

02 REDE CÂNCER

Agosto 2007

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

O desafio da comunicação em saúde

NOVAS POLÍTICAS BUSCAM A DEMOCRATIZAÇÃO DESSE
INSTRUMENTO PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DO CÂNCER

Existe maneira mais fácil de se proteger do cigarro

Dia 29 de agosto
Dia Nacional de Combate ao Fumo

Ambiente livre de fumo é direito de todos

LEI FEDERAL: 9294/96

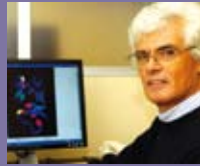
Proíbe fumar em ambientes fechados de uso coletivo.



PARE DE FUMAR
DISQUE SAÚDE
0800 61 1997



sumário



8
ENTREVISTA
*Temporão defende
choque de gestão
para o avanço do SUS*

12
PREVENÇÃO
*A importância
da alimentação
na luta contra
o câncer*

16
CAPA
*Cresce o papel
da comunicação
na promoção da
saúde*

21
POLÍTICA
*Desafios e dilemas
da incorporação
de novas tecnologias*

24
CIÊNCIA
*Nova rede incrementa
pesquisa e controle
do câncer hereditário*

26
SOCIAL
*Trabalho voluntário
promove a
humanização na
saúde*

32
ARTIGO
*Papanicolaou: mais
seguro e eficiente na
prevenção do câncer*

38
PERSONAGEM
*Lição de vida:
mãe vence o câncer
descoberto na
gravidez*



Fotos: Duda Vian

REDE CÂNCER

2007 – Instituto Nacional de Câncer

A **Revista Rede Câncer** é uma publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer. A reprodução total ou parcial das informações contidas nesta publicação é permitida sempre e quando for citada a fonte.

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Chefia da Divisão de Comunicação Social: **Cristina Ruas** | Coordenação-geral do Projeto: **Claudia Lima e Cristina Ruas** | Edição: **Jacqueline Boechat, Regina Castro e Rodrigo Feijó** | Apoio editorial: **Todas as áreas técnicas do INCA** | Produção: **Informe Comunicação e Marketing** | Jornalista responsável: **Rodrigo Costa JP 4112 DF** | Reportagem: **Daniella Almeida, Karenina Moss, Rodrigo Costa e Thais Ribeiro** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Impressão: **Gráfica Brasil** | Tiragem: **10.000 exemplares**

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



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



Ministério
da Saúde



A força da comunicação

Prezado leitor,

Chegamos à nossa segunda edição que, mais uma vez, traz uma série de reportagens sobre temas atuais e relevantes para a saúde pública brasileira, especialmente para a abordagem do câncer.

Entre os principais assuntos de nossa pauta, destaco a matéria de capa, sobre os desafios da comunicação em saúde. Tema que, a cada dia, ganha maior espaço e importância para as políticas públicas na área da saúde.

O fato é que, atualmente, tornou-se imprescindível o aprimoramento das estratégias e dos instrumentos de comunicação para continuarmos avançando rumo a um sistema de saúde equânime, integral e universal, pressuposto na elaboração e na consolidação do Sistema Único de Saúde. O Brasil precisa mudar o foco das ações para o controle do câncer, investindo mais na pre-

venção e na promoção da saúde. E a comunicação consolida-se um importante instrumento nessa nova orientação.

Chamo a atenção ainda para o entrevistado de nossa edição: José Gomes Temporão. O ministro da Saúde tem encarado temas essenciais à saúde brasileira, como a discriminação do aborto, o combate à publicidade e ao incentivo do consumo de bebidas alcoólicas, além de propor um novo modelo de gestão mais flexível para os hospitais públicos que deverá propiciar melhorias e avanços do SUS.

O objetivo dessa revista é publicar informações relevantes a todos os envolvidos nas ações para o controle do câncer, como os gestores de saúde, e estimular a reflexão e a participação da sociedade no incremento da saúde em todo o país.

Boa leitura!

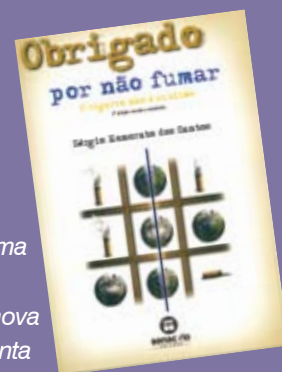


Diretor-Geral do INCA

notas

OBRIGADO POR NÃO FUMAR

Já está nas livrarias de todo o Brasil o livro 'Obrigado por não fumar: o cigarro não é sublime', uma compilação de textos publicados ao longo de três décadas em jornais e revistas de todo o mundo, agora organizados pelo advogado Sérgio Honorato. No lançamento da Editora Senac Rio, o autor analisa diferentes questões relacionadas ao tabaco, como as doenças, o plantio do fumo, a venda, a publicidade e a distribuição do cigarro. Segundo Honorato, o interesse pelo tema surgiu ainda na infância, aos 12 anos, quando dividia o quarto com um amigo fumante. Desde então, começou a pesquisar e colecionar material informativo sobre os males do tabagismo. A nova versão ampliada conta ainda com o capítulo 'A Jurisprudência dos Tribunais', que relata e comenta inúmeras ações contra a indústria do fumo.



Obrigado por não fumar: o cigarro não é sublime, de Sérgio Honorato dos Santos
160 páginas, R\$ 25,00 - Editora Senac Rio.



Campanha de doação promovida pelo INCA.

META SUPERADA

Graças ao sucesso das campanhas, o Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) já ultrapassou a marca de 400 mil doadores cadastrados. A meta inicial era atingir 250 mil em 2007. Os ótimos resultados se refletem no número de transplantes de medula óssea com doadores brasileiros. Dos 111 procedimentos realizados no último ano, 77 foram feitos a partir do Registro Nacional e dos Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical. O restante utilizou doações internacionais. A meta agora é chegar aos 500.000 cadastrados no REDOME até o fim deste ano. Para se cadastrar como doador voluntário de medula óssea, basta ter entre 18 e 55 anos, estar em boas condições de saúde e não ter doenças infecciosas. Além das campanhas, o cadastro é realizado regularmente nos hemocentros de cada estado.

TECNOLOGIA DE PONTA NO ACRE

O Acre já dispõe do que há de mais moderno para o tratamento do câncer. A nova Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) entrou em operação no

início de junho, em Rio Branco, graças a uma parceria entre os governos estadual e federal. Um investimento superior a R\$ 5 milhões em obras e equipamentos instalados na Fundação Hospital Estadual do Acre (Fundhacre). A unidade tem capacidade inicial para atender a mil novos casos de câncer por ano, oferecendo tratamento oncológico completo (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e cuidados paliativos), além de formar especialistas e desenvolver pesquisas que deverão fortalecer a Rede de Atenção Oncológica. Por ano, são estimados 640 novos casos de câncer no Acre. A implantação do centro faz parte do projeto de Expansão da Assistência Oncológica que o INCA desenvolve desde 2001, oferecendo treinamento de recursos humanos, equipamentos, infra-estrutura hospitalar geral e de rede, para adequar e garantir assistência integral aos pacientes de todo o País.



Tião Viana e Temporão descerraram a placa.



XXIII CONGRESSO DOS CONASEMS

O INCA marcou presença no XXIII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde, que movimentou a cidade de Joinville, em Santa Catarina, no fim de junho. O tema da edição foi o Pacto pela Saúde, com seus avanços e desafios, o qual trouxe uma nova lógica para o financiamento e a organização das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu estande, técnicos e especialistas de diferentes áreas do Instituto orientaram participantes de todo o país a implantar medidas de controle da doença a partir da promoção de alimentação saudável, do controle do tabagismo e da detecção precoce, algumas das prioridades pactuadas por gestores municipais, estaduais e pelo próprio Ministério da Saúde. O INCA também ofereceu palestras sobre temas como os sistemas de informação SISCOLO e SISMAMA e a importância das parcerias para a detecção precoce do câncer, que contou com apoio do Instituto Avon. Também foram distribuídas publicações próprias, como o 'Caderno de orientações: Armazém da Saúde' e 'Situação do Câncer no Brasil', entre outras. O INCA aproveitou a ocasião para o lançamento do CD-ROM 'Câncer: Informações para Gestores de Saúde - Guia de Consulta'. A publicação, organizada em verbetes, funciona como uma ferramenta de apoio ao gestor para sua rotina de trabalho na área do câncer.

AMBIENTE LIVRE DA FUMAÇA

A Organização Mundial da Saúde determinou a adoção de um novo protocolo determinando que lugares públicos e ambientes de trabalho sejam 100% livres da fumaça do tabaco. A decisão foi aprovada por unanimidade pelos 146 participantes da 2ª Conferência das Partes, que se reuniu no início de julho em Bangkok, na Tailândia.



A Conferência, que se reúne regularmente a cada dois anos, é o órgão responsável por conduzir internacionalmente a implantação do primeiro tratado internacional da Organização Mundial de Saúde, a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, que pretende frear a expansão do tabagismo. No encontro, representantes dos governos locais e nacionais definiram uma nova agenda de trabalho para os próximos dois anos. Entre outras decisões dessa agenda, destacam-se as novas regras internacionais para embalagem, rotulagem e publicidade dos produtos do tabaco, as quais deverão ser apresentadas no próximo encontro, que será realizado na África do Sul.

EXAME QUALIFICADO



O Instituto Nacional de Câncer (INCA), em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e o Instituto Avon, concluiu a primeira fase do programa piloto de Garantia de Qualidade dos Serviços de Mamografia SUS. Ao todo, foram avaliados mais de 50 serviços nas cidades de Belo Horizonte, Goiânia, Porto Alegre e da Paraíba. O próximo passo será a elaboração de relatórios das avaliações. A partir

deles, será preparado um plano de intervenção para adequar todos os serviços avaliados aos parâmetros de qualidade. O objetivo é formular e propor ao Ministério da Saúde uma metodologia para avaliação que, se for aprovada, servirá de referência para a criação de um programa nacional. Ao final do projeto, os serviços que estiverem em conformidade com as exigências receberão um certificado de garantia de qualidade. O certificado permitirá que os gestores de saúde e os usuários identifiquem os serviços acreditados em qualidade da mamografia.

NINGUÉM FAZ 70 ANOS DE TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER SEM A AJUDA DE BONS PARCEIROS.

SAIBA COMO EVITAR O CÂNCER. E AJUDE MUITAS PESSOAS A EVITAR TAMBÉM.

O INCA faz 70 anos de muitos estudos e histórias comprovando que vários tipos de câncer têm cura, desde que detectados a tempo de serem tratados. Infelizmente, muitas pessoas não sabem disso. Desconhecem também que atitudes como não fumar, não exagerar nas bebidas alcoólicas, manter uma alimentação saudável com mais frutas, legumes, verduras e grãos podem prevenir ao menos um terço de todos os casos de câncer. Por isso, a participação de toda a sociedade é muito importante para ajudar o INCA a levar mais vida e esperança para muitos brasileiros. Muitas empresas já fazem parte desta parceria. Existem várias formas de colaborar. Entre em contato e informe-se. www.inca.gov.br.

COLOQUE A MARCA DA SUA EMPRESA
NUMA HISTÓRIA DE SUPERAÇÃO.

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



anos de muita vida
1 9 3 7 - 2 0 0 7

entrevista

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro da Saúde



Mobilização para a saúde pública

Há apenas seis meses à frente do Ministério da Saúde, o médico sanitário José Gomes Temporão tenta impor um choque de gestão para tornar o Sistema Único de Saúde sustentável e mais eficiente. Aos 55 anos, casado e pai de quatro filhos, esse descendente de imigrantes portugueses tem dedicado a vida à saúde brasileira. Doutor em Medicina Social pela UERJ, ocupou cargos públicos, como os de secretário nacional de Atenção à Saúde e diretor-geral do INCA, entre outros.

Participou do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, uma mobilização social que, segundo ele, deverá ser retomada para conquistar avanços na área da saúde pública. Nossa equipe conversou com Temporão sobre essa e outras questões consideradas por ele essenciais para a evolução do SUS.

REDE CÂNCER – Como tornar o SUS sustentável?

TEMPORÃO – Esse é um grande desafio. E isso a gente só vai conseguir com a regulamentação da Emenda 29 (que fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios), entre outras medidas. Ela estabelecerá claramente o que são ações e serviços de saúde e garantirá uma base de financiamento estável, regular e consistente. A longo prazo, viabilizará melhorias na capacidade e na qualidade do atendimento. Essa sustentabilidade deve também ser política. E para isso é fundamental que a política ultrapasse a esfera assistencial e se aproxime do movimento social que deu origem ao SUS, a Reforma Sanitária Brasileira.

RC – O Brasil ainda gasta pouco com a saúde?

TEMPORÃO – Muito pouco. Basta pegarmos qualquer indicador de gastos públicos ou comparativos com dados de outros países. Temos um orçamento de

“O avanço na gestão e no controle social é fundamental para garantir que os recursos sejam bem aplicados.”



R\$ 80 bilhões para cobrir 190 milhões de brasileiros. O fato é que, por mais racionalidade e competência que se introduzam no sistema, sem dinheiro, não se faz saúde. Especialmente agora, quando o País passa por uma transição demográfica brutal! Hoje, temos mais de 20 milhões de brasileiros acima de 60 anos.

RC – *E o que fazer para garantir a aplicação correta dos recursos e combater a corrupção?*

TEMPORÃO – Além da Emenda 29, há inovações e instrumentos interessantes, como a Lei dos Consórcios, que possibilita que pequenos municípios, por exemplo, de regiões metropolitanas, possam se consorciar para gerir de modo mais eficiente os serviços. Por outro lado, buscamos avançar no controle social. Nesse sentido, o governo promove a inclusão digital dos conselhos municipais de saúde, propiciando sua integração via internet e o uso de plataformas de educação continuada. Um conselheiro bem informado tem uma visão mais bem qualificada para cumprir seu papel social de fiscalizar, avaliar e sugerir ações para a saúde, dando voz a sua comunidade.

RC – *Como melhorar a atenção às demandas e às necessidades do brasileiro?*

TEMPORÃO – Aprimorando a gestão. A saúde é

um direito do cidadão e um dever do Estado. Mas há uma contradição entre o que é norma legal e aquilo que o brasileiro vivencia. Os hospitais continuam regulados por um conjunto de regras de 50 anos atrás, que inviabilizam seu bom funcionamento. É inviável manter um serviço de qualidade com um subfinanciamento e um modelo de gestão ultrapassado.

RC – *Como se libertar dos modelos ultrapassados de gestão pública?*

TEMPORÃO – Já foi encaminhado ao Congresso Nacional um Projeto de Lei Complementar que criará as fundações estatais, fundamentais no âmbito da saúde. A proposta trará uma série de inovações, como a profissionalização da gestão, o estabelecimento de metas de desempenho e o uso de indicadores para prestar contas à sociedade, além do grande impacto funcional com a mudança do regime de contratação dos profissionais, que serão regidos pela CLT. Hoje, os serviços apresentam precariedade e precisam ser atualizados. O INCA é um bom exemplo disso, e só mantém seu alto padrão de qualidade porque, até então, a Fundação Ary Frauzino (FAF) lhe garante as condições e a infra-estrutura para isso. Caso contrário, o Instituto estaria na mesma situação de penúria que a de outros hospitais públicos.

RC – *Como acabar com o corporativismo e a burocratização da saúde?*

TEMPORÃO – Justamente com esse novo perfil jurídico-institucional, que tornará a gestão mais ágil e eficiente. É evidente que a proposta não será a solução para todos os problemas do SUS, mas com certeza resultará em melhorias significativas no padrão de qualidade dos serviços hospitalares. Para você ter uma idéia, o INCA leva até um ano para contratar um especialista a baixos salários. Pelo novo modelo, o mesmo profissional seria contratado em até uma semana e com salário compatível com o mercado. É o mesmo que a FAF faz hoje, e que viabiliza o INCA. Mas esse modelo de financiamento está com os dias contados, é ilegal. A FAF continuará atuando, mas somente para bolsas de pesquisa, financiamento de estudos e projetos de apoio institucional.

RC – *Ao defender esse choque de gestão, o senhor teme perder o apoio da classe médica?*

TEMPORÃO – Não. Eu acredito no amplo apoio da classe ao constatar que a proposta visa combater a ineficiência e o desperdício de recursos, garantindo ainda melhores condições de trabalho e remuneração. Além disso, o modelo atual é frágil na questão do empreguismo, do nepotismo e da influência política na gestão.

RC – *O senhor defende a aplicação de protocolos claros e de processos transparentes. Que mudanças serão implementadas nesse sentido?*

TEMPORÃO – Se permitíssemos que cada unidade de saúde estabelecesse os próprios critérios e protocolos de atendimento ou de incorporação de drogas, procedimentos e tecnologias, perderíamos eficiência e qualidade. Não poderíamos sequer avaliar os serviços. Outra grande questão é tornar transparente o repasse de verbas aos estados e aos municípios. Definidas as prioridades, trabalharemos com metas e prazos contratuais, facilitando o monitorando dos repasses e a aplicação dos recursos nos estados e municípios.

RC – *Qual o papel da atenção primária nesse novo modelo de gestão?*

TEMPORÃO – Todo sistema de saúde com mínimas racionalidade e qualidade tem uma atenção primária abrangente e consistente. Quando falo em fortalecer a saúde primária, me refiro es-



“As fundações estatais chegam para apoiar o bom profissional, aquele que se dedica, que tem uma carreira e perspectiva.”

pecialmente ao Programa Saúde da Família, que basicamente é um modelo de atenção primária clínica e de promoção da saúde. Trata-se de um sistema menos oneroso e mais eficiente, que não tem excessiva ‘medicalização’, ou o hospital, como centro do sistema.

RC – *O senhor defende radicalmente a expansão e a qualificação do programa Saúde da Família...*

TEMPORÃO – O Brasil hoje tem 100 milhões de brasileiros cobertos pelo Saúde da Família, 260 mil agentes comunitários e 27 mil equipes estabelecidas justamente nos municípios de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo. E já temos resultados impressionantes na redução de internações por desnutrição, por insuficiência cardíaca e na mortalidade infantil, por exemplo. Nossa meta é não só expandir, mas também qualificar essa estratégia para a população. Para os profissionais da saúde, o Programa deverá consolidar-se numa nova especialização, na qual valha investir sua carreira.

RC – *Como avançar com a intersetorialidade?*

TEMPORÃO – A saúde é determinada e influenciada por outros fatores. São evidentes as relações entre saúde e renda, saúde e emprego, além da habitação, saneamento, lazer e cultura. Esta gestão privilegiará políticas que tenham uma visão ou um escopo integrado que favoreça o avanço integral.



“É uma premissa desta gestão tornar a comunicação mais eficaz para a prevenção e a promoção da saúde.”

RC – *O que falta para atingir a integralidade do SUS?*

TEMPORÃO – Todo cidadão deve ter a saúde tratada com uma visão holística ou integral. O atendimento deve abranger suas necessidades clínicas, psicológicas, sociais e até culturais, no que se refere aos hábitos de higiene e alimentação, entre outros. Qualquer avanço nesse sentido só será possível com o aprimoramento da gestão.

RC – *Sobre a visão de que o SUS é para os pobres...*

TEMPORÃO – É uma falsa visão. Posso afirmar que todas as pessoas direta ou indiretamente usam diariamente os serviços do sistema. É evidente que as pessoas de melhor condição financeira usam a saúde suplementar para consultas, exames e cirurgias. Mas falta conhecimento, inclusive para o profissional da imprensa, na cobertura da saúde. Em geral, há um desconhecimento muito grande da sociedade sobre o que é e como funciona o SUS. Devemos superar o preconceito por parte da população. O grande mérito dos sistemas de saúde de Primeiro Mundo, os quais o Brasil copia, como o inglês, é que ele é percebido como uma grande conquista da sociedade.

RC – *O que deve mudar na luta midiática?*

TEMPORÃO – Temos que incorporar uma visão profissional à comunicação. A saúde é fruto de um movimento cultural e social, que envolve o processo de conscientização. Quando critico a classe média e

as elites que acreditam não usar o SUS, isso é consequência também da fragilidade da comunicação que não divulga adequadamente todas as suas atribuições e serviços. Precisamos definir estratégias mais eficazes, com abordagens mais específicas e linguagem adequada a cada situação.

RC – *Como adequar as estratégias de comunicação às disparidades do SUS?*

TEMPORÃO – Devemos aproveitar toda a potencialidade das mídias tradicionais e das alternativas. Não podemos negligenciar nenhuma delas, do celular aos alto-falantes da praça. Sem essa ferramenta, a comunicação, a gente não vai conseguir avançar.

RC – *Qual a estratégia para reduzir a dependência brasileira do mercado internacional?*

TEMPORÃO – Meu objetivo é garantir o acesso da população a medicamentos essenciais, especialmente aqueles destinados ao tratamento de doenças mais raras e graves, como é o caso da Aids. E como fazer isso? As contas públicas respondem por praticamente 25% do mercado farmacêutico brasileiro, por 80% do mercado de vacinas e por 50% do mercado de material médico-hospitalar. Só que, até então, esse poder de compra incrível nunca foi usado para incentivar e fomentar a produção interna de boa parte do que importamos. Não pretendo fazer uma política generalizada de substituição das importações. Não é isso! A idéia é privilegiar a produção relacionada às doenças negligenciadas ou de tratamento mais caro, desonerando o Estado e ainda gerando divisas e empregos para o País.

RC – *E quais os riscos e conseqüências do enfrentamento dos laboratórios multinacionais?*

TEMPORÃO – Não vejo risco. Somos detentores de um grande mercado de 200 milhões de pessoas que está em franca expansão, o que só tende a atrair mais investimentos.

RC – *Como melhorar a qualidade e a eficácia do SUS?*

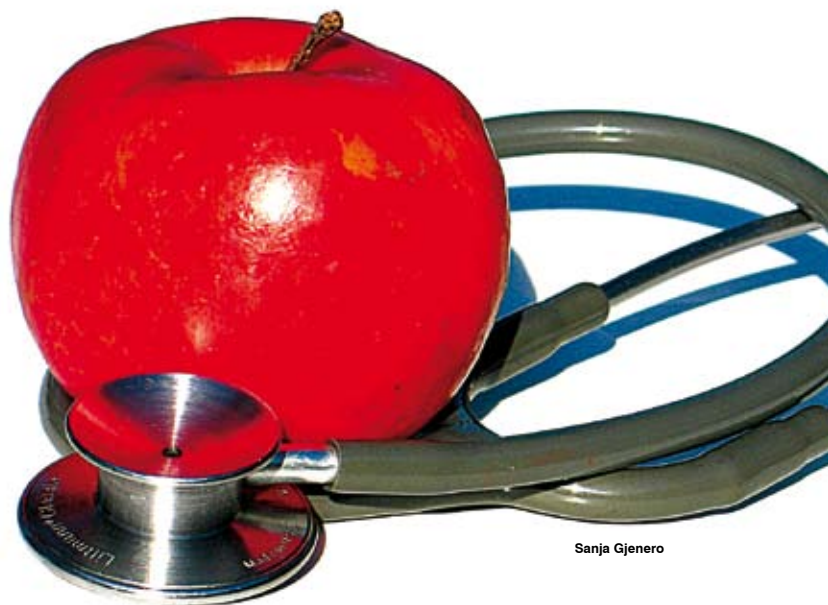
TEMPORÃO – Vamos melhorar o atendimento nas emergências, reduzir o tempo de espera para as consultas e os exames, como mamografia, ultrassonografia ou eletroencefalograma, entre outros. Os gargalos do sistema de saúde brasileiro estão aí. E a solução é um misto: mais dinheiro, melhor organização e o novo modelo de gestão. ■

O poder de prevenção dos alimentos

É evidente o papel da alimentação na prevenção e no controle do câncer. Sabe-se que o consumo de verduras, legumes e frutas é determinante para a promoção da saúde. As mudanças no padrão de vida e nos hábitos alimentares têm influenciado o incremento de ações e de políticas públicas na área de alimentação, nutrição e saúde.

O Brasil gasta atualmente cerca de R\$ 11 bilhões por ano no tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer, as quais ainda são responsáveis por quase 50% dos óbitos, segundo o Ministério da Saúde. E a inadequação alimentar é apontada como uma das principais causas da prevalência dessas enfermidades, principalmente em relação à obesidade. Ainda de acordo com os dados oficiais, de 40% a 90% dessas mortes anuais podem ser evitadas se toda a população tiver acesso a uma alimentação adequada.

A promoção da alimentação saudável é o principal objetivo da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), estabelecida pela Portaria Ministerial nº. 710, de 10 de junho de 1999. O objetivo é abordar, de maneira integrada e intersetorial, a promoção da alimentação saudável e o incentivo à prática regular de atividade física para manter o equilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético, além de promover práticas de higiene indispensáveis para garantir a qualidade sanitária dos alimentos.



Entre as ações que são desenvolvidas pela Coordenação-Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (CGPAN), podemos citar os Programas Nacionais de Suplementação de Ferro e de Vitamina A, que atendem a mais de 40% das crianças e gestantes brasileiras, e a elaboração e a distribuição do Guia Alimentar para a População Brasileira, que visa promover e disseminar ações em prol da alimentação saudável em todos os municípios e regiões do país.

A Coordenação responde ainda pelo acompanhamento de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e pelo monitoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Hoje, a capacitação de profissionais da atenção básica para ampliar e tornar mais eficaz esse monitoramento é uma das suas prioridades. Desde a sua criação, ainda em 1977, o

Sistema vem sendo incorporado às rotinas de atendimento do SUS. Ele permite o mapeamento constante e detalhado dos problemas nutricionais e suas tendências por áreas geográficas, identificando ainda endemias, como a desnutrição, a anemia, a hipovitaminose A e a deficiência de iodo. A partir da avaliação das condições dos grupos de risco e das demais fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar, são definidas estratégias e ações para melhorar as condições de saúde e nutrição da população.

No âmbito do controle e da regulamentação, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem intensificado a fiscalização e a normatização da fabricação, da rotulagem e da propaganda de alimentos. Até o fim do ano, a Anvisa deverá aprovar um regulamento técnico que pode, entre outras exigências, proibir a veiculação no rádio e na TV, entre as 21 horas e as 6 horas, de propaganda de alimentos com quantidades elevadas de açúcar, gorduras saturada e trans, sódio e bebidas com baixo teor nutricional. A coordenadora da Política

Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, Ana Beatriz Vasconcellos, defende a rigorosa regulamentação da venda e da publicidade de alimentos e bebidas.

Enquanto a mídia só reforça um ideal da satisfação rápida

e saborosa que convém ao atual ritmo acelerado da vida, especialmente nas grandes cidades, a população ingere calorias e gorduras em excesso. Pesquisas mostram que as campanhas publicitárias da indústria de alimentos e refrigerantes são voltadas ao público infantil que, hoje, já sofre precocemente com obesidade, hipertensão e colesterol alto. Dados do IBGE coletados entre 2002 e 2003 mostram que 18% dos adolescentes do sexo masculino e 15,4% do feminino, todos com idade de 10 a 19 anos, tinham excesso de peso.

Para se ter uma noção do que isso representa no hábito alimentar de todo o País, basta lembrar que houve um salto de 400% no consumo de refrigerantes e biscoitos desde os anos 70. O fato é que as pessoas, cada vez mais, comem fora de casa, o que está diretamente associado ao crescente consumo de bebidas açucaradas. Segundo a coordenadora, falta informação à população sobre os reais riscos e as consequências da má alimentação. “O consumidor não sabe que está ingerindo calorias em excesso, pensa apenas que é algo refrescante”, resume Ana Beatriz.

Recentemente, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que, entre os dias 3 e 6 de julho, em Fortaleza, apresentou e

discutiu mais de 128 propostas para a formulação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A idéia é avaliar a eficácia das ações de prevenção, alimentação e nutrição em todo o País.

No Instituto Nacional de Câncer, foi criada uma área específica de alimentação, nutrição e câncer, em maio deste ano. O objetivo é produzir e reunir informações sobre a relação entre os hábitos alimentares e o câncer, e sobre outras doenças crônicas não-transmissíveis, como a diabetes e as doenças cardiovasculares, as quais poderão atender tanto às demandas de esclarecimento da sociedade civil, quanto à comunidade científica.

A nova área faz parte da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) do Instituto e surge como um canal de consulta e troca de informações diretamente com estados e municípios, facilitando o trabalho de promoção da alimentação saudável. Com projetos em fase de desenvolvimento, a área já conta com a parceria da Embrapa Agroindústria de Alimentos, do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e das universidades estadual e federal do Rio de Janeiro (UERJ e UFRJ).

Segundo a responsável, Sueli Couto, boa parte do que se pretende realizar ainda está em fase de planejamento. Um exemplo disso é o projeto piloto de intervenção local para a promoção do consumo de frutas e hortaliças, que será realizado em Guaratiba, Campo Grande e Santa Cruz, municípios localizados na zona oeste do Rio de Janeiro. Esse será um trabalho de promoção de práticas alimentares saudáveis, por meio de palestras, estratégias lúdicas, oficinas culinárias e diversas atividades educativas em creches, escolas municipais, empresas e locais de venda de frutas e hortaliças.

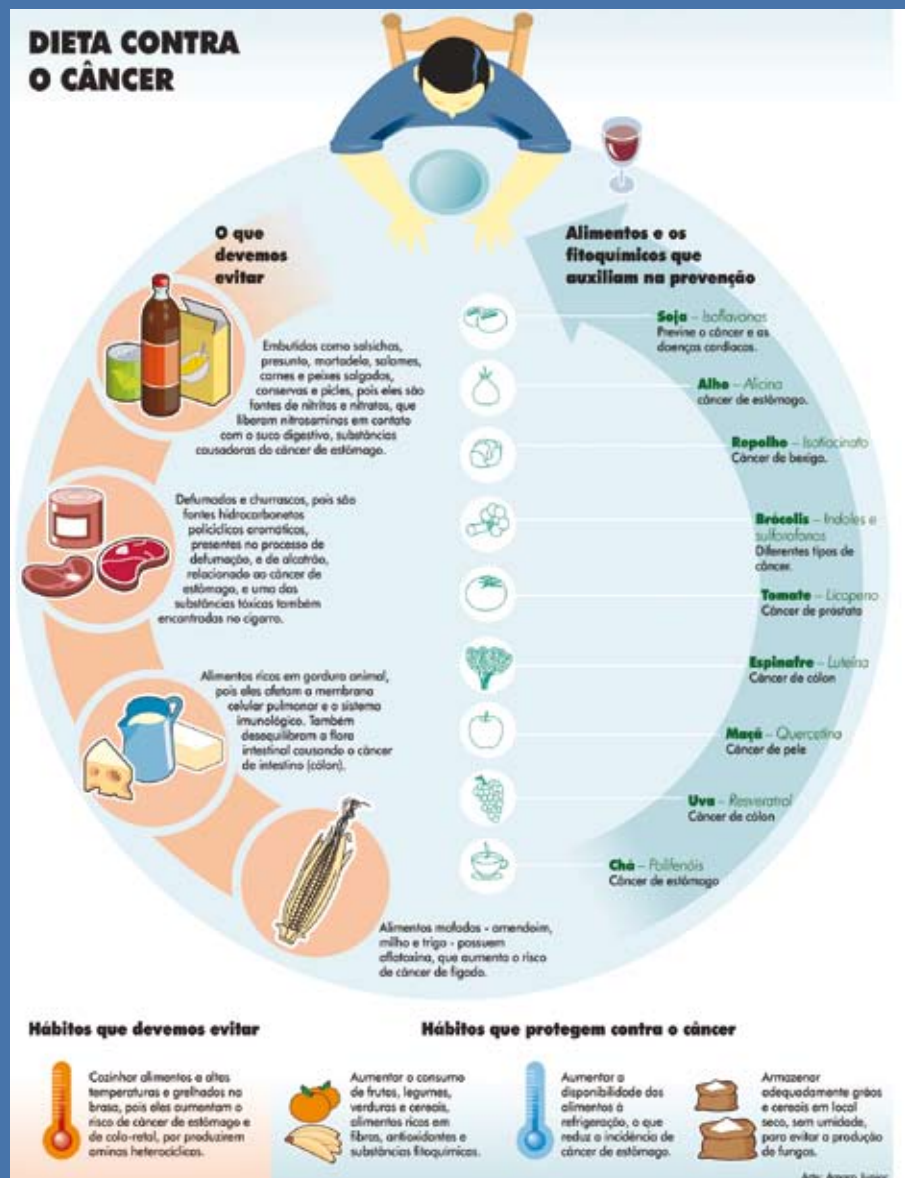
As famílias assistidas pelo Programa Saúde da Família e pela Pastoral da Criança também serão beneficiadas. “A partir desse projeto, devemos incrementar as ações de promoção da alimentação saudável, proporcionando uma maior interação entre os setores que atuam regionalmente para a construção de um modelo de referência para outras localidades, assim como fortalecer a parceria com a área de alimentação e nutrição do INCA”, afirma a pesquisadora da Embrapa Agroindústria de Alimentos, Silvana Pedroso de Oliveira, que é parceira neste projeto.

A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Há evidências científicas de que as respostas do organismo de proteção contra o câncer não estão associadas a um único fator, mas a múltiplos fatores que atuam de forma articulada e sinérgica. Assim, a inclusão de frutas, verduras e legumes na dieta reforça a importância da variedade na composição das refeições. Expõe também as limitações da valorização de um ou outro componente da dieta alimentar. As mudanças no padrão alimentar do brasileiro podem ser consideradas negativas por favorecerem o surgimento de câncer em decorrência do aumento no consumo de alimentos gordurosos, frituras e embutidos, além do excesso de açúcar e sal. Em geral, o consumo desses alimentos está associado a câncer localizado no trato gastro-intestinal, ou seja, ao longo do caminho que o alimento percorre no processo de digestão, além a outros tipos de câncer, como o de fígado, de pâncreas, de rim, de pulmão, de mama, de próstata e de endométrio.

A Organização Mundial de Saúde recomenda o consumo de pelo menos 400 gramas de frutas, legumes e verduras por dia. “No entanto, de acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar, do IBGE, a população só consome um terço da recomendação diária”, alerta Sueli Couto, do INCA. De modo geral, os estudos indicam a necessidade de garantir a variedade de ingestão de alimentos do reino vegetal. Isso porque cada fruta, legume ou verdura tem um ou mais componentes para a prevenção do câncer. Como exemplo, citam-se os compostos químicos naturais como os carotenóides (pigmentos verde, amarelo e vermelho), que agem como antioxidantes, e

as antocianinas (pigmentos azul-rosos), que previnem a degeneração celular. Para Fabio Gomes, nutricionista da Área de Alimentação, Nutrição e Câncer, ainda é preciso conhecer melhor quais são os compostos que previnem a doença. A cada dia, a Ciência descobre novos fatores de proteção presentes em frutas, legumes e verduras, e acredita-se que há muito mais a ser descoberto. “É mais saudável ingerir essas substâncias a partir do consumo dos alimentos, de forma combinada e equilibrada, em vez da ingestão de pílulas com esses componentes sintetizados em laboratório”, recomenda o nutricionista. ■



**Esperança temos de sobra.
O resto a gente conquista !**

O INCAvoluntário tem como missão contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes do INCA e seus acompanhantes, promovendo e apoiando atividades de inclusão social e resgate de cidadania.



**Faça sua doação
ao INCAvoluntário:
Banco do Brasil
Agência: 3118-6
Conta: 16021-0
Você também
pode ajudar.**



Para mais informações:
(21) 3970 - 7971
incavoluntario@inca.gov.br

www.inca.gov.br
INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

capoa

A DEMOCRATIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO PARA O CONTROLE DO CÂNCER

O desafio da comunicação em saúde

Com o constante desenvolvimento tecnológico, a comunicação ganha importância na sociedade contemporânea, dentro e fora do País. No entanto, no âmbito da saúde pública brasileira, ainda é preciso superar a visão instrumental e simplista da comunicação como um processo de transmissão de informações de um emissor a um receptor, um modelo que não dá a devida importância ao restante do processo, como a circulação das mensagens e suas apropriações pelos diferentes atores envolvidos. A comunicação se afirma como elemento essencial para a promoção da saúde, ao funcionar como uma área estratégica para interação e troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos. Essa troca deve acontecer de forma contínua no lar, na escola, no ambiente de trabalho e em muitos outros espaços coletivos.

Hoje, a democratização da informação surge

como uma das principais metas para a melhoria da qualidade e a universalidade da saúde brasileira. O desafio é concretizar um projeto nacional que garanta o fortalecimento do SUS a partir da descentralização e da maior participação da sociedade. Segundo o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, é fundamental definir estratégias mais eficazes, com abordagens específicas e linguagem adequada a cada situação, para sensibilizar diferentes atores sociais, como empresários, representantes de classes, líderes comunitários e formadores de opinião, envolvendo toda a sociedade nesse processo de comunicação. “Precisamos da comunicação para retomar o movimento de mobilização da sociedade, que viabilizou a constituição de um sistema de saúde descentralizado, como é o nosso”, resume.

O fato é que, ao capilarizar a rede do SUS, as políticas governamentais de comunicação não acompanharam o processo de descentralização. Em geral, trabalha-se com um discurso único e os atores apenas reproduzem a mensagem hegemônica do governo, um modelo típico das campanhas. Não há interação com a população. Como diria Paulo Freire, ‘sem diálogo, não há comunicação, nem educação’.

Atualmente, uma nova postura política tem fortalecido a descentralização das decisões do SUS nos conselhos e conferências, espaços que se consolidam para a discussão e a deliberação de diferentes interesses e pontos de vista. E a democratização torna-se um instrumento fundamental para o efetivo controle



e a promoção da cidadania. A partir dela, busca-se uma proposta de comunicação que traduza as diferentes realidades do País, reconhecendo os diversos atores e interesses, além das autoridades sanitárias.

O desafio posto é romper com o modelo mais comum, que direciona o trabalho dos profissionais de comunicação para a produção massiva de materiais promocionais, com ênfase à publicidade, e trabalhar no âmbito da promoção da saúde, que tem um caráter eminentemente comunitário. A abordagem por meio das comunidades favorece práticas mais dialógicas e plurais ao destacar a construção coletiva dos materiais de acordo com as diversas realidades existentes no Brasil. Assim, também é possível trabalhar melhor com a cidadania, fortalecendo a autonomia dos indivíduos e das comunidades, e não apenas normatizar condutas, ampliando a participação da sociedade.

Mestre em Comunicação e Cultura, a pesquisadora da Fiocruz Janine Cardoso acrescenta que a participação comunitária, hoje, é ainda tutelar, seguindo normas e padrões verticalizados. Falta mobilização social. “Nos próprios conselhos, há muito pouco diálogo entre os conselheiros eleitos e o grupo que eles representam, ou a sociedade”. Segundo Janine, outro aspecto a ser considerado é que a mídia se mostra pouco preparada ou atenta aos problemas da saúde. Resultado: a rede capilarizada e descentralizada do SUS não é reconhecida pelos meios de comunicação e, conseqüentemente, pela sociedade. Na saúde, escolas e faculdades prepa-

ram profissionais para orientar e normatizar, não para dialogar. Para Janine Cardoso, falta saúde na formação dos comunicadores e comunicação na formação dos profissionais da saúde.

Para discutir e avaliar a saúde na mídia, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) patrocinaram uma pesquisa intitulada Comsalud, em 1997, que envolveu pesquisadores do Brasil e de outros países da América Latina, no mapeamento de temas relacionados à saúde na mídia. A iniciativa contou com a participação de doze universidades do continente, que mapearam jornais de grande circulação, programações de rádios e televisões levando-se em conta o enfoque e destaque dado ao tema. As conclusões não foram animadoras. No Brasil, todos os veículos pesquisados dedicavam apenas 5,90% de seu espaço total a temas de saúde. Revistas dedicavam mais espaço (16%), seguidas pelas rádios (5,28%), por jornais diários (1,9%) e pela televisão (0,4%). Outro dado importante é que a abordagem era quase sempre negativa. De modo geral, os serviços de saúde eram associados à incompetência e à mensagens negativas.

Outro ponto importante é a falta de investimentos na área de pesquisa em comunicação. Em geral, os projetos são encerrados antes da avaliação dos resultados finais. Não basta produzir e distribuir uma revista, é preciso avaliar se o público está lendo, se está gostando, como faz aquela mensagem circular e como aplica a informação a sua rotina. Outra pesquisadora da Fiocruz



A política deve permitir a participação direta do cidadão.

e colaboradora da Comissão de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde em 2006, Áurea Pitta, ressalta o papel a ser desempenhado por entidades com representação no Conselho Municipal de Saúde.

Para viabilizar a tão sonhada democratização e o controle social, os Conselhos de Saúde dão o primeiro passo investindo na consolidação de suas comissões de comunicação, as quais têm aplicado estratégias de comunicação com o público e produzido materiais como jornais, boletins, cartas, fôlderes, cartazes e sites, entre outros. Áurea Pitta aconselha que esse trabalho deve ir além da comunicação interna do conselho, para constituir uma política de comunicação para o SUS em cada estado e em cada município.

A pesquisadora alerta: o problema vai muito além das relações via conselhos e as questões são bastante complexas, se levarmos em conta as diferentes questões epidemiológicas e os determinantes sociais, tecnológicos e políticos que caracterizam cada município brasileiro.

“A política não pode se restringir à produção de materiais, peças publicitárias e difusão de informações. Deve fortalecer e institucionalizar uma rede de parcerias, permitindo a definição de uma agenda comum de ações na saúde vinculada aos problemas identificados, de forma partilhada, por técnicos e representantes da sociedade”, explica. Para isso, a política deve estar articulada com as novas possibilidades tecnológicas das redes digitais, e estar assentada em metodologias que possibilitem uma participação mais direta do cidadão na formulação e na fiscalização das ações na área da saúde.

INICIATIVAS DE SUCESSO

No Brasil, há experiências bem-sucedidas justamente por ampliarem a participação da sociedade e se aproximarem da comunidade ou de seu público-alvo. Um bom exemplo é a Campanha Nacional de Doação de Medula Óssea que, coordenada pelo INCA, é executada por diferentes parceiros, os quais buscam adequar discurso e ações ao perfil da comunidade ou da região onde são promovidas. Apesar de existir uma base técnica de informação para os materiais promocionais como fôlderes e cartazes, esses são construídos pelos diferentes parceiros envolvidos, e adaptados às suas realidades. As diversas empresas em que a campanha foi realizada, por exemplo, produziram materiais próprios com o discurso que era mais comum naquele ambiente de trabalho. Na Arcelor Brasil, por exemplo, a campanha teve início em 2005 e já cadastrou mais de 40 mil novos doadores só na área de influência de cada uma das suas unidades. A iniciativa abrangeu todos os meios de comunicação como TV, revistas e jornais, atraindo a atenção e o apoio da imprensa local.

Segundo o gerente corporativo de relações institucionais da empresa, Robson de Almeida Melo e Silva, o diferencial da estratégia foi a participação dos diferentes públicos para a adequação do discurso e das ações. Assim, a Arcelor conseguiu envolver o poder público, escolas, igrejas, lideranças comunitárias e demais associações civis nesse esforço nacional nos estados onde foi realizada as campanhas. Por exemplo, nas escolas, foram distribuídas cartilhas com histórias em quadrinhos, que explicavam a importância da doação de medula óssea. As associações comerciais encarregaram-se da distribuição e da fixação de cartazes no comércio local. “Os excelentes resultados só foram possíveis graças à verdadeira solidariedade do povo brasileiro”, garante o gerente.

Mas como articular uma proposta nacional sem massificar o discurso? No INCA, merecem destaque duas iniciativas que deverão subsidiar e propiciar novas e mais efetivas estratégias de comunicação. Trata-se da pesquisa de opinião ‘A Concepção dos Brasileiros sobre o Câncer’ e da



Peças gráficas diversas produzidas em todo o País: discurso adequado ao público de cada localidade.

oficina de comunicação que reunirá profissionais dessa área das secretarias estaduais de saúde de todo o país no fim deste ano. A primeira iniciativa permitirá o aperfeiçoamento das estratégias de comunicação já utilizadas e a definição de novas abordagens. A segunda é um importante passo para a discussão e a formulação de uma nova política de comunicação para o controle do câncer mais democrática e abrangente.

A chefe da Divisão de Comunicação Social do INCA, Cristina Ruas, explica que as duas iniciativas chegam para fortalecer a atual abordagem nacional do câncer, com enfoque na prevenção e na promoção da saúde. O objetivo é trabalhar com o processo comunicacional de forma mais abrangente e que permeie toda a sociedade. Para ela, o uso adequado dessas informações pode salvar vidas. “Nossa meta é trabalhar com a saúde, não com a doença. E, para isso, é fundamental darmos voz à comunidade”, explica.

O CÂNCER NA CONCEPÇÃO DA POPULAÇÃO

A pesquisa do INCA ouviu 2.100 Pessoas a partir de 16 anos, em todo o Brasil. Dados preliminares de sete capitais - São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Florianópolis, João Pessoa e Goiânia - revelam que a maior parte da população ainda associa o câncer à dor e à morte, um preconceito que persiste, apesar da evolução no tratamento da doença. Por exemplo, em Goiânia, 50% das respostas definiam o câncer como morte ou doença sem cura, percentual que chegou a 43% na cidade de São Paulo. Os dados mostram que a população está bem informada sobre fatores de risco para o câncer, como o tabagismo. Em Florianópolis, Porto Alegre, João Pessoa e Goiânia, 100% dos entrevistados consideram que o fumo pode causar câncer. A população também reconhece os malefícios do consumo de bebidas alcoólicas. Mas, para outros fatores de risco, como alimentação inadequada, falta de atividades físicas e relações sexuais sem uso de preservativos, a associação com o câncer é menor. A partir dos resultados, o trabalho de comunicação para o controle do câncer poderá ser planejado de forma mais focada.

PESQUISAIDS

De maio de 2002 a maio de 2003 foi realizada uma pesquisa inédita com adolescentes e jovens de Curicica e Lins de Vasconcelos, no Rio de Janeiro, para identificar a melhor forma de trabalhar a comunicação sobre Aids. Enquanto as pesquisas tradicionais mostram apenas o quanto as pessoas aprenderam ou retiveram de informação após a campanha, a Pesquisaids surgiu com a proposta de identificar como o público articula essas mensagens em seu próprio meio, levando-se em conta seu acervo pessoal e social de informações, conhecimentos e opiniões. Desse modo, diferentes grupos de jovens elaboraram e produziram as próprias campanhas para, a partir



Janine Cardoso, da Fiocruz: não dá para insistir no modelo 'campanhista'. É preciso ampliar o diálogo!

sua análise, diagnosticar como as estratégias ou as políticas de comunicação na saúde interferiam no discurso e na tematização dessas comunidades.

O material e as estratégias desenvolvidas por cada grupo eram absolutamente diferentes, quase que opostas, o que vem corroborar a necessidade

de descentralização e de democratização desse instrumento para a promoção da saúde. Enquanto um grupo optou pela produção de vídeo documentário, o outro, mais ligado à cultura do *rap* e do *hip hop*, optou pela música *funk*. Em comum, apenas a reprodução dos discursos hegemônicos das campanhas, mas a forma e a linguagem eram distintas. Na música, observou-se ainda a reprodução do discurso e da postura dos primórdios das campanhas, quando se apelava para o medo como estímulo à determinada ação, conforme o trecho a seguir: “Se tu quer morrer / só depende de você / é só transar sem camisinha / que tu pega HIV (...) / se pegar essa doença / muito tempo tu não dura”.

Segundo a coordenadora do projeto pela Fiocruz, Janine Cardoso, ficou comprovado que, dentro de uma mesma comunidade, grupos distintos não dialogam entre si. “Eles se vestem, falam e pensam diferente. Definitivamente, não há diálogo. Como podemos insistir nos ultrapassados modelos de comunicação ‘campanhista’?”, questiona.

BREVE HISTÓRICO DA COMUNICAÇÃO NA SAÚDE

No Brasil, o processo de intervenção social sempre privilegiou o modelo ‘campanhista’, que aposta na comunicação como instrumento para modificar comportamentos e hábitos considerados prejudiciais ao indivíduo e à comunidade. As primeiras iniciativas foram institucionalizadas com a Reforma Carlos Chagas (1920-24), que surge como a primeira tentativa de instituir uma política nacional de saúde. Desde o início, o conjunto de formulações e propostas caracterizava-se pela centralização das ações nas instituições federais. As ações, por sua vez, adotavam um caráter de ‘pedagogia civilizatória’, com enfoque no saneamento, na higiene e na educação da população. Na Era Vargas, estruturou-se uma política de propaganda governamental extremamente eficiente e sistematizada para defesa do governo. As estratégias publicitárias tornaram-se o foco principal das ações de comunicação desenvolvidas pelo Estado. Na década de 80, o processo de redemocratização fez avançar o conceito de saúde pública, agora vinculada às condições de vida, que culminou na Reforma Sanitária Brasileira, promovendo a descentralização política e administrativa do SUS. A pesquisadora Janine Cardoso destaca dois marcos históricos nesse processo: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), quando, pela primeira vez, discutiu-se a comunicação como insumo na abordagem da saúde, e questionou-se o ultrapassado modelo campanhista; e a 12ª Conferência (2003), quando a comunicação estreou como um item específico da programação, discutindo-se sua importância para o controle social. Na década de 90, vale ressaltar a contradição entre os preceitos legais que regem o sistema público de saúde e o projeto neoliberal. “Enquanto as diretrizes do SUS indicam claramente a necessidade de ampliar quantitativa e qualitativamente a ação estatal, a política neoliberal adota o receituário de Estado mínimo, e suas estratégias de privatização e redução dos gastos públicos”, explica a pesquisadora. Dessa forma, promoveu-se a expansão dos planos de saúde privados, que canalizaram as demandas da classe média e do movimento sindical, promovendo a idéia de que o SUS é para os pobres. A partir daí, o controle social começa a ganhar espaço, com o fortalecimento da participação social nos conselhos de saúde, o que dá início ao esforço de superação da tradição centralizadora estatal e de democratização da saúde. ■

política

OS RISCOS QUE AS NOVAS TECNOLOGIAS PODEM TRAZER PARA A SAÚDE

Os dilemas da incorporação tecnológica

A pesquisa terapêutica é movida pela tentativa de descobrir novos, eficazes e mais seguros tratamentos para as doenças. No entanto, a incorporação tecnológica na área da saúde esbarra nos riscos e nos dilemas do uso indiscriminado das inovações. Isso porque, algumas vezes, essas são admitidas quando ainda não foram testadas plenamente, sem os devidos estudos pré-clínicos e clínicos. Em outras situações, a segurança é posta em xeque por conta do pouco tempo de implantação da tecnologia no mercado. E as discussões não páram por aí. Há ainda o dilema da relação entre os custos de determinada tecnologia, as restrições a sua eficácia, as limitações de prevenção e de indicação.

De fato, ninguém pode questionar a importância da análise cuidadosa e ampla das implicações éticas e sociais na avaliação tecnológica. Afinal, são muitos os interesses e os diferentes pontos de vista envolvidos nesse processo de incorporação. O Ministério da Saúde lida regularmente com as diferentes posições de cada um dos envolvidos nos processos. São eles: produtor (indústria farmacêutica e de equipamentos), gestor público, profissional de saúde, paciente e familiares. A consultora técnica em oncologia da Coordenação de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, Maria Inez Gadelha, alerta que todos são, de alguma forma, objeto de pressão e, geralmente, é o governo quem sofre a maior delas. “Cabe às instituições

governamentais exercer pressão não contrária, mas para que a incorporação seja criteriosa, abrangente, atingindo o maior número de pessoas, e não descumpra normas”, explica.

No Brasil, décimo mercado mundial na área da saúde, todas as pesquisas com seres humanos são reguladas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Ela estabelece uma série de critérios e exigências para coibir abusos e a exposição dos usuários aos riscos ou efeitos colaterais das inovações. Todos os projetos encaminhados à Comissão devem detalhar o universo da amostra, as condições de pesquisa, o objeto de análise, o prazo de observação e a conclusão, entre outras normas. Tudo para evitar que o paciente ou usuário se transforme em cobaia.

A etapa seguinte é o registro de medicamentos e produtos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lá, os registros são analisados pela Gerência de Pesquisa, Ensaio Clínico, Medicamentos Biológicos e Novos (GEPEC). O órgão é responsável não só pelo registro inicial dos medicamentos, como também pela avaliação de protocolos de pesquisa e de todas as alterações pós-registro. Por exemplo: qualquer alteração da formulação, do local de fabricação ou do prazo de validade. Tudo é regulamentado e fiscalizado.

A análise do registro de medicamentos novos envolve basicamente três etapas. A primeira é a documental farmacotécnica, quando é feito o controle de qualidade das matérias-primas, o relatório de produção, o controle de qualidade do produto acabado e estudos de estabilidade. A segunda etapa é clínica: avalia a eficácia e a segurança do produto. Logo após, começa a última etapa do registro, quando é realizada a análise do preço do medicamento registrado, sob responsabilidade do Núcleo de Assessoramento Econômico em Regulação da Anvisa.



Maria Inez Gadelha: “paciente não pode ser cobaia.”



Franklin Carrero

Inicialmente, é feito o controle de qualidade do produto.

O diretor-presidente da Anvisa, Dirceu Raposo de Mello, alerta que, mesmo com todo cuidado tomado, eventualmente, surgem reações adversas, mais ou menos raras. “Pior seria deixar de investigar possibilidades de tratamento de doenças, por receio das reações adversas”, admite.

Há casos históricos de efeitos inesperados, como o do xarope de sulfanilamida, em 1937, que continha uma substância, o dietilenoglicol, que provocou a morte de 107 pessoas por insuficiência renal, em menos de um mês. O uso da talidomida (entre 1958-62) também ficou conhecido, quando a medicação utilizada para enjoos durante a gestação provocou mais de dez mil casos de focomelia (desenvolvimento defeituoso de braços e/ou de pernas) em todo o mundo. Mais recentemente, o antiinflamatório diclofenaco foi associado a patologias cardiovasculares. Outro caso marcante é o do tratamento de reposição hormonal na menopausa que foi amplamente difundido, mas, hoje, há estudos que o relacionam ao aumento da incidência do câncer de mama.

Ciente dos riscos da incorporação de tecnologias a essa área, o governo federal tem posto em prática várias medidas para reduzi-los e ainda dar mais agilidade ao processo. Desde janeiro de 2006, o Ministério da Saúde determinou, por meio da Portaria nº 152, a criação da Comissão para Incorporação de Tecnologias em Saúde (CITEC), vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). O Comissão formulou um fluxo organizado de itens para inclusão na área da saúde. A partir daí, todas as demandas de novos procedimentos, técnicas, protocolos ou medicamentos passaram a ser obrigatoriamente endossados, ou não, pela Comissão. Então, a CITEC formula recomendações que podem ser negativas, positivas ou com



Duda Vian

Se aprovado, segue para a avaliação clínica.

ressalvas, podendo indicar, por exemplo, novos protocolos ou preços mais baixos. Sempre que necessário, a Comissão conta com consultoria externa de especialistas nas áreas em que a tecnologia em análise poderá ser aplicada.

Em outra frente, a Anvisa instituiu um programa de farmacovigilância. Trata-se de uma parceria com hospitais, que passam a atuar como 'sentinelas' para detectar e notificar a ocorrência de reações adversas no uso de quaisquer tecnologias. A Agência também disponibiliza o serviço eletrônico *Notivisa*, pelo qual profissionais de saúde e pacientes podem notificar efeitos colaterais, pela internet (www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/cadastro.htm).

Quanto aos preços, a Anvisa adota medidas de proteção à população. De modo geral, a Agência se resguarda e garante que o novo registro não implique em aumento de custo sobre um similar já comercializado. Mesmo os medicamentos com engenharia nova, que tenham custo de patente e que tragam real ganho para o tratamento, não podem ter preço superior ao menor valor praticado para o mesmo produto em dez países (Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos da América, França, Grécia, Itália, Nova Zelândia, Portugal e o país de origem do produto). Já para o caso de produtos originais, o preço de venda é calculado pela comparação de custo de tratamento com as opções terapêuticas já existentes no mercado brasileiro. A regulação do mercado e o estabelecimento de critérios para a definição e o ajuste de preços são feitos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento (CMED). "Os consumidores não estão desamparados", garante o presidente da Anvisa, Dirceu Raposo.

CUSTO E BENEFÍCIO

Se já existem controvérsias quanto à segurança das inovações, a questão fica mais polêmica quando esses avanços estão associados a altos custos, principalmente quando não há real garantia de sua eficácia. No caso do SUS, esse problema ganha uma proporção ainda maior. De um lado, há a necessidade de reduzir custos para os cofres públicos. Do outro, há muita influência e pressão política e econômica para entrar nesse mercado bilionário. Mas todo o volume de demandas da CITEC é julgado com critérios objetivos, bem fundamentados e com mecanismos claros. Cada processo deve analisar se aquela inclusão é realmente vantajosa para o SUS. O coordenador, Vinicius Pawlowski, explica que o SUS é um mercado muito atraente por representar um grande comprador. E dimensiona: "uma decisão de incorporação de tecnologia no setor público representa o acesso a alguns milhões de usuários de uma única vez". O tempo médio para aprovação e incorporação de novas tecnologias no mercado internacional é de até 18 meses. No Brasil, não há estatísticas de duração média, nem prazo predeterminado. Para tornar mais rápido esse processo, Vinicius Pawlowski alerta que freqüentemente as indústrias apelam judicialmente para a liberação da comercialização por força de liminar. "As decisões não têm nem respaldo científico", lamenta. A prática condenada por especialistas e estudiosos da saúde está registrada em números. De acordo com dados da assessoria jurídica do Ministério da Saúde, somente de janeiro a abril deste ano, foram instauradas 237 ações judiciais. A preocupação com a inclusão de tecnologias foi tema de um seminário internacional realizado em junho deste ano, em Barcelona (Espanha). O objetivo é padronizar mundialmente protocolos clínicos e de pesquisa para a incorporação de tecnologias. O Brasil foi representado pela secretária de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, Suzanne Serruya, que anuncia: está em fase de elaboração a Política Nacional de Gestão de Tecnologias. ■

De olho na herança genética

São comuns os casos de câncer recorrentes numa mesma família. Há até mesmo um certo receio ou temor dos parentes sempre que isso ocorre. Apesar disso, especialistas estimam que apenas 5% a 10% de vários tipos de câncer estão associados à predisposição e às síndromes hereditárias. No Brasil, estudos reforçam o risco aumentado de desenvolvimento de certos tipos de câncer quanto maior o grau de parentesco com o paciente. O fato é que, hoje, são conhecidos vários genes que, em caso de alteração, são associados à alta predisposição ao desenvolvimento da doença. Há ainda fatores genéticos que tornam certas pessoas mais sensíveis à ação dos carcinógenos ambientais. Mas, graças aos avanços tecnológicos de diagnóstico e tratamento, quase todos podem ser diagnosticados precocemente, sempre que identificado o risco hereditário.

Nesse sentido, a abordagem do câncer no País ganha um importante aliado: a Rede Nacional de Câncer Familiar. A função da nova rede é dar suporte à pesquisa clínica e à sócio-epidemiológica, além de incrementar estratégias de controle e prevenção do câncer familiar, cujas causas são associadas a uma combinação de fatores ambientais e genéticos. A identificação de indivíduos em risco para câncer hereditário é importante porque as medidas de rastreamento intensivo favorecem diagnósticos mais precoces. A meta é delinear ações a serem adotadas em toda a rede, para prevenção, redução de risco e procedimentos de reparação.

O projeto, coordenado pela Divisão de Gené-



O coordenador da rede Hector Seuáñez exhibe imagem em detalhe dos cromossomos

tica do INCA, tem a participação de vários centros de referência em oncogenética, situados em pontos estratégicos, em todas as macro-regiões do País. Serão ao todo 63 participantes de oito cidades brasileiras, incluindo 13 centros de referência, entre os quais Universidade Federal do Pará (UFPA), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), entre outros.

O programa tem o apoio do CNPq e faz parte da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica formulada pelo Ministério da Saúde, que pretende estruturar serviços especializados em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), que promovam a atenção integral em Genética Clínica.

Basicamente, a rede funciona assim: os centros assumem o treinamento em genética e as atividades assistenciais, e reúnem informações clíni-



Fotos: Duda Yian

Processos químicos isolam o DNA das amostras

cas e epidemiológicas para identificar os riscos de desenvolvimento do câncer hereditário a partir de qualquer mutação associada à doença. Também serão coletadas amostras para criar um banco de tumores hereditários, que poderá ser acessado por pesquisadores de todo o País. Para Juan Clinton Llerena Jr, geneticista do Instituto Fernandes Figueira, unidade hospitalar de pesquisa médica da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, a vantagem da nova rede é, além de agregar conhecimento e minimizar custos, consolidar protocolos clínicos e terapêuticos em âmbito nacional.

Cabe aos laboratórios do INCA e dos demais centros participantes o seqüenciamento de DNA para identificar mutações relacionadas ao câncer e implantar técnicas de diagnóstico molecular. Para assegurar a qualidade dos testes, seguem uma série de parâmetros. Sempre que alguma alteração é encontrada em determinado teste, ele é refeito. “Quando o resultado de algum teste é positivo, há uma probabilidade muito grande de o tumor ser decorrente daquela mutação genética, mas é preciso todo o cuidado para ter precisão”, explica o geneticista e coordenador-geral da Rede de Câncer Familiar, Hector Seuánz Abreu. O geneticista clínico, Fernando Regla Vargas, no aconselhamento genético do INCA há sete anos,

acrescenta que, se não houver alteração genética na amostra, o teste é considerado inconclusivo.

As análises são repassadas aos médicos responsáveis por cada caso em alguma das unidades da rede. Sempre que identificada uma alta predisposição ao desenvolvimento da doença, o paciente ou familiar prossegue com o aconselhamento genético. O objetivo é propor, para esses indivíduos e famílias, uma estratégia de vigilância, que permita uma identificação precoce do tumor, ou de prevenção.

O aconselhamento genético é precedido de algumas consultas. Trata-se de uma abordagem multidisciplinar geralmente coordenada por um médico geneticista. É fundamental que todos os profissionais envolvidos tenham um treinamento especializado em genética.

O serviço garante total privacidade e confidencialidade das informações. Somente o paciente e, em alguns casos, a família têm acesso aos dados. Nos laboratórios, as amostras são anônimas e os resultados codificados. Fernando Regla Vargas garante que o termo de consentimento livre e esclarecido é essencial e obrigatório para qualquer indivíduo a ser testado pelos estudos genéticos. No caso das investigações familiares, geralmente a pessoa que procura o aconselhamento atua como mensageiro ou intermediário dos familiares.

Essa é uma área que envolve um processo de comunicação muito delicado entre o profissional, que é o aconselhador, e o paciente. A informação é basicamente genética, mas pode trazer à tona um risco ou despertar uma preocupação que pode causar muito impacto ao paciente ou grupo familiar. Para isso, a Rede segue recomendação da Organização Mundial da Saúde e oferece atendimento multidisciplinar, que inclui acompanhamento psicológico e assistência social.

Segundo o geneticista do IFF, Juan Clinton Llerena Jr, cada paciente reage a seu modo, mas garante que os dilemas éticos e profissionais são comuns nesse tipo de atendimento.

O tipo de orientação ou procedimento que é sugerido ao paciente é específico para cada caso. Mas uma das premissas do aconselhamento é não tomar posição, apenas apresentar ao paciente todas as possibilidades aplicáveis para se reduzir cada risco ou predisposição genética identificada. A orientação médica deve ser informativa e não-diretiva. A decisão final é sempre do paciente. ■

social

TRABALHO VOLUNTÁRIO PROMOVE A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE



Exercitando a cidadania

A medicina não pára de evoluir para possibilitar a cura e amenizar o sofrimento de pacientes, especialmente daqueles que têm doenças crônicas, como o câncer e a AIDS. Mas não bastam recursos, avanços técnicos e profissionais renomados, se faltar conforto psicológico e atendimento humanizado. Muitas vezes deparamos com ambientes bem equipados e confortáveis, mas frios, sem alma. O que tem feito diferença e ajudado a promover a humanização da saúde é a força de vontade e o comprometimento de pessoas que, cada vez mais, se dedicam ao trabalho voluntário.

A palavra “voluntário” vem do latim *voluntariu* e significa vontade própria, ato espontâneo. Segundo definição da ONU, “o voluntário é o jovem ou adulto que, devido ao seu interesse pessoal e ao seu espírito cívico, dedica parte do seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividade, organizadas ou não, de bem-estar social, ou outros campos”. No Brasil, o voluntariado sempre esteve historicamente associado à motivação religiosa e à assistencialista. Hoje, há um consenso entre grupos e pessoas envolvidas com esse tipo de trabalho: valores como caridade e compaixão perdem espaço para cidadania, responsabilidade social e solidariedade.

Para a coordenadora do INCAvoluntário, Emília Rebelo, o voluntário precisa ser engajado, participante e consciente de que está mudando a realidade, e não fazendo caridade. Mais que isso, precisa saber da sua importância para a instituição onde atua. “O espírito cívico e o comprometimento são primordiais, porque o voluntário não trabalha quando quer ou quando pode. Há um compromisso que deve ser cumprido com regularidade”, explica. A presidente da Casa Ronald, Sônia Neves, complementa: “Ao assumir um compromisso como esse, nos tornamos uma referência e um ponto de apoio tanto para pacientes quanto para a própria instituição”.



Darcia Vian

Maria Rosária justifica: “Faço porque gosto de gente”.

Em geral, o trabalho voluntário nasce de um impulso pessoal, solidário e de forte caráter emocional, como aconteceu com Lindalva Franco de Araújo, de 57 anos. Ao descobrir o câncer de mama, de útero e de abdômen, ela conta que foi abandonada pela família e acabou perdendo tudo o que tinha. Mas, após o término do tratamento, pôde resgatar a cidadania no ateliê do INCAvoluntário, onde aprendeu artesanato e passou a vender bolsas e chinelos. Com a renda, comprou cama, colchão, TV e telefone. “Hoje sou alguém e ajudo minha mãe. Se não fosse o aprendizado nas oficinas junto ao voluntariado, eu estaria na rua”, emociona-se.

De acordo com a pesquisa da doutora em Psicologia Clínica, pela PUC de São Paulo, Eliana Ribas, a média de horas dedicadas ao voluntariado é de 74 horas por ano, ou 6 horas mensais, sendo que 58% concentram-se nas instituições religiosas e apenas 6,5% na área da Saúde. Segundo pesquisa do Datafolha realizada em 2001, há uma predominância de mulheres (56%), a maioria (44%) acima de 40 anos, e da classe média - 36% são da Classe B, 33% da C, 19% da D e apenas 12% da A.

Aos 53 anos, Maria Rosária encaixa-se nesse perfil. Sua rotina está dividida entre os cuidados com a casa e a família, e sua grande paixão: o tra-

balho voluntário. “Ajudar essas pessoas e poder oferecer algum conforto é o que me motiva”, explica. O trabalho que, a princípio e por lei, seria realizado uma vez por semana, em jornadas de quatro horas, acaba se estendendo por abnegação e dedicação da própria voluntária. Integrante do INCAvoluntário, seu horário na recreação infantil é das 11h às 14h, mas ela sempre chega mais cedo e acaba saindo bem mais tarde. “Chego aqui com vontade de doar, mas o que recebo em troca não tem preço. Hoje, não imagino minha vida sem o sorriso destas crianças”, explica.

Para os pacientes, o apoio significa muitas vezes melhor resposta ao tratamento. É o caso de Walter Storino, de 38 anos, que, submetido a uma laringectomia total, em decorrência de um tumor nas cordas vocais, só se recuperou da depressão e reaprendeu a comunicar-se graças ao apoio de uma voluntária, Joenir Daumas. Ex-paciente submetida à mesma cirurgia e já totalmente recuperada, ela o convenceu a participar do grupo de apoio aos laringectomizados, promovido pelo INCAvoluntário. Lá, aprendeu os exercícios com a filha, o que o ajudou muito. “Com um mês de grupo, eu já falava com a voz esofágica. Mas, não fosse o apoio de uma voluntária, eu não conseguiria”, conclui.

Nem só de motivação pessoal sobrevive o voluntariado. Cabe à instituição valorizá-lo por meio de treinamentos, reciclagens e cursos que permitam a qualificação dos seus serviços. No INCA, por exemplo, a capacitação é feita por meio de cursos, palestras e seminários realizados regularmente, além do constante intercâmbio de experiências com outras instituições e grupos voluntários. Para preparar-se e ambientar-se onde o trauma da morte é constante, os voluntários precisam de até um ano de treinamento, dividido em três etapas. Na primeira, os candidatos conhecem o que é e como funciona o Instituto.

Segundo Emília Rebelo, muitas pessoas são desestimuladas a continuar o processo de seleção e formação ou porque chegam com a esperança de aumentar as chances de contratação para algum emprego formal no INCA, ou por não terem uma exata noção das exigências para esse tipo de trabalho. Na segunda etapa, os voluntários fazem a inscrição conforme a aptidão e a disponibilidade de horário. Por último, são entrevistados pelo coordenador da atividade e, se aceitos, passam para o treinamento, que conta com a orientação de médico, enfermeira, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. Numa das seleções, de 1.400 candidatos apenas 100 foram aprovados.

Na Associação Saúde Crianças Renascer, organização que auxilia na reestruturação familiar de pacientes infantis do Hospital Lagoa, no Rio de Janeiro, não poderia ser diferente. A coordenadora da equipe de mães voluntárias, Mirtha Cuitino, de 63 anos, dedica-se à Associação há 14 anos e defende o rigoroso processo de seleção. O objetivo é avaliar e preservar a condição psicológica do próprio voluntário, que poderá ser preparado para executar uma atividade mais próxima de seu perfil. “Dependendo da função, não podemos aceitar pessoas muito emotivas”, cita. Hoje, a ASCR conta com 140 voluntários e mais 38 funcionários que atendem a 250 famílias e 850 crianças e adolescentes.

São três unidades de atendimento: Sala de Recreação do Hospital da Lagoa, Sede, no Parque Lage, e Casa das Oficinas/Administração, no Jardim Botânico. A Associação oferece um plano de ação familiar, estruturado em cinco áreas: saúde, profissionalização, moradia, educação e cidadania. Professora particular e tradutora, Mirtha adequou sua rotina ao atendimento auxiliar às famílias dessas crianças o qual, segundo ela, é motivado pela necessidade da população e o descaso dos governantes com os que precisam. “Minha maior recompensa vem do reconhecimento das mães e da melhora das crianças”, afirma.

E de onde vem o dinheiro para manter toda essa



Duda Vian

estrutura? Doações de pessoas físicas e jurídicas, além de convênios. É assim em praticamente todos os grupos e instituições de trabalho voluntário. A Casa Ronald disponibiliza, em seu site, um quadro de prestação de contas, com uma listagem completa de tudo o que é consumido mensalmente em suas dependências, da alimentação à higiene. Mas a presidente e voluntária, Sônia Neves, garante que a maior parte das doações é de depósitos em conta corrente. A Instituição foi criada em 1994, por influência do então diretor-geral do INCA, Marcos Moraes, idealizador de um espaço onde as crianças pudessem se hospedar durante o início do tratamento, fase em que precisam ficar diariamente no hospital.

Os fundadores da Casa Ronald eram voluntários do próprio Instituto e vivenciavam as dificuldades das crianças e das mães em manterem o tratamento. Para o INCA,

UMA LEGÍTIMA ‘LEOA DO NORTE’

“Eu sou mameluco, sou de casa forte, sou de Pernambuco, eu sou o leão do Norte”. O refrão da canção de Lenine e Paulo César Pinheiro poderia ter sido inspirado pela história de outra pernambucana: Mirian Rangel Rodrigues. Ela é um exemplo de dedicação e compromisso voluntários. Mãe de três filhos, hoje, aos 69 anos, orgulha-se da instituição que ela mesma fundou há 37 anos, na garra e na coragem: a Apada – Associação de Pais e Amigos do Deficiente Auditivo, localizada em Niterói. O projeto começou em julho de 1969, logo que sua filha caçula perdeu totalmente a audição, uma seqüela da meningite contraída aos dois anos. Na época, recém-chegada de Recife, sua cidade natal, enquanto ainda se adaptava à nova cidade, batia de porta em porta das escolas e creches, que insistentemente se recusavam a receber crianças surdas, como sua filha. “Só havia escola para este tipo de deficiência após os sete anos. Como eu poderia aceitar isso? Resolvi então fundar minha própria creche”, resume. Seu primeiro passo foi correr todas as escolas pedindo a indicação e os contatos de outros pais na mesma situação. “Meu objetivo era que nos uníssemos e concretizássemos aquele projeto, mas o primeiro encontro foi uma ducha de água fria”, revela. Incrédulos, todos a aconselhavam a desistir, mas Mirian não desanimou e continuou a busca por parceiros até que, em 20 de novembro do mesmo ano, fundou a Apada. Hoje, a instituição conta com 70 funcionários. Atende, só na creche, a mais de 60 crianças de até seis anos. Tem clínica especializada, conveniada ao SUS, com uma média de 40 atendimentos diários, que incluem psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia e serviço social. Apenas os diretores são voluntários. A Associação também forma anualmente 150 pessoas da comunidade em Libras, a linguagem dos surdos, e oferece, em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF), curso profissionalizante de intérprete. Desde a sua fundação, cerca de 20 mil crianças deficientes auditivas passaram pela Apada. “Me orgulho de todos os nossos ex-alunos que, graças a este trabalho, levam uma vida social e profissional absolutamente normal”, diz, exultante. Entre os serviços diferenciais, a Associação recebe, em suas dependências, sempre uma vez por semana, os irmãos ouvintes de seus alunos. Eles também aprendem a linguagem dos sinais, facilitando a interação com as outras crianças. A Apada é ainda a primeira Central de Intérpretes de Sinais, que disponibiliza gratuitamente acompanhamento para deficientes auditivos a delegacias, a audiências, ou mesmo para o atendimento em espaços públicos. A fundadora e diretora social, Mirian Rangel, não pára por aí. “Ainda este ano sai do papel nosso projeto de uma panificadora-escola, que oferecerá curso profissionalizante aos deficientes. A renda ainda auxiliará no financiamento de nossa estrutura”, anuncia.

a parceria foi fundamental, pela possibilidade de disponibilizar mais leitos a quem realmente precisava. “Eram comuns os casos de crianças que, embora necessitassem apenas do tratamento ambulatorial, residiam muito longe do hospital e acabavam ocupando o leito pela falta de condições e recursos para o transporte”, lembra Sônia.

O INCAvoluntário existe desde 2001, mas o voluntariado surgiu com a própria Instituição, há 70 anos. Hoje, já são mais de 700 voluntários que trabalham com ações educacionais, recreativas, de integração social e lazer. O objetivo é proporcionar o bem-estar não só aos pacientes do instituto e a seus familiares, como também à comunidade em geral. “Tentamos recuperar certos valores, principalmente a solidariedade e a cidadania. Afinal, o hospital é voltado para a vida, não para a doença”, afirma Emília Rebelo. ■

Para saber mais sobre o trabalho das instituições citadas, acesse:

- . Associação Saúde Crianças Renascer (www.criancarenascer.org.br)
- . Apada – Associação de Pais e Amigos do Deficiente Auditivo (www.apada.org.br)
- . Casa Ronald (www.casaronald.org.br)
- . INCAvoluntário (www.inca.gov.br)

Preservando a auto-estima

Símbolo de feminilidade, erotismo e maternidade, a mama carrega uma série de valores culturais e sociais ao longo da história da humanidade. Quando uma mulher recebe o diagnóstico de câncer de mama, o trauma físico e psicológico é muito grande. A boa notícia é que a reconstrução mamária acompanhou a evolução da doença e, hoje, é um dos ramos da cirurgia plástica que mais se desenvolveram nos últimos 20 anos. Atualmente, é consenso entre os principais centros de referência no tratamento de câncer privilegiar a reconstrução mamária imediata (no mesmo procedimento cirúrgico da mastectomia) ou precoce (logo após a mastectomia), sempre que o perfil e o quadro do paciente permitirem.

Essa nova abordagem tem garantido melhores resultados não só estéticos, mas principalmente clínicos. Justamente por resgatar o bem-estar, a auto-estima e a vontade de viver das pacientes, eliminando a sensação de mutilação, elas respondem melhor ao tratamento, integrando-se social e profissionalmente. É o que defende o chefe da cirurgia plástica do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Paulo Leal. “É evidente que o fato de o paciente não se sentir mutilado interfere positivamente na resposta ao tratamento. Influi até no relacionamento com a equipe, com a família ou com a sociedade. O benefício social é inquestionável”, afirma.

O mastologista e cirurgião plástico João Carlos Sampaio Góes, diretor técnico-científico do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), concorda,



A evolução técnica minimiza a retirada da mama e facilita restauração.

mas alerta para os casos em que o estágio da doença exige primeiramente o tratamento para, somente após a cura, realizar-se a reconstrução. Segundo o diretor, a reconstrução imediata deve ser vista como parte do tratamento, por estar associada à maior disposição do paciente para os tratamentos complementares, como a quimio e a radioterapia.

Sob o aspecto oncológico, a reconstrução imediata torna a mastectomia ou a retirada do tumor muito mais segura em relação ao risco de recidiva (reincidência da doença). Isso porque antes, por exemplo, evitavam-se a retirada completa da mama e a mutilação nos casos de pacientes muito jovens. Hoje, por tratar-se de um procedimento muito mais seguro e eficiente, pode-se optar por uma extração mais completa e segura, com a garantia de preservar o bem-estar e auto-estima da paciente.



Julio Vieira

“A imediata reposição anatômica apresenta um resultado muito superior porque aproveita tecidos de boa qualidade, que proporcionam melhor cicatrização”

JOÃO CARLOS GÓES

Do ponto de vista técnico e estético, esse procedimento acumula outra série de vantagens. Na reconstrução tardia, deve-se aguardar a cicatrização da mastectomia, o que causa uma retração da pele e dos tecidos na região e a formação de fibrose, um tecido cicatricial. O resultado é sempre menos natural e harmônico. “A imediata reposição anatômica aproveita tecidos de boa qualidade, que proporcionam melhor cicatrização”, afirma João Carlos Góes.

Segundo os especialistas, a única desvantagem é que o custo da cirurgia é maior. Contra-indicações só existem para pacientes de idade bem avançada, ou que clinicamente não sejam indicadas para uma cirurgia longa. Para o chefe da Cirurgia Plástica do INCA, apesar do elevado custo inicial, a nova abordagem permite uma desoneração do tratamento a longo prazo, graças ao bem-estar e à melhor resposta das pacientes.

A duração da cirurgia varia de duas a oito horas, conforme a complexidade do caso e do tipo de técnica empregada, que basicamente são três: autóloga (que utiliza tecido do próprio paciente), implante (que utiliza prótese) e mista (que combina o uso de prótese com o tecido do paciente). O fato é que nem todas as

técnicas servem para todos os casos. O importante é o cirurgião dominar as técnicas de reconstrução para poder escolher a mais indicada apropriada a cada caso. João Carlos Góes, do IBCC, alerta: “Esta não é uma cirurgia muito simples. Deve ser feita por cirurgião plástico especializado, mas ainda são comuns os casos de reconstrução malfeita”.

Há evidências de que as técnicas que usam exclusivamente próteses são menos onerosas, porém mais custosas numa visão global do tratamento. Resumidamente, a prótese pressupõe sua manutenção, como nos casos de endurecimento. As técnicas autólogas, nas quais se usa exclusivamente o tecido do próprio paciente são, em princípio, mais onerosas, porém mais eficientes a longo prazo. “O uso exclusivo de tecido da paciente implica maior custo, maior tempo de internação e recuperação, mas têm resultados mais estáveis e eficientes”, explica Paulo Leal.

Alguns cirurgiões e mastologistas ainda defendem a radioterapia, tratamentos complementares e o controle de recidiva local, antes de dar início à reconstrução. Mas João Carlos Góes garante que o controle de recidiva local é o mesmo, com ou sem reconstrução mamária. “A reconstrução em si não é prejudicial com os tratamentos adjuvantes atuais”, discorda. E Paulo Leal completa: “A reconstrução imediata em nada interfere nos casos de recidivas. Basicamente, não deixamos vestígios de tecido que possa vir a desenvolver ou dar continuidade àquele câncer. A distância, o câncer é combatido pela droga, pelo tratamento em si”.

De modo geral, o pós-operatório é tranquilo. O período médio de internação, mesmo nas cirurgias maiores de retalho abdominal (técnica autóloga), é de três dias, com boa recuperação em 30 dias. Algumas dessas cirurgias são feitas em um só tempo; outras, em duas ou três etapas. Hoje, o procedimento é rotineiro nos maiores centros de tratamento de câncer do mundo. Só no INCA, de 2000 a 2005, foram realizados 1.026 procedimentos semelhantes, com uma média atual de 20 a 30 por mês. ■

Duda Vian



Paulo Leal: Quanto melhor a condição psicológica, melhor o resultado de todo o tratamento.

Uma vacina à procura de uma política

Recebida com entusiasmo pelo avanço científico que representa e pela possibilidade de revolucionar a prevenção do câncer do colo do útero, a vacina anti-HPV precisa ser avaliada com olhar mais cuidadoso. Liberada para comercialização no país pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em agosto de 2006, a vacina destina-se a quatro entre as dezenas de subtipos do vírus HPV. Os primeiros testes mostram uma elevadíssima eficácia contra os subtipos 16 e 18, associados a 70% dos casos de câncer do colo do útero. No entanto, embora relevante, esta é apenas uma peça de um complexo quebra-cabeça.

O HPV é um vírus quase universal na população humana, transmitido por via sexual, e sua infecção costuma transcorrer sem sintomas e regredir espontaneamente, sem tratamento, na maioria dos casos. O câncer cervical não é uma doença contagiosa, que pode ser transmitida pelo contato casual, mas uma enfermidade cuja história natural oferece diversas e bem conhecidas oportunidades de intervenção com sucesso. Trata-se de uma doença absolutamente passível de prevenção e, caso essa não ocorra, durante sua lenta evolução, as lesões precursoras podem ser rapidamente curadas em ambiente ambulatorial.

A vacina anti-HPV apresenta cerca de 98% de efetividade contra os dois principais subtipos cancerí-

genos do HPV (16 e 18), se utilizada em mulheres não expostas, isto é, antes da iniciação sexual, sem que jamais tenham tido contato com vírus. Caso contrário, a efetividade reduz-se a apenas 17%.

Será que as jovens vacinadas poderiam criar uma falsa sensação de proteção quanto à necessidade de sexo seguro? As mudanças nos hábitos de vida são um fator de forte impacto na prevenção. Estudo recente publicado no *New England Journal of Medicine* mostrou que o uso regular de preservativo reduz em 70% o índice de contaminação pelo HPV. A implantação da vacina não exclui a necessidade de manutenção do exame preventivo regular, entre outras razões, porque ainda não se sabe se, ao prevenir a infecção pelos dois subtipos mais carcinogênicos, se criará oportunidade para que outros subtipos se tornem preponderantes. Um relatório de 2006 da *European Medicines Agency* (a equivalente europeia do FDA americano) indica que a incidência da infecção por HPV devida a outros subtipos aumentou nas mulheres vacinadas.

Entre as diversas lacunas do conhecimento atual, também não se sabe quais serão as consequências a longo prazo da vacinação. Haverá necessidade de reforço, tal como ocorre com a vacina antitetânica? Com que regularidade? Essa possibilidade teria grande impacto sobre o financiamento de um procedimento já extremamente caro. Entre nós, a aplicação de uma única dose da vacina (são preconizadas três), somente em meninas de 11 anos de idade, significaria 2,3 vezes o custo total do eficiente Programa Nacional de Imunização. Embora necessitando de mais esclarecimento, relatório recente do FDA informa já terem sido documentadas mais de 1.600 reações adversas, incluindo três mortes por trombose.

Em todo o mundo, as vacinas tornaram-se reconhecidas como instrumentos de políticas de saúde pública, por sua efetividade na proteção contra agentes de doenças e seu custo-efetividade. Seu princípio fundamental - a inoculação de amplos segmentos de uma população susceptível a criar resistência à expansão do agente infeccioso, protegendo a população inteira e reduzindo a possibilidade de uma epidemia - não é aplicável ao HPV. Nesse caso, haveria necessidade de que toda a população mas-

culina também fosse vacinada, já que os homens constituem o reservatório primário do vírus e fonte da reinfecção contínua das mulheres.

No Brasil, reduzir a incidência e a mortalidade resultante do câncer do colo do útero é prioridade de governo, incluída no Pacto pela Vida. Desde 1984, o Ministério da Saúde realiza um programa de rastreamento, tendo por principal instrumento o exame preventivo Papanicolaou (11 milhões de exames/ano). Recorre também a um sistema informatizado para gerenciamento das ações, à sistemática capacitação de profissionais e ao monitoramento da qualidade dos exames. Até o momento, apenas se obteve a interrupção do crescimento da curva de incidência. Resta muito a progredir, pois o câncer do colo do útero ainda é o segundo mais comum na população feminina. Nossas preocupações se dirigem, principalmente, às mulheres dos segmentos mais pobres da população que não realizam o exame preventivo com regularidade. Essas brasileiras precisam de uma rede de serviços de saúde estruturada e eficiente, que permita realizar o exame preventivo com facilidade e, se for o caso, tratar lesões iniciais no colo do útero.

Em julho deste ano, o Ministério da Saúde (MS) criou um Grupo de Trabalho Assessor, formado por especialistas de diversas áreas do próprio Ministério, da Fiocruz e do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, para analisar a oportunidade e as condições de incorporação da vacina anti-HPV ao Programa Nacional de Imunizações (PNI), que concluiu por não incorporá-la de imediato. Recomendou-se a melhoria da integração do cuidado à saúde da mulher; a organização de laboratórios do SUS para identificação e monitoramento da infecção pelo HPV; a realização de estudos de prevalência de tipos específicos de HPV em áreas selecionadas no

COMO O HPV ATACA

1 Existem mais de 200 tipos de HPV, mas só uma minoria está relacionada ao câncer. Basicamente, há dois tipos mais agressivos que respondem por cerca de 70% dos casos da doença.

2 De 50 a 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas pelo HPV em algum momento de suas vidas. Ainda assim, menos de 10% dessas mulheres serão infectadas com os tipos que eventualmente desenvolverão o câncer.

3 A maioria das infecções é transitória. A possibilidade de regressão espontânea é superior a 50%.

Da infecção à doença

4 A presença de infecção por HPV vai causando pequenas alterações nas células que, com o tempo, podem levar ao aparecimento do câncer do colo do útero.

5 Esse período pode durar de 10 a 20 anos. Durante todo esse tempo, a descoberta da infecção por meio do exame preventivo (papanicolaou) permite um tratamento facilitado.

6 Depois do surgimento, o tumor se espalha num processo que pode levar meses ou anos, mas em todos os estágios mais iniciais há a possibilidade de tratamento eficaz e até simples, evitando a evolução para o estágio mais avançado.

Como evitar o aparecimento do câncer

A prática de sexo seguro, por meio do uso de preservativos, é uma das formas de evitar a doença. Como a infecção pelo HPV pode ser facilmente detectada pelo exame papanicolaou, a realização periódica desse exame é eficaz para evitar o surgimento do câncer do colo do útero.

Art: Amaro Junior

Brasil; e estudos de custo-efetividade.

Além disso, foi destacada a importância da criação de condições para a produção nacional da vacina, incluindo alternativas de desenvolvimento para a transferência de tecnologia, a exemplo do que ocorreu com outras vacinas do calendário oficial do PNI. Esse novo produto está investido de inegável relevância científica, mas as evidências disponíveis ainda são insuficientes. Não casualmente, nenhum organismo internacional recomendou-o como estratégia de controle do câncer do colo do útero. Por isso, o completo esclarecimento das questões aqui abordadas é imprescindível para que esse avanço científico se torne instrumento efetivo de uma política pública. ■

educação

REFORMA AMPLIA A RESIDÊNCIA EM ONCOLOGIA CLÍNICA

Investindo no futuro da oncologia

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, deu início ao processo de reforma na Residência Médica em Oncologia Clínica, que pretende aprimorar e fortalecer a especialização na área. A partir de 2008, o currículo do curso será incrementado em todas as instituições de ensino credenciadas pela Comissão, ampliando-se sua duração, de dois para três anos. A melhoria na formação e na capacitação de recursos humanos é uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica e deve repercutir em todos os centros de tratamento do câncer e instituições de ensino da área.

A proposta de reforma curricular foi apresentada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), ainda no início de julho deste ano, à Comissão, que já a aprovou. Segundo o coordenador da CNRM no Rio de Janeiro, José Carlos de Sousa Lima, até o fim de agosto deverá ser publicada a nova resolução, formalizando a ampliação da Residência em Oncologia Clínica. “Esperamos que a publicação saia nos próximos dias, para que a medida já tenha efeito no início do próximo ano”, explica. No INCA, há a expectativa de publicar um novo edital já para o mês de setembro.

Segundo a coordenadora de Ensino e Divulgação Científica do INCA, Eliana Cláudia Ribeiro, a ampliação

Duda Vian



A residente Daniele Assad e o oncologista Carlos José defendem a ampliação.

do curso oferecerá aos residentes um treinamento que prioriza situações práticas cotidianas no tratamento de pacientes em Oncologia. O enfoque não é apenas o aprendizado teórico, mas também suas competência e experiência prática. “É fundamental saber como conduzir um caso clínico e se portar diante do próprio paciente ou de um familiar, especialmente quando lidamos com o câncer, que ainda enfrenta tanto preconceito e falta de

“Todos estavam de acordo que o programa precisava melhorar, e foi preciso muito estudo e discussão para atender a tantas idéias concordantes e discordantes”

CARLOS JOSÉ COELHO DE ANDRADE,
chefe do Serviço de Oncologia Clínica do Instituto

informação”, acrescenta Gelsio Luiz Quintela Mendes, coordenador da Residência Médica em Oncologia Clínica do Instituto.

Para definir a nova grade horária e curricular dos residentes, foram promovidas diversas reuniões com oncologistas indicados por cerca de 20 instituições públicas e privadas, formadoras de profissionais de saúde de todo o País. “A partir desses encontros, foi traçado um perfil do profissional a ser formado, levando-se em conta os critérios técnicos, as demandas de recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diferenças regionais entre as diversas instituições”, explica Eliana Cláudia.

Também foram analisadas ferramentas a serem incrementadas no curso, como aulas teóricas, seminários, além da estrutura física e da aparelhagem necessária nos ambulatórios, nas clínicas e nas enfermarias. A partir do novo perfil de competência do oncologista clínico, as instituições formadoras do País, a Sociedade Brasileira de Cancerologia e a Sociedade de Oncologia Clínica construíram o novo programa de residência médica. Só então a proposta foi submetida à aprovação do Conselho Consultivo do INCA, o CONSINCA, e da Comissão Nacional de Residência Médica.

Segundo Carlos José Coelho de Andrade, chefe do Serviço de Oncologia Clínica do Instituto, as melhorias na especialização nessa área já se faziam necessárias há algum tempo. Ainda em 2006, ocorreram as primeiras tentativas de promover mudanças curriculares, e já havia um consenso de que o tempo de duração do curso precisava ser ampliado para três anos. “Todos estavam de acordo que o programa

precisava melhorar, e foi preciso muito estudo e discussão para atender a tantas idéias concordantes e discordantes”, afirma. Mas, acrescenta ele, de modo geral, o debate foi muito bem recebido em todas as instituições participantes desse processo.

O resultado final foi uma nova proposta de currículo voltada para ciclos semestrais de aprendizado. Em cada ciclo, os residentes deverão alcançar bom desempenho nas diferentes áreas de competência do perfil em Oncologia. Para Karina Oliveira Ferreira, residente formada pelo INCA, a segurança para atuar na área é o fator mais importante para justificar a ampliação. “Acho que dois anos era um tempo muito curto para o residente conquistar segurança e chegar a um nível ideal de experiência”, resume.

Outra residente do Instituto, Daniele Vagner Assad, concorda com a ampliação, mas questiona a falta de uma discussão mais aprofundada com os próprios residentes para definição da grade teórica e prática após a ampliação. “Dois anos é pouco para a preparação dos novos oncologistas, mas é preciso planejar o terceiro ano para que haja efetivamente melhor conteúdo teórico e prático. E quem é melhor que o próprio residente para identificar as falhas no currículo e as dificuldades no aprendizado?” questiona a aluna do segundo ano de residência.

A coordenadora dos residentes do Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira, em São Paulo, Brigitte Van Eyll, defende a ampliação que, segundo ela, já era oferecida na Instituição onde atua, na forma de curso opcional. “Mesmo não sendo obrigatório, a maioria dos nossos residentes buscava, nesse terceiro ano, o aperfeiçoamento e a segurança para enfrentar a rotina dura de nossa área”, explica. Na opinião da residente Samira Schettini, do mesmo instituto paulista, a reforma deve dar mais ênfase à humanização do profissional. “Mais importante que a ampliação é aprender a lidar com situações difíceis e rotineiras, como a morte. Por mais que o residente saiba o que vai encontrar, sempre é um choque”, diz.

O último ponto para a consolidação da reforma é a análise sobre o impacto financeiro. A coordenadora Eliana Cláudia informa que já foi encaminhado um parecer sobre os gastos ao Ministério da Saúde, para uma consulta ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Para ela, esse processo deverá ser autorizado em pouco tempo. “O número de vagas para residentes já é bem distribuído entre as regiões do País e grande parte das bolsas, financiada por instituições filantrópicas. Por isso, não haverá impacto financeiro significativo para os cofres públicos”, garante. ■

Tecnologia a serviço da saúde

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) tem investido no desenvolvimento e na consolidação dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) que, agora, contam com a integração de todas as unidades, reforçando a luta contra o câncer e melhorando a qualidade do atendimento em toda a Rede de Atenção Oncológica. A novidade é o novo sistema integrador do RHC, que permite o mapeamento mais detalhado e rápido dos dados do câncer, como a incidência nas diferentes regiões do País. Tudo organizado numa única base de dados, gerenciada pelo Instituto.

O novo sistema foi desenvolvido com software livre. Sua vantagem é proporcionar maior agilidade e eficiência nas ações de controle, prevenção e assistência da Política Nacional de Atenção Oncológica, definidas com base nas taxas de incidência e no perfil da doença. O gerente da Divisão de Informação da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA, Cláudio Noronha,

explica que, a partir do monitoramento epidemiológico detalhado e centralizado no sistema, oncologistas, patologistas, sanitaristas, gestores e pesquisadores ganham, pelo site do INCA (www.inca.gov.br), fácil acesso às informações fundamentais para definir prioridades, melhorias no atendimento, planejar a aplicação de recursos e formular estratégias de abordagem da doença adequadas ao perfil de cada região.

Segundo Carlos Anselmo Lima, médico responsável pelo RHC do Centro de Oncologia do Hospital João Alves Filho, em Aracaju, o sistema torna-se imprescindível para a qualidade dos serviços e do atendimento. “Todos os casos de câncer diagnosticados no Centro de Oncologia podem agora ser acompanhados e avaliados por profissionais de todo o País. Isso é um grande ganho para a saúde brasileira”, afirma.

As informações vêm de prontuários médicos, de atendimento e de acompanhamento de casos de câncer diagnosticados e tratados em todas as unidades da Rede. Cabe ao hospital transferir as informações de seus pacientes para o INCA, por meio de um sistema integrado semelhante ao empregado pela Receita Federal (Receita Net), para envio e organização das declarações de Imposto de Renda.

Para isso, o INCA fornece treinamento para a formação dos registradores de câncer, além de assistência técnica e manutenção do sistema. Em geral, o serviço é coordenado por um médico oncologista; em alguns casos, pode ser um epidemiologista ou um sanitarista. Para Rosyane Lima, responsável pelo registro no Hospital do Câncer I, do Instituto Nacional de Câncer, no Rio de Janeiro, o sistema é funcional e fácil de operar. “Com o curso de formação oferecido pelo



Cláudio Noronha exibe o RHC: rapidez e eficiência contra o câncer.

Instituto, a adaptação ao programa foi muito tranqüila. Hoje, atualizamos as informações de forma ainda mais rápida, o que facilita o acompanhamento e a análise de cada caso por dirigentes da unidade, além de toda a equipe multidisciplinar envolvida no atendimento”, completa.

Durante o processo de transferência, as informações são criptografadas, o que garante a integridade e confidencialidade dos dados dos pacientes. Depois de enviadas, essas informações são validadas via internet, pelas secretarias estaduais de Saúde, que analisam os registros duplos de pacientes atendidos em mais de uma unidade. Em seguida, os dados são consolidados pelo INCA, que ainda faz uma segunda busca por duplicidade de cadastros, só que desta vez nos casos de pacientes tratados em mais de um estado.

Periodicamente, serão enviadas informações de forma padronizada. Todos os anos, cada instituição deverá registrar, no mínimo, um envio de informações para o RHC Brasil. “Nosso objetivo é mobilizar o maior número possível de profissionais para registrar suas informações de modo contínuo, tornando o sistema cada vez mais rico”, afirma o chefe de Divisão

Informação do INCA, Cláudio Noronha.

Os Registros Hospitalares de Câncer foram instituídos pela Portaria 741/05, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, e são hoje obrigatórios em todas as unidades de Atenção em Alta Complexidade do SUS. A primeira experiência do gênero foi implementada pelo INCA ainda em 1983 e só tornou-se uma necessidade em 1999, após a criação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons).

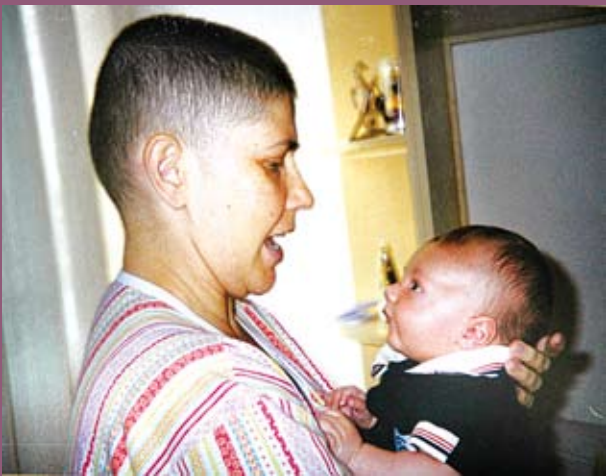
A partir daí, deu-se início ao processo de implantação e informatização de todas as unidades, cuja integração só agora tornou-se uma realidade. Atualmente, o RHC já está instalado em 166 das 191 Unidades e Cacons brasileiros, o equivalente a 87%. Só as unidades menores, localizadas em regiões mais isoladas, ainda não operam o sistema. “A meta do INCA é a inclusão de 100% das unidades de assistência oncológica de alta complexidade, cadastradas pelo SUS, até o final do ano”, garante Cláudio Noronha.

A primeira coleta de dados do RHC Brasil deverá ocorrer em setembro deste ano para as unidades já cadastradas. E o primeiro relatório do RHC Brasil deverá ser divulgado logo no início de 2008. ■

personagem

MÃE DÁ LIÇÃO DE PERSEVERANÇA E GARRA AO VENCER O CÂNCER

Um exemplo de superação



Márcia Cristina exhibe seu maior troféu: o filho Artur.

Quem hoje vê a alegria de Márcia Cristina de Abreu Lima brincando com o filho Artur, uma criança forte e saudável aos três anos, não imagina o drama que viveu ao lado de sua família, mas que, ela mesma garante, foi superado sem jamais perder a alegria de viver e o alto astral. Quando ainda estava no terceiro mês de gestação, essa funcionária pública recebeu uma notícia arrasadora, que marcaria sua vida para sempre: o diagnóstico do câncer de mama. Com seu jeito alegre e extrovertido, meio 'maluco de ser', como

ela mesma se define, transformou o choque do diagnóstico numa exemplar história de força de vontade e amor à vida. Hoje, aos 37 anos, a personagem de nossa edição não se cansa de comemorar e exibir com orgulho seu maior troféu: Artur.

Essa história teve início ainda em 2002, quando Márcia fez os primeiros exames, ao constatar uma secreção no mamilo direito, conhecida como descarga bapilar. Na época, sua ginecologista solicitou exame do material, cujo resultado não permitiu o diagnóstico, e sugeriu uma cirurgia nos ductos mamarícos. Assustada e insegura, a então funcionária do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) buscou a opinião de outros médicos do seu convívio, que a aconselharam a investigar o caso no Instituto Nacional de Câncer (INCA), antes de tomar qualquer decisão. Mas, logo em sua primeira avaliação com um mastologista do Instituto, foi descartada a necessidade de operação. "Era tudo o que uma paciente medrosa gostaria de ouvir", conta.

Em agosto de 2003, realizou o exame de core-biopsia (retirada de fragmentos suspeitos através de uma agulha grossa, sob anestesia local), que imediatamente exigia uma biópsia aberta, realizada após ato cirúrgico, para avaliar o tipo do tumor. Em meio a esse clima de suspeita e receio, Márcia descobriu a gravidez, em 29 de dezembro. Em fevereiro de 2004, grávida de três meses, foi submetida à biópsia cirúrgica. Logo, os resultados de novos testes (microscopia histopatológica) confirmaram o que ela mais temia: o câncer de mama. "Nessa hora, o chão abre. É um



Foto: Duda Van

“Desde o início, eu me senti carregada no colo do INCA”

momento muito desesperador e confuso. Costumo dizer que o diagnóstico de câncer chega como um atestado de óbito sem data”, lembra.

Foi então que começou a luta vitoriosa contra a doença que, ela garante, só foi superada graças, primeiramente, a Deus, ao seu bom humor, ao apoio incondicional da família, dos amigos e de toda a equipe multidisciplinar do INCA envolvida. “Me senti carregada no colo!”, descreve. No início, a família também se abalou, mas não deixou, em momento algum, lhe faltar apoio e boas energias. Naquele momento, Márcia enfrentou seu maior dilema. O caso estava nas mãos

do mastologista Luiz Antônio Silveira, do INCA, que lhe apresentou as duas opções existentes na literatura médica: a mastectomia completa ou a interrupção da gravidez. Retirar o tumor e preservar a mama seria impossível, porque submetê-la à radioterapia provocaria sério risco de seqüelas ao bebê.

Para ela, as opções eram chocantes: a mama, por concentrar todo o simbolismo e a carga psicológica, associada à feminilidade e à sensualidade; a criança, por concentrar toda a carga moral, associada aos seus valores familiares e éticos. Ali, decidiu pesquisar mais e pedir a opinião de outros médicos e profissionais do Instituto. Seu drama foi decidido numa mesa-redonda, em que diversos profissionais do INCA avaliaram e opinaram sobre qual seria a melhor opção para seu caso. “Naquele momento assustador, confiei minha vida a profissionais competentíssimos, que tomaram a melhor decisão. Se eles optaram pela continuidade da gravidez, havia dados técnicos e experiência suficiente para apostar nisso. A mim, restava acreditar e lutar”, afirma.

Em 29 de março de 2004, foi realizada a mastectomia total. Assim que recebeu alta hospitalar, Márcia participou de um ciclo de palestras oferecido no Hospital do Câncer III (HCIII), em Vila Isabel, zona norte do Rio, onde recebeu orientações da equipe multidisciplinar envolvida no tratamento com: mastologista, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e oncologista. As palestras abordavam desde os cuidados básicos, como a assepsia e curativos, até a orientação psicológica. Esse trabalho, conduzido pela assistente social Lúcia Brigagão, foi essencial para deixá-la menos apreensiva com o início do tratamento. “O trabalho deles é fantástico! Mais que um acolhimento por toda equipe, há uma postura de dedicação e abnegação das pessoas que estão ali, que é comovente e estimulante. Há um ideal. A gente já sai dali com outra disposição”.

Após o procedimento cirúrgico, foi encaminhada à Oncologia Clínica, para que fosse definida a melhor conduta terapêutica. O médico responsável pelo caso era Luiz Guilherme Pinheiro Branco, que, segundo Márcia, é o seu “guru”. Dois anos depois, ainda testemunhou o mesmo acolhimento e a abordagem cuidadosa para o tratamento de sua mãe, Lúcia de Abreu Lima, também já curada.

Do tratamento, Márcia Cristina destaca três momentos ruins e muito marcantes: o diagnóstico, a queda do cabelo com a quimioterapia e a depressão pós-quimioterapia, uma reação comum de prostração. “Logo que meu cabelo começou a cair, fiquei muito chocada, porque o cabelo soltava-se quando

recostava em algum lugar ou trocava de roupa. É uma sensação estranha, como se estivesse apodrecendo”. Foi quando decidiu raspar a cabeça, mas se recusou a usar peruca. “Sou muito autêntica, não dava nem para me imaginar ajeitando ou correndo atrás da peruca com uma rajada de vento”, brinca.

Sempre dois ou três dias após a quimioterapia, iniciava sua batalha contra a depressão. Para Márcia, o que mais a angustiava era a sensação de impotência, quando queria lutar contra aquela prostração e seu corpo não reagia. Nesses períodos de medo e depressão, o que fazia a diferença era o excesso de carinho, de compreensão e de total apoio da família e dos amigos, especialmente do marido, o comerciante Carlos César Silva, de 42 anos, que, segundo ela, foi incansável na disposição para combater aquela ansiedade. “Tive medo, sim, passei por momentos muito difíceis, mas, quando eu achava que esmoreceria, o César me ocupava com as coisas simples que eu mais gostava de fazer, como passear no shopping, ir a restaurantes ou a uma loja de decoração e utensílios para a casa”.

Márcia recorda ainda que participou de todo tipo de cerimônias e rituais religiosos. Para onde a convidavam, lá estava ela para receber bênçãos e orações. Não se achava no direito de recusar qualquer indício de ajuda, boa-vontade ou energia positiva de seus amigos ou pessoas que se sensibilizavam com sua história. Naquele tempo, ela admite não saber se o tratamento e a gravidez vingariam. “Só comecei a acreditar e a curtir a gravidez após o sexto mês de gestação”. Em 27 de julho de 2004, encerrou o último ciclo da quimioterapia, até que, em 20 de agosto, nasceu seu primeiro filho, Artur de Abreu Lima Silva.

Depois que o Artur nasceu, mãe, sogra e uma prima promoveram festas de aniversário a cada mês, tamanha a emoção e a euforia contidas até essa superação. “Eu me sentia até constrangida, porque era uma festa temática diferente todo dia 20 de cada mês, até que o Artur completasse o primeiro ano. Para você ter uma idéia, só no chá de bebê, havia mais de 200 pessoas, que lotaram minha casa e a área de lazer do meu condomínio. Uma loucura!”. Márcia deu continuidade ao tratamento com droga injetável por mais três anos, até encerrar-se em março deste ano. Agora que seu filho já está mais independente, ela pretende iniciar o processo da reconstrução mamária.

Hoje, Márcia trabalha como organizadora de eventos institucionais (*coffee breaks e brunchs*), talento despertado em seu período de afastamento das atividades profissionais. Quando perguntada sobre o que mudou na Márcia após todo o drama, ela é enfática: “Continuo



“Sou a
‘despeitada’
mais feliz na
face da Terra”

a mesma pessoa alegre, divertida e, segundo meus amigos, maluca. Acho que só aumentou minha disposição pra fazer o bem e ajudar os outros. De fato, só mudei algumas rotinas, devido ao esvaziamento axilar e a uma limitação funcional do braço direito”, conta. E aconselha: “A vida tem sempre o lado bom e o lado ruim; cabe a nós aproveitarmos mais o lado bom, pra não nos perdermos com as coisas chatas. Se pensarmos positivamente, com vontade de seguir em frente e viver, as coisas acabam dando certo. Jamais deixei de sair, divertir e acreditar. Fui madrinha de casamento, grávida de oito meses e absolutamente careca”. ■

internas

CERIMÔNIA MARCA AS COMEMORAÇÕES DOS 70 ANOS DO INCA



Para dar início às comemorações dos 70 anos, o INCA realizou uma solenidade no dia 25 de maio, e aproveitou a ocasião para o lançamento de três novos produtos de comunicação do Instituto, visando à prevenção e à promoção da saúde: o vídeo institucional, a revista trimestral Rede Câncer e a Rádio INCA. “Meu pai estaria orgulhoso do que o INCA representa hoje: um centro de referência internacional, mas que preserva a mesma ternura e a atenção humanitária do seu idealizador”, afirmou Marina Kroeff, filha do fundador do INCA, Mário Kroeff. Em seu discurso de abertura, o diretor-geral Luiz Antonio Santini defendeu a criação de um novo modelo de gestão que atenda às demandas de uma estrutura complexa como a do INCA. O evento contou ainda com a presença do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, do Secretário de Atenção à Saúde, José Carvalho de Noronha e do Secretário de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Sérgio Côrtes, aplaudido de pé pelo auditório lotado ao anunciar a cessão do prédio administrativo do IASERJ ao INCA. Foram homenageados alguns parceiros do INCA, como o diretor do Instituto Avon, Lírio Cipriani, Roberto Oliveira Neves, do BNDES e o representante da Fundação Vale do Rio Doce, Alexandre Neves. O ministro encerrou a cerimônia com uma homenagem à força de trabalho

do Instituto: “Não é possível conquistar resultados na saúde sem o comprometimento e a abnegação dos voluntários e dos funcionários da casa, esses, sim, os primeiros a levantar e a defender a bandeira do INCA”.

REFERÊNCIA INTERNACIONAL

O diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, participou do quarto encontro de diretores dos institutos nacionais de câncer de todo o mundo, promovido pela Agência Internacional para Pesquisa de Câncer - International Agency for Research on Cancer (IARC), no final de julho, em Lyon, na França. Participantes e palestrantes formaram uma mesa-redonda para discutir

estratégias, oportunidades, redes e suas colaborações para a luta contra o câncer. No mesmo período, Santini representou o Brasil no primeiro encontro internacional ‘Perspectiva Internacional para o Câncer de Fígado’ – “A Translational Worldwide Perspective for Liver Cancer”. Durante dois dias, foram realizadas palestras e debates sobre Etiologia e Epidemiologia Molecular, Carcinogênese Molecular, Indicadores Moleculares (biomarker) e, por fim, sobre Abordagem Terapêutica, atual e futura.



Ambiente livre de fumo é por conta da casa

LEI FEDERAL: 9294/96

Proíbe fumar em ambientes fechados de uso coletivo.



31 de maio
Dia Mundial sem Tabaco

DIA MUNDIAL SEM TABACO

Em 31 de maio, Dia Mundial sem Tabaco, o INCA promoveu ações de combate à fumaça ambiental do fumo, que causa a morte de pelo menos 200 mil trabalhadores por ano, de acordo com a OIT. Esse foi o tema escolhido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para esse ano que norteia ações preventivas ao redor do mundo. No Brasil, foram veiculadas novas peças da campanha sobre “Ambientes Livres de Tabaco” produzidas pela Divisão de Comunicação Social do INCA. Internacionalmente, o Instituto lançou a Rede Ibero-Americana de Controle do Tabagismo (RIACT). O compromisso de criação da rede foi assumido pelo Brasil durante a 9ª Conferência Ibero-Americana de Ministros de Saúde. A RIACT tem o objetivo de promover a cooperação e a troca de experiências governamentais para controle do tabagismo entre países da América Latina, Portugal e Espanha. A Rede contará ainda com um site que permitirá a realização de reuniões virtuais, fóruns de discussão, além da publicação das notícias mais recentes sobre o tema.

RASTREANDO O PRECONCEITO



Uma pesquisa inédita fará levantamento de perfil e de prognóstico de pacientes de câncer internados nas UTIs de todo o Brasil. O estudo acontecerá durante os meses de agosto e setembro, e abrangerá mais de 40 UTIs e quase dois mil pacientes, de

acordo com estimativa do INCA. Segundo o chefe da CTI do HCl, Jorge Salluh, um dos nove coordenadores do programa nacional, as internações por câncer correspondem de 10% a 20% do total registrado em CTIs, e o prognóstico desses pacientes vem melhorando significativamente nos últimos anos. “Mas ainda há preconceito nas UTIs que recebem essas internações, com a falsa visão de que são casos terminais”, critica. A iniciativa pioneira do Serviço de Terapia Intensiva do HCl é o primeiro trabalho chancelado pela recém-criada rede brasileira BRICnet (Brazilian Research in Intensive Care Network), formada por vários centros de pesquisa para a produção e a divulgação dos estudos sobre essas unidades dentro e fora do País.



NAS ONDAS DO RÁDIO

A série de programas ‘Rádio INCA – Informação e Saúde’ já começou a ser distribuída para rádios comunitárias e comerciais de todo o país. Inicialmente, serão 40 programas, incluindo uma radionovela, que destacam a importância do diagnóstico precoce e da adoção de hábitos saudáveis para a prevenção do câncer. Os programas buscam ainda esclarecer mitos relacionados à doença, como o de que o ela não tenha cura. Artistas e personalidades, como Elba Ramalho, Toni Garrido, Zezé Motta, Aline Moraes, Zeca Baleiro e Cássia Kiss, dão voz aos spots, que têm o mesmo tema dos programas. O INCA estima atingir um público de 1 milhão e 500 mil pessoas. O projeto conta com o apoio da Fundação Vale do Rio Doce, que doou R\$ 200 mil para a produção e distribuição gratuita dos programas para 500 rádios comerciais e comunitárias de todo o País.



2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER

25-28 DE NOVEMBRO DE 2007 RIO DE JANEIRO | BRASIL

Temos a honra de convidá-lo a participar do **2º Congresso Internacional de Controle do Câncer**, que será realizado no Rio de Janeiro, de 25 a 28 de novembro de 2007. Este congresso dá seqüência ao primeiro, realizado em Vancouver, Canadá, em 2005.

O Congresso surge como uma oportunidade para focarmos o controle do câncer como um problema de saúde pública e, simultaneamente, avaliarmos seu impacto social, econômico e financeiro. Também serão debatidos os avanços e desafios na luta contra o câncer para a elaboração de propostas de estratégias.

Esperamos encontrá-lo em novembro de 2007.

Dr. Luiz Antonio Santini

Presidente do 2º Congresso Internacional de Controle do Câncer
Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer – INCA/MS

Simon B. Sutcliffe, MD, FRCP, FRCPC, FRCR

Presidente do Comitê Deliberativo Internacional
Vice-Presidente, Canadian Strategy for Cancer Control
Presidente, BC Cancer Agency

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Seis grandes sessões oferecem alternativas aos participantes de vários países. Cada uma das sessões é planejada por diferentes especialistas globais que formam o Comitê Científico.

Sessão 1: “Semelhanças e diferenças” entre o controle de doenças crônicas e o câncer

Sessão 2: “Estratégias de prevenção do câncer”- avanços até a presente data e desafios para implementação

Sessão 3: “Novas abordagens e tecnologias” - adequando esforços renovados às realidades cultural e financeira

Sessão 4: “Controle do câncer e resultados”- uso de indicadores em sistemas de saúde públicos e privados

Sessão 5: “O valor da proposta” em investir no controle do câncer para a população

Sessão 6: “Mobilização de uma comunidade global comprometida com a prática” - promovendo a construção, complementação e sinergia das atividades em curso

DATAS IMPORTANTES

Encerramento do 1º prazo para inscrições	31 de agosto de 2007
Data-limite para reserva de hotel	31 de agosto de 2007
Encerramento do 2º prazo para inscrições	01 de outubro de 2007
Início do Congresso	25 de novembro de 2007

INTERNATIONAL CONFERENCE SERVICES LIMITED
2101-1177 West Hastings Street Vancouver, BC
Canada V6E 2K3
Phone: +1 604 681 2153 / Fax: +1 604 681 1049
cancercontrol2007@meet-ics.com
www.cancercontrol2007.com

APOIO:



Organização Mundial da Saúde

REALIZAÇÃO:



INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Ministério
da Saúde





 **INCA**
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

70
anos de luta pela vida
1 9 3 7 - 2 0 0 7

www.redecancer.org.br