

24

Dezembro
2013

REDE

CÂNCER

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



O QUE OS NÚMEROS DIZEM

576 MIL BRASILEIROS
DEVERÃO SER DIAGNOSTICADOS
COM CÂNCER EM 2014



TEM COISAS
QUE É MELHOR
SABER O
QUANTO ANTES.



COM A AIDS
TAMBÉM É ASSIM.

FAÇA O TESTE.

É RÁPIDO, GRATUITO, SEGURO E SIGILOSO.

Quem tem o vírus e descobre a tempo de se cuidar pode viver com mais qualidade. Faça o teste de aids. Aproveite e faça também os testes de sífilis e hepatites B e C.

Procure uma Unidade de Saúde ou saiba mais em www.aids.gov.br.

PARA VIVER MELHOR, É PRECISO SABER.

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br

PROTEJA-SE. USE SEMPRE CAMISINHA.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



Ministério da
Saúde



PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

sumário



05

DEBATE

Uma classificação para o câncer no século XXI

08

SOCIAL

Vilão de seis letras

11

CAPA

Números que falam

14

ESPECIAL

5º Congresso Internacional de Controle de Câncer

16

POLÍTICA

Experiência tipo exportação

20

ENTREVISTA

Somando esforços para o controle do câncer

24

EDUCAÇÃO

Os múltiplos papéis do farmacêutico na atenção oncológica

30

PERSONAGEM

A imagem que o cigarro apagou

32

REDE

Pelo controle do câncer infantojuvenil

40

ASSISTÊNCIA

Nutrição oncológica à mesa



REDE CÂNCER

2013 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

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** | Redator: **Marcio Albuquerque**.

Comissão Editorial: **Cassilda dos Santos Soares, Letícia Casado, Marcell de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **Conceito Comunicação Integrada**.

Jornalista responsável: **Marcos Bin - JP23.958RJ** | Reportagem: **Maria Caldas, Rodrigo Feijó, Rosana Melo e Roseane Santos** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Luis Monteiro** | Revisão gramatical:

Anney Moraes | 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



A força de uma palavra

Prezado leitor,

Nesta última edição de 2013 de sua REDE CÂNCER, trazemos um rico debate sobre a recomendação internacional: tipos específicos de determinados cânceres que não ameaçam a vida devem continuar a ser classificados como tal? Se, por um lado, a retirada da palavra “câncer” do diagnóstico tranquiliza o paciente, será que esse mesmo paciente não abandonará o tratamento por entender que sua doença não é grave? Mas, e se o nome continua, médicos não vão prescrever tratamentos muito radicais para tipos pouco agressivos da doença? Leia e tire suas conclusões a partir da página 5.

Por falar da carga negativa da palavra “câncer”, o termo costuma ser evitado por alguns autores de novela, como Walcyr Carrasco, que assina o texto de *Amor à Vida*. Duas personagens da trama das 21h da TV Globo – Nicole (Marina Ruy Barbosa) e Sílvia (Carol Castro) – enfrentaram a doença sem que ela fosse classificada como câncer. Por que, em pleno século XXI, ainda existe pudor em se falar de câncer? Confira na seção *Social*.

De volta à vida real, o certo é que são esperados 576 mil novos casos de câncer no País em 2014,

de acordo com a estimativa elaborada pelo INCA. Excluindo o câncer de pele não melanoma, o de maior incidência na população brasileira, os tipos mais comuns entre os homens serão próstata e pulmão, e entre as mulheres, mama e colón e reto. Os números confirmam tendência observada em estudo realizado ano passado, de que o número de casos de câncer de pulmão em homens e do colo do útero está em declínio. Saiba tudo sobre esse assunto na matéria de *Capa*.

E você sabe quais são as atribuições de um farmacêutico oncológico? Muito mais do que apenas manipular antineoplásicos, ele é responsável por validar prescrições médicas e fazer o acompanhamento dos efeitos observados nos pacientes, tanto nos internados quanto naqueles que usam a medicação em casa. A seção *Educação* revela que a Residência Multiprofissional do INCA é uma das portas de entrada para a especialização nesse segmento.

Boa leitura e até 2014!

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Uma classificação para o câncer no século XXI

Apesar de todos os avanços da medicina, o câncer continua a ser uma doença fortemente estigmatizada. Diante desse diagnóstico, é razoável que o paciente queira se submeter a um ou mais tratamentos que “cortem o mal pela raiz”. Mas, por incrível que pareça, muitos tumores malignos são pouco agressivos e não precisam de tratamento. São os tumores de comportamento indolente, que se desenvolvem lentamente e não se espalham para outros tecidos e órgãos. Apesar desse conhecimento, ainda é muito difícil aceitar a opção de conviver com o tumor quando o laudo de exames aponta a presença de um carcinoma. Por conta dessa diferença no comportamento dos tumores malignos, apesar de todos serem classificados como câncer, um grupo de estudiosos propõe uma mudança na nomenclatura, em busca de uma classificação mais contemporânea para determinados tipos da doença.

Em março de 2012, o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos (NCI) reuniu especialistas para discutir a questão do sobrediagnóstico: quando são detectados tumores que, sem tratamento, não se tornariam clinicamente aparentes ou causariam mortes. Esses tumores são descobertos, em sua maioria, a partir de estratégias de rastreamento

(realização de exames de diagnóstico em uma determinada população assintomática). O sobrediagnóstico normalmente leva ao tratamento desses tumores, o que é conhecido como sobretratamento. “Essa situação não é exclusiva da oncologia. As tecnologias de rastreamento acabam detectando alterações com as quais os pacientes viveriam normalmente sem nunca descobri-las e morreriam por outras causas”, comenta Carlos José de Andrade, chefe do Serviço de Oncologia Clínica do Hospital do Câncer I do INCA.

No final de agosto deste ano, profissionais da Universidade da Califórnia, da Universidade do Texas e do Cancer Research Center, em Washington, publicaram no *Journal of American Medical Association* artigo sobre seu ponto de vista acerca dessa questão. O texto sintetiza as recomendações do grupo de trabalho formado a partir da reunião promovida pelo NCI, com o intuito de desenvolver uma estratégia para aprimorar a abordagem para rastreamento e prevenção do câncer. Entre as recomendações está uma mudança na terminologia do câncer, que passaria a ser aplicada somente para descrever “lesões com razoável probabilidade de progressão letal se deixadas sem tratamento”. “Essa discussão é muito importante e precisa ser levantada. Hoje está tudo

“As tecnologias de rastreamento acabam detectando alterações com as quais os pacientes viveriam normalmente sem nunca descobri-las e morreriam por outras causas”

CARLOS JOSÉ DE ANDRADE, chefe do Serviço de Oncologia Clínica do Hospital do Câncer I do INCA

“Hoje não há nenhuma ferramenta confiável que consiga definir o comportamento biológico de um câncer no pulmão. Isso torna impossível mudança na nomenclatura desses tumores neste momento”

GUSTAVO PRADO, consultor da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

“Essa discussão precisa ser levantada. Hoje está tudo em um mesmo pacote”

ANTONIO CARLOS LIMA POMPEO, diretor da Sociedade Brasileira de Urologia

em um mesmo pacote. Doenças com comportamentos completamente distintos são classificadas como câncer”, considera Antonio Carlos Lima Pompeo, diretor-responsável por urologia da Sociedade Brasileira de Urologia e professor da Faculdade de Medicina do ABC.

Os especialistas acreditam que há pelo menos duas possibilidades de mudança. A primeira se refere a condições pré-malignas, como os hoje chamados carcinoma ductal *in situ* (tipo de câncer de mama) e a neoplasia intraepitelial da próstata, que não deveriam ser classificadas como câncer nem ter as palavras “carcinoma” e “neoplasia” em seus nomes. Os pesquisadores acreditam que, assim, os pacientes ficariam menos assustados e buscariam menos tratamentos desnecessários e potencialmente prejudiciais, que podem incluir a remoção de mamas. “Esses tumores já não são reconhecidos como câncer, mas como pré-câncer. Eles são localizados no órgão afetado, não possuem a característica de invadir outros tecidos e não causam metástases. A mudança na nomenclatura traria mais tranquilidade também para os médicos na hora de observar uma condição como esta”, afirma Ruffo de Freitas Júnior, diretor da Escola Brasileira de Mastologia da Sociedade Brasileira de Mastologia.

A segunda mudança sugerida se refere a tumores indolentes e de baixo risco. Para isso, os pesquisadores acreditam que testes de diagnóstico molecular precisarão ser adotados e validados para identificação desses tipos de câncer. Eles passariam a ser chamados de lesões indolentes de origem epitelial – IDLE, na sigla em inglês. O grupo de especialistas aponta como passíveis de reclassificação tumores encontrados por meio de testes de rastreamento para detecção precoce de câncer de mama, próstata, tireoide e pulmão. Este último passou a contar com estratégias de rastreio por meio de tomografias de baixa dosagem para fumantes de alto risco nos Estados Unidos. “Apesar de realmente haver a possibilidade de alguns tumores no pulmão terem característica indolente, hoje em dia não há nenhuma ferramenta confiável que consiga definir o comportamento biológico de um câncer no pulmão. Isso torna impossível qualquer mudança na nomenclatura desses tumores neste momento”, contrapõe Gustavo Prado, consultor da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

O grupo não propõe uma mudança imediata na terminologia, mas sim a abertura do debate sobre a necessidade de se buscar uma classificação mais contemporânea que responda às tecnologias

de diagnóstico e rastreamento disponíveis atualmente. “No caso do câncer de mama, apesar de não haver consenso dentro da Sociedade Brasileira de Mastologia, acredito que já haja a possibilidade de mudança de nomenclatura, em especial do carcinoma ductal *in situ*. A nomenclatura dá ao oncologista clínico e ao cirurgião a sensação de que já é câncer, remetendo assim a tratamentos mais agressivos. A retirada do termo ‘carcinoma’ também geraria menos estresse para os pacientes”, considera Ruffo de Freitas Júnior.

O advento de tecnologias de rastreamento ultrassensíveis nos últimos anos ampliou a probabilidade de se detectarem tumores com comportamento indolente que provavelmente nunca causariam nenhum problema significativo. “Algumas estratégias de rastreamento, como do câncer do colo do útero e de intestino, mostraram-se efetivas em reduzir o número de diagnósticos tardios. Outras, como de mama e de próstata, ampliaram a identificação de tumores em estágios muito iniciais, mas sem ter impacto na redução de diagnósticos tardios. Esses tumores muito iniciais acabam levando a tratamentos muitas vezes desnecessários. Por isso, é importante se discutir a efetividade dessas estratégias e testar todas as tecnologias disponíveis”, afirma Carlos José de Andrade.

Anderson Silvestrini, presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), acredita que essa proposta ainda precisa ser muito discutida e que há riscos com a mudança. “Podemos perder muitos pacientes no acompanhamento, já que há o risco de eles ignorarem a doença, uma vez que ‘não se trata de um câncer’. Mesmo para um carcinoma ductal *in situ* há possibilidade de evolução, e é preciso que o médico faça um acompanhamento muito próximo do paciente para detectar qualquer possibilidade de alteração para um comportamento mais agressivo”, comenta o presidente da SBOC. Anderson acredita que a conscientização para derrubar o estigma atrelado ao câncer possa ser um caminho menos radical para enfrentar o problema do sobretratamento. Em sua opinião, com menos medo da doença, os pacientes estariam mais dispostos a se submeter a esquemas terapêuticos menos agressivos.

“Independentemente de mudança na nomenclatura, é preciso que as pessoas estejam conscientes sobre a existência de diferentes tipos de câncer numa mesma localização e de diferentes comportamentos da doença. Os pacientes devem estar muito bem informados sobre a sua condição”, destaca Carlos José de Andrade.

“Acredito que já haja a possibilidade de mudança de nomenclatura, em especial do carcinoma ductal *in situ*”

RUFFO DE FREITAS JÚNIOR, diretor da Escola Brasileira de Mastologia

“Podemos perder muitos pacientes no acompanhamento, já que há o risco de eles ignorarem a doença”,

ANDERSON SILVESTRINI, presidente da SBOC

Essa não seria a primeira vez que haveria mudanças na classificação do câncer. Os autores do relatório do NCI lembram que, em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) trocou o nome “neoplasia cervical intraepitelial” para “lesão de baixo grau”. “Médicos e pacientes passaram a observar a doença com mais tranquilidade e a aceitar tratamentos menos agressivos”, salienta Ruffo de Freitas Júnior.

Os autores do relatório destacam ainda que o sobrediagnóstico e o sobretratamento são hoje graves problemas de saúde pública que trazem, além de prejuízos para os pacientes que se submetem a tratamentos desnecessários, desperdício de dinheiro para os sistemas de saúde. As preocupações com os riscos atrelados à mudança na nomenclatura ficam centradas na adesão dos pacientes a esquemas de observação ativa – quando precisam ser mais proximamente acompanhados por seu médico, para verificar se houve mudança no comportamento do tumor, de indolente para mais agressivo – e à segurança das tecnologias de diagnóstico que permitam identificar tumores indolentes. Cabe agora aos envolvidos com o controle do câncer debater a questão e enfrentar o problema. ■

social

AUTORES DE NOVELAS HESITAM EM COLOCAR A PALAVRA “CÂNCER” NOS TEXTOS, COM RECEIO DA REJEIÇÃO DO PÚBLICO

Vilão de seis letras

O câncer já norteou o enredo de muitos dramas na ficção e na vida real. Basta observar algumas novelas para perceber que algo iguala dramaturgia e realidade: o medo de escutar a palavra, que, para muitos, ainda é sinônimo de sofrimento e morte. Recentemente, na novela *Amor à Vida*, dois personagens foram vítimas da doença: a jovem Nicole (Marina Ruy Barbosa), que morreu na metade da história, e a advogada Silvia (Carol Castro), obrigada a retirar um seio. Pouco se ouviu falar claramente em “câncer”. Sempre se tratava de “um nódulo”, “aque-la doença”, “algo pior”.

Apesar de negarem censura das emissoras, autores admitem receio em empregar essa palavra, seja por motivos pessoais ou em respeito ao sentimento do público. Em 2000, Manoel Carlos comoveu o Brasil com *Laços de Família*. A história da personagem Camila (Carolina Dieckmann), portadora de leucemia que raspou a cabeça em horário nobre, por conta dos efeitos da quimioterapia, alavancou as campanhas de doação de medula óssea no País. “Sempre que escrevo a palavra ‘câncer’, eu a cerco de cuidados especiais, pensando nos telespectadores que têm a doença. Eles tanto podem aumentar



Em 2010, na novela *Ti Ti Ti*, Giulia Gam foi Bruna, personagem que descobre um câncer de mama avançado

Raquel Ripani raspou a cabeça para representar Tatiana, que tinha câncer de mama em *Caras e Bocas*



Em 2001, Bia Seidl interpretou Vera, que descobriu um câncer na oitava temporada de *Malhação*

o volume da TV, para ouvir o que se vai dizer sobre a questão, como desligar o aparelho ou sair da sala, por não querer nem ouvir”, diz o autor. Ele conta que viveu essas duas experiências por meio de mensagens e declarações que recebeu diretamente do público.

Manoel Carlos cita um exemplo familiar para ressaltar o impacto que a palavra “câncer” causa. “Minha mãe morreu com mais de 90 anos, de morte natural, sem nenhuma doença grave, mas jamais falou a palavra. Usava sempre, como algumas pessoas ainda usam, a expressão ‘aquela doença’, fazendo ao mesmo tempo o sinal da cruz”, lembra o autor.

OPÇÃO PESSOAL E INTUITIVA

Walcy Carrasco, autor de *Amor à Vida*, confessa que evitar a palavra “câncer” é proposital. “Eu percebi que as pessoas, mesmo quando têm câncer, hesitam em usar essa palavra”, afirma.

Ele justifica sua escolha dizendo que a novela não é um documentário e que não existem porquês, já que o processo de criação é subjetivo. “Eu absorvo as informações e depois isso se transforma em ficção. Não é como uma tese de doutorado, em que eu queira provar uma coisa ou outra, mas algo inteiramente pessoal, intuitivo”, esclarece. Carrasco tratou do mesmo tema em outras obras, como *Caras e Bocas*, com o câncer de mama da personagem Tatiana (Raquel Rapini), e em *Da Cor do Pecado*, na

Em *Amor à Vida*, Silvia (Carol Castro) retira um seio após o diagnóstico de câncer de mama



Hilda, personagem de Maria Padilha, também enfrentou o câncer de mama em *Mulheres Apaixonadas*

Walcy Carrasco admite que tem receio de colocar a palavra “câncer” nos textos

Novela aumenta número de doadores de medula óssea

O número de pessoas cadastradas no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) cresceu significativamente depois que, em dezembro de 2000, foi ao ar a cena em que a personagem Camila, interpretada por Carolina Dieckmann na novela *Laços de Família*, de Manoel Carlos, raspou a cabeça, por conta de uma leucemia.

Até 1999
9.529

2000
11.981
(2.452 novos)

2001
20.436
(8.455 novos)

2002
35.809
(15.373 novos)



Fonte: Redome



qual a surfista Mõa (Alinne Moraes) sofria com um tumor maligno no cérebro.

Lauro César Muniz é autor da novela *Máscaras*, da Rede Record. Nela, a atriz Bruna Di Túlio raspou a cabeça para dar vida à personagem Sônia, com câncer em fase terminal. “A palavra realmente tem uma conotação agressiva, como os palavrões. Não sou contra os palavrões, assim como não evito a palavra ‘câncer’. Semanticamente tem muita força nos diálogos. Quando faço uma cena crua, dura, sem nenhum respiro poético, uso a palavra ‘câncer’. Se, no entanto, a cena é suave, lírica, intimista, não a uso, porque quebra o lirismo”, explica o autor.

Muniz, porém observa que ultimamente tem ouvido pacientes com câncer se abrirem mais a respeito da doença. “Ouve-se realmente pessoas dizendo, sem o menor preconceito: ‘Estou com câncer no intestino’. Os eufemismos, em geral, criam certo artificialismo. Acho que a morte está deixando de ser um tabu. Hoje, fala-se no tema com mais naturalidade”, finaliza. ■

“Sempre que escrevo a palavra ‘câncer’, eu a cerco de cuidados especiais, pensando nos telespectadores que têm a doença. Eles tanto podem aumentar o volume da TV, para ouvir o que se vai dizer, como desligar o aparelho ou sair da sala, por não querer nem ouvir”

MANOEL CARLOS, autor de novelas

TABU VEM DO TEMPO EM QUE DOENÇA ERA “SENTENÇA DE MORTE”

A vice-presidente da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, regional Rio de Janeiro (SBPO-RJ), Luiza Polessa, explica que a dificuldade em falar a palavra “câncer” existe para os portadores da doença, seus familiares e a população em geral. A diferença é que uns enfrentam, enquanto outros recuam. “O que observo em minha prática profissional é que experiências próximas malsucedidas geram tamanho temor em relação à doença que até pronunciar seu nome torna-se extremamente perturbador”, comenta.

Já experiências menos traumáticas, ou bem-sucedidas, determinam uma relação mais amena com a patologia. “Essas pessoas falam mais naturalmente a palavra ‘câncer’. Não se valem de imagens, eufemismos, diminutivos, como ‘um probleminha’, ‘um negocinho’, ‘um carocinho’, ‘aquela coisa ruim’, ‘aquilo que não se deseja ao pior inimigo’”, revela.

Segundo Luiza Polessa, ser mais ou menos escolarizado ou favorecido economicamente não muda o impacto que a palavra provoca nas pessoas. “O medo que o paciente e seus familiares têm da doença vai determinar a relação que se estabelece com a palavra. Pessoas mais velhas, que presenciaram casos para os quais a medicina não tinha resposta favorável, têm muita dificuldade não só de falar, mas também de ouvir a palavra”, informa. Ela acrescenta que em muitos desses lares a palavra é proibida de entrar, mesmo que a doença já esteja lá. “Os próprios médicos, muitas vezes, não nomeavam a patologia, que durante muito tempo era recebida como uma sentença de morte. Já pessoas mais jovens, que acompanharam um maior número de casos em que a doença foi curada, controlada, ou mesmo a morte não foi tão sofrida, têm menos medo de falar abertamente o nome ‘câncer’.”

A psicóloga acredita que o tabu relacionado à palavra está menor por conta da divulgação da própria doença. Atualmente, profissionais da saúde, de outras áreas e a mídia falam em “câncer” abertamente. “Campanhas informativas e preventivas, associações de apoio a pacientes e familiares empregam a palavra em seus cursos, abordam diretamente o assunto. Essa tem sido uma grande contribuição na quebra de estigmas que a palavra carrega. Espero, para um tempo não distante, que todos, independentemente de idade, escolaridade e cultura, possam falar sobre câncer com menos temor e mais consciência.”

Números que falam

Os números de câncer esperados para 2014 e 2015 comprovam a tendência observada no ano passado: as iniciativas para prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero empreendidas no Brasil vêm alcançando os resultados esperados. Esse tipo de câncer passou a ser o terceiro – e não mais o segundo – mais incidente entre as mulheres brasileiras, à exceção do de pele não melanoma. O câncer colorretal agora aparece na segunda colocação. “Aqui observamos o padrão dos países desenvolvidos, com a redução no número de casos de câncer do colo do útero”, destaca a chefe da Divisão de Vigilância e Análise de Situação do INCA, Marise Rebelo.

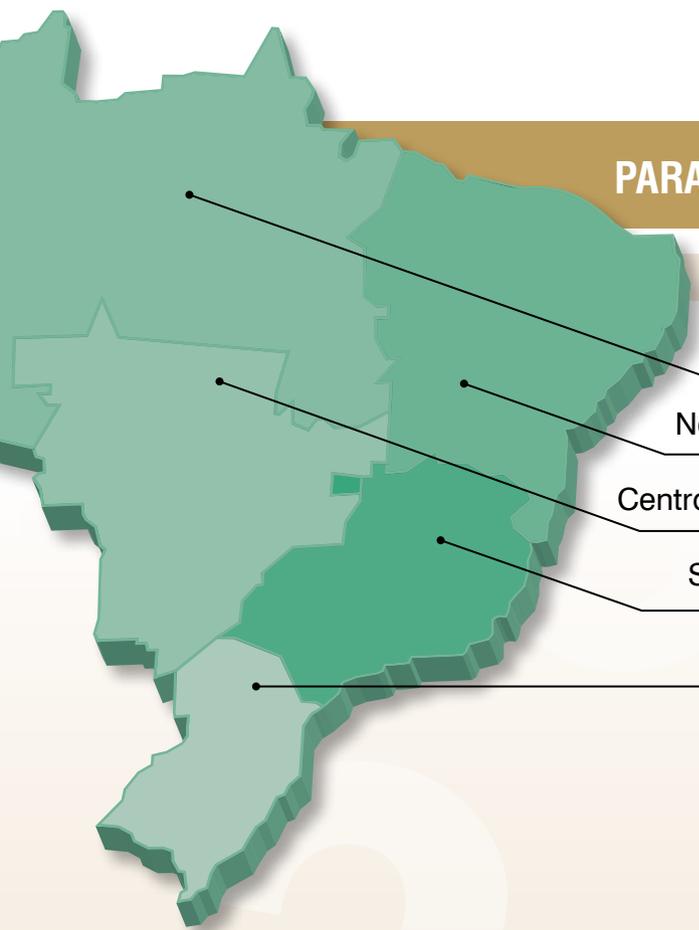
Entre os homens, o câncer de pulmão também apresenta tendência de queda, conforme o INCA também adiantou no *Informativo Vigilância do Câncer*, divulgado em novembro de 2012, mas não foi observada nenhuma mudança no *ranking*. Os cânceres mais incidentes na população masculina

do País continuam sendo próstata, pulmão, colón e reto, estômago e cavidade oral.

Essas e outras constatações fazem parte do levantamento *Estimativa 2014*, que o Instituto Nacional de Câncer apresentou no Ministério da Saúde em comemoração ao Dia Nacional de Combate ao Câncer, 27 de novembro. A publicação completa, com números por estados e capitais, será lançada em fevereiro. As informações também estarão disponíveis no portal do Instituto.

As diferenças regionais persistem. O câncer do colo do útero ainda é o mais incidente no Norte, embora a taxa bruta estimada (número de casos esperados para cada 100 mil brasileiras) desse tipo de câncer e a do segundo colocado na região, o de mama, estejam bem próximas (23,65 contra 21,47). “Isso reflete a tendência de redução na taxa bruta do câncer do colo do útero na Região Norte, em função do maior acesso das mulheres às ações de prevenção e de detecção precoce das lesões precursoras,

PARA 2014: 576 MIL CASOS NOVOS NO BRASIL



	Homens	Mulheres	Total
Norte	10.090	9.930	20.020
Nordeste	47.520	51.540	99.060
Centro-Oeste	21.290	20.150	41.440
Sudeste	156.910	142.820	299.730
Sul	66.540	49.790	116.330

Fonte: MS/INCA/Estimativa de Câncer no Brasil, 2013
MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação

Estimativa do número de casos novos em mulheres – Brasil, 2014

Localização primária	Casos novos	%
Mama feminina	57.120	20,8%
Cólon e reto	17.530	6,4%
Colo do útero	15.590	5,7%
Traqueia, brônquio e pulmão	10.930	4,0%
Glândula tireoide	8.050	2,9%
Estômago	7.520	2,7%
Corpo do útero	5.900	2,2%
Ovário	5.680	2,1%
Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%
Leucemias	4.320	1,6%
Sistema nervoso central	4.130	1,5%
Cavidade oral	4.010	1,5%
Pele melanoma	2.930	1,1%
Esôfago	2.770	1,0%
Bexiga	2.190	0,8%
Linfoma de Hodgkin	880	0,3%
Laringe	770	0,3%
Todas as neoplasias sem pele*	190.520	
Todas as neoplasias	274.230	

*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma Fonte: MS/INCA/ Estimativa de Câncer no Brasil, 2013 MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação



evitando sua transformação num câncer”, explica o coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA, Claudio Noronha.

Entre os homens, por região, a segunda colocação é a do câncer de estômago no Norte e no Nordeste (a doença está diretamente relacionada a condições socioeconômicas e a técnicas de conservação dos alimentos, como defumação e salga). No Centro-Oeste e no Sul, o segundo câncer mais incidente é o de pulmão, e no Sudeste, o de cólon e reto. Chama a atenção as leucemias aparecerem como o quarto tipo mais incidente na Região Norte e figurarem como o décimo na classificação geral das taxas brutas.

“Cabe aos pesquisadores buscarem descobrir porque as leucemias ocupam essa importante posição entre os cânceres masculinos na Região Norte. Fica a sugestão”, incentiva a técnica da Divisão de Vigilância e Análise de Situação do INCA Marcell Santos.

No geral, são esperados 576.580 novos casos de câncer para 2014 e também para 2015 (as estimativas são produzidas a cada dois anos). Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, são esperados 394.450 novos casos de câncer, sendo 190.520 (48%) entre as mulheres e 203.930 (52%) entre os homens. ■

UM POUCO MAIS SOBRE A ESTIMATIVA

O número de casos novos para cada tipo de câncer foi calculado com base nas taxas de mortalidade dos estados e capitais brasileiras (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM). As taxas de incidência foram obtidas nas 23 cidades onde existem Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma projeção de 27 milhões de novos casos de câncer para o ano de 2030 em todo o mundo e 17 milhões de mortes pela doença. Os países em desenvolvimento serão os mais afetados, entre eles o Brasil.

Válidas também para o ano de 2015, as estimativas não podem ser comparadas com anos anteriores, uma vez que não têm como referência a mesma metodologia nem as mesmas bases de dados, tendo em vista que houve melhorias tanto na quantidade quanto na qualidade das séries históricas de incidência e mortalidade.

Estimativa do número de casos novos em homens – Brasil, 2014

Localização primária	Casos novos	%
Próstata	68.800	22,8%
Traqueia, brônquio e pulmão	16.400	5,4%
Cólon e reto	15.070	5,0%
Estômago	12.870	4,3%
Cavidade oral	11.280	3,7%
Esôfago	8.010	2,6%
Laringe	6.870	2,3%
Bexiga	6.750	2,2%
Leucemias	5.050	1,7%
Sistema nervoso central	4.960	1,6%
Linfoma não Hodgkin	4.940	1,6%
Pele melanoma	2.960	1,0%
Linfoma de Hodgkin	1.300	0,4%
Glândula tireoide	1.150	0,4%
Todas as neoplasias sem pele*	203.930	
Todas as neoplasias	302.350	

*Todas as neoplasias exceto pele não melanoma
 Fonte: MS/INCA/Estimativa de Câncer no Brasil, 2013
 MS/INCA/CGPV/Divisão de Vigilância e Análise de Situação



especial

5º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONTROLE DE CÂNCER

Mais de 650 profissionais de 41 países participaram do 5º Congresso Internacional de Controle de Câncer (ICCC5), em novembro, em Lima, no Peru. O evento, organizado pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto de Enfermidades Neoplásicas (Inen) peruanos, teve a colaboração da Associação Internacional de Controle de Câncer, com sede no Canadá.

Dos 61 trabalhos aprovados para apresentação oral, 11 foram do Brasil. Ao todo, 65 trabalhos de autores brasileiros foram aprovados para o Congresso.

Os participantes do evento compartilharam conhecimentos, experiências, estratégias e melhores práticas a fim de acelerar a implementação de programas nacionais de controle eficazes para reduzir incidência, morbidade e mortalidade por câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.



PARTICIPAÇÃO DO INCA

Dos 11 trabalhos brasileiros aprovados para apresentação oral, oito eram de profissionais do INCA, que também emplacaram 53 pôsteres. Quinze representantes da instituição participaram do evento.





PLANO ESPERANÇA

Carissa Etienne, diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), parabenizou o governo peruano pelas ações desenvolvidas pelo Plano Esperança, programa nacional de controle de câncer daquele país, que completou um ano. Etienne disse que o Plano Esperança é um exemplo a ser seguido.

A ênfase no primeiro ano do Plano foi na capacitação de profissionais da atenção primária. A diretora da Opas ainda lembrou o compromisso assumido por governantes de reduzir em 25% as mortes causadas por doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o câncer, até 2025.

MORTALIDADE EM QUEDA

Em nove países da América Latina as mortes por todos os tipos de câncer diminuíram na última década. As informações constam da publicação *Câncer nas Américas: Perfis de Países em 2013*. O relatório da Opas mostra que 50% das mortes pela doença nas Américas ocorrem na América Latina e no Caribe.

As maiores taxas estão em Trinidad e Tobago, Cuba e Argentina, de acordo com dados fornecidos à Opas pelos países-membros. México, Nicarágua e El Salvador têm as mais baixas taxas de mortalidade por câncer.

As mortes por câncer em geral estão em declínio em nove países das Américas: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, México, Nicarágua, Paraguai e Venezuela. Na maioria dos 22 países americanos, o câncer de mama é a principal causa de morte em mulheres, enquanto em três países (Honduras, Nicarágua e Bolívia) o câncer do colo do útero continua a ser a primeira. Na maioria dos países (18) da região, o câncer de próstata é a principal causa de morte pela doença em homens. A publicação está disponível em: <http://bit.ly/canceramericas>.



AVANÇOS DA RINC

Membros do colegiado de gestão da Rede de Institutos Nacionais de Câncer (Rinc) se reuniram logo após o encerramento do ICC5. A proposta de formação de um grupo operativo para gestão do conhecimento foi defendida por Teresa Romero Perez, chefe da Seção para o Controle do Câncer do Ministério da Saúde de Cuba. A Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer, iniciativa do Brasil, foi apresentada como ferramenta para intercâmbio de conhecimento.

O grupo operativo de câncer do colo do útero apresentou resumo das últimas atividades realizadas e incorporou novos integrantes: Suriname, El Salvador e Panamá. Luiz Antonio Santini, diretor-geral do INCA, foi reafirmado como coordenador da Rinc. O Suriname ficará na vice-coordenação. O colegiado ainda aprovou carta de compromisso entre a Rede e o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), que será levada ao Conselho de Saúde Sul-Americano. O documento prevê o desenvolvimento de cooperação técnica e de administração de fundos para o aprimoramento do controle do câncer na América do Sul.



política

BRASIL REFORÇA POSIÇÃO DE PROTAGONISTA NAS DISCUSSÕES SOBRE DIVERSIFICAÇÃO DA CULTURA DO TABACO

Experiência tipo exportação

Mais um passo importante foi dado, em outubro, para traçar políticas e recomendações para a implementação dos artigos 17 e 18 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses artigos tratam, respectivamente, de questões relativas ao apoio a atividades alternativas economicamente viáveis à cultura de tabaco e da proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas envolvidas com essa cultura. Os temas foram debatidos em reunião do grupo de trabalho internacional que, desde 2007, levanta orientações sobre como essas determinações devem ser executadas.

Um dos facilitadores desse grupo, o Brasil, por meio da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro (Conicq), assumiu posição de protagonismo na discussão, já que é o único

país que tem uma iniciativa de abrangência nacional para o cumprimento do artigo 17 na perspectiva de desenvolvimento rural sustentável. O Programa Nacional de Diversificação das Áreas Cultivadas com Tabaco (PNDACT), coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), foi destaque na IV Reunião do Grupo de Trabalho, realizada em Pelotas, no Rio Grande do Sul.

O evento contou com a presença de representantes da África do Sul, China, Colômbia, Itália, Nicarágua, Tanzânia e Zâmbia, além de Brasil, Grécia e Turquia, países facilitadores desse GT. Também compareceram representantes de órgãos do governo brasileiro, da Framework Convention Alliance (FCA), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e o chefe do Secretariado da CQCT, Vijay Trivedi.



Os participantes não só conheceram os conceitos que norteiam o PNDACT, como visitaram áreas onde ele vem sendo implementado. No fim do evento, firmou-se um documento estabelecendo que os princípios adotados pelo Brasil no Programa de Diversificação devem servir de base para a minuta que irá listar as opções de políticas e recomendações para a implementação do artigo 17. Essa minuta será elaborada na próxima reunião do GT, em fevereiro de 2014, em Genebra, Suíça, e levada para a 6ª Conferência das Partes da CQCT (COP6), marcada para outubro do mesmo ano, na Rússia.

“Foi muito positivo. Pudemos mostrar concretamente a política do Brasil de desenvolvimento rural sustentável, que inclui o Programa Nacional de Diversificação das Áreas Cultivadas com Tabaco, deixando claro que a pergunta não é que produto substitui a cultura do tabaco, mas como criar mecanismos que possibilitem a diversificação com alternativas economicamente viáveis e sustentáveis. O Brasil está liderando esse processo. Apresentamos no encontro o modelo que estamos adotando. Os participantes puderam ir a campo e conhecer na prática como o programa é desenvolvido, ouvir os agricultores e as pessoas que gerenciam as cooperativas que comercializam os novos produtos”, contou a secretária-executiva da Conicq, Tânia Cavalcante.

PROGRAMA DE DIVERSIFICAÇÃO JÁ APOIOU 45 MIL FAMÍLIAS

A visita foi feita em áreas atendidas por um dos parceiros do Programa de Diversificação, o Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor (Capa), organização com 35 anos de tradição na qualificação do agricultor familiar, no cooperativismo e no acesso a crédito e ao mercado. Os participantes conheceram duas propriedades em São Lourenço do Sul (RS) que diversificaram sua produção; uma com leite e a outra com uva. A que optou pelo leite já abandonou a lavoura do tabaco, enquanto a outra ainda mantém uma pequena produção, mas 80% da propriedade é destinada à uva, usada para produzir suco e vinho.

“Desde que o Programa de Diversificação foi criado, em 2005, demos apoio a 45 mil famílias, cerca de 80 mil agricultores. É um saldo positivo, mas gostaríamos que esse processo fosse mais acelerado. Enfrentamos o problema de a indústria fumageira passar para o agricultor a ideia de que o governo é contra a produção do tabaco. Não se trata disso. O que queremos é ajudar as famílias a terem mais

renda, a não depender de uma só cultura. Com o programa, conseguimos dar aos agricultores assistência técnica, capacitação, condições de diversificar”, explica Christianne Belinzoni, consultora da Secretaria de Agricultura Familiar do Departamento de Assistência Técnica e Extensão Rural do MDA.

Pequenos agricultores de Canguçu (RS), Marléa e Paulo Otto Bersch decidiram diversificar seu plantio há três anos. Para isso contaram com o apoio do programa. “Cerca de 90% da nossa lavoura era de fumo. No restante plantávamos milho e feijão, para consumo próprio. O que mais incomodava era o veneno que tínhamos que usar; a química é muito forte. Hoje não plantamos mais fumo. Partimos para o cultivo orgânico de hortaliças, além do milho e do feijão. Estamos otimistas e queremos diversificar cada vez mais. O ganho que tivemos com a saúde, o nosso bem-estar, é a melhor parte”, diz Marléa.

ESTUDO COMPROVA DANOS À SAÚDE DE FUMICULTORES

Os integrantes do GT também puderam conhecer estudos relacionados ao artigo 18 da CQCT. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) apresentou os resultados do primeiro estudo epidemiológico sobre a doença da folha do tabaco no Brasil, comprovando por meio de exames laboratoriais que agricultores da lavoura do fumo nas regiões de Arapiraca (AL) e Candelária (RS) sofreram intoxicação pela nicotina, inclusive crianças. Estudo da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) com mais de duas mil famílias percorreu sobre os agravos provocados pela doença da folha do tabaco. A mulher na fumicultura foi a questão abordada na pesquisa do Centro de Estudos sobre Tabaco e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).



Na área jurídica, coube à Procuradoria Federal Especializada do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – unidade Rio Grande do Sul (Ibama/RS) expor um exemplo de como lidar legalmente com uma situação de impacto ambiental.

“É um caso de desmatamento para produção do fumo ocorrido em área de preservação florestal. A medida tomada foi cobrar do Sindicato da Indústria do Tabaco um termo de compromisso para financiar projeto de monitoramento e de reflorestamento. O interessante é que nenhum país tem isso. O chefe do Secretariado da Convenção-Quadro destacou que essa é uma experiência que tem ligação com outro artigo da CQCT, o da responsabilização civil. Porque não apenas o pequeno agricultor foi penalizado com o confisco do fumo produzido na área de preservação. A penalização estendeu-se ao elo mais forte da cadeia produtiva, a indústria do tabaco, através de seu sindicato, que teve de assumir a responsabilidade e está pagando o reflorestamento e o monitoramento, feito pela Universidade de Santa Maria”, explica a secretária-executiva da Conicq.

DEMANDA POR TABACO NO MUNDO ESTÁ EM RETRAÇÃO

Na véspera do encontro, foi realizada reunião aberta, em Porto Alegre, para explicar aos representantes da sociedade civil o que seria discutido no evento internacional, que tem participação restrita por questões de procedimento da Convenção-Quadro. Compareceram à reunião, organizada pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, com apoio dos ministérios da Agricultura e Abastecimento e do Trabalho e Emprego, integrantes de sindicatos dos produtores de tabaco, da Associação Médica do Rio Grande do Sul, prefeitos e parlamentares da Comissão de Agricultura da Assembleia Legislativa do estado.

Tânia Cavalcante chamou a atenção para o fato de que há dados que indicam diminuição da demanda por tabaco no mundo, mas que, apesar disso, a produção vem sendo estimulada no Brasil pelas empresas fumageiras.

“Estamos na contramão de uma situação global. A demanda está caindo, tanto internamente como no exterior. No Brasil, 85% da produção de fumo é exportada, dependendo, portanto, de uma conjuntura global de mercado, que está em retração. O cenário atual indica que diversificar as atividades produtivas é uma questão urgente e demanda um esforço concentrado de gestores de estados e municípios produtores”, alerta a secretária-executiva da Conicq.

“Desde que o Programa de Diversificação foi criado, em 2005, demos apoio a 45 mil famílias, cerca de 80 mil agricultores. É um saldo positivo, mas gostaríamos que esse processo fosse mais acelerado”

CHRISTIANNE BELINZONI, consultora da Secretaria de Agricultura Familiar do Departamento de Assistência Técnica e Extensão Rural do MDA

Relatório da OMS de 2013 sobre a evolução global do tabagismo e medidas para o seu controle resalta importantes progressos na implementação da CQCT entre 2007 e 2012. Dos 126 estados-partes da Convenção que apresentaram relatório sobre a evolução da implementação do tratado durante a 5ª Conferência das Partes da CQCT (COP5), realizada em 2012 na Coreia do Sul, 75% relataram ter adotado medidas tributárias para reduzir o consumo do tabaco, 95% adotaram a proibição de fumar em recintos coletivos e cerca de 50% criaram medidas regulamentando os produtos de tabaco quanto a conteúdo e emissões. Além disso, 75% baniram descritores enganosos nas embalagens (*light*, suave), mais de 75% adotaram advertências sanitárias grandes, visíveis e legíveis, mais de 75% baniram a propaganda de produtos de tabaco e mais de 50% incluíram diagnóstico e tratamento da dependência de tabaco em seus programas nacionais de saúde.

“Vale lembrar que China e Rússia, respectivamente primeiro e segundo maiores consumidores de tabaco do mundo, vêm implementando as medidas da Convenção que incluem leis restritivas ao consumo de produtos de tabaco. E um elemento novo nesse processo é a questão dos cigarros eletrônicos. Eles estão vindo para substituir o cigarro tradicional. Nos Estados Unidos, por exemplo, a iniciação entre os adolescentes dobrou entre 2011 e 2012. Esse produto praticamente não usa tabaco. Minha pergunta durante a apresentação foi: “Qual será o impacto disso para quem depende da produção de fumo?”, conclui Tânia. ■

cartas

Faça você também parte desta Rede. Colabore enviando dúvidas, sugestões, críticas e elogios para a REDE CÂNCER. comunicacao@inca.gov.br ou (21) 3207-5963.

SOLICITAÇÕES

Olá, sou acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e pretendo fazer residência em hemato-oncologia. Além disso, faço estágios nessa área e meu trabalho de conclusão de curso está voltado para oncologia infantil. Gostaria de receber a revista REDE CÂNCER para aprofundar meus estudos de oncologia.

Marília Von Ende Schwertner – Santa Maria, RS

Sou enfermeira oncológica da Acccom, ONG mantenedora em várias assistências aos pacientes do Hospital do Câncer, em Divinópolis (MG), e gostaria, se possível, de receber a revista REDE CÂNCER. Estou organizando uma pequena biblioteca em nosso HC para atender os alunos que nos procuram, os que fazem estágio e para as pessoas internadas também.

Sara Lemos – Divinópolis, MG

Sou farmacêutica atuante na área de oncologia e, vendo uma edição da revista REDE CÂNCER, interessei-me em recebê-la, para agregar mais conhecimentos e me atualizar na área. O que é necessário para adquiri-la?

Keilla Oliveira

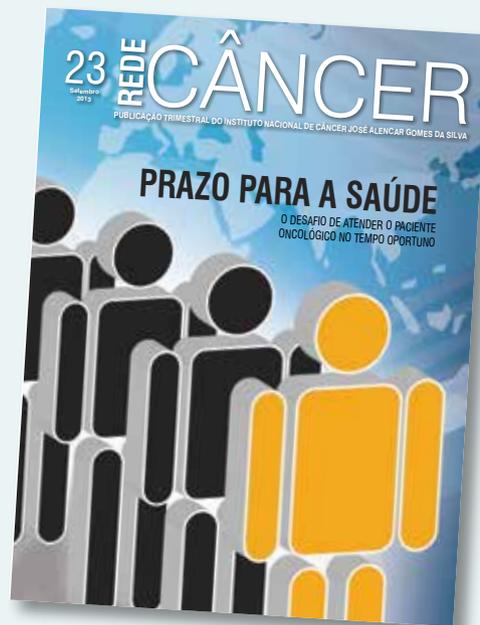
Sou enfermeira da Pesquisa Clínica, trabalho com oncologia há pouco mais de dois anos e meio e gostaria de receber de forma impressa a revista REDE CÂNCER e a *Revista Brasileira de Cancerologia*.

Narelle

*Prezadas Marília, Sara, Keilla e Narelle
Mandem e-mail para comunicacao@inca.gov.br
solicitando a revista e informando seus nomes e
endereços completos.*

PARABÉNS

Gostaria muito de receber as edições da revista REDE CÂNCER. Sou assistente social, especialista em saúde pública e trabalho em uma ONG que presta assistência a pessoas acometidas de câncer em



Natal/RN. O conteúdo da revista é muito interessante, não só para quem trabalha na área de oncologia, bem como para todas as pessoas que buscam informações sobre a doença.

Parablenzo o INCA pela qualidade das matérias da REDE CÂNCER, como também pelas informações prestadas no site, em fôlderes etc. Sabemos que a informação é palavra-chave para acabar com o preconceito contra o câncer, e o INCA está possibilitando/facilitando à sociedade o acesso e conhecimento sobre a doença, favorecendo, assim, a busca das pessoas pelo diagnóstico precoce.

Michely Costa – Natal, RN

Quando internado no HC I (19/07/2013), deparei-me com um exemplar da consoladora revista REDE CÂNCER, de julho de 2013. Enquanto internado, ela foi importante companheira! Ontem, ao voltar, encontrei, com muita alegria, a de setembro de 2013. Procurei a de agosto, mas não tinha nem na Diretoria. Poderiam, por favor, me enviar?

Mauro Rafael Torres

*Prezado Mauro,
Ficamos felizes em saber que, de alguma forma,
a revista tornou sua internação menos solitária.
Aproveitamos para lembrar que a REDE CÂNCER
é trimestral, por isso você não encontrou o exem-
plar de agosto.*

AGRADECIMENTO

Recebemos e agradecemos o envio da revista REDE CÂNCER, nº 22, de julho de 2013.

Rozangela Zelenski – Universidade Federal de Mato Grosso – Biblioteca Central

entrevista

ANDREAS ULLRICH,

Oficial médico em Controle de Câncer da Organização Mundial da Saúde

Somando esforços para o controle do câncer



Por ser o câncer um conjunto de doenças com comportamentos, fatores de risco e possibilidades terapêuticas bastante distintas, o campo chamado “controle” envolve muitas frentes. Por isso, promover a articulação com áreas que possam atuar sobre esse campo é a principal atividade de quem trabalha pelo controle do câncer. Na sede da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, na Suíça, esse é o dia a dia do médico Andreas Ullrich.

Funcionário do Departamento de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde, Andreas é responsável por organizar uma rede de prevenção e controle de câncer que envolve os principais programas técnicos na sede e nos escritórios regionais da Organização. O objetivo é responder às necessidades desse campo, especialmente em países de baixa e média rendas. Desde que começou sua carreira na OMS, em 2001, o médico se dedica a criar diretrizes para o planejamento de ações de controle do câncer e construção de capacidades globalmente. Atua também como oficial de ligação com a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, na sigla em inglês). Graduado em medicina pela Universidade de Munique, na Alemanha, Andreas se especializou em Saúde Pública pela Bielefeld School

of Public Health, no mesmo país, onde foi professor assistente em epidemiologia do câncer.

Por meio de articulação com a IARC, Andreas traduz a agenda de pesquisa e de seus resultados em políticas e diretrizes da OMS. Uma de suas prioridades é fortalecer a capacidade da Agência na área de registros de câncer, a fim de atender às necessidades de monitoramento de indicadores de doenças crônicas não transmissíveis da OMS, como decidido na última Assembleia Mundial de Saúde, em maio. O médico também se dedica a firmar parcerias entre a OMS e entidades políticas, como a União Europeia, e desenvolver redes regionais para troca de experiências. Um dos resultados concretos é a iniciativa transversal em cânceres femininos, parceria com a União Internacional para o Controle do Câncer e a Agência Internacional de Energia Atômica. Essa iniciativa tem definido normas e padrões aos seus estados-membros e, somado ao alcance da OMS, também está determinando a agenda global para enfrentamento do câncer do colo do útero.

REDE CÂNCER – Como funciona o Departamento de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde da OMS?

São três áreas com a missão de contribuir para o controle de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer: administração de doenças crônicas não transmissíveis, promoção da saúde e vigilância de fatores de risco, na qual se incluem tabagismo, alimentação, sedentarismo e consumo de álcool. O objetivo é empoderar os estados-membros da OMS com ferramentas e informações sobre a melhor maneira de se desenvolver planos e estratégias nacionais para o controle dessas doenças. Cada área contribui para esse objetivo geral.

RC – Quais são as responsabilidades de cada área?

O grupo que trabalha com vigilância coleta e analisa informações nacionais sobre a exposição aos principais fatores de risco, incluindo também os psicológicos e metabólicos, como hipertensão arterial e colesterol alto, quando há informações disponíveis. A área de promoção dá diretrizes de como possibilitar escolhas mais saudáveis: por exemplo, aumentar a prática de atividades físicas. O terceiro grupo formula orientações para o manejo clínico e a prevenção secundária das principais doenças crônicas, o que inclui alguns tipos de câncer, como o do colo do útero. As diretrizes da OMS são especialmente dirigidas às necessidades de países de baixa e média rendas, nos quais os sistemas de saúde são, na sua maioria, mais fracos, e o acesso ao cuidado é limitado.

“O câncer e as demais doenças crônicas são hoje responsáveis por 63% de todas as mortes ao redor do mundo, o que representou mais de 36 milhões de óbitos em 2008”

RC – O trabalho do Departamento está alinhado ao Plano de Ação da OMS para enfrentamento das doenças crônicas?

Todo o trabalho do Departamento integra um plano de ações mais amplo, que foi aprovado pelos estados-membros da OMS na Assembleia Mundial de Saúde de 2008. Esse plano abrange um conjunto de seis objetivos, que visam a travar a epidemia de doenças crônicas não transmissíveis. O desenvolvimento de planos nacionais, que se refere ao segundo objetivo, é o elemento central da estrutura que a OMS está propondo aos estados-membros. A declaração política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral da ONU sobre doenças crônicas não transmissíveis, realizada em 2011, sublinhou a urgência de ação na agenda global de saúde e cria um forte impulso para traduzir o plano de ação em processos de planejamento concretos.

RC – E como se dá a colaboração do Departamento?

O Departamento contribui para o exercício de planejamento nos países por meio do fornecimento de assistência na coleta de informações, para que a definição de prioridades seja baseada em sólida evidência. Em setembro de 2011, o Departamento lançou um quadro com perfis dos países para todos os estados-membros, no qual os definidores de políticas podem encontrar um conjunto abrangente de dados sobre a carga dessas doenças, fatores de risco e elementos dos sistemas de saúde já existentes. Países dispostos a enfrentar doenças não transmissíveis como parte de sua agenda de saúde agora têm uma compreensão do seu risco inicial e da carga a partir dos quais estão começando suas atividades.

RC – Qual é a carga atual de doenças crônicas não transmissíveis?

Nós sabemos que essa carga permanece em crescimento. O câncer e as demais doenças crônicas são hoje responsáveis por 63% de todas as mortes ao

“Tenho desenvolvido uma colaboração bem próxima com a IARC, no intuito de que os resultados das pesquisas em câncer rapidamente sejam traduzidos em práticas de saúde pública e comunicados ao público em tempo hábil”



redor do mundo, o que representou mais de 36 milhões de óbitos em 2008. A carga é maior em países de baixa e média rendas: nove de 10 mortes por DCNTs antes dos 60 anos ocorrem em países em desenvolvimento e nas economias em transição. Esse fato está relacionado à composição demográfica dessas sociedades, que possuem maior proporção de jovens se comparadas a países mais ricos. Também temos observado exposição precoce a fatores de risco, como o tabagismo em crianças, o que colabora para taxas mais altas de mortalidade em pessoas com menos de 60 anos.

RC – E quais são as projeções para o futuro?

Os estilos de vida não saudáveis que aquecem a epidemia de doenças crônicas não transmissíveis estão se expandindo rapidamente, impulsionados pelo envelhecimento da população, a urbanização não planejada, a globalização do comércio e de estratégias de marketing. Como consequência, o número de mortes por essas doenças, incluindo o câncer, deve aumentar nos próximos 20 anos, e o maior aumento será em países em desenvolvimento. É sabido que as projeções de aumento de incidência de câncer em 2030, comparada a 2008, serão maiores em países de baixa renda, com uma estimativa de aumento de 82%. Em países de alta renda é projetado aumento de 70%.

RC – Os recursos para o enfrentamento dessa epidemia nos países mais pobres são escassos. Como a OMS tem lidado com essa questão?

Na preparação dos documentos de base para a reunião de alto nível da ONU sobre DCNTs, o principal foco para a OMS foi a relação custo-efetividade das intervenções a serem propostas como soluções para

essa epidemia. O conceito de “melhores compras”, definido como as intervenções com o mais amplo impacto na saúde por unidade monetária investida, foi altamente promovido e condensado em uma das principais publicações disponíveis para os delegados do evento. Como exemplo de duas recomendações importantes no que diz respeito ao câncer, estão definidas como melhores compras o rastreamento do câncer do colo do útero e a vacinação contra a hepatite B para prevenir o câncer de fígado.

RC – Como é seu trabalho no Departamento de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde?

Defendo, dentro da OMS, que o controle do câncer, objetivo principal do meu trabalho, é um assunto pertinente a toda a organização, já que a doença está relacionada a uma grande variedade de causas, resulta em diferenciadas condições de saúde e exige uma grande variedade de intervenções. A abordagem para a definição da agenda de controle de câncer deve ser a de vinculá-la a agendas de saúde já existentes. Embora o câncer seja classificado como não transmissível, alguns tipos, como o do colo do útero ou do fígado, têm causas infecciosas. A prevenção do câncer de fígado por imunização infantil em massa contra o vírus da hepatite B faz parte do Programa Ampliado de Imunização, uma das maiores histórias de sucesso da OMS. Ligar o controle do câncer a esta agenda poderosa é uma ação muito promissora.

RC – Que outras áreas podem trabalhar em conjunto para o controle de câncer?

Há cada vez mais interesse em lidar com cânceres relacionados com o HIV, por causa da estreita

ligação entre ambos, e a vontade de sinergia de sistemas de prestação de cuidados existentes para o HIV com o tratamento do câncer. Durante a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral da ONU, organizei, com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), um evento paralelo sobre doenças crônicas e HIV, que foi muito bem recebido e considerado um marco na colaboração intersetorial e na definição de agendas.

RC – Como se estrutura dentro da OMS a rede de controle de câncer?

Com o objetivo geral de realizar uma sinergia de forças na OMS para o enfrentamento da doença, a rede engloba programas de risco ambientais e ocupacionais para câncer e também para HIV. Meu trabalho é integrar programas genéricos de fortalecimento de sistemas de saúde, como de drogas básicas e tecnologia, para assegurar que as necessidades para o tratamento do câncer, como radioterapia, por exemplo, estejam incorporadas ao planejamento de sistemas nacionais de saúde, onde quer que estes estejam baseados.

RC – E como se dá a interação com a IARC?

Podemos dizer que o controle do câncer tem o privilégio de contar com uma agência de pesquisa da OMS, a IARC. Apesar disso, a definição de agenda está menos relacionada à descrição de problemas e muito mais à proposição de soluções. Eu tenho desenvolvido uma colaboração bem próxima com a IARC, no intuito de que os resultados das pesquisas em câncer rapidamente sejam traduzidos em práticas de saúde pública e comunicados ao público em tempo hábil. Por exemplo, as pesquisas da IARC sobre tecnologias de baixo custo para rastreamento do câncer do colo do útero em contextos de poucos

“A OMS acredita que, mesmo em contextos de recursos bastante escassos, a prevenção e os cuidados paliativos devam fazer parte dos planos nacionais de controle da doença”

recursos forneceram à OMS a evidência necessária para a definição de diretrizes e possibilitaram que, de maneira crescente, os estados-membros passassem a incorporar o rastreamento em seus planejamentos nacionais de saúde.

RC – Como a OMS encara o controle do câncer do colo do útero, especialmente após o surgimento da vacina contra o HPV?

O desenvolvimento de vacinas contra o HPV criou uma nova dimensão de prevenção do câncer cervical. A OMS tem liderado a introdução dessas novas tecnologias para prevenir o câncer do colo do útero, fornecendo orientação técnica especializada e recomendações. Desenvolvi, dentro da Organização, um forte grupo transversal reunindo especialistas em saúde reprodutiva, vacinas e saúde do adolescente, a fim de chegar a uma posição coerente em relação à prevenção deste tipo de câncer. Só recentemente a Aliança Global para Vacinas e Imunização incorporou a vacina contra o HPV em seu portfólio. A partir de agora, países com poucos recursos podem buscar apoio no desenvolvimento de programas nacionais de imunização contra o HPV.

RC – Quais são as principais recomendações da OMS em relação ao controle de câncer?

A principal recomendação está centrada na criação de planos nacionais de controle de câncer. Esses planos devem ser suficientemente abrangentes para agrupar ações de prevenção, rastreamento, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Embora nós saibamos que esses planos são extremamente dependentes dos recursos disponíveis, das prioridades nacionais de saúde e da situação em relação aos fatores de risco para câncer, a OMS acredita que, mesmo em contextos de recursos bastante escassos, a prevenção e os cuidados paliativos devam fazer parte dos planos nacionais de controle da doença.

RC – Como você avalia a situação da América Latina em relação ao controle de câncer?

O trabalho na América Latina é desenvolvido em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), nosso escritório na região, e vem obtendo sucesso. Vários países, como Brasil, Chile e, mais recentemente, o Peru, têm desenvolvido planos nacionais de controle de câncer. Além disso, a Rede de Institutos Nacionais de Câncer (Rinc) desponta como uma experiência promissora para troca de experiências e formação de parcerias, o que é essencial nesse campo. ■

educação

CURSOS COMO A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA DO INCA OFERECEM ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA

Os múltiplos papéis do farmacêutico na atenção oncológica



Embara muita gente ainda associe o farmacêutico com aquela pessoa de jaleco atrás dos balcões das drogarias ou nos laboratórios das farmácias de manipulação, o trabalho desse profissional é muito mais abrangente. Em hospitais, por exemplo, sua atuação é fundamental na equipe que presta assistência ao paciente. Nos hospitais oncológicos, o farmacêutico atua em diversas frentes do processo de utilização de medicamentos. Mas para atuar na área oncológica, é preciso se especializar. Um caminho para isso é cursar a Residência Multiprofissional em Oncologia oferecida pelo INCA, que tem seleção anual bastante concorrida.

A chefe da Farmácia Hospitalar do Hospital do Câncer I (HC I) e do Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo) do INCA, Dulce Couto, detalha a atuação do farmacêutico oncológico na cadeia de assistência ao paciente: “Temos um papel muito importante no preparo dos antineoplásicos, visando a preservar as características do produto e não agregar a ele nenhuma carga microbiana”. Farmacêutica especializada em Toxicologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e mestre em Oncologia



Preparação de antineoplásicos injetáveis exige equipamentos de segurança

“Temos um papel muito importante no preparo dos antineoplásicos, visando a preservar as características do produto e não agregar a ele nenhuma carga microbiana”

DULCE COUTO, chefe da Farmácia Hospitalar do HC I e do Cemo do INCA

pelo INCA, Dulce também integra o Comitê de Ensino em Farmácia e é docente do Programa de Residência Multiprofissional do Instituto.

Ela ressalta que o papel do farmacêutico vai além do preparo do medicamento antineoplásico, feito exclusivamente por esses profissionais. “A nossa responsabilidade não é só entregar um medicamento dentro do melhor padrão de qualidade, mas também acompanhar o resultado do tratamento. Quanto ao preparo, dentro da equipe multidisciplinar, somos mais um profissional para evitar que o paciente sofra danos por erro de medicação. Assim, a etapa da validação da prescrição é fundamental”, explica.

A validação da prescrição é feita analisando-se as características do medicamento, as condições clínicas do paciente e o protocolo de tratamento estabelecido. Entre outras variáveis, são avaliadas as interações medicamentosas, o diluente mais adequado e uma possível necessidade de alteração da dose por ocorrência de reações adversas em ciclos anteriores. Os quimioterápicos, de maneira geral, são prescritos por superfície corporal, ou seja, levando-se em conta o peso e a altura do paciente, cálculo que é conferido pelo farmacêutico. Validada a prescrição, ela segue para a linha de produção, na qual o medicamento é manipulado na dose que o paciente precisa.

Fora das enfermarias, os farmacêuticos oncológicos fazem o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes ambulatoriais – aqueles que retiram o quimioterápico de uso oral na instituição e fazem uso dele em casa. O objetivo é promover a adesão ao tratamento e o uso racional e seguro do medicamento, obtendo, dessa forma, o melhor resultado terapêutico. “Hoje, 25% das moléculas anticâncer

pesquisadas são para uso oral. O leigo, erroneamente, entende que os quimioterápicos em comprimidos não fazem mal, porém eles também podem provocar reações adversas já esperadas ou por interação com outros medicamentos. Essas reações precisam ser controladas”, ressalta Dulce Couto.

PROCEDIMENTOS DE SEGURANÇA RÍGIDOS

Embora pesquisas da indústria farmacêutica venham possibilitando a produção de medicamentos alvo moleculares, que são mais específicos e agridem menos o organismo (porque atingem prioritariamente as células doentes, e não todas as células), a base da quimioterapia convencional ainda são os antineoplásicos citotóxicos injetáveis, que, por suas características intrínsecas, podem fazer mal ao manipulador. Por conta disso, os farmacêuticos precisam adotar procedimentos para sua própria segurança, como o

uso de equipamentos de proteção individual (máscara de carvão ativado, óculos de segurança, botas e uma roupa impermeável com baixa liberação de partículas, própria para ambiente de Sala Limpa) e da cabine de segurança biológica, com fluxo vertical que garante a exaustão de 100% do que é manipulado. Eles também devem monitorar as condições de temperatura e pressão da Sala Limpa.

E os cuidados não param por aí. No INCA, os profissionais são treinados quanto a padrões de segurança, e há rodízio nas atividades dos farmacêuticos que manipulam os medicamentos citotóxicos e mutagênicos. Tanto porque não existe informação disponível na literatura quanto ao tempo máximo seguro de exposição como pelo risco de prejuízo na saúde, devido à realização de movimentos repetitivos. Somente no HC I, são realizados, em média, 250 preparos de quimioterápicos injetáveis e medicamentos de suporte por dia, e em torno de 8 mil por mês.

Conselho da classe reconhece especialidade

A Farmácia Oncológica é uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Farmácia e está registrada no Ministério do Trabalho, juntamente com outras duas áreas de atuação: a da Atenção Farmacêutica em Oncologia e a de Farmacêutico Clínico em Oncologia. É o que explica o chefe da Divisão de Ensino e coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA, Mário Jorge Sobreira da Silva, farmacêutico, mestre em Saúde Pública e especialista em Farmácia Hospitalar.

Segundo ele, o farmacêutico especialista em Oncologia (formação oferecida pelo INCA) está apto a atuar nas três áreas. A Farmácia Oncológica é voltada aos processos de gerenciamento dos medicamentos e à preparação e manipulação de medicamentos antineoplásicos. A Farmácia Clínica em Oncologia tem enfoque no seguimento farmacoterapêutico de pacientes internados, e a Atenção Farmacêutica em Oncologia destina-se ao seguimento farmacoterapêutico de pacientes em atendimento ambulatorial.

A Farmácia é uma das oito categorias profissionais contempladas na Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA, junto com Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia e Física Médica. Para concorrer a uma vaga, o candidato precisa ser graduado na área específica. Não há limite de idade nem de tempo de

formado. “Os programas de residência são voltados, principalmente, para profissionais que ainda não entraram no mercado de trabalho, porque eles têm maior disponibilidade de tempo, sem nenhum tipo de vínculo ou impedimento. Mas um profissional que já esteja no mercado e opte por interromper sua atividade para se inserir no programa pode concorrer a uma vaga”, diz Sobreira.

A Residência Multiprofissional em Oncologia é dividida em dois eixos: um transversal, com grade de disciplinas única para todos os alunos, e um específico. A carga horária total do programa é de 5.760 horas (60 semanais e 10 diárias, em média), ministradas em dois anos de curso, com aulas de segunda a sábado. “Para Farmácia, temos seis vagas ofertadas anualmente e um total de 12 residentes por ano, sendo seis do primeiro ano e seis do segundo”, informa Sobreira. São oferecidas, ainda, 16 vagas para Enfermagem, seis para Nutrição, seis para Psicologia, seis para Serviço Social, seis para Física Médica, cinco para Fisioterapia e três para Odontologia. A dedicação exclusiva é obrigatória, e o aluno recebe uma bolsa de R\$ 2,9 mil por mês, além de alojamento e alimentação.

O acesso à Residência Multiprofissional é por meio de processo seletivo anual, no segundo semestre. Este ano, as inscrições se encerraram no dia 6 de outubro, e a prova foi realizada em 3 de novembro. Os



Pacientes em atendimento ambulatorial retiram quimioterápicos orais nas farmácias hospitalares

aprovados na primeira fase vão para a segunda etapa, que consiste na avaliação de títulos e currículos.

A procura pela Residência Multiprofissional do INCA é grande. “Este ano tivemos aproximadamente 980 inscritos para pouco mais de 50 vagas”, diz Sobreira. Existem cerca de dez outros programas desse tipo no Brasil (ver box). Eles foram reconhecidos pelo MEC em 2005, mas começaram a funcionar a partir de 2010.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ALUNO É CONTÍNUO

O eixo específico da Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA é organizado em seis módulos teóricos. Inicialmente, o residente aprende conhecimentos relativos ao contexto da Farmácia Hospitalar, no módulo Assistência Farmacêutica Hospitalar. No módulo Farmacotécnica Hospitalar em Oncologia, é ensinado o procedimento de manipulação de medicamentos e todos os cuidados de biossegurança, bem como os riscos de interações e incompatibilidades medicamentosas.

O módulo Farmacoterapia em Oncologia é destinado aos conhecimentos relacionados ao tratamento antineoplásico. Nele, o residente aprende sobre os pré-quimioterápicos, quimioterápicos e outros medicamentos envolvidos nos protocolos de quimioterapia. No quarto módulo, denominado Serviços Clínicos em Farmácia Hospitalar em Oncologia, são

apresentadas as atividades clínicas que o farmacêutico pode desenvolver no âmbito da Oncologia.

Os estudos de utilização de medicamentos, as pesquisas clínicas e a análise de causalidade de reação adversa são abordados no módulo Farmacoepidemiologia. No módulo Políticas de Assistência Farmacêutica em Oncologia, o residente entra em contato com todo o arsenal regulatório da Assistência Farmacêutica Hospitalar em Oncologia.

Nos módulos transversais, comuns a todos os residentes, são abordados Fundamentos em Oncologia, Abordagem Multiprofissional ao Paciente Oncológico, Bioética, Políticas Públicas de Saúde e Oncologia, Metodologia Científica, Gestão em Saúde e Educação em Saúde. Há também o módulo de Seminários de Pesquisa, que fomenta a discussão sobre o trabalho de conclusão de curso, e as Práticas Integradas, em que os residentes acompanham os pacientes em equipes multiprofissionais e apresentam e discutem os casos com os preceptores e tutores.

O processo de avaliação dos residentes é contínuo, formativo e somativo. “O aluno vai sendo avaliado ao longo dos módulos, de modo que tenha um *feedback* da sua evolução. Se ele não tiver independência em alguma atividade, será sinalizado de que não está conseguindo acompanhar o programa”, diz o coordenador. No eixo específico da residência não houve nenhuma desistência por falta de afinidade com o curso.

“Quero aprender e ao mesmo tempo ganhar experiência prática, o que será de grande relevância para minha vida profissional”

INGRID VALVERDE, residente do INCA

“Vim para viver uma experiência única, que agregasse conhecimento à minha formação”

GISELE DALLAPICOLA BRISSON,
residente do INCA

Os profissionais da instituição envolvidos com a manipulação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos – tanto farmacêuticos quanto técnicos em farmácia que atuam dentro da Sala Limpa, instrumentando o especialista e manipulando medicamentos não citotóxicos – passam por avaliação médica a cada seis meses, promovida pela Divisão de Saúde do Trabalhador.

RESIDENTES QUEREM ESTUDAR MAIS

A sede pelo conhecimento é uma característica comum aos estudantes que ingressam na Residência Multiprofissional do INCA. Ingrid Valverde veio de São Paulo para cursar a especialização. “Sempre fui apaixonada por áreas que proporcionam contato com o paciente. Fiz, então, estágio em Farmácia Clínica e confirmei que era a área que eu queria. Escolhi a residência a fim de me especializar na área hospitalar, com a qual não tive contato na faculdade e que tem sido muito requerida no mercado de trabalho. Quero aprender e ao mesmo tempo ganhar experiência prática, o que será de grande relevância para minha vida profissional”, acredita.

Por três meses, Ingrid foi responsável por uma farmácia comunitária. Lá exerceu várias atividades, como reestruturação da farmácia e reorganização das documentações frente à Agência Nacional de



Ingrid gosta do contato com os pacientes. Para Gisele, prática hospitalar no Serviço de Quimioterapia é diferencial da residência do INCA



Os farmacêuticos validam as prescrições, a fim de evitar que o paciente sofra danos por erro de medicação

Vigilância Sanitária (Anvisa) e ao Conselho Federal de Farmácia (CFM). Também prestou atendimento ao público, orientando e fazendo contato com médicos quando necessário, além de controlar a temperatura e a limpeza do espaço e a validade de medicamentos.

Após completar a residência, Ingrid planeja voltar a São Paulo e se especializar em Farmácia Clínica. “Preto trabalhar na área de Farmácia Oncológica voltada para o contato com o paciente. Em São Paulo, as oportunidades no setor público nem sempre são tão favoráveis quanto a remuneração e condições de trabalho em comparação com o setor privado. Mas pretendo prestar concursos na área, caso haja. Enquanto isso, quero trabalhar no setor privado”, revela.

Para Gisele Dallapicola Brisson, o grande atrativo da especialização do INCA foi a prática da Farmácia Hospitalar, principalmente, no serviço de quimioterapia, que destaca como um diferencial da residência. “Tive bastante curiosidade em estudar os medicamentos antineoplásicos e aprender a manipulá-los. Acima de tudo, vim para o INCA com o objetivo de viver uma experiência única, que agregasse conhecimento à minha formação”, diz.

A estudante nunca exerceu a função de farmacêutica. Fez apenas um estágio e, logo após a graduação, iniciou a residência. Por enquanto, não pretende procurar emprego na assistência, e sim continuar estudando. ■

ESPECIALIZAÇÕES EM VÁRIOS ESTADOS

As vagas para graduados em Farmácia são muito disputadas na Residência Multiprofissional do INCA: a relação é de 24 candidatos por vaga. Aproximadamente 50% dos residentes são de fora do Estado do Rio. “Vemos esse interesse pelo curso como algo positivo, considerando que uma das missões do INCA é a formação de recursos humanos para o País”, avalia Mário Jorge Sobreira da Silva, coordenador do programa.

Em praticamente todo o Brasil há programas desse tipo, como os do Hospital Erasto Gaertner (PR), Universidade Federal do Paraná, Instituto do Câncer do Ceará, Universidade Federal de São Paulo, Hospital Sírio Libanês (SP), Hospital Universitário João de Barros Barreto (PA), Universidade Federal Fluminense (RJ), Universidade Federal de Uberlândia (MG), Universidade do Estado da Bahia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal de Santa Maria e Grupo Hospitalar Conceição (RS).

personagem

DEPOIS DE ACOMPANHAR DEPENDÊNCIA QUE LEVOU SEU PAI À MORTE, JORNALISTA LANÇA LIVRO SOBRE MALES DO TABAGISMO

A imagem que o cigarro apagou

Quem está na casa dos 40 anos deve se lembrar dos comerciais de cigarro veiculados na televisão. O clima era de sonho. Quase sempre tudo estava ligado a sofisticação, esportes radicais, músicas inesquecíveis, gente jovem e bonita. Essas imagens nunca convenceram Luciana Carlos Gomes. Ainda adolescente, ela comprava cigarros para o pai, a pedido dele, mas aquele cheiro e a fumaça a incomodavam desde criança. Só que a jovem, com bronquite crônica, diagnosticada aos 2 anos de idade, não imaginava que os efeitos do tabagismo fossem atingir a vida de sua família de maneira tão cruel.

O jornalista José Carlos Gomes tinha o sonho de escrever sua biografia. Deixou essa vontade como herança à filha, Luciana. Em *A Imagem que o Cigarro lhe Deu*, ela narra como foi presenciar o pai ser mutilado pelos efeitos do tabagismo. Hoje, aos 39 anos, Luciana relata de forma clara o sofrimento e tudo o que seu pai perdeu por conta da dependência da nicotina. As perdas atingiram a família em várias áreas. A moça, que já havia abraçado o Jornalismo, ingressou na faculdade de Enfermagem, com o objetivo principal de cuidar do pai. “Tudo foi muito chocante. A gente demorou um pouco para acreditar no que estava acontecendo. Era uma autodestruição”, testemunha.

José Carlos começou a fumar aos 11 anos, jogando com os amigos as tradicionais “peladas” nas areias de Copacabana, praia da Zona Sul do Rio.

Quando a mãe descobriu foi uma briga feia, mas de nada adiantou a proibição. Cigarro era sinônimo de homem elegante na infância e adolescência dele. Como colunista social no *Correio da Manhã*, teve uma vida intensa, passando incontáveis noites na redação. “Ele fumava quatro maços por dia. No jornal, seu apelido era Zeca Fumaça”, revela Luciana.

MUTILADO AOS POUCOS

Aos 56 anos, os danos causados pelo cigarro começaram a aparecer para José Carlos. “Ele deu uma topada na escada. Seu dedo inchou, depois inflamou e nada dava jeito. O levamos ao hospital com o dedo praticamente necrosado. O médico retirou parte do dedo e colocou um enxerto. Como não tinha diabetes e nenhum exame apontava aterosclerose, a conclusão do médico foi de que a nicotina já havia criado uma placa que entupia as artérias, dificultando a circulação”, conta Luciana, lembrando a sentença do médico para o pai: “Ou você larga o cigarro ou voltará aqui com problemas mais graves”.

Ele não largou. Cinco anos depois desse incidente, em 1992, José Carlos perdeu a primeira perna. “Estava tudo praticamente necrosado do joelho para baixo. Não tinha muito o quê fazer. Acho que ele não acreditou nas palavras do médico. Não me lembro do meu pai tentando parar de fumar nessa época”, recorda-se Luciana.

Não demorou para o jornalista voltar à mesa de cirurgia. No dia 18 de junho de 1993, seu aniversário, ele amputou a segunda perna. Depois disso, Luciana lembra-se de seu pai entregando ao médico o maço de cigarros e um copo de plástico, onde costumava colocar as cinzas.

Esse foi o início de uma luta que começava quase perdida. As implicações de anos de tabagismo continuaram a causar estragos no corpo de José Carlos. Em 1997, ele sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC), e as consequências o condenaram à total dependência da família. “Ele não conseguia fazer nada. Precisava de nossa ajuda até para ligar a TV”, diz Luciana.

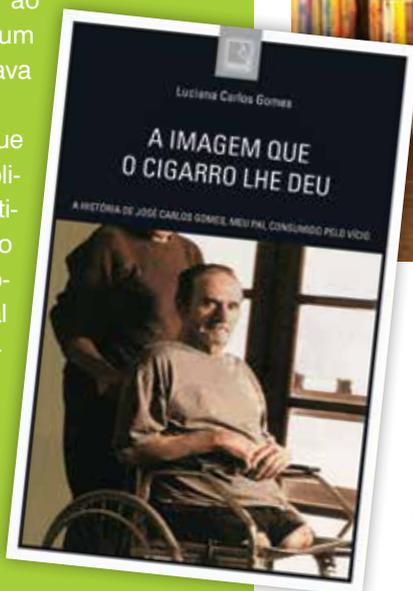
O ano 2000 nunca saiu da cabeça dela. Seu pai foi convidado pelo então ministro da Saúde, José Serra, para ser personagem de uma campanha antitabagismo. A propaganda fazia uma retrospectiva da vida do jornalista.

Durante o anúncio, eram mostradas fotos de José Carlos em eventos, com pessoas famosas, e, logo depois, ele aparecia em uma cadeira de rodas, com as pernas amputadas e sem o movimento dos braços, por causa de arterite, vasculite e do AVC provocados pelo uso do tabaco. “Essa é a minha atual imagem, doente e dependente para o resto da vida por causa do vício”, falava o jornalista. No final aparecia a mensagem: “Essa propaganda o cigarro não faz”.

Luciana revela detalhes dos últimos dias de vida de seu pai: “Cerca de uma semana antes de morrer, ele percebeu que estava chegando o fim e pediu para fumar um cigarro. Colocamos o cigarro em sua boca, ele tragou e depois não falou mais nada, nem pediu outro. Na verdade, acho que o vício nunca o abandonou.”

José Carlos morreu em decorrência de falência múltipla de órgãos, aos 64 anos, em outubro de 2000, apenas dois meses depois que a propaganda do Ministério da Saúde foi ao ar.

Sua filha, hoje, além de divulgar o livro com palestras em instituições de saúde, faz parte da ONG Aliança de Controle do Tabagismo. Ela participa ativamente da campanha para cassação da liminar concedida às principais indústrias tabageiras que autoriza a fabricação de cigarros com sabores, como menta e cravo, suspendendo a proibição determinada por resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (ver box ao lado). ■



Ao lado, José Carlos Gomes com Luciana, ainda pequena. Acima, a escritora autografa o livro, cuja capa (à esq.) reproduz a imagem do jornalista utilizada na campanha antitabagismo do Ministério da Saúde



Fotos: acervo pessoal

“A gente demorou um pouco para acreditar no que estava acontecendo. Era uma autodestruição”

O QUE DIZ A RESOLUÇÃO DA ANVISA

A Resolução 14/2012 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), aprovada em março do ano passado, proíbe a fabricação de cigarros com aditivos. Essa é uma das principais estratégias da indústria para incentivar os jovens a experimentar o produto.

Primeiro, a Anvisa vetou o uso de aditivos em geral. Mas em agosto último, atendendo parte de um pedido da indústria, a agência liberou temporariamente o uso de 121 substâncias, desde que não deem sabor específico ao cigarro. Segundo a Anvisa, a lista de aditivos liberados será analisada novamente em 2014.

O Supremo Tribunal Federal analisa Ação Direta de Inconstitucionalidade da Confederação Nacional da Indústria, que questiona o papel regulador da agência.

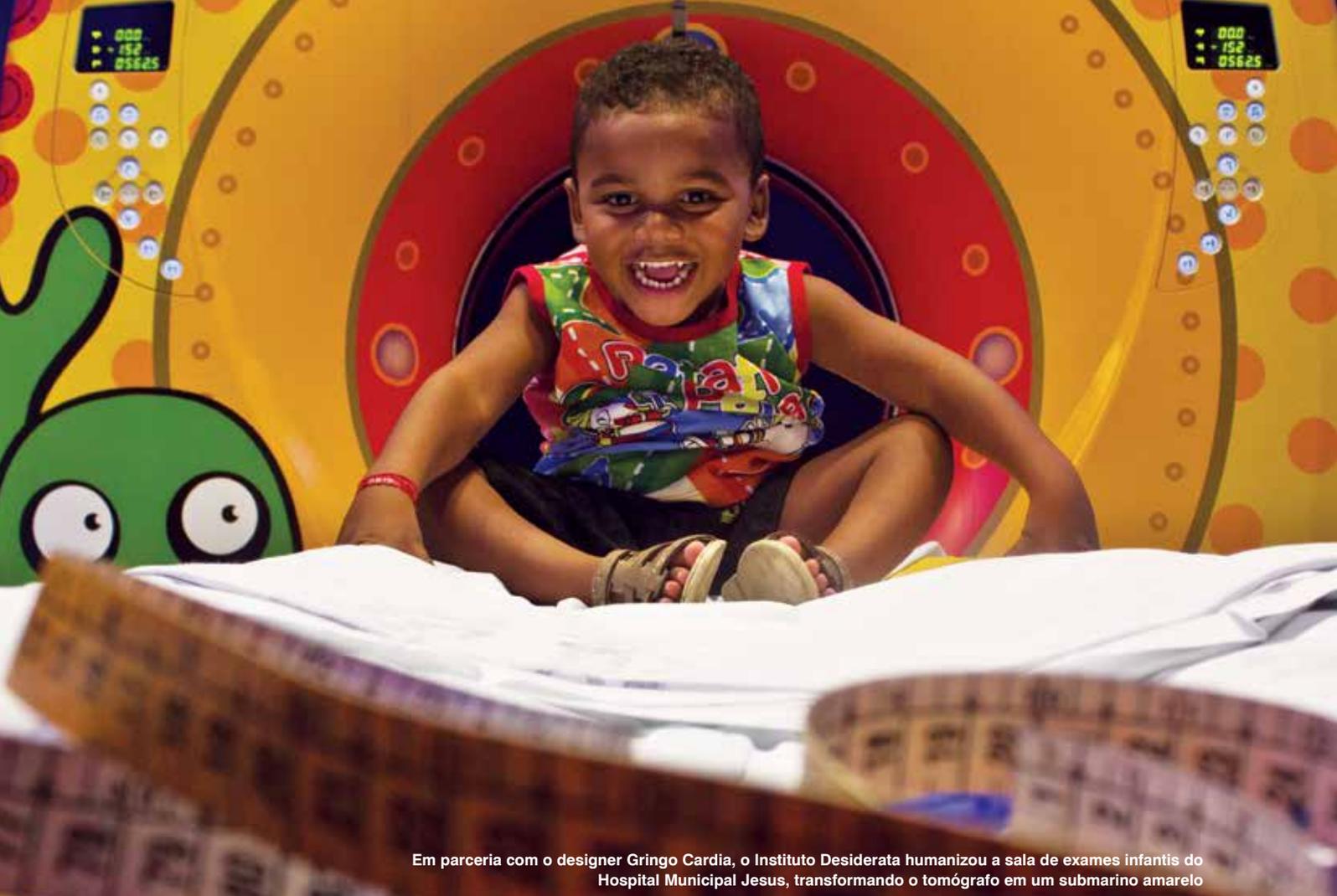
Pelo controle do câncer infantojuvenil

A pesar de representar um percentual pequeno em relação aos de casos de câncer no Brasil, de 2% a 3% do total, as neoplasias pediátricas são a principal causa de morte de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos. Cerca de 70% dos casos podem ser curados, desde que recebam diagnóstico precoce e preciso, bem como tratamento adequado. A imprecisão dos sinais e sintomas do câncer na infância e na adolescência, confundidos com outras doenças comuns entre os jovens, leva à demora no diagnóstico. Além disso, entraves no fluxo de atendimento dentro do sistema de saúde também podem retardar o início do tratamento. Esses fatores têm consequência direta na sobrevivência dos pacientes, e, portanto, a ênfase nas estratégias de controle deve ser dada ao diagnóstico precoce e à orientação terapêutica de qualidade.

Foi pensando nesses problemas que o Instituto Desiderata formou há 10 anos, no Rio de Janeiro, um grupo de trabalho composto por representantes das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), de centros de tratamento do câncer infantojuvenil na cidade, de organizações médicas e da sociedade civil, para construir coletivamente uma ação em torno do tema. Surgiu, então, a iniciativa Unidos pela Cura, estruturada em três eixos de trabalho: educação, que inclui a capacitação de profissionais de saúde para detecção precoce do câncer infantojuvenil; fluxo de atendimento, que organiza o

acolhimento dos casos suspeitos e tratamento dos casos confirmados; e informação, que monitora, por meio de sistema informatizado, o recebimento e o desfecho dos casos. O propósito é ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o câncer pediátrico e, ao mesmo tempo, estabelecer um fluxo claro de encaminhamento para que a confirmação – ou não – da suspeita seja rápida, e o tratamento, iniciado de imediato.

“Desde a criação do Instituto, a temática do câncer infantil surgiu como prioridade. Nós queríamos contribuir sem substituir o papel do Estado. O trabalho começou com viagens pelo Brasil para conhecer melhor o problema e a encomenda de estudos sobre o tema”, lembra Roberta Costa Marques, diretora-executiva do Desiderata. Os estudos foram desenvolvidos pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Os trabalhos incluíram, por exemplo, o diagnóstico das condições de gestão dos hospitais e serviços de oncologia pediátrica no eixo Rio-São Paulo e o mapeamento do fluxo de diagnóstico e atendimento do câncer pediátrico no município do Rio de Janeiro, com o intuito de identificar possíveis barreiras de acesso. “A partir desses estudos vimos que não era necessário criar nenhuma estrutura nova, mas sim colocar todos os envolvidos juntos para conversar e aprimorar o trabalho”, afirma Roberta.



Em parceria com o designer Gringo Cardia, o Instituto Desiderata humanizou a sala de exames infantis do Hospital Municipal Jesus, transformando o tomógrafo em um submarino amarelo

A partir daí surgiu a estrutura de trabalho da iniciativa Unidos pela Cura, construída coletivamente. Um Comitê Estratégico, formado por instituições interessadas no tema, define prioridades e divide as responsabilidades. “Essa forma colegiada de trabalho é que possibilitou o sucesso do projeto, já que as pessoas levam para o Comitê Estratégico questões que precisam ser resolvidas pelas instituições ali representadas. Isso traz mais comprometimento aos envolvidos”, considera Maria Auxiliadora Mendes Gomes, superintendente de Hospitais Pediátricos e Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ).

“O estabelecimento do fluxo de atendimento só foi possível porque tínhamos todos os atores envolvidos sentados à mesa no nosso Comitê Estratégico. Antes da Unidos pela Cura, o encaminhamento de pacientes e a busca por vagas em hospitais se dava de maneira muito informal”, comenta Roberta. A iniciativa estabeleceu o fluxo de encaminhamento dos casos suspeitos de câncer desde a Atenção Básica até os Polos de Investigação, unidades de saúde de média e alta complexidades que têm o compromisso

“A espera no Rio podia chegar a 120 dias. Hoje, 32% dos casos suspeitos são investigados em até 72 horas, e mais de 70% em no máximo 15 dias”

ROBERTA COSTA MARQUES,
diretora-executiva do Instituto Desiderata

de atender em até 72 horas as suspeitas encaminhadas dentro de sua área de referência. Confirmada a suspeita, o paciente deve ser encaminhado ao centro especializado no tratamento. “A espera no Rio podia chegar a 120 dias. Hoje, 32% dos casos suspeitos são investigados em até 72 horas, e mais de 70% em no máximo 15 dias”, afirma a diretora do Desiderata.



Dados acumulados
de outubro 2008 a maio 2013

902 crianças e adolescentes encaminhados com o cartão Unidos pela Cura para os Polos de Investigação

cartões registrados a partir de demanda espontânea e de encaminhamento dentro do Polo de Investigação **372**

530 cartões encaminhados por unidades não especializadas

34 cartões sem informação sobre o acolhimento nos Polos de Investigação e 144 crianças que não compareceram **178**

352 crianças e adolescentes acolhidas pelos Polos de Investigação

cartões em investigação **42**

310 avaliações concluídas

encaminhamentos para outra especialidade **89**

encaminhamentos para unidade de origem **169**

52 encaminhamentos para onco-hematologia

37 suspeitas de câncer confirmadas

QUASE 2 MIL PROFISSIONAIS CAPACITADOS

O estabelecimento do fluxo também foi muito importante na capacitação dos profissionais de saúde. “A metodologia era bastante participativa e baseada em problemas. Nós estudávamos a rede e discutíamos por que um caso havia tido êxito, e outro, não. O curso não focava somente em questões médicas. Acredito que essa metodologia foi o que fez toda a diferença”, considera Dayse Peres, pediatra da SMSDC-RJ que participou das primeiras capacitações da Unidos pela Cura e hoje coordena essa área do projeto. Os tutores formados se comprometiam a disseminar o conhecimento adquirido. “Confesso que, no início, recebi a proposta com desconfiança. Como pediatra, achava que o que estava sendo apresentado não condizia com a minha realidade. Foi no decorrer do curso que percebi que havia muito a ser feito e a pensar no que eu poderia fazer para melhorar aquela situação”, lembra Dayse.

Os cursos desenvolvidos em 2007, e inicialmente voltados para pediatras, foram montados sob coordenação técnica do INCA, com estrutura operacional dos gestores do SUS no Estado do Rio e participação da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (Soperj). Em 2010, por meio de parceria com o Instituto Ronald McDonald, foram criadas capacitações voltadas para profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que incluíam agentes comunitários, enfermeiros e técnicos de enfermagem. No total, 1.821 profissionais de saúde já foram capacitados, sendo 392 médicos – pediatras ou clínicos. “As ações do projeto foram sempre sinérgicas e complementares, e isso garantiu sua continuidade. A Unidos pela Cura trouxe a questão do câncer para dentro da agenda da saúde da criança, onde conseguiu espaço efetivo de mobilização”, destaca Maria Auxiliadora.

“O diagnóstico precoce e o tratamento em centros especializados são fundamentais para a obtenção da cura com qualidade de vida”

SIMA FERMAN, chefe do Serviço de Oncologia Pediátrica do INCA

Fonte: Boletim Informativo Unidos pela Cura (número 11, agosto de 2013)

FERRAMENTA PARA MONITORAR AÇÕES E AVALIAR RESULTADOS

Sima Ferman, chefe do Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital do Câncer I do INCA, acredita que um dos destaques do projeto foi a abertura de um canal de comunicação com os pediatras, para sensibilizá-los em relação ao câncer infantil. “Desde que se conseguiu alcançar sucesso no tratamento do câncer pediátrico, é sabido que o diagnóstico precoce e o tratamento em centros especializados são fundamentais para a obtenção da cura com qualidade de vida. Nosso entusiasmo ao participar desta iniciativa está em alertar para o diagnóstico precoce e a possibilidade de cura do câncer infantojuvenil”, comenta Sima. A médica ainda destaca que tentativas de capacitar pediatras já haviam acontecido no passado, porém, sem o mesmo sucesso. “Há alguns anos, uma parceria entre a Soperj e a SMSDC-RJ buscou capacitar pediatras da rede para o diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil. Foi uma iniciativa interessante, mas não tínhamos bem estabelecido o fluxo de referência e de contrarreferência. Com a Unidos pela Cura deu-se início à capacitação associada à organização do fluxo de encaminhamento”, destaca Sima Ferman.

O eixo de informação da iniciativa Unidos pela Cura se estruturou, desde sua concepção, por meio de um sistema desenvolvido pelo INCA, que reúne os casos de suspeita de câncer infantojuvenil encaminhados por meio do Cartão de Acolhimento. O cartão formaliza a pactuação do acolhimento em até 72h entre a Atenção Básica e os serviços públicos especializados no Rio de Janeiro. Pelo sistema, os médicos podem monitorar todos as suspeitas encaminhadas por eles. O objetivo é fornecer uma ferramenta de política pública que permita às instituições corresponsáveis monitorar e avaliar a iniciativa.

O sucesso foi tanto que, em 2010, a Unidos pela Cura se tornou a política de diagnóstico precoce de câncer infantojuvenil da cidade do Rio, passando a integrar o Plano Municipal de Saúde 2010-2013. No mesmo ano, o ministro da Saúde, os secretários estadual e municipal de Saúde e representantes das instituições que compõem a iniciativa assinaram Termo de Compromisso no qual assumiam responsabilidades condizentes com suas esferas administrativas relativas ao compromisso compartilhado de incluir o câncer infantojuvenil em suas agendas de prioridades. “O trabalho de articulação é uma tarefa difícil em si, mas, ao mesmo tempo, é ele que permite a criação de espaços de cooperação e faz com que as ideias saiam do papel”, afirma Roberta Marques. ■

RECOMENDAÇÕES ACORDADAS EM FÓRUM FORAM ENCAMINHADAS A GESTORES

Outro projeto dentro da iniciativa é o Fórum de Oncologia Pediátrica do Rio de Janeiro. O evento bianual tem por objetivo instituir no município a tradição de um debate sobre a saúde da criança e do adolescente que contribua para a organização de políticas públicas. Os pontos debatidos durante a última edição, realizada em agosto deste ano, foram transformados numa carta de recomendações entregue aos gestores das três esferas de governo, em outubro. O documento foi elaborado por especialistas de 10 instituições e apresenta quatro blocos: Acesso ao tratamento do câncer infantojuvenil; O câncer infantojuvenil e a formação em Medicina e em Enfermagem; Informação em saúde; e Princípios básicos do SUS em relação ao câncer infantojuvenil.

A carta destaca, entre outras recomendações, a inclusão da oncologia pediátrica nas grades das universidades, a construção de banco de dados eficiente e a necessidade de melhor qualificação profissional de médicos e agentes de saúde. “Atingimos nosso objetivo, que era proporcionar uma discussão relevante com foco na atenção integral à saúde da criança e do adolescente com câncer”, considera Roberta. O projeto prepara para o próximo ano uma expansão para além do município do Rio. “Estamos nos reunindo com a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil para escolher a melhor região ou município para onde possamos levar o modelo da iniciativa”, afirma a diretora do Desiderata. Bons ventos o leve.





MISSÃO SAÚDE: GAMES PARA CRIANÇAS INTERNADAS

O Núcleo de Divulgação do Programa de Oncobiologia da UFRJ lançou seis videogames para crianças internadas. A série, batizada de Missão Saúde, surgiu após estágio da aluna de Ciências Biológicas – Modalidade Médica da UFRJ – Carolina Vilella no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Os games são: 7 Erros, sobre quais equipamentos de proteção individual os profissionais de saúde devem utilizar num ambiente hospitalar; Come-Come, que simula a corrente sanguínea e aborda os micróbios que circulam em nosso organismo; Uma Mão Lava a Outra, que reforça a ideia de higiene pessoal; Lixo no Lixo, que trata da coleta seletiva; Prato Cheio, com dicas sobre alimentação saudável; e Por Dentro, tipo de jogo da memória com imagens de micróbios que afetam, principalmente, crianças.

Durante o estágio, Carolina pôde identificar vários aspectos que subsidiaram a construção dos games. Segundo ela, a internação para crianças e adolescentes é ainda mais dura. “É um período em que passam por mudanças na aparência e no seu dia a dia, além de terem que enfrentar o medo de um futuro completamente desconhecido. Estar internado significa abrir mão da escola, da convivência com os amigos e familiares, das brincadeiras, de casa e de todas as atividades.”

Com base nessas observações, Carolina sugeriu, como estratégia lúdica, o desenvolvimento dos jogos educativos para computador, que foram criados por Lucas Brouck. Agora, a proposta do Núcleo de Divulgação do Programa de Oncobiologia da UFRJ é disponibilizar a série para outros hospitais da rede pública.

ONCOLOGÊS PARA INICIANTES

Elaborado pela Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI) do Ministério da Saúde e pelo INCA, o Glossário Temático Controle de Câncer reúne os 353 principais vocábulos utilizados na linguagem de atuação oncológica. Os termos, definições e siglas foram extraídos, a priori, de documentos técnicos, relatórios, periódicos e legislações produzidos pelo INCA. O volume faz parte do Projeto de Terminologia da Saúde. Acesse em <http://migre.me/gWV7>.

SETE VEZES MAIS INVESTIMENTOS EM PESQUISAS EM SAÚDE

O Ministério da Saúde investiu R\$ 248,7 milhões, em 2013, no desenvolvimento de pesquisas na área da Saúde – sete vezes mais que em 2011. O investimento visa a incentivar pesquisadores a encontrar soluções inovadoras para serem aplicadas no Sistema Único de Saúde (SUS) e aprimorar a assistência ao usuário. Do total de recursos investidos, R\$ 104 milhões foram para editais nacionais; R\$ 79 milhões para editais estaduais e R\$ 59,2 milhões em contratação direta de instituições de pesquisa.

“O orçamento parceiro do Ministério da Saúde com o Ministério da Ciência e Tecnologia e o CNPq nos proporcionou o desenvolvimento de pesquisas e projetos com grande relevância para o SUS. Trabalhar com editais é muito bom porque permite a competição criativa na pesquisa em saúde”, disse o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha.

CHAMADA PARA ARTIGOS

Pesquisadores em câncer que tenham como língua materna o português ou o espanhol já podem publicar seus artigos no periódico oficial da Organização dos Institutos Europeus e Câncer (OECI), sem custo algum. Os artigos são revisados por pares em qualquer um dos dois idiomas e, se aceitos, são traduzidos gratuitamente para o inglês. Para submeter um artigo, basta acessar <http://ecancer.org/journal>. O periódico é indexado em todas as principais bases de dados, incluindo PubMed. A publicação ocorre em até dois meses.



ESTRANGEIROS PEDEM 97% DAS PATENTES PARA CÂNCER NO PAÍS

De 91 patentes solicitadas para tratamento, diagnóstico ou prevenção de câncer no Brasil entre 2001 e 2011, 88 foram requisitadas por instituições estrangeiras – ou 96,7%. Os dados são de pesquisa do Instituto Nacional da Propriedade Industrial, feita em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz e baseada em bancos de dados internacionais.

Dos três pedidos feitos por brasileiros, um foi conduzido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, sobre câncer de mama; um pela Universidade Federal de Pernambuco, para câncer de próstata; e o terceiro pela Universidade Federal de Uberlândia, em parceria com a Fundação de Pesquisa do Estado de Minas Gerais, também para câncer de próstata.

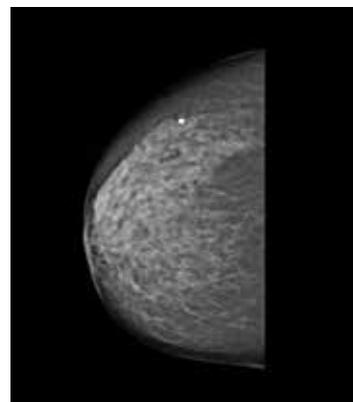
Empresas americanas e europeias foram as principais depositantes de pedidos de patente para tratamento de câncer, enquanto as asiáticas tiveram maior representatividade em relação a tecnologias para diagnóstico e prevenção da doença.

O tipo de câncer que mais teve pedidos de patente depositados no Brasil foi o de mama: 53, feitos por 35 instituições. O mesmo número de instituições depositou 43 aplicações de patente relacionadas a câncer de próstata. Para câncer de pulmão, foram 30 instituições com 36 aplicações e, para câncer do colo do útero, dez aplicações.



FRENTE PARLAMENTAR DE COMBATE AO CÂNCER

O INCA participou, na Câmara dos Deputados, em Brasília, do lançamento da Frente Parlamentar de Combate ao Câncer, que visa a fomentar o debate e o acompanhamento da política de prevenção e tratamento da doença no País. A iniciativa foi do deputado federal Ruy Carneiro. A Frente pretende propor o aperfeiçoamento da legislação, em especial as políticas de combate ao câncer, e defender a importância da articulação intersetorial, influenciando no processo das comissões temáticas da Câmara e do Senado. O diretor-geral do Instituto, Luiz Antonio Santini, elogiou a iniciativa: “Existem muitas possibilidades de se atuar e reduzir o número de casos e de mortes por câncer e alcançar resultados eficientes por meio de ações de prevenção e de detecção precoce para vários tipos da doença. Uma iniciativa como essa influi para alcançar esse objetivo.”



PROGRAMA DE QUALIDADE EM MAMOGRAFIA

O Ministério da Saúde publicou portaria no Diário Oficial da União atualizando o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). O objetivo é estabelecer mecanismos de monitoramento da qualidade em mamografia aplicáveis aos serviços de diagnóstico por imagem que realizam o exame em todo o território nacional.

internas



PARCERIA BRASIL-REINO UNIDO

INCA e Universidade de Birmingham, no Reino Unido – classificada entre as 75 melhores do mundo –, assinaram, em outubro, termo de parceria com objetivo de desenvolvimento de programas bilaterais de treinamento clínico e de pesquisa, incluindo intercâmbios de doutorado, pós-doutorado e bolsas para convidados em ensaios clínicos, assim como pesquisas conjuntas em câncer e imunologia.

No rol das atividades de pesquisa contempladas pelo investimento, incluem-se colaborações de longo prazo.

CIRURGIA ROBÓTICA EM DESTAQUE

A experiência do INCA como pioneiro em cirurgia robótica em oncologia foi destaque durante o II Congresso Internacional de Cirurgia Robótica e Minimamente Invasiva, promovido pelo Hospital Israelita Albert Einstein – MD Anderson, em São Paulo, em outubro.

Fernando Luiz Dias, do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço; o chefe da Divisão Cirúrgica do HC I, Roberto Araújo Lima; Gustavo Guitmann, do Serviço de Ginecologia; o chefe do Serviço de Urologia, Franz Campos; o chefe da Seção de Abdômen, José Paulo Jesus; e Carlos Eduardo Pinto, também da Seção de Abdômen, apresentaram trabalhos e participaram como moderadores.



OUTUBRO ROSA

Em comemoração ao Outubro Rosa, o INCA, a Casa de Oswaldo Cruz e a Prefeitura do Rio inauguraram, na Nave do Conhecimento do Parque Madureira, a exposição digital A mulher e o câncer de mama no Brasil. Também foram promovidos debates sobre a doença, roda de conversa e show com a atriz e cantora Zezé Motta.

O movimento internacional Outubro Rosa estimula a conscientização da população, principalmente mulheres, para promover a redução dos casos da doença e a desconstrução do mito de que o câncer é uma sentença de morte.

APROVADA LEI QUE VIABILIZA OBRAS DO CAMPUS

O prefeito do Rio, Eduardo Paes, sancionou, em dezembro, a Lei Complementar nº 130, que define parâmetros urbanísticos para a construção do Campus do INCA. Fazem parte das diretrizes a serem adotadas na implantação do novo endereço do Instituto: a integração com o projeto de urbanização e de paisagismo que promova a reestruturação da área e do seu entorno imediato; a valorização do patrimônio cultural tombado e preservado nas Áreas de Proteção do Ambiente Cultural (Apacs) e suas adjacências, contribuindo com a reabilitação do entorno; atendimento das orientações dos órgãos de tutela do patrimônio ambiental, cultural e de proteção da paisagem; e promoção de sustentabilidade ambiental e redução ou neutralização de emissões de gases de efeito estufa. Também ficou definida a altura máxima que cada edificação do Campus pode atingir.



GRAFITAGEM EM PROL DA SAÚDE

Em comemoração ao Dia Nacional de Combate ao Câncer (27/11), o INCA criou um hotsite e promoveu a Semana de Arte. Dezenove artistas grafitaram os tapumes em volta do terreno onde será erguido o novo Campus do Instituto. As imagens foram colocadas no hotsite para que os internautas escolhessem sua preferida. A eleita será a capa da agenda 2015 da instituição.



DEZ ANOS DE DEDICAÇÃO

O INCAvoluntário celebrou 10 anos de atividades na tradicional festa do Dia das Crianças. O evento teve recorde de público, com 600 participantes, entre pacientes mirins e responsáveis. Entre os muitos convidados especiais estavam o comediante Fábio Porchart, a modelo Daniela Sarhyba, os atores Lisandra Souto, Alexandra Richers, Kim Kamberlly e Bruno Araújo, o grupo de pagode Bom Gosto e jogadores de Vasco, Flamengo e Botafogo. A festa terminou com show de Buchecha, presença constante nos eventos do INCAvoluntário. “Venho com o maior prazer e alegria do mundo. Saio como uma criança feliz, exatamente por causa da energia boa que circula aqui”, disse o cantor.

assistência

ESTUDO TRAÇA, PELA PRIMEIRA VEZ, PERFIL NUTRICIONAL DO PACIENTE COM CÂNCER NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO

Nutrição oncológica à mesa



Um dos fatores relevantes para o sucesso do tratamento oncológico é o estado nutricional do paciente. E, neste campo, os dados apontam para uma realidade preocupante no País. De acordo com o *Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar* (Ibanutri), a desnutrição calórica e proteica em pacientes internados com câncer no Brasil chega a 66,4%, índice bem mais alto do que de pacientes internados por doenças de modo geral (50%).

Pensando em melhorar as condições do paciente oncológico, 45 instituições de 16 estados e do Distrito Federal construíram o primeiro *Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica* (IBNO). A publicação, lançada em novembro durante o III Congresso Brasileiro de Nutrição Oncológica do INCA, em Salvador, tem como objetivo identificar o perfil nutricional do paciente oncológico na hora da internação, de maneira a permitir que se estabeleça o melhor momento e a forma mais apropriada de intervenção nutricional para esse grupo.

“A triagem nutricional por meio da avaliação subjetiva global permite detectar, por exemplo, o paciente em risco nutricional e tratá-lo antes que entre num quadro de desnutrição. É uma ferramenta fundamental para antecipar complicações decorrentes

“A triagem nutricional por meio da avaliação subjetiva global permite detectar, por exemplo, o paciente em risco nutricional e tratá-lo antes que entre num quadro de desnutrição. O foco é a melhoria da qualidade de vida”

IVALDO BARROSO DE PINHO, chefe do Serviço de Nutrição do Hospital do Câncer I/INCA

do tratamento cirúrgico e clínico para o paciente oncológico. O foco é a melhoria da qualidade de vida”, afirma Nivaldo Barroso de Pinho, chefe do Serviço de Nutrição do Hospital do Câncer I (HC I) do INCA, que junto com a nutricionista Cristiane D’Almeida, supervisora de clínica do setor, coordenou a construção do IBNO.

DESNUTRIÇÃO PROVOCA MORTE DE 20% DOS PACIENTES

Os principais fatores determinantes da desnutrição nos pacientes oncológicos são a redução na ingestão total de alimentos, as alterações metabólicas provocadas pelo câncer e o aumento da demanda calórica devido ao crescimento do tumor. A detecção precoce das alterações nutricionais possibilita a intervenção em momento oportuno, prevenindo a ocorrência de alterações morfológicas e funcionais dos órgãos do aparelho digestivo e até dos pulmões, com riscos de complicações pós-operatórias, aumento na morbimortalidade, do tempo de internação e do custo hospitalar.

Durante o tratamento, os pacientes oncológicos podem evoluir para desnutrição moderada ou grave. Cerca de 20% morrem em decorrência da desnutrição, e não da doença. Mais da metade necessita de aconselhamento nutricional e controle dos sintomas que interferem na ingestão de alimentos, e cerca de 30% precisam de suplemento nutricional.



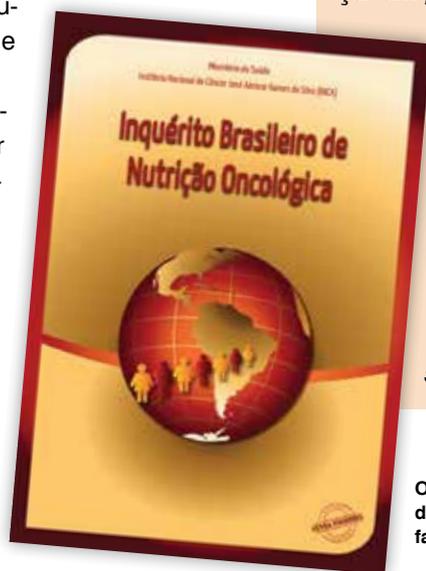
Para melhor orientar a dieta desses pacientes oncológicos, já foram estabelecidos consensos. “Existem dois volumes do *Consenso Nacional de Nutrição Oncológica*, publicados em 2009 e 2011, que norteiam as condutas para os diversos tratamentos a que é submetido o paciente com câncer”, diz Lucia Varjão, coordenadora do Departamento de Nutrição do Hospital Aristides Maltez, em Salvador, uma das instituições que trabalharam em parceria com o INCA para a construção das publicações.

O chefe do Serviço de Nutrição do HC I ressalta, porém, que os consensos tratam de orientações pontuais para o tratamento de efeitos colaterais da quimioterapia ou da radioterapia e de sinais e sintomas do câncer. “A assistência nutricional durante o curso da doença e do tratamento oncológico poderá prevenir e tratar as manifestações clínicas e nutricionais adversas”, explica Nivaldo.

Para pacientes que apresentam quadro de anorexia, por exemplo, as recomendações incluem aumentar a densidade calórica das refeições. Ao utilizar complementos nutricionais hipercalóricos ou hiperproteicos, deve-se dar preferência a alimentos umedecidos e adicionar caldos e molhos às preparações, além de aumentar a variedade de legumes e carnes e utilizar temperos naturais.

Já em casos de enterite (inflamação intestinal), muito frequente (de 25% a 75%) em pacientes submetidos à radioterapia contra câncer pélvico ou abdominal, a conduta indicada inclui orientar a ingestão adequada de líquidos (volume e tipo), dieta pobre em resíduos (restos de alimentos que não são digeridos pelo organismo, como fibras), glúten e sacarose, e isenta de lactose, teína (alcaloide presente na folha do chá) e cafeína. Quando necessário, recomenda-se ainda utilizar complementos nutricionais com fórmula industrializada pobre em resíduos e isenta de glúten, lactose e sacarose.

“Não existe consenso sobre quais alimentos devem ser proibidos durante os tratamentos antineoplásicos. Cada caso deve ser avaliado individualmente, pautado numa alimentação saudável, observando as possíveis interações entre medicamentos em uso e nutrientes, bem como respeitando preferências alimentares e fatores socioculturais”, pondera Lucia Varjão. ■



INQUÉRITO REÚNE QUASE 5 MIL AVALIAÇÕES

O Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica (IBNO) descreve, em linhas gerais, o estado nutricional do adulto com câncer nas diferentes fases da doença e do tratamento. Fizeram parte do estudo pacientes com doença avançada, em fase terminal e ao final da vida, para os quais a atenção nutricional continua fazendo parte da terapêutica. Ao todo, foram feitas 4.822 avaliações em novembro de 2012, o que corresponde a 13,56% de todas as internações hospitalares por câncer no Brasil naquele mês. Os registros de prevalência de sinais e sintomas gastrointestinais, a história de perda de peso, as alterações corporais e o estado nutricional expressos no inquérito contribuirão para que os profissionais possam se antecipar a essas manifestações clínicas e nutricionais de seus pacientes.

“Esse retrato do estado nutricional do paciente oncológico, além do conhecimento que nos traz, mostra aos gestores a necessidade de intervenção precoce e investimento para terapia nutricional desse grupo”, diz Lucia Varjão.

Para a elaboração do documento, foi utilizada a ferramenta de Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP), indicada no I Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, de 2009, como instrumento para triagem nutricional no momento da internação do paciente com câncer.

“Essa ferramenta, que já era utilizada no exterior, permite avaliar o paciente em toda sua complexidade. Os parâmetros empregados ajudam a traçar um perfil mais minucioso da pessoa e, dessa forma, a planejar melhor a conduta nutricional a ser seguida. Isso é importante, pois o apoio nutricional mais preciso dá ao paciente a chance de responder e suportar melhor o tratamento”, explica Cristiane D’Almeida.

De acordo com Nivaldo, os próximos passos incluem a divulgação do inquérito e o desenvolvimento de novos protocolos de investigação que possam incluir o idoso e a criança com câncer.

O Inquérito descreve o estado nutricional do adulto com câncer nas diferentes fases da doença e do tratamento

MONTE O SEU TIME E VÁ AO ATAQUE CONTRA A DENGUE

**DENGUE
MATA**

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



NÃO DÊ TEMPO PARA A
DENGUE



**FIQUE ATENTO AOS LOCAIS QUE PODEM ACUMULAR ÁGUA
E MANTENHA-OS SEMPRE LIMPOS E FECHADOS.**

 /minsaude

 /minsaude

Melhorar sua vida,
nosso compromisso.

SUS 

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



Ministério da
Saúde



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
comunicacao@inca.gov.br

www.inca.gov.br