma atuação interinstitucional. Participam da iniciativa a Secretaria de Atenção à Saúde do MS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e o INCA. Segundo o MS, a partir de 2013, os serviços que não cumprirem as novas regras serão descredenciados. E a ANS vai dispor, em regulamento, a obrigatoriedade de as operadoras de planos de saúde somente contratarem ou manterem contratados serviços que cumpram as normas do PNQM.

De acordo com o oncologista clínico e sanitarista Ronaldo Corrêa, do INCA, até este ano, os serviços de mamografia passavam por avaliação da imagem

clínica, em caráter voluntário. Com o novo Programa, a avaliação passa a ser obrigatória para os mais de quatro mil serviços do País. “O CBR vai participar com o INCA no PNQM fornecendo sua *expertise* na avaliação de serviços de diagnóstico por imagem. As duas instituições vão avaliar conjuntamente as imagens clínicas e a interpretação dos laudos. O grande desafio será a adequação do processo de trabalho. Precisamos ampliar a estrutura para avaliação, pois a demanda vai mais que triplicar”, explica o médico.

O trabalho começa em 2013, e Corrêa afirma que um terço dos serviços do País deve ser avaliado a cada ano pelo INCA/CBR. As instituições em conformidade com os padrões estabelecidos receberão uma certificação, com validade de três anos. O médico, que representa o INCA ao lado do físico médico João Emílio Peixoto no Comitê de Avaliação do PNQM, considera que a proposta contribuirá para tornar mais transparentes e acessíveis os dados sobre a qualidade dos exames de mamografia realizados nas redes pública e privada de saúde.

“Hoje temos informações apenas sobre os serviços que participam voluntariamente da certificação do CBR e, mesmo assim, elas dificilmente chegam ao paciente. Pretendemos divulgar os resultados das avaliações na Internet e estamos considerando a possibilidade de uma certificação que possa ser visualizada pelas pacientes nos locais onde farão o exame”, afirma o médico do INCA.

A avaliação vai ajudar a solucionar falhas envolvendo o posicionamento das pacientes, o uso de filmes radiográficos claros ou escuros demais e a emissão de laudos incompatíveis com a imagem. Segundo a Secretaria de Atenção à Saúde do MS, em alguns municípios, mais de 50% das mamografias apresentam dificuldade de leitura e comprometem o diagnóstico. Os erros podem ser cometidos tanto pelo técnico de raios X, que realiza o exame, quanto pelo médico radiologista, que emite o laudo.

Instituições que já possuem programas de qualidade internos terão mais facilidade para se adequar às exigências do MS. O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no Rio de Janeiro, há dois anos instituiu um programa interno para o controle da qualidade de exames de imagem e já atende à maioria dos critérios estabelecidos pelo PNQM. Segundo Natália Mantua-



no, especialista em física de radioproteção do Setor de Radiologia do HSVP, a unidade se prepara, agora, para incorporar as exigências relativas aos laudos radiográficos. “Laudos mais detalhados vão permitir o acompanhamento mais preciso do quadro de cada paciente”, explica.

Todos os serviços do País credenciados ao SUS terão, ainda, que inserir as informações sobre os exames realizados em uma plataforma *web* desenvolvida pelo Datasus e que vai substituir os atuais sistemas Siscolo e Sismama. O Sistema de Informações do Câncer (Siscan) vai identificar em tempo real os dados do atendimento. “O Siscan vai reunir todas as informações epidemiológicas e clínicas referentes à mulher que faz exames para o rastreamento de tumores malignos do colo do útero e de mama. A partir desses dados, poderemos qualificar melhor as informações sobre esses dois tipos de câncer”, informa o secretário de Atenção à Saúde do MS, Helvécio Magalhães.

Outra prioridade do PNQM é a capacitação dos profissionais que realizam o exame. O MS está financiando e promovendo, ao longo deste ano, a especialização em mamografia de 810 técnicos em Radiologia – 30 para cada unidade da Federação. Os treinamentos serão administrados pelas escolas integrantes da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS).

De acordo com Magalhães, o investimento em educação começou no ano passado. Em dezembro de 2011, foi realizado curso de atualização em mamografia, com o objetivo de qualificar técnicos e tecnólogos para serem professores dos cursos de 2012. Foram capacitados 56 profissionais em todo o País – 13 no Norte, 17 no Nordeste, 13 no Sudeste, nove no Centro-Oeste e quatro no Sul.

PERCORRENDO O PAÍS DE PONTA A PONTA

Para ampliar a oferta de mamografias em todo o território nacional, o MS também vai adquirir Unidades Oncológicas Móveis. Inspirada em experiências de sucesso da Bahia, do Distrito Federal e de outros países, a iniciativa prevê que veículos equipados com mamógrafos percorram municípios do interior do Brasil, previamente definidos pelas secretarias estaduais de saúde, onde a mamografia ainda não é plenamente disponível.

Os desafios não são poucos. Grande parte dos aparelhos existentes no País está concentrada nas capitais, principalmente as do Sudeste e do Sul, e muitos operam abaixo da capacidade ideal, por falta de profissionais qualificados. Em alguns estados, há apenas um ou dois aparelhos atendendo à rede pública, como ocorre, respectivamente, em Roraima e no Acre.

O Programa de Mamografia Móvel está em fase de implantação do projeto-piloto, em Goiás e Minas Gerais. As secretarias estaduais e municipais de saúde terão o papel de organizar o rastreamento do câncer de mama, fazendo a identificação e o acompanhamento das mulheres em cada região por onde passar o equipamento.

“A meta das Unidades Oncológicas Móveis é visitar todos os municípios brasileiros e alcançar, pelo menos, 65% das mulheres na faixa etária recomendada para a mamografia”

HELVÉCIO MAGALHÃES, secretário de Atenção à Saúde



Foto: Divulgação/Secretaria de Estado de Saúde da Bahia

“Todos os municípios serão visitados. A meta é alcançar 65% das mulheres na faixa etária recomendada, de 50 a 69 anos. Em 2011, não alcançamos esse percentual, mesmo em regiões onde há excesso de mamógrafos”, explica Magalhães.

Além da mamografia, as unidades móveis vão oferecer exames para prevenção do câncer do colo do útero, de detecção de problemas da tireoide e ecografia para gestantes. Os resultados serão disponibilizados em até cinco dias nos postos de saúde das cidades. O financiamento dos veículos é compartilhado entre o Governo Federal e as esferas estadual e municipal. Aos estados cabe garantir agilidade no atendimento de alta complexidade às mulheres diagnosticadas com câncer de mama. “Também é função do estado e do município garantir o atendimento às mulheres que necessitarem de investigação diagnóstica mais detalhada, em um serviço de mastologia de média complexidade”, ressalta Magalhães.

A EXPERIÊNCIA DA BAHIA

A Bahia conta, desde outubro passado, com o modelo móvel de atendimento. Entre os 417 municípios baianos, alguns distam mais de 800 km da capital, Salvador, que concentra o maior número de equipamentos e de mão de obra especializada. Para a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), a distância até a capital é uma das principais barreiras para o acesso ao exame.

Segundo Cláudia Rodrigues Almeida, diretora de Controle das Ações e Serviços de Saúde da Se-

sab, a meta é percorrer todos os municípios até outubro de 2013. A iniciativa conta com caminhões equipados com sete mamógrafos, capazes de realizar, diariamente, cada um, 40 exames – ou 280 mulheres atendidas a cada dia. Cada unidade é operada por dois técnicos de radiologia. As imagens são analisadas por radiologistas na capital baiana.

“Os veículos permanecem na cidade até que toda a população feminina entre 50 e 69 anos tenha sido atendida. Contamos com apoio dos gestores locais para ajudar na divulgação, mobilização e transporte das moradoras das áreas rurais para a sede do município”, explica Cláudia.

A Bahia concentra mais de um milhão de mulheres na faixa etária alvo da mamografia. Até abril deste ano, 33 municípios do estado haviam sido visitados, e quase 30 mil mamografias realizadas. Os resultados são enviados para as secretarias municipais de saúde. Na segunda fase do processo, o município recebe um médico e dois técnicos em enfermagem, que atendem na unidade de saúde local as mulheres que precisam de confirmação diagnóstica.

Caso elas precisem de acompanhamento, a marcação da consulta é feita pela secretaria estadual de saúde. Paralelamente, a equipe promove a capacitação de profissionais da assistência do município na área de Atenção à Saúde da Mulher. “Trata-se de um projeto de estruturação. Nosso objetivo é formar uma rede de atenção à saúde da mulher, especialmente na detecção precoce do câncer de mama, que é uma das prioridades do Governo Federal”, completa Cláudia. ■

vigilância

INCA APRESENTA NOVO SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA AUXILIAR NO CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA

Tecnologia para a saúde da mulher

Dentro de alguns meses, os já conhecidos Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e de Câncer de Mama (Sismama), ferramentas gerenciais dos programas nacionais do controle desses dois tipos de câncer, serão substituídos pelo Siscan, Sistema de Informação do Câncer, desenvolvido pelo Datasus.

O sistema foi apresentado por técnicos da Divisão de Ações de Detecção Precoce (Darao), do INCA, durante o VIII Encontro de Coordenadores dos Programas de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, em maio, no Rio de Janeiro.

O objetivo da mudança é acabar com algumas limitações do Siscolo e do Sismama, como a identificação apenas dos exames, e não das mulheres, e a necessidade de transferência de arquivos entre as coordenações. “A partir da implantação do Siscan, as informações inseridas pelas coordenações municipais, regionais e estaduais ficam disponíveis em tempo real para as coordenações regionais, estaduais e nacional”, explicou Maria Beatriz Kneipp, chefe da Darao.

A melhoria dos sistemas de informação e vigilância é um dos eixos transversais do Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Detecção Precoce e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, lançado em março de 2011 pela Presidência da República.

O Siscan será integrado ao Sistema de Cadastro de Usuários do SUS (CadSUS), o que permitirá a identificação da mulher pelo número de seu

cartão, e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As unidades de Saúde, responsáveis pela coleta, confirmação diagnóstica e tratamento, terão acesso ao sistema para solicitar exames e cadastrar informações no módulo seguimento.

“O módulo seguimento permite o acompanhamento das mulheres que apresentaram algum exame alterado. A partir de um resultado alterado, todos os exames anteriores da mulher são levados para esse módulo. O histórico de seguimento apresenta também tratamentos posteriores ao exame alterado,



possibilitando o gerenciamento das ações de controle desses cânceres. As unidades de saúde sem acesso à internet devem fazer a requisição de exames no formulário impresso que será inserido no sistema pelo prestador de serviço que fará os exames”, detalha Maria Beatriz.

Para prestadores de serviço e unidades de saúde que utilizam sistema de informação próprio, será disponibilizado um módulo de comunicação de dados (*webservice*) para que possam migrar as informações sem necessidade de redigitação. “É necessário que os campos de preenchimento obrigatório no Siscan estejam disponíveis no sistema próprio. A opção de exportação de dados será mantida por tempo determinado, até que os prestadores ajustem seus sistemas”, completa.

MS PREPARA PROGRAMA DE QUALIDADE EM CITOLOGIA

Ainda este ano, deve ser publicada pelo Ministério da Saúde portaria criando o Programa Nacional de Qualidade em Laboratório de Citologia para ser adotado em todos os laboratórios que analisam o exame preventivo do câncer do colo do útero. O anúncio foi feito por Marly Galdino, do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), durante o Encontro organizado pelo INCA.

Marly apresentou um resumo da auditoria que a força-tarefa coordenada pelo Denasus fez no segundo semestre de 2011, a pedido do Ministério da Saúde, em todos os laboratórios de citologia do País. A auditoria foi feita no modelo de visita técnica em 1.472 laboratórios. Desse total, 1.356 (92%) atendem clientela SUS.

Foram avaliados quanto ao monitoramento interno e externo da qualidade, equipamentos, instalação e laudos, recursos humanos, manual de procedimentos, entre

outros quesitos, os 989 laboratórios que não terceirizam ações do setor de técnicas citológicas.

A maioria expressiva dos laboratórios é privada, variando de 63,7%, no Norte, até 91,7%, no Sul, com média nacional de 76,3%. Surpreendentemente, 61,1% (143) dos laboratórios públicos não possuem alvará, contra 9,5% (72) dos privados que funcionam sem a licença.

As unidades que têm produção acima de 15 mil exames/ano são minoria: 22,1% (219, sendo 184 privados e 35 públicos). Do total, apenas 43% (425) comprovaram o Monitoramento Interno de Qualidade, embora 70% (692) tenham declarado fazê-lo. Em relação a educação e treinamento continuado, 569 unidades declararam promovê-los.

Foram elaboradas recomendações para serem atendidas pelos laboratórios e pelo próprio SUS. Uma delas é promover política de concentração dos exames nos laboratórios com escala de produção mínima para garantir o custo-efetividade e a *expertise* profissional como um dos componentes da gestão da qualidade. Em relação aos laboratórios, a principal recomendação é implementar ações para que todos os laudos sejam revisados por profissional habilitado. No âmbito do monitoramento externo da qualidade, a força-tarefa recomenda supervisionar os laboratórios de citopatologia de forma que os exames positivos sejam revisados somente por profissional habilitado.

Integraram a força-tarefa representantes dos seguintes órgãos e instituições: INCA; Departamento de Atenção Especializada/MS; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/MS; Departamento de Atenção Básica/MS; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas/MS; Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS; Departamento de Informática do SUS (Datasus); Departamento de Vigilância Epidemiológica/MS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus).

Durante o evento, o INCA lançou o *Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia* (disponível em <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/MonitoramentodaQualidadeV3.pdf>). Voltado aos laboratórios vinculados ao SUS, o manual reúne todas as orientações que devem ser seguidas para se obter a melhoria da qualidade e da confiabilidade dos exames citopatológicos, desde a montagem da lâmina, coloração, análise do material e produção do laudo, entre muitas outras recomendações. ■



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

g-dés design



Apresentamos a você o maior investimento: **A VIDA**

Faça como a Cissa Guimarães e outros milhões de brasileiros: seja um doador de medula óssea. Doar medula é seguro e pode ser a única esperança de quem depende de um transplante. Cadastre-se como doador. Com sorte, seu investimento pode render uma vida.

Seja um doador
voluntário de
MEDULA ÓSSEA



Cadastre-se como doador e mantenha
seus dados sempre atualizados

Mais informações: www.inca.gov.br



Ministério da
Saúde



notas



PROTETOR SOLAR TEM NOVAS REGRAS

Os produtos de proteção solar utilizados pela população brasileira ganharam novas regras para garantir a saúde da pele dos usuários. Uma das principais mudanças é que o valor mínimo do Fator de Proteção Solar (FPS) vai aumentar de 2 para 6 e a proteção contra os raios UVA terá que ser de, no mínimo, 1/3 do valor do FPS declarado. O FPS mede a proteção contra os raios UVB, já o FP UVA mede a proteção contra os raios UVA. Para tais comprovações, as metodologias aceitas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foram atualizadas e foi estabelecida uma metodologia específica para a comprovação contra raios UVA, que, até então, não estava definida.

O rótulo também terá mudanças. A orientação sobre a necessidade de reaplicação será obrigatória para todos os produtos, mesmo aqueles mais resistentes à água. Além disso, fica vedada qualquer alegação de 100% de proteção contra as radiações solares ou a indicação de que o produto não precisa ser reaplicado. O prazo de adequações dos fabricantes à norma é de dois anos.

DROGA DISFARÇADA DE ALIMENTO I

A tecnologia nab, para o enfrentamento de cânceres difíceis de tratar, foi apresentada a jornalistas em workshop paralelo ao Encontro Anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (Asco, na sigla em inglês), em Chicago (EUA). A tecnologia, na qual nanopartículas do princípio ativo vêm envoltas em uma cápsula de albumina (proteína que existe normalmente no organismo humano), explora a necessidade do tumor de se alimentar. Ao comer a albumina, proteína que normalmente é fonte de energia para o tumor, a célula tumoral acaba absorvendo também a droga.

E por a cápsula de albumina ser aproximadamente 100 vezes menor do que uma célula do sangue, a tecnologia dispensa a adição de solventes para que o organismo consiga assimilar a droga, reduzindo a ocorrência de efeitos colaterais.

DROGA DISFARÇADA DE ALIMENTO II

Essa nova proposta de quimioterapia, contendo uma droga já aprovada para tratar câncer de mama metastático, vem sendo usada experimentalmente para tratar tumores avançados do pâncreas e pulmão (do tipo não pequenas células). Nos ensaios, o esquema terapêutico, em combinação com outras drogas, prolongou a vida dos pacientes. “A vantagem dessa tecnologia é que ela permite que aumentemos a dose do medicamento sem aumentar a toxicidade”, disse o médico David Spigel, diretor de pesquisa em câncer de pulmão do Instituto de Pesquisa Sarah Cannon, no Tennessee (EUA). O produto ainda aguarda aprovação da agência americana que regula drogas e alimentos (Food and Drug Administration, FDA) para uso em outros tipos de tumores.



OMS DIZ QUE FUMAÇA DO DIESEL É CANCERÍGENA



A fumaça produzida por motores a diesel causa câncer, afirmou em junho a Organização Mundial da Saúde (OMS) na cidade de Lyon, França. Para a Agência Internacional para Pesquisas sobre Câncer (IARC, na sigla em inglês), órgão da OMS encarregado de estudar o câncer, a substância teve o status alterado de “provavelmente cancerígeno” para “cancerígeno”. Segundo Kurt Straif, diretor da IARC, o risco de se contrair câncer através das emissões de diesel está no mesmo nível do tabagismo passivo. Dado que muitas pessoas estão expostas a tais emissões, Straif afirmou que pode haver muitos casos de câncer de pulmão relacionados à queima do diesel. “Os países devem fazer mais esforços para diminuir as emissões dos gases que escapam dos motores a diesel”, disse.

16% DOS CASOS DE CÂNCER SÃO CAUSADOS POR INFECÇÕES, DIZ IARC

Em todo o mundo, 2 milhões (16,1%) do total de 12,7 milhões de novos casos de câncer em 2008 são atribuíveis às infecções. Esse percentual é maior em países menos desenvolvidos (22,9%) do que nos países mais desenvolvidos (7,4%) e varia de 3,3% na Austrália e Nova Zelândia até 32,7% na África subsaariana, segundo estudo de referência de infecção relacionado com cânceres, da Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer, publicado este mês no *The Lancet Oncology*.

De acordo com os autores, Catherine de Martel e Martyn Plummer, “muitas infecções relacionadas com câncer são evitáveis, particularmente aquelas associadas com *Helicobacter pylori*, vírus das hepatites B e C e vírus do papiloma humano (HPV). Juntas, estima-se que essas quatro principais infecções sejam responsáveis por 1,9 milhão de casos de câncer, principalmente gástrico, de fígado e do colo do útero.

O câncer do colo do útero representa cerca de metade da carga de infecção relacionada ao câncer em mulheres. Em homens, as infecções do fígado (hepatites) e a bactéria *H. pylori* respondem por mais de 80%.

Os autores defenderam que métodos de prevenção e tratamento de infecções disponíveis, em sua maioria, na rede pública, como a vacinação e o uso de antibióticos, poderia ter um efeito substancial na carga futura de câncer em todo o mundo.



MEDICINA PERSONALIZADA

As células que estão entre as principais suspeitas de espalhar o câncer pelo organismo estão na mira de um estudo do Hospital A.C. Camargo, em São Paulo. Pesquisadores da instituição vão fazer um mapeamento genético das chamadas CTCs (células tumorais circulantes) para tentar entender seus pontos fortes e fracos.

Com isso, seria possível, por exemplo, saber que tipo de quimioterapia teria efeito contra o câncer que está se espalhando pelo corpo. A ideia é acompanhar 230 pacientes com câncer de cólon e reto, pulmão e pâncreas com metástases. O projeto deve durar dois anos.

ESSA CORRENTE PRECISA DE VOCÊ. **DOE SANGUE.**

#doesangue

Nada substitui o sangue. Por isso, quando uma pessoa precisa de sangue, ela precisa de você. Essa corrente é para fazer da doação um hábito, para que esse ato de solidariedade alcance cada vez mais pessoas e chegue até quem precisa.

Seja um doador. Um grande ato incentivado e apoiado pelo SUS. Procure o hemocentro mais próximo.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



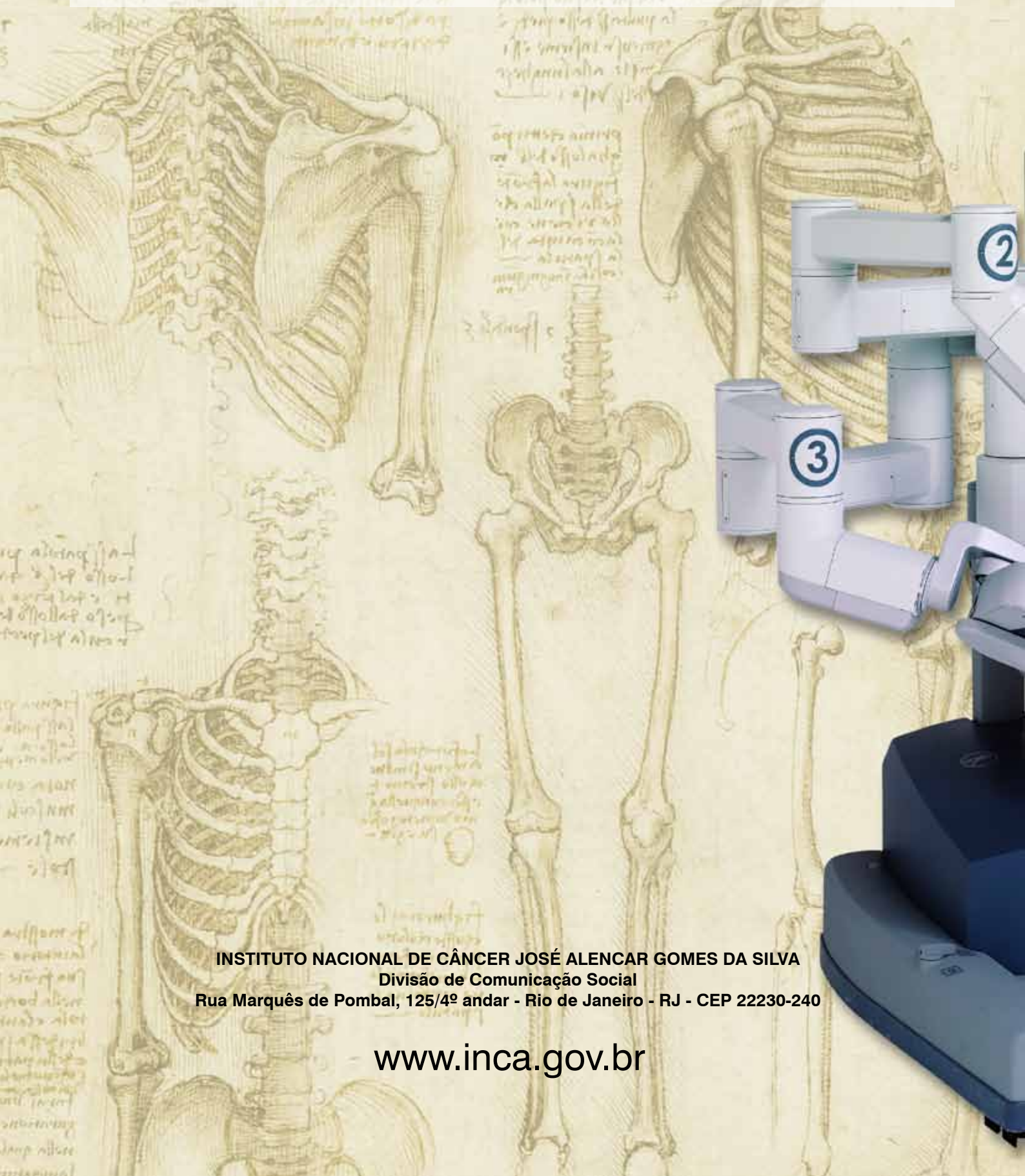


Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL



PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Divisão de Comunicação Social
Rua Marquês de Pombal, 125/4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22230-240

www.inca.gov.br