

04 REDE CÂNCER

Março 2008

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



Expectativa de avanço

PAC DA SAÚDE PROPÕE MELHORIAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE, MAS ATÉ QUE PONTO O FIM DA CPMF COMPROMETE A PROPOSTA?

**Câncer: a INFORMAÇÃO
pode SALVAR VIDAS**

CÂNCER DE PELE

Comunicação / INCA 2007



Evite exposição prolongada ao sol
entre 10h e 16h, e use sempre
proteção adequada, como chapéu,
barraca e protetor solar.

Converse com seu médico
sobre qualquer alteração que
perceber na pele.

Mais Informações:
www.inca.gov.br

sumário



12

ARTIGO

O caminho da humanização na Saúde

14

CAPA

Programa federal propõe melhorias na saúde pública

19

PREVENÇÃO

Reforço na prevenção do câncer de pele

24

PERSONAGEM

Marcos Moraes: 20 anos na luta contra o câncer

27

CIÊNCIA

Banco Nacional de Tumores incrementa pesquisas

30

ASSISTÊNCIA

A importância do apoio psicológico no tratamento

32

POLÍTICA

Os bastidores da 13ª Conferência Nacional de Saúde

38

SOCIAL

Leis que amparam os pacientes



REDE CÂNCER

2008 – Instituto Nacional de Câncer

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

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Chefia da Divisão de Comunicação Social: **Cristina Ruas** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Claudia Lima e Rodrigo Feijó** | Apoio: **Jacqueline Boechat e Regina Castro** | Apoio editorial: **Todas as áreas técnicas do INCA** | Produção: **Informe Comunicação e Marketing** | Jornalista responsável: **Rodrigo Costa JP 4112 DF** | Reportagem: **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



Ministério da Saúde



cartas

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

ATENDENDO A PEDIDOS

Solicitamos verificar a possibilidade de enviar a esta Gerência Regional de Saúde de Patos de Minas, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, exemplares da revista Rede Câncer – publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer – para divulgação junto aos municípios jurisdicionados a esta Instituição. Desde já agradecemos. Atenciosamente,
Regina de Fátima França Ferreira

O SBDC – Serviço de Biblioteca e Documentação Científica “Prof. Dr. José Victor Maniglia” – vem solicitar, a título de doação, a revista Rede Câncer, editada por esse Instituto Nacional de Câncer, a qual será de grande utilidade aos nossos usuários dos cursos de Medicina, Enfermagem e Pós-Graduação desta Faculdade. Agradecemos antecipadamente. Atenciosamente,

Rosângela Maria Moreira Kavanami

Caros amigos, no início do ano descobri que estava com câncer de mama, hoje estou curada e pretendo fazer divulgação desse agravo. Sou enfermeira da 12ª Diretoria Regional de Saúde da Bahia. Gostaria de receber as próximas publicações da revista Rede Câncer. Desde já fico grata.

Josione de Araujo Leal

☐ *Agradecemos o interesse demonstrado por nossa publicação. Informamos que qualquer instituição ou pessoa interessada em receber exemplares da revista Rede Câncer deve encaminhar um e-mail indicando seus contatos e o número de exemplares necessários para imprensa@inca.gov.br.*

RECONHECIMENTO

Sou Emilio Souza Soares, resido na cidade de Areia, na Paraíba, e estou atualmente como Secretário Municipal de Saúde. Quero agradecer o envio da revista Rede Câncer e parabenizá-los pelos brilhantes e interessantes temas abordados. Já tive contato direto com a área social do INCA, quando um conterrâneo



nosso precisou realizar um transplante de medula óssea e, devido ao cargo que ocupo, fui procurado pela Secretaria de Saúde de nosso estado para entrar em contato com o INCA. Portanto, fico bastante feliz ao enviar este e-mail para o Instituto, a fim de expressar minha alegria. Um abraço a todos.

Emilio Souza Soares

☐ *Sentimo-nos honrados pelos elogios a nossa revista e ao Instituto. Esperamos continuar satisfazendo suas expectativas.*

TÁ NA REDE

Recebemos a publicação trimestral do INCA, a revista Rede Câncer. Gostaria de saber se é possível recebermos também a versão desta revista por meio eletrônico. Muito obrigada,

Myrza Macedo L. de Lucena Horst

☐ *Todas as edições da revista Rede Câncer estão disponíveis em formato digital (pdf) na página do INCA na internet. O endereço é www.inca.gov.br.*

Política em foco

Prezado leitor,

As políticas e diretrizes na área da saúde são os temas centrais de nossa quarta edição, e a primeira de 2008, para cujo ano são estimados 470 mil novos casos da doença no País.

Nosso objetivo é abrir espaço para a discussão sobre diferentes aspectos da saúde pública, especialmente os que se referem ao controle do câncer.

Nesse sentido, nossa revista tem exercido um papel fundamental na consolidação da Rede de Atenção Oncológica: abre espaço para a correta informação, ajudando a superar a visão de que o câncer é uma doença fatal e, ao mesmo tempo, a consolidar sua abordagem como um problema de saúde pública.

É preciso avançar na prevenção e no diagnós-

tico precoce, uma opinião compartilhada pelo entrevistado de nossa edição, o epidemiologista brasileiro radicado nos EUA, Moyses Szklo.

As propostas do Mais Saúde, o programa de aceleração do crescimento para o setor, são o tema de nossa matéria de capa.

Trazemos ainda a 13ª Conferência Nacional de Saúde que, a cada quatro anos, reúne a sociedade civil organizada, representantes do governo, profissionais de saúde, a comunidade científica e prestadores de serviço em torno de um único objetivo: definir diretrizes para a saúde brasileira.

A Rede Câncer reforça nosso compromisso com a luta pela vida e pela excelência nos serviços prestados à população, buscando sempre o controle do câncer.

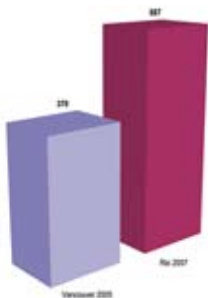
Boa leitura!



LUIZ ANTONIO SANTINI
Diretor-Geral do INCA

notas

SUCESSO ABSOLUTO



A edição brasileira do Congresso Internacional de Controle do Câncer (ICCC 2007) reuniu as mais importantes autoridades no cenário internacional do controle do câncer. Da primeira edição, realizada no Canadá, para a segunda, organizada pelo INCA no Rio de Janeiro, o número de participantes saltou de 370 para 587, com representantes de 47 países e um total de 450 trabalhos apresentados.



DECLARAÇÃO DO RIO

A criação de uma Aliança Latino-Americana e do Caribe para o Controle do Câncer é uma das principais recomendações da Declaração do Rio, documento com uma série de princípios de cooperação internacional para o controle do câncer. A partir dela, os países participantes deverão elaborar e implementar iniciativas de prevenção e controle integral do câncer, que passa a ser abordado como prioridade da política pública sanitária. A vantagem é estruturar uma rede de colaboração técnica e científica, facilitando o intercâmbio entre mais de 78 países.

ABERTURA

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, falou sobre o descompasso entre os avanços da Medicina e a falta de acesso às novas tecnologias. Segundo o diretor do INCA, Luiz Antonio Santini, os países em desenvolvimento, como o Brasil, dispõem apenas de 7% dos recursos globais para o controle da doença, enquanto concentram 70% dos novos casos estimados. E os dados da União Internacional Contra o Câncer (UICC) confirmam: em 2030, haverá 27 milhões de novos casos e 17 milhões de mortes por câncer no mundo. A maior parte ocorrerá nos países em desenvolvimento, onde há menos recursos para prevenção e tratamento. Também estiveram presentes na cerimônia o presidente da Fundação, Ary Frauzino, Marcos Moraes, a subsecretária estadual de Saúde e Defesa Civil, Monique Fazzi, a diretora-assistente da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Carissa Etienne, o presidente da UICC, Franco Cavali e o presidente da B.C. Câncer Agency, Simon Sutcliffe.



Imagem: Acervo INCA

RESGATE HISTÓRICO

Como parte das comemorações dos 70 anos celebrados em 2007, o INCA lançou duas obras que resgatam a história do controle do câncer no Brasil. A primeira é o resultado de uma parceria entre o INCA e a Casa de Oswaldo Cruz, centro de documentação e informação para a área da Saúde, ligado à Fiocruz. Intitulado “De doença desconhecida a problema de saúde pública – o INCA e o controle do câncer no Brasil”, o livro reconstitui toda a trajetória do Instituto, reunindo uma documentação iconográfica surpreendente, que dá uma dimensão exata do papel da Instituição na condução das políticas públicas para o câncer. A obra é assinada pelos pesquisadores Cristina Fonseca e Luiz Antônio Teixeira (foto). A segunda é uma reedição do livro histórico “Resenha da luta contra o câncer no Brasil”, de Mario Kroeft, considerado o iniciador do INCA. O livro, editado originalmente em 1946, contava com apenas dois exemplares, em estado muito frágil, na biblioteca da Academia Nacional de Medicina. A obra relata as primeiras ações para o controle do câncer no País.



ESTIMATIVA 2008

O INCA divulgou a “Estimativa 2008 de incidência do câncer no Brasil”, revelando que aproximadamente 470 mil novos casos da doença deverão ocorrer no País por ano. O tipo mais incidente será o câncer de pele não-melanoma, com 115.010 casos a cada ano. Em seguida, vêm: câncer de próstata (49.530 novos casos), mama (49.400), pulmão (27.270), cólon e reto (26.990), estômago (21.800) e colo do útero (18.680). As estimativas de câncer são divulgadas a cada dois anos, desde 1995, para orientar os gestores públicos na abordagem do câncer como um problema de saúde pública, viabilizando ações mais eficazes de prevenção e detecção precoce da doença.



QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Para aprimorar a detecção precoce do câncer de mama, o segundo mais incidente, conforme estimativa 2008, o INCA lançou

o livro “Mamografia: da prática ao controle – recomendações para profissionais de saúde”. “Nosso objetivo é garantir a qualidade dos exames; afinal, o diagnóstico preciso e precoce aumenta as chances de cura”, resume Silvia Costa, gerente do serviço de divulgação científica do INCA. As orientações para o procedimento vão desde a correta realização do exame, geralmente efetuado por técnicos, até a análise e a emissão de laudos, feitas pelos médicos.



COMUNICAÇÃO EM FOCO

Com o apoio do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS), o INCA promoveu a I Oficina de Comunicação para Controle do Câncer. A iniciativa, inédita, promoveu a troca de experiências e de conhecimentos entre profissionais da área e representantes das secretarias estaduais de saúde de 16 estados brasileiros. A idéia foi integrar os profissionais de comunicação social, visto que a mobilização social é elemento-chave para a prevenção da doença e a promoção da saúde. A discussão deu origem a um documento consensual, que faz um diagnóstico e estabelece metas, que consolidarão a Rede de Atenção Oncológica. A Rede, por sua vez, congrega instituições e pessoas empenhadas no controle do câncer em todo o País.



ALIMENTAÇÃO PREVENTIVA

O INCA, em parceria com o Fundo Mundial para a Pesquisa em Câncer, apresentou ainda a versão em português do mais completo estudo mundial sobre a relação entre dieta, atividade física, sobrepeso e câncer. Considerada a mais definitiva revisão sobre prevenção de câncer disponível, o trabalho foi desenvolvido por 21 cientistas reconhecidos mundialmente, que revisaram sete mil estudos sobre a doença, realizados desde a década de 1960, atualizando as recomendações para prevenção de câncer. Resultado: a ligação entre gordura corporal e câncer é mais direta do que se imaginava.

entrevista

MOYSES SZKLO

Epidemiologista e professor da Johns Hopkins University (School of Public Health), em Baltimore, EUA

Prevenção: a chave para o controle do câncer

A chegada de novas terapias, equipamentos e medicamentos melhoram as expectativas de tratamento do câncer, mas não são suficientes para seu controle. A redução de novos casos e de mortes depende mais da prevenção do que do tratamento. É o que garante o epidemiologista e sanitarista brasileiro, radicado nos Estados Unidos, Moyses Szklo. Segundo ele, as perspectivas para o controle do câncer em todo o mundo ainda são ruins, consequência da elevada exposição a diversos fatores de risco, como o tabagismo e a alimentação inadequada. Mesmo em países do Primeiro Mundo, especialmente os da Europa, a prevalência do tabagismo e do alcoolismo continua alta.

Para piorar, nos países mais pobres, soma-se a falta de acesso aos serviços médicos de boa qualidade.

Para o Brasil, o epidemiologista sugere a inclusão de outros procedimentos preventivos no SUS, como exame de detecção precoce do câncer de pele e de cólon e reto. E recomenda que, de modo geral, o País precisa mudar o enfoque da abordagem da doença, que ainda se concentra nos procedimentos de alta complexidade, como radioterapia, quimioterapia e cirurgias. Isso porque a maior parte das intervenções ainda é realizada nos estágios avançados da doença, o que onera todo o sistema de saúde.

O entrevistado de nossa edição é, sem dúvida, um dos profissionais brasileiros mais bem-sucedidos internacionalmente. Depois de completar os estudos de Medicina (1963) e a residência médica em sua cidade natal, Rio de Janeiro, o professor conquistou, consecutivamente, os títulos de mestre (1972) e doutor (1974) na Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, nos EUA. Há 34 anos integra a equipe dessa que é considerada uma das melhores escolas de saúde pública do mundo, e, desde então, participa ativamente do ensino e da pesquisa em diferentes áreas relacionadas à saúde pública, especialmente do controle de doenças como o câncer. Em 2003, foi empossado como membro honorário da Academia Nacional de Medicina.

Durante o bate-papo com nossa equipe, Moyses Szklo criticou o lobby da indústria farmacêutica que, segundo ele, freqüentemente, pressiona pela adoção de novas drogas de eficácia não comprovada, mas de





“Freqüentemente o *lobby* da indústria farmacêutica faz pressão para que se usem quimioterápicos de eficácia não comprovada, e leva a aumentos de custo desnecessários”

custos elevados, que oneram os tratamentos desnecessariamente, inviabilizando uma abordagem global mais eficaz da doença.

REDE CÂNCER – *A Estimativa 2008 de incidência de câncer no Brasil revela que aproximadamente 470 mil novos casos da doença deverão ocorrer no País por ano. Como frear o avanço dessa doença?*

SZKLO – A única forma de evitar que casos novos ocorram é por meio do que chamamos prevenção primária – que consiste em prevenir ou eliminar a exposição da população a fatores de risco, tais como tabaco, álcool e obesidade, entre outros.

RC – *Está havendo aumento nos casos de câncer ou os diagnósticos estão ocorrendo com maior freqüência?*

SZKLO – O número de pessoas idosas está aumentando no Brasil, em função da urbanização e da melhoria do padrão de vida. Como o risco de câncer aumenta com a idade, sem dúvida aumenta o número de casos, como fica evidente no câncer de próstata. No entanto é possível, por exemplo, que uma fração desse aumento do câncer de próstata seja consequência do acesso ao teste de PSA, o que permite o diagnóstico de tumores ainda sem sintomas.

RC – *Qual a importância da vigilância para os programas de controle do câncer?*

SZKLO – A vigilância é fundamental, pois permite que se possa aferir o sucesso de programas populacionais de controle. O INCA tem feito uma contribuição fundamental à vigilância de câncer, por meio de

seus registros de base populacional e suas estimativas de incidência de vários tipos de câncer.

RC – *A situação atual do câncer no Brasil insere-se na realidade mundial da doença?*

SZKLO – Sim. O Brasil tem características de país urbanizado e sua pirâmide etária está se aproximando daquela dos países mais desenvolvidos. Isto é, a porcentagem de idosos está aumentando, o que faz com que aumente a taxa bruta de câncer. Um dos nossos grandes problemas ainda é a incidência relativamente elevada de câncer de colo uterino - câncer cervical - invasivo, apesar dos esforços do governo de rastrear a população feminina com o teste de Papanicolaou.

RC – *Quais os tipos de câncer que mais preocupam a comunidade médica internacional?*

SZKLO – Os induzidos por exposição ao tabaco, que matam cerca de 10 mil pessoas por dia e quatro milhões por ano. Se as tendências atuais persistirem, a OMS estima que, em 2020, a exposição ao tabaco responderá por 12% de todas as mortes no mundo, o que ultrapassa a soma das mortes causadas por AIDS, tuberculose, mortalidade materna, acidentes de tráfico, suicídio e homicídio.

RC – *O que precisa melhorar para reduzir a mortalidade?*

SZKLO – A mortalidade depende do risco de adquirir a doença e também da probabilidade de sobreviver quando a doença instala-se. Conseqüentemente, sua redução depende da prevenção primária, do diagnóstico precoce, assim como do tratamento



da doença. A mortalidade por alguns tipos de câncer - por exemplo, alguns tipos de linfoma e da leucemia linfocítica aguda em crianças - têm diminuído substancialmente em função de avanços terapêuticos.

RC – *Se 1/3 dos casos mundiais de câncer poderiam ser prevenidos, o que falta mudar para tornar a prevenção mais efetiva?*

SZKLO – Vários fatores explicam isso. Um dos mais importantes é o fortíssimo *lobby* da indústria de tabaco. O aumento da prevalência da obesidade - que é um fator de risco para câncer de mama pós-menopausa e outros -, particularmente nas populações pobres, e o concomitante pouco acesso a alimentos saudáveis são outros fatores que impedem uma redução na incidência de câncer. Para piorar, muitos pacientes ainda morrem por falta de acesso a uma assistência médica de boa qualidade.

RC – *Na prática, investe-se mais no aprimoramento do tratamento e dos cuidados, como pesquisar novas drogas. Como o senhor avalia essa tendência? Como reverter esse quadro?*

SZKLO – Eu acho que os pacientes com câncer têm o direito de receber terapia efetiva e, sob esse ponto de vista, a pesquisa por novas drogas é válida. No entanto, freqüentemente o *lobby* da indústria farmacêutica, que faz pressão para que se usem quimioterápicos de eficácia não comprovada, leva a aumentos nos custos desnecessários. No Brasil, cabe ao INCA assumir a liderança efetiva na avaliação crítica do custo-efetividade de quimioterápicos, a fim de que se ofereça a todos os pacientes a melhor terapia possível, de efetividade comprovada.

RC – *Qual a lógica de uma política de controle do câncer ideal: focar na incidência ou na mortalidade?*

SZKLO – Uma política ideal tem que estar

“A única forma de evitar casos novos é eliminar a exposição da população a fatores de risco, tais como tabaco, álcool e obesidade, entre outros”

atenta a todas as fases da chamada “história natural” do câncer, que vai desde evitar que indivíduos sejam expostos a fatores de risco até os cuidados paliativos do paciente terminal. No entanto, à medida que a “história natural” avança, as intervenções tornam-se gradualmente menos efetivas. Conseqüentemente, a prevenção primária e o rastreamento - diagnóstico precoce - são mais eficientes do que tratamento, no sentido de diminuir a carga da doença na população como um todo.

RC – *Qual o desafio de um país como o Brasil, que ainda enfrenta problemas de surto de doenças como a tuberculose, para controlar uma doença complexa como o câncer?*

SZKLO – Os desafios são múltiplos. Por exemplo, a conduta “padrão ouro” no rastreamento do câncer de mama é o exame mamográfico, que tem melhorado a qualidade e o acesso da população. No entanto, na minha opinião, o ideal seria implementar outras medidas preventivas nas unidades do SUS, tais como exame de pele para diagnóstico precoce de melanoma e pesquisa de sangue oculto para diagnóstico precoce do câncer de cólon e reto. O Ministério da Saúde, por meio de recente política de combate ao álcool, que é um fator de risco para câncer, demonstrou a firmeza do nosso país no controle de doenças crônicas em geral. Uma outra política de grande importância no controle do câncer seria o



aumento do imposto de cigarros, que tem sido demonstrado como de grande eficácia na redução do consumo deste fator de risco.

RC – *O HPV está associado ao segundo tipo de câncer mais incidente entre as mulheres no Brasil (excetuando-se os casos de pele não-melanoma). O que é preciso fazer para o controle efetivo dessa doença?*

SZKLO – O Brasil já tem um programa de diagnóstico precoce de câncer de colo de útero baseado em citologia, para identificar anomalias nas células. O diagnóstico precoce tem efetividade na prevenção do câncer invasivo, que é a forma letal desse tipo. Mas a prevenção primária consiste em educação sexual de adolescentes, principalmente no que se relaciona a evitar contato com múltiplos parceiros e protelar o início da atividade sexual. Em geral, o uso da camisinha tem se revelado eficaz na prevenção de doenças transmitidas sexualmente.

RC – *Recentemente, a vacina contra HPV surgiu como arma contra o avanço na incidência do câncer de colo de útero, apesar da profilaxia restrita e eficácia limitada. O senhor é contra ou a favor da inclusão da vacina pelo SUS?*

SZKLO – A inclusão da vacina depende de respostas, que não creio que existam atualmente, a várias perguntas, como: qual é a idade em que as adolescentes se expõem ao HPV? Que tipos são predominantes em uma amostra aleatória da população brasileira, considerando que a vacina não cobre todos os tipos do vírus? Qual é o custo-efetividade da vacina? Podemos arcar com os custos?

RC – *Qual a expectativa para controle dos tipos de câncer mais incidentes?*

SZKLO – Para o controle de certos tumores comuns, como, os de mama, pulmão e colo uterino, medidas de prevenção primária, como no caso do pulmão - prevenção do hábito de fumar -, e secundária,

como no caso do câncer colo uterino - teste de Papanicolaou, têm se mostrado efetivas. Para o câncer de próstata, não existe ainda uma forma específica de prevenção primária. Há, no momento, dois ensaios clínicos que estão avaliando a efetividade de se usar o teste de PSA como teste de diagnóstico precoce na população total, mas os resultados ainda não foram disponibilizados. Obviamente todas as estratégias de controle devem incluir abordagens terapêuticas efetivas a fim de melhorar a sobrevivência dos pacientes.

RC – *Ainda há um estigma de que câncer é uma doença de rico...*

SZKLO – Na realidade, os fatores de risco mais importantes, como o fumo, o álcool e a obesidade, estão se tornando mais comuns nas classes sociais mais pobres dos centros urbanos do nosso e de muitos outros países.

RC – *Qual a diferença entre o controle do câncer e o de outras doenças?*

SZKLO – Para os tumores de causa infecciosa, como o de estômago, o de pênis e o de colo uterino, a estratégia poderá no futuro ser semelhante à usada em doenças infecciosas. Em geral, a grande vantagem de um bom programa de prevenção primária é que fatores de risco, como fumo, obesidade e dieta rica em gorduras animais e pobre em fibras, são os mesmos para câncer e doenças cardiovasculares, que são as causas de morte mais importantes no nosso país.

RC – *Como está a realidade do controle do câncer no mundo?*

SZKLO – Infelizmente, ruim, em virtude da altíssima prevalência de exposição a fatores de risco e pouco acesso à atenção médica de boa qualidade nos países pobres. Mesmo em alguns países da Europa, a prevalência de tabagismo e alcoolismo - que é uma causa importante de tumores digestivos) continua alta. ■

Gestão e diálogo para a humanização da Saúde

Dentro do novo paradigma técnico-econômico, a gestão é destacada como instrumento básico para a inovação. O Instituto Nacional de Câncer (INCA), por seu papel diferenciado, atribuído à diversidade das ações que realiza, e pelo suporte do reconhecimento delas pela população brasileira, é o principal braço formulador e executor das políticas da área. Talvez por essa razão, encontra-se investido da expectativa de buscar formas de articulação de um modelo de atenção inovador, estruturado na lógica da clínica ampliada, pautada no trabalho interdisciplinar, com equipes de referência e projeto terapêutico singular, associando-o ao modelo participativo de gestão que vem sendo implementado. Esse processo aponta tanto para a qualificação da atenção no Instituto, quanto no próprio Sistema Único de Saúde (SUS).



A concepção do câncer como questão de saúde pública nos coloca diante de paradigmas distintos, como o de expectativa de cura e o de cuidado, com a necessária produção de esforços para torná-los complementares. Trata-se da segunda causa de morte em nosso país, mas conta com o suporte de inovações tecnológicas capazes de transformá-la em doença crônica. Tanto no plano de funcionamen-

“É possível concluir que a atenção humanizada depende da articulação de todas as tecnologias, com profissionais, gestores e usuários falando a mesma língua, com uma nova mentalidade, uma nova comunicação, em que é preciso saber falar e saber ouvir”

to interno quanto externo ao INCA, abrangendo toda a rede de saúde, pode-se detectar a fragmentação das práticas, que se expressam, por exemplo, em: modelo de atenção e formação predominantemente fechado nas especialidades e insuficiência dos espaços de gestão participativa com distância entre as direções e a ponta. Há ainda a sobrecarga no trabalho profissional e queixas constantes de insuficiência de tempo para atender às pessoas ou da capacidade instalada. São comuns as insatisfações com o modelo jurídico-institucional e os conflitos de interesse entre pesquisa e serviços. A assistência e o ensino são inextricáveis, mas carentes de plenitude.

Hoje, fica claro que a inovação tecnológica, apesar de impactar o curso da história natural da doença, modificando-a positivamente, não garante por si só o acesso das pessoas ao cuidado que necessitam. Por outro lado, as tecnologias têm um preço, os recursos orçamentários são limitados e seu processo de incorporação ao sistema de saúde ainda não está disciplinado. O resultado: 70% dos pacientes chegam para atendimento em estado avançado da doença, requisitando imediato cuidados paliativos, uma lástima pela restrição de sua expectativa de vida e saúde, e onerando o SUS.

Assim, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH) questiona a forma tradicional do gerenciamento de processos na produção de saúde, ressaltando a gestão da atenção sustentada na qualidade do vínculo criado ou da relação entre aquele que cuida, e aquele que é cuidado, este sim como espaço potencial dessa produção. Essas observações reforçam o papel da formação técnica como estratégia transformadora de todo esse processo: o profissional é sem dúvida o principal modulador e disparador de necessidades das tecnologias mais diversas de cura e cuidado, mas estas serão

diferentemente encaminhadas e incorporadas quando vinculadas às necessidades de um usuário específico, a quem o profissional busca atender, o seu paciente, que terá sua opinião reconhecida e considerada. A PNH quer responder a questões como a que destacamos numa das entrevistas da pesquisa que gerou este artigo, em que um de seus gestores coloca: “Alguém podia me dizer de quem são os pacientes?” Ou melhor, *de quem é este paciente?*

Perguntas como essas agregam propostas de responsabilização coletiva em busca da melhoria da qualidade da atenção (produção de conhecimentos, incorporação tecnológica e construção de vínculos terapêuticos), do acolhimento da experiência singular do adoecimento e tratamento dos usuários e sua rede social, assim como de soluções criativas nas formas de viver, trabalhar e cuidar da própria saúde, tanto por parte dos profissionais de saúde como dos usuários. Sua realização depende da conjunção de algumas condições, sendo as principais: a vontade política dos gestores e o protagonismo desses profissionais e usuários em todo processo.

Mostra também o quanto o novo modelo de atenção oncológica em discussão depende da articulação de todas as tecnologias disponíveis nesse campo para o sucesso do cuidado a pacientes e cuidadores, o que nos permite pensar que se trata de uma falsa questão contrapor, à humanização o emprego das tecnologias de ponta incorporadas em equipamentos e medicamentos. É possível concluir que a atenção humanizada depende da articulação de todas as tecnologias, com profissionais, gestores e usuários falando a mesma língua, com uma nova mentalidade, uma nova comunicação, em que é preciso saber falar e saber ouvir. Afirma-se, portanto, que o diálogo entre humanização e tecnologias é não só possível como também fundamental ao processo de produção de saúde na área oncológica.

Mais do que isso, percebe-se que talvez resida nessa nova configuração da atenção, que aposta na interdisciplinaridade e na transdisciplinaridade, no trabalho em equipe, nos diferentes e complementares papéis de seus membros, na “liga” produzida por vínculos desenvolvidos e sustentados por novas formas de comunicação, uma apropriação inovadora, diferenciada e mais eficaz para lidar com a variável tempo, ou seja, um tempo relacional, que responda às preocupações que hoje o delineiam como grave problema a enfrentar no modelo dominante. É fundamental aprimorar a gestão e o diálogo entre inovação tecnológica e humanização para a consolidação de um novo modelo de atenção em câncer. ■



O presidente Luiz Inácio Lula da Silva, durante cerimônia de lançamento do PAC da Saúde, no Palácio do Planalto

Avanço ameaçado (?)

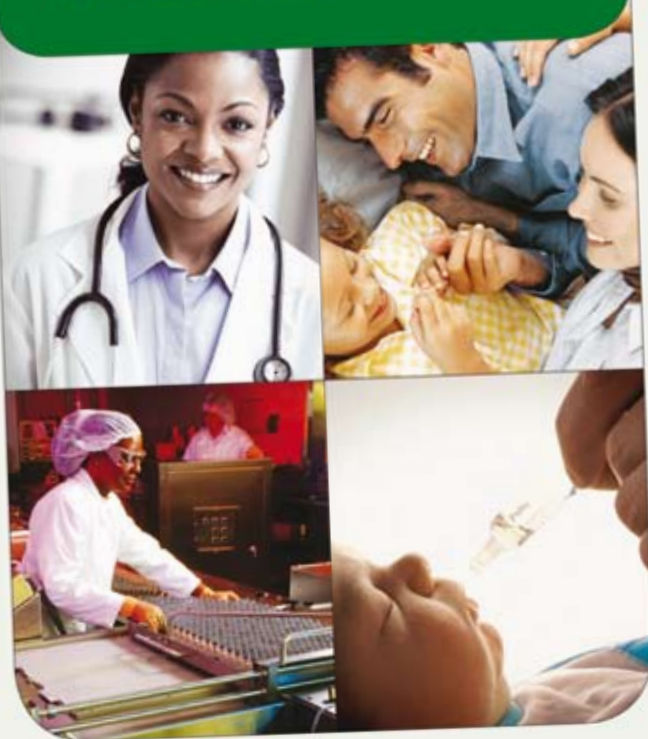
O Mais Saúde, nome dado ao Programa de Aceleração do Crescimento para o setor, foi lançado como uma perspectiva de revolução da saúde pública brasileira. O presidente da República anunciou, antes mesmo de seu lançamento oficial, que o programa acabaria com as filas de espera no SUS para exames de alta complexidade, como os procedimentos rotineiros do tratamento do câncer. O investimento proposto é de R\$ 88,6 bilhões até 2011. Mas a maior parte dos recursos, cerca de R\$ 24 bilhões, ficou comprometida com

a suspensão da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Na segunda quinzena de dezembro, o clima de disputa político-partidária acompanhada pelos noticiários prevaleceu no Senado, que barrou a manutenção do imposto. A derrota do governo federal veio em seguida à cerimônia de lançamento do Mais Saúde, em Brasília, enquanto o Ministério ainda comemorava a aprovação da Emenda Constitucional 29, que estabelece o que são ações de saúde, garantindo a melhor aplicação dos recursos.

Para o presidente do Conselho Nacional de Secre-

Mais saúde para mais brasileiros



MAIS SAÚDE

DIREITO DE TODOS

Marketing pesado: programa promete revolução na saúde pública

tários de Saúde (Conass), Osmar Terra, esse é o resultado de uma rixa política que não deveria afetar a Saúde. “A Saúde é um tema suprapartidário, não deveria pagar o pato”, afirmou. Osmar Terra chegou a propor a alguns deputados e senadores a criação de uma nova contribuição provisória, nos mesmo moldes da extinta CPMF, como garantia dos recursos para a Saúde. Segundo ele, a saúde necessita de uma nova fonte de recursos imediata, não podendo esperar a aprovação da reforma tributária. Mas o governo descartou a reedição do imposto.

O ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão, Paulo Bernardo, acena com os cortes que o go-

“Vamos fazer uma revolução com o PAC da Saúde e trazer, por exemplo, a experiência das equipes do Programa Saúde Família para dentro das escolas públicas com dentistas, oculistas e consultas médicas para cada um dos alunos”

PRESIDENTE LULA

verno terá de fazer para equilibrar o Orçamento Geral da União, com a perda de R\$ 40 bilhões que viriam da CPMF. Segundo ele, todos terão que contribuir mesmo com os R\$ 10 bilhões estimados com a elevação das alíquotas do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Outros R\$ 10 bilhões virão do aumento de arrecadação, proveniente do crescimento da economia. E o restante, R\$ 20 bilhões, dos cortes no orçamento. “Os cortes não atingirão os investimentos prioritários”, garantiu.

De acordo com nota oficial do Ministério, o Mais Saúde estabelece um planejamento estratégico a partir do diagnóstico profundo da situação do SUS. As metas para os próximos quatro anos foram instituídas pela identificação de falhas assistenciais.

Hoje, o programa é uma promessa de avanço, mas que está comprometida por um orçamento que não é suficiente para que seja cumprida. O ministro da Saúde, Temporão, no entanto, assegurou que os recursos regulares do orçamento do Ministério da Saúde estão garantidos constitucionalmente, e que não há risco de colapso ou de interrupção de atividades. “Estamos avaliando a situação e mapeando as medidas, porque este governo tem compromisso com saúde pública e com as políticas sociais, além do crescimento econômico, e não vai abrir mão desse compromisso”, enfatizou. Resta saber quais serão as alternativas para recompor o orçamento do programa, ou quais propostas serão afetadas. Segundo a secretária-executiva do Ministério da Saúde, Márcia Bassit, até o momento, fica oficialmente suspenso apenas o reajuste da tabela do SUS, que previa gastos adicionais de R\$ 5 bilhões nos próximos quatro anos.



Ítiana Stuckert/AgCamara

Temporão apresentou o programa às vésperas da votação para prorrogação da CPMF no Senado Federal: derrota política compromete as propostas

AS METAS PARA A SAÚDE

Os recursos estão vinculados a metas e incluem prêmios aos estados e municípios que atingirem os objetivos. O objetivo do programa é reduzir filas nos hospitais, melhorar a qualidade e ampliar serviços na rede pública, com ênfase na gestão. Para isso, foi estruturado em quatro pilares básicos: Promoção e Atenção à Saúde; a Família no Centro da Mudança; Ampliação do Acesso com Qualidade; Gestão, Trabalho e Controle Social; e Desenvolvimento e Inovação em Saúde.

O primeiro envolve ações de saúde para toda a família, desde a gestação até os idosos. O segundo qualifica os profissionais e gestores, forma recursos humanos para o SUS e garante instrumentos para o controle social e a fiscalização dos recursos. O terceiro reestrutura a rede, cria novos serviços, amplia e integra a cobertura no Sistema Único de Saúde. O quarto trata a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional, em produção, renda e emprego.

“A Saúde precisa de recursos. Temos uma proposta do País, uma proposta de desenvolvimento”

JOSÉ GOMES TEMPORÃO,
ministro da Saúde

Outra característica do programa é a intersectorialidade. Pela primeira vez, a responsabilidade pela saúde é distribuída a outros ministérios. A intenção é envolver, cada vez mais, outros ministérios, como o da Educação e o do Trabalho, além de áreas sociais, nos debates sobre saúde e prevenção. Nas palavras de Temporão: “É a Saúde definitivamente tratada como questão de Estado”.

Entre as ações previstas, destaca-se o aumento do número de equipes do Programa Saúde da Família, que atualmente conta com 29 mil equipes,

que prestam assistência a 90 milhões de brasileiros. A meta é chegar a 40 mil equipes de médicos, enfermeiros e auxiliares para atender a 130 milhões de pessoas, até 2011. A proposta é que o serviço chegue às escolas públicas, o que permitiria que todos os alunos sejam examinados regularmente por especialistas, pelo menos duas vezes ao ano. Uma medida que pretende acabar com problemas de visão ou audição, que, entre tantos outros, prejudicam o rendimento escolar.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) deverá ser ampliado, com mais 4,2 mil ambulâncias, além de dez helicópteros e 14 embarcações (*ambulanchas*), que farão o atendimento das populações ribeirinhas. Atualmente, o serviço conta com 2.158 ambulâncias para atender a 1.066 municípios. O Programa Brasil Sorridente poderá ser ampliado com mais 8 mil equipes em todo o País. No Farmácia Popular com mais 600 farmácias populares. E o número de medicamentos passaria de 9 para 25. Hoje, são 388 unidades funcionando em 311 municípios.

Está prevista ainda a modernização física de 75% dos laboratórios da Rede Nacional de Produção de Medicamentos e o aumento em 50% da oferta de medicamentos, produzidos pelos 19 laboratórios oficiais. O ministro lembrou que, no Brasil, 25% do mercado farmacêutico, 80% do mercado de vacinas e 50% do mercado de material médico hospitalar é público, e que, por isso, pretende usar o poder de compra do Estado, para, junto com o BNDES e com os setores privado e público, estabelecer um programa de redução de importações de produtos que já podem ser produzidos internamente. Atualmente, o setor representa 8% do Produto Interno Bruto (PIB), que é a soma das riquezas produzidas no País.

O programa abrange também a criação de 132 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que deverão funcionar 24 horas por dia, nos sete dias da semana. O Ministério da Saúde estima que sete em cada dez pacientes que procuram hospitais buscam apenas atendimento ambulatorial, ou seja, poderiam ser atendidos em unidades de menor complexidade, reduzindo as filas.

Na qualificação da rede, o programa pretende formar 110 mil gestores, especializar 52 mil profissionais de nível superior que trabalham no Programa Saúde da Família e capacitar mais 260 mil técnicos.

Rubem Silva/MS



Plano inclui 4,2 mil novas ambulâncias

O CONTROLE DO CÂNCER

Entre as medidas específicas para o controle do câncer está a implantação de 20 novas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONS) até 2011. As Unacons são unidades de saúde estruturadas para oferecer assistência integral ao paciente de câncer. Cada unidade é capaz de oferecer boa cobertura assistencial para 500 mil habitantes, incluindo serviços de média e alta complexidade, como cirurgia oncológica, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia, entre outros. Estão previstas a elaboração de mecanismos regulatórios para medicamentos de alto custo em oncologia e a compra de equipamentos de megavoltagem de radioterapia.

O programa também inclui a construção de um Campus Integrado do INCA, que deverá concentrar todas as unidades do Instituto no mesmo lugar. O projeto está em fase de discussão e elaboração no INCA, sob a coordenação da arquiteta e urbanista Luiza Pessoa, que deu início a uma série de encontros com funcionários de todas as unidades do Instituto, com o objetivo de identificar as principais falhas e dificuldades de cada setor, para que possam ser sanadas no novo projeto.

A política voltada ao homem poderá ter um montante de R\$ 227 milhões, destinados a ações que englobam consultas, cirurgias, exames preventivos e planejamento familiar. De acordo com o programa, será ampliada a oferta de exames de ultra-sonografia



Rondon Velozo / MS

Inauguração do Unacon, no Acre. Mais Saúde propõe mais 20 unidades distribuídas em todo o País até 2011

da próstata, que deverá passar de 80 mil para 242 mil por ano, e as cirurgias para câncer genital, de 112 mil para 164 mil por ano.

Em relação à mulher, poderá ampliar a cobertura dos exames de colo de útero e mama. Está prevista a realização de 20,5 milhões de exames citológicos em mulheres com idade entre 25 e 59 anos e sete milhões de mamografias em mulheres entre 50 e 69 anos de idade.

Como uma das medidas para estruturar e fortalecer o Sistema Nacional de Transplantes, o Mais Saúde pretende duplicar o número de doadores no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome). A meta é saltar dos atuais 460 mil para 920 mil até 2011. Os transplantes no SUS serão ampliados em 4,6 mil pessoas, com o número total subindo de 11,2 mil para 15,8 mil/ano.

Além disso, na área de educação para a saúde, cerca de 87 mil escolas em 3,5 mil municípios poderão contar com o trabalho de educação para a prevenção do uso de tabaco, álcool e outras drogas. Tal ação será reforçada pela regulamentação, na área da legislação, que proíbe o fumo em ambientes fechados.

A presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Sonia Fleury, criticou o PAC, por considerá-lo apenas um plano de crescimento, e não de desenvolvimento, sem grandes avanços sociais resultantes das propostas. Já para Antonio Carolo Spis, membro da executiva nacional da CUT, o PAC representa a ruptura com o receituário neoli-

beral, que privilegia as privatizações. Mas cobra o estabelecimento de metas de emprego com carteira assinada, respeito aos direitos e estímulo à qualificação das categorias profissionais.

PRIMEIROS PASSOS

O Ministério da Saúde já autorizou a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que reunirão profissionais de diversas áreas no atendimento à população local. O Nasf ampliará o número de profissionais vinculados às equipes do Programa Saúde da Família, incluindo nutricionistas, homeopatas, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, entre outros. O objetivo dos núcleos é complementar o trabalho das equipes do Saúde Família. Cada núcleo deverá estar vinculado a, no mínimo, oito e, no máximo, 20 equipes do SF. As equipes multiprofissionais ficarão responsáveis pela elaboração e pelo incremento das ações conforme o perfil de cada localidade.

Cabe ao município elaborar o projeto, contemplando o território de atuação, as atividades que serão desenvolvidas, os profissionais e sua forma de contratação, com especificação de carga horária, identificação das equipes do SF vinculadas e da unidade de saúde que credenciará o Nasf. Esse projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite de cada estado. ■

prevenção

NOVAS TECNOLOGIAS PROTEGEM CONTRA OS RAIOS NOCIVOS DO SOL

Reforço preventivo

Os brasileiros estão longe de saber se proteger adequadamente do sol. O alerta é da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) que constatou, em pesquisa realizada durante a campanha de prevenção promovida em todo o País durante o verão, que 67,6% dos brasileiros ainda se expõem ao sol sem proteção. Essa é uma questão cultural: o bronzeado é sinônimo de beleza e saúde, principalmente nos países de clima tropical, como é o nosso. Mas não só quem aproveita o verão nas praias e nos clubes precisa ter cuidados. Toda a população deve tomar precauções durante todo o ano. Afinal, mesmo com o tempo nublado ou encoberto, a radiação solar é nociva à saúde.

O fato é que a exposição excessiva e constante à radiação ultravioleta (UV) é a principal causa de aparecimento do câncer de pele, comprovadamente o de maior incidência no Brasil, respondendo por 26% do total de casos de câncer. A estimativa do INCA para 2008 é de 58.840 novos casos entre homens e de 62.090 nas mulheres.

A primeira providência que se deve tomar para evitar o câncer de pele é não se expor ao sol sem proteção, principalmente entre 10h e 15 horas. É nesse período que se concentram os raios ultravioleta mais nocivos, os UVBs, que causam mutações nos cromossomos e lesões na pele. É importante compreender que a radiação UV ao atingir a terra se divide em dois tipos principais de raio: o UVA e o UVB. O UVA, embo-



ra menos agressivo, envelhece a pele e também pode causar câncer. O fator de proteção solar (FPS) é muito importante, mas não é o suficiente para garantir uma exposição segura. É preciso incentivar o uso de chapéus, guarda-sóis e óculos escuros durante qualquer atividade ao ar livre. Para o chefe do serviço de dermatologia do INCA, Carlos Eduardo dos Santos, a melhor forma de proteção é a própria roupa, usada como barreira para os raios ultravioletas.

Além disso, a exposição exagerada ao sol não é o único fator relacionado a esse tipo de câncer. Fatores genéticos e ambientais, como a destruição da camada de ozônio, contribuem para o desenvolvimento da doença. As pessoas que se expõem ao sol de forma prolongada e freqüente, por atividades profissionais e de lazer, constituem o grupo de maior risco, principalmente as de pele clara.

Nesse sentido, a indústria têxtil já aplica novas tecnologias de proteção na fabricação de uniformes para profissionais que trabalham expostos ao sol. Há tecidos tratados com substâncias inibidoras dos raios solares ou com tramas mais estreitas que bloqueiam os raios nocivos. Assim como os filtros solares, as roupas especiais podem apresentar diferentes fatores de proteção identificados na etiqueta. Um tecido de FPU 50, por exemplo, reduz em 50 vezes a exposição à radiação ultravioleta, absorvendo 98% dela. Quanto mais apertada for a trama, maior a proteção.

Japão, Canadá, Austrália e Itália já comercializam sabão em pó com produtos químicos que transformam qualquer roupa comum em tecido FPU.

Os filtros solares reduzem os efeitos, mas não garantem uma exposição segura a esse tipo de radiação. Justamente por aliviar os sintomas do excesso de exposição, como as queimaduras, criam uma falsa sensação de segurança, estimulando a exposição prolongada. Além disso, o real fator de proteção varia conforme a espessura da camada de creme aplicada, a freqüência da aplicação, a transpiração e a exposição à água. O ideal é que todo filtro seja reaplicado após nadar, suar, usar toalhas ou, pelo menos, a cada duas horas.

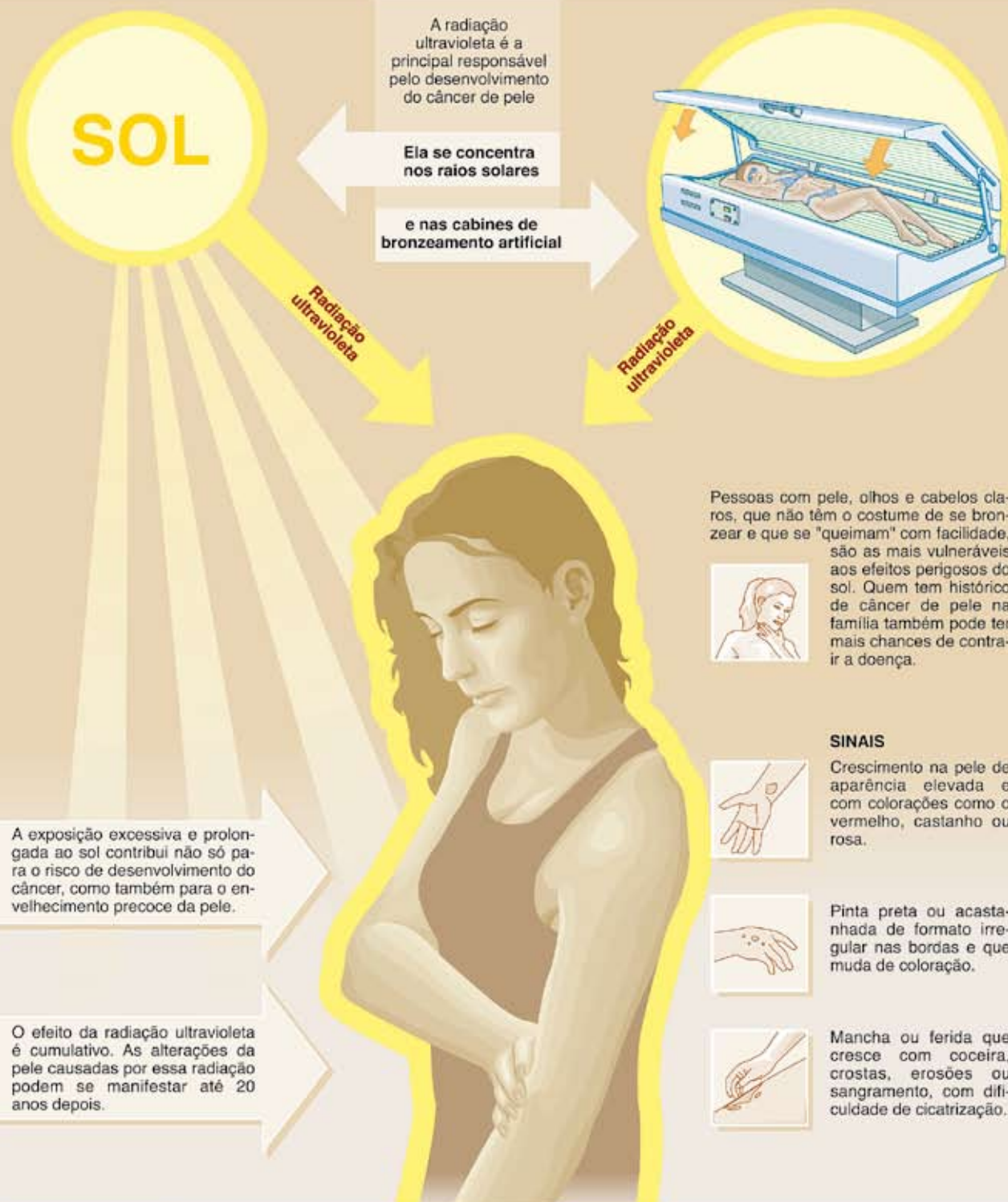
A chefe da área de vigilância do câncer ocupacional e ambiental do INCA, Silvana Rubano, explica que o bronzeamento nada mais é que uma defesa natural da pele que produz mais melanina, pigmento escuro, para reduzir a penetração dos raios. Mas, segundo ela, os efeitos da exposição ao sol são cumulativos e, por isso, devem ser tomados desde a infância. Em geral, as lesões só aparecem de 10 a 20 anos mais tarde.



HÁBITO EQUIVOCADO

O tradicional banho de sol dos bebês atualmente é motivo de polêmica. Esse hábito, antes considerado saudável, hoje é visto com desconfiança. A oncologista Sennen Hauff, do Centro de Pesquisas Oncológicas de Florianópolis, alerta que o tempo do banho de sol deve ser radicalmente encurtado, e deve-se evitar levar crianças de até um ano de idade à praia. Segundo ela, pesquisas realizadas em diferentes países comprovam que dois minutos diários de exposição ao sol são suficientes para que o organismo dos bebês sintetize a vitamina D, como prevenção ao raquitismo. “Mais do que isso é expor indevidamente a criança ao risco de câncer”, garante. Estima-se que 70% das radiações que vão causar câncer de pele foram recebidas na infância. O resultado é que, enquanto são cada vez mais raros os casos de raquitismo, a incidência do câncer de pele não pára de crescer. “O ideal é não mais estimular essa prática da maneira que é feita há tanto tempo”, conclui. Em Santa Catarina, a partir desse ano, as cadernetas de saúde começam a ser impressas sem a tradicional recomendação ao banho de sol. ■

CÂNCER DE PELE



COMO SE PREVENIR



Faça exames regulares da pele, para reconhecimento dos sinais precoces.



Proteja-se da exposição excessiva ao sol com roupas e filtros solares adequados. A radiação tem efeito mais forte entre as 10h e 16h.



Não use filtros solares em bebês com menos de seis meses. Mantenha-os fora do sol. Assegure-se de que há sombra total sobre as crianças. Proteja-as com sombrinhas.



Mesmo em dias nublados, proteja o seu filho. Os raios solares mais fortes ultrapassam as nuvens e a neblina.



Evite bronzeadores artificiais. Em caso de dúvida, procure um dermatologista.

Residência revista

A especialização em Oncologia Clínica passa por um processo de reformulação para melhorar a formação e a capacitação de novos profissionais, uma das diretrizes da atual Política Nacional de Atenção Oncológica, definida pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ainda em 2007, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, iniciou a reforma proposta pelo Instituto a partir do incremento curricular e da ampliação na duração do curso, de dois para três anos, que começou a valer desde o início deste ano. Desta vez, é o processo de seleção de novos residentes que entra em discussão. Algumas instituições que são referência na formação de novos profissionais da área, como a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e o próprio INCA, já incrementaram o processo seletivo que, além de avaliar o conhecimento teórico, inclui uma prova prática. A nova metodologia permite selecionar candidatos mais bem preparados para o atendimento dos pacientes, privilegiando sua real aptidão e disposição para a abordagem dos casos de câncer.

O presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) do Rio de Janeiro e médico do Serviço de Oncologia Clínica do INCA, Roberto Gil, defende a mudança. Segundo ele, não basta provar competência apenas na teoria. É preciso levar em conta outros aspectos fundamentais, para o bom desempenho dessa especialidade, na qual os profissionais lidam com uma doença ainda tão estigmatizada, associada ao medo da morte. Por isso, a prática é essencial porque permite avaliar o com-

Carlos Paes



portamento diante do paciente, bem como a postura em equipe. “O residente vai enfrentar uma realidade difícil, que exige muita serenidade para enfrentar adversidades e o estresse diário, garantindo o conforto e a segurança dos pacientes”, afirmou.

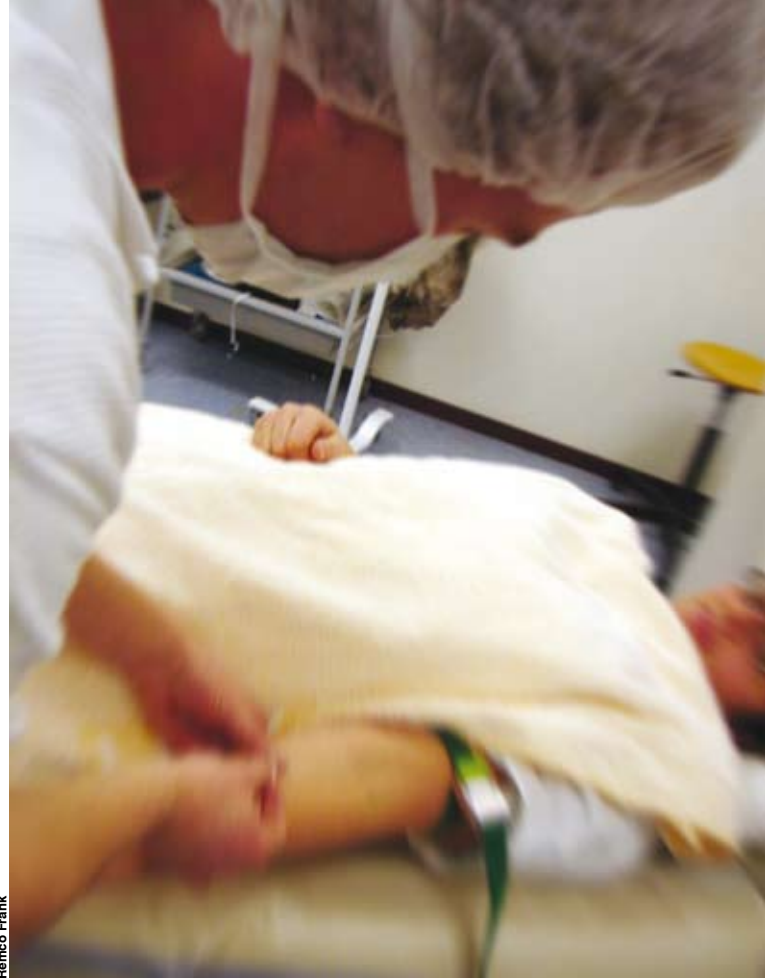
No entanto, boa parte das instituições de saúde no Brasil ainda dá maior ênfase ao conhecimento teórico na seleção dos seus candidatos. Para mudar esse quadro, especialmente na área do câncer, o INCA promoveu, em dezembro, sua primeira oficina de avaliação da Oncologia Clínica, para consolidar um modelo a ser implementado em todo o País. Realizado em parceria com a SBOC e a Secretaria de

Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGETS/MS), o evento reuniu representantes de mais de 25 instituições credenciadas pelo MEC, entre universidades, instituições públicas e privadas prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS), todos na área de Oncologia Clínica, para discutir e orientar a avaliação dos futuros profissionais a partir de um perfil ideal para a especialização. Para o presidente da SBOC, a meta é estabelecer critérios de avaliação dos residentes que respeitem as diferentes realidades de cada região. “Estamos amadurecendo essa inovação, mas não é tão simples chegar a um consenso, visto que a realidade do Sul, por exemplo, é muito diferente daquela do Sudeste ou do Nordeste”, afirma Roberto Gil.

No INCA, as provas práticas já são realidade nas áreas de Fisioterapia, Oncologia Clínica, Anestesiologia, Mastologia, Medicina Intensiva e Hematologia. É o terceiro ano de seleção, com cerca de 75 residentes escolhidos por meio de provas práticas e teóricas. Ainda é cedo para falar em grandes mudanças, mas, muitas vezes, os candidatos mais bem avaliados na prova teórica não garantem as mesmas colocações na prova prática.

A prova é feita diante de uma banca examinadora composta de três profissionais experientes. O candidato faz um atendimento a um paciente voluntário do Instituto. As medidas adotadas pelo candidato são avaliadas em conjunto pelos membros da banca. Além de sentirem-se valorizados por colaborar com o processo seletivo, os pacientes sentem-se, ao mesmo tempo, mais seguros, pela certeza de que terão seus casos criteriosamente avaliados por especialistas de diferentes áreas.

Todos os setores do Instituto com interesse em aderir ao novo sistema de avaliação recebem consultoria da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), instituição pioneira na adoção das provas práticas. Em 2004, a Universidade teve sua primeira experiência na área de Medicina. Inicialmente, houve grande resistência por parte de profissionais da área, o que acabou adiando a reformulação do processo seletivo da Universidade. “O mesmo não aconteceu com os cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Enfermagem, que tiveram grandes avanços no processo de avaliação e, hoje, são referência para outras importantes instituições, como o INCA”, explica a professora da UERJ, Denise Herdy. O resultado é a parceria entre as duas instituições para a elaboração da primeira experiência de avaliação prática em cada setor do INCA, e que já começa a dar frutos. “É cada vez mais raro alunos rece-



Renato Frank

Avaliação prática permite identificar candidatos que melhor tratam os pacientes com câncer

berem algum ‘puxão de orelha’ por falta de interesse ou dedicação”, afirma a professora da UERJ.

Para Denise Hardy, a mudança exige mobilização, tanto das equipes quanto dos responsáveis por área. Isso porque é fundamental conhecer, além dos atributos pré-selecionados dos candidatos, as reais necessidades e demandas de cada setor.

Referência – Outra instituição considerada modelo para a elaboração de provas práticas de residentes é a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) que, anualmente, recebe representantes de outras instituições interessadas na melhoria do processo seletivo. Só em 2007, foram 13 sociedades médicas e a secretaria estadual de Saúde de São Paulo.

Há 37 anos, a entidade vem aperfeiçoando sua seleção. Para se ter uma idéia da complexidade, o processo é dividido em quatro fases: prova teórica, oral (baseada em casos clínicos), exame clínico e interação com o paciente. Segundo Renato Brito Graça, da SBOT, dos mais de 600 candidatos avaliados no ano passado, 90% obtiveram aprovação. “É uma prova de suficiência que identifica se o candidato tem competência suficiente para tratar os pacientes”, afirma. ■

personagem

A TRAJETÓRIA VITORIOSA NA LUTA CONTRA O CÂNCER

Um exemplo de dedicação

Aos 71 anos, o cirurgião oncologista Marcos Moraes dedica diariamente duas horas e meia à prática de esportes. Levanta às 5h, corre oito quilômetros. Nada por um quilômetro e meio, com uma disposição de dar inveja a qualquer atleta. Às 7h30, dá início à sua rotina de trabalho, dividida entre a presidência da Academia Nacional de Medicina, a Presidência do Conselho de Curadores da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer (FAF), entidade de apoio ao INCA fundada em 1991, e a agenda de consultas e cirurgias. Perguntado sobre como faz para conciliar tantas funções e obrigações com a vida pessoal, respondeu com um ditado popular que cresceu escutando de seu pai, um comerciante do interior de Alagoas: “se quiser algo bem-feito, confie a um homem sem tempo”.

Há seis meses eleito presidente da Academia, Marcos Moraes assume um novo desafio: imprimir a modernidade administrativa e funcional, fundamentais para a evolução da profissão, “respeitando a tradição deste que é o berço da Medicina brasileira”. À frente da ANM, o cirurgião oncologista tem se dedicado de modo especial ao projeto de avaliação do ensino médico no País, que tem discutido com intelectuais da área, lideranças políticas e ministros de Estado. Segundo ele, falta estrutura, equipamento ou mesmo preparo do corpo docente para a maioria das escolas continuarem funcionando. “Meu objetivo principal é aprimorar e consolidar o ensino da Medicina e, ao mesmo tempo, desmistificar a Academia, tornando-a mais acessível a todos”, resume.

Natural de Palmeira dos Índios, em Alagoas, o médico herdou do pai, o comerciante Osório Accioly de Moraes, seu maior inspirador, a criatividade e o jogo de cintura para administrar. Da mãe, Dejanira de Oliveira Moraes, herdou o dom de ouvir e respeitar. Mãe de seis filhos, ela jamais privilegiou nenhum deles.

Da infância, recorda com orgulho da amizade de seu avô materno com Graciliano Ramos, de quem foi secretário na prefeitura de sua cidade natal. O avô era um homem das artes. De origem humilde, conciliava o emprego na prefeitura com a função de maestro da orquestra da cidade e produtor de peças teatrais, nas quais Marcos chegou a atuar ao lado de primos.

Sua independência veio cedo. Chegou ao Rio aos 12 anos, ganhador de uma das duas bolsas de estudo que o rígido e bem conceituado Colégio Pedro II concedia anualmente a cada estado brasileiro. Com um enxoval preparado pela mãe, o jovem Marcos Moraes sofreu um verdadeiro choque cultural ao entrar no internato da escola carioca, que reunia a



“Sabe aquele sentimento que nos leva a defender a terra a todo custo? Então, o INCA é minha segunda pátria”

nata intelectual brasileira, como o professor Mário Pedrosa e o colega Paulo Francis.

Ao terminar o segundo grau, chegou a cursar Engenharia na Escola Politécnica de São Paulo, que abandonaria em menos de um mês para investir em Medicina. Reiniciou os estudos na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), onde, no sexto ano, se especializaria em Cirurgia. Ao encerrar a residência, começou a carreira na cidade natal até que, três anos depois, seguiu para a Universidade de Chicago, nos EUA, onde se especializou em Cirurgia Oncológica.

De volta ao Brasil, quando chefiava o Departamento de Cirurgia do Hospital da Universidade Gama Filho, em 1989, recebeu um convite direto do recém-eleito presidente da República, Fernando Collor, para integrar a equipe que elaboraria o programa nacional para a área da saúde. O convite surpreendente partiu da indicação de um ex-aluno, o alagoano Luís Romero, que futuramente assumiria a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Convite aceito, deparou-se, pela primeira vez, com a questão do câncer como problema sistêmico de toda a nação.

O próximo passo foi assumir a direção do INCA onde, segundo ele, encontrou uma estrutura burocratizada e precária, caracterizada pelo orçamento limitado e greves regulares. Começou a defender a adoção do modelo de institutos de países

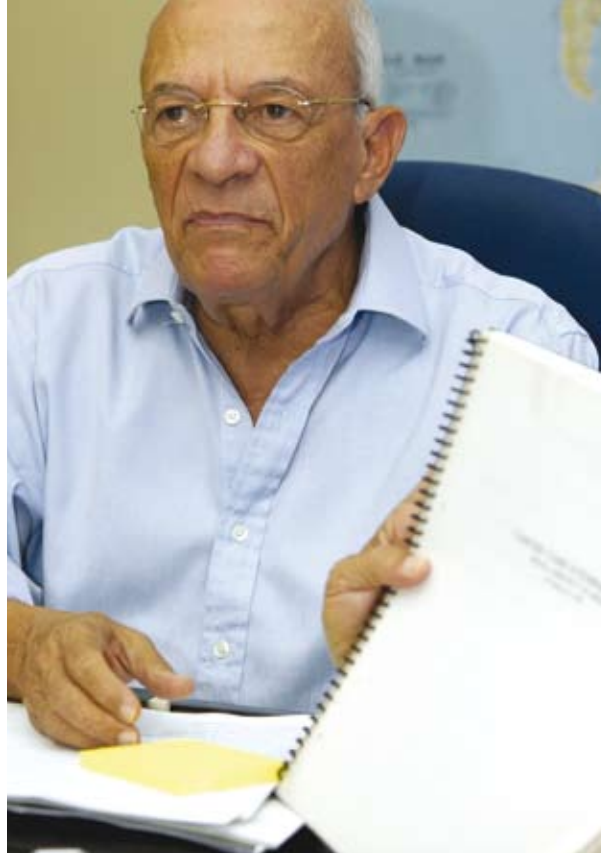
de Primeiro Mundo para que o Instituto fizesse jus ao nome: Instituto Nacional de Câncer.

Na época, o então ministro da Saúde, Alcenir Guerra, refutou inicialmente sua proposta de conceder maior independência administrativa e orçamentária para que o INCA assumisse efetivamente o papel de articulador e executor de uma política nacional de controle do câncer. Decidiu, então, procurar diretamente o presidente Collor, que o recebeu no Palácio da Alvorada, em Brasília, graças ao seu bom relacionamento com todo o primeiro escalão, consolidado durante a elaboração do projeto de governo. “Fui recebido rapidamente pelo Collor que, no intervalo de sua ginástica, me garantiu total respaldo para a realização do projeto. Ao deixar o palácio, recebi diversos recados do ministro da Saúde, que já disponibilizava toda sua equipe para a reformulação do Instituto”, relembra. Sobre o contato direto com o presidente, à revelia do ministro, ambos jamais tocaram no assunto.

Foi então que toda a equipe do governo veio ao Rio para a reformulação do INCA, que consolidaria sua atuação na condição de um novo departamento do Ministério da Saúde. O incremento da estrutura foi tamanho que seu mentor, Marcos Moraes, chegou a ser chamado de ‘ministro do Câncer’, em consequência da ascensão hierárquica dentro da política nacional de saúde. Nesse período, elaborou-se o que o médico definiu como a Bíblia do INCA. Trata-se de um relatório com orientações do que e como fazer para a Instituição assumir de vez o caráter de Instituto Nacional de Câncer.

E, para concretizar o projeto frente ao orçamento precário, o diretor apoiou a criação de uma fundação de apoio, que seguiria um modelo administrativo mais flexível, como o de outras instituições públicas em evidência no Brasil, como o INCOR e o Hospital das Clínicas de Porto Alegre. O projeto da FAF saiu do papel com o apoio do novo ministro, Adib Jatene, como solução de uma crise que paralisava o recém-criado Centro de Transplantes de Medula Óssea, por falta de pagamento aos enfermeiros. O primeiro convênio foi assinado com o Instituto Ronald McDonalds que, por meio do McDia Feliz, arrecadou R\$ 84 mil. A quantia era suficiente para garantir um ano de salários aos seis enfermeiros do CEMO. Depois, vieram outros convênios, que até hoje garantem a excelência do INCA.

Com o total respaldo político e financeiro do Plano Brasil Novo, programa federal que pretendia pôr fim à crise econômica brasileira pelo corte de gastos e a implementação de programas de qualidade, deu-se início ao processo de resgate do orgulho de toda a força de trabalho da Instituição, bem explicitado no slogan que estampava a camisa dos quase três mil



Marcos Moraes exhibe o relatório que definiu como a ‘bíblia’ do INCA

funcionários e colaboradores: “Sou do INCA”. O programa teve início com o curso de qualificação oferecido a todos os funcionários, que passaram a atuar como consultores da política do Instituto e ainda eram premiados por mérito. Nesse período, Moraes conheceu seus principais parceiros profissionais, de quem se recorda com muito carinho: Magda Resende, hoje na Secretaria Municipal de Saúde do Rio, e o médico Hernani Saltz.

O respeito e a dedicação dos funcionários foram conquistados aos poucos, graças à transparência da nova administração. No início, surpreendiam-se com a presença do diretor-geral em todas as assembleias de funcionários, onde se recusava a ocupar lugar de destaque ou compor a Mesa. “Me sentava junto aos demais. Estava ali como funcionário da Casa, não como chefe. Fora dali, jamais prometi o que não poderia cumprir”, explica.

Ao longo de quase nove anos, Marcos Moraes e sua equipe ajudaram a consolidar o INCA para sua atuação multidisciplinar de controle do câncer.

Hoje, defende a flexibilização e a modernização da máquina administrativa pública, superando a burocratização excessiva.

Para o futuro, espera assistir ao fim do subfinanciamento da Saúde em todo o País, o que acaba sobrecarregando instituições consagradas, como o INCA. ■



Tá na MODA usar CAMISINHA.

A infecção por HPV, uma doença sexualmente transmissível, pode causar **câncer do colo do útero**. O preservativo a protege contra AIDS, Sífilis, HPV e outras doenças transmitidas pela atividade sexual.

**Proteja-se.
Use Camisinha**
e visite regularmente seu ginecologista!

www.inca.gov.br

 **INCA**
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

SUS  Sistema Único de Saúde

**Ministério
da Saúde**

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

Referência Nacional

O Brasil já dispõe de uma ferramenta que promete revolucionar as pesquisas de câncer: o Banco Nacional de Tumores e DNA (BNT). Criado há dois anos no INCA, o Banco conta com mais de mil amostras de tecidos e um perfil detalhado de cada caso, o que beneficiará o desenvolvimento de novas tecnologias, drogas e estratégias para o controle da doença, mais próximos e adequados à realidade brasileira. Até então, a maioria das pesquisas era realizada com base em experiência e dados de pacientes de outros países, que possuem características genéticas muito diferentes das nossas.

As amostras, que podem ser fragmentos do tumor, de células, fluidos ou sangue, são catalogadas sem o nome do doador, que permanece anônimo. Elas permitem aos pesquisadores identificar uma série de informações, como: características do tumor, dados clínicos do paciente, tipo de tratamento recebido, exposição a fatores de risco, histórico familiar, além do tempo de sobrevivência após a coleta. Todas as informações, incluindo o perfil epidemiológico dos doadores, ficam disponíveis num banco de dados virtual acessível a qualquer pesquisador. Basta cadastrar o projeto no site www.inca.gov.br/bnt.

A vantagem do novo recurso é permitir identificar, por exemplo, se determinado tipo de tumor é sensível a um remédio ou resistente a outro. Desse modo, o médico saberá se o paciente vai responder ou não a um tratamento antes de começá-lo efetivamente. O sistema ainda facilitará o diagnóstico precoce a partir da comparação de características genéticas e o histórico das amostras disponibilizadas no acervo, que reunirá todos os tipos de tumor mais incidentes na população brasileira.

Para o diretor médico do BNT, José Cláudio Casali, a nova ferramenta representa um grande passo

rumo ao controle do câncer no País. A expectativa é que os primeiros resultados comecem a aparecer em uma ou duas décadas, período médio para avaliação das ações na área da Oncologia.

Internamente, o BNT já tem pesquisas em andamento, com alguns tipos de tumor. Um bom exemplo é o estudo da resistência e da sensibilidade de tumores de laringe a medicações específicas. Há ainda pesquisas sobre câncer de ovário, de colo de útero, de pulmão e de rins. Logo para o primeiro semestre deste ano, estão previstas pesquisas de outras instituições.

Futuramente, o BNT contará com núcleos colaboradores em outros estados, que serão responsáveis por armazenar o próprio material coletado. Atualmente, quatro instituições participam da rede: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Faculdade de Medicina

Material 100% nacional permitirá diagnósticos mais precisos



Duda Viann

“A riqueza das informações facilitará não só o diagnóstico e a escolha do tratamento, mas também a prevenção, permitindo associar as características genéticas e o histórico familiar aos fatores de risco”

JOSÉ CLÁUDIO CASALI, diretor médico do BNT



Precisão e sigilo nas amostras: toda informação vira código de barra

de São José do Rio Preto, Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ainda neste primeiro semestre, o projeto da rede latino-americana e do Caribe do BNT, uma proposta apresentada durante o II Congresso Internacional de Controle de Câncer (ICCC-Rio), sairá do papel. O Instituto Nacional de Cancerologia em Bogotá, na Colômbia, começará a realizar coletas de amostras já em parceria com o BNT. A rede beneficiará as pesquisas com a população latino-americana.

Todas as instituições são interligadas pela internet, e o INCA encarrega-se do gerenciamento da rede, do suporte aos centros e do treinamento de pessoal. Segundo a professora adjunta da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerpe) Eloiza Helena Tajara, a capacitação é fundamental para garantir a qualidade e o padrão das amostras, incluindo os dados clínicos.

COMO FUNCIONA

O Banco facilita o trabalho dos pesquisadores. Antes da sua criação, o médico-pesquisador assumia todas as etapas preparatórias para pesquisa, desde a seleção de pacientes com as características desejadas até o armazenamento da amostra em condições adequadas. Hoje, o BNT faz tudo isso por ele. A cirurgiã oncológica e pesquisadora, Solange Bizzo, acrescenta que esse tipo de pesquisa exige uma infra-estrutura que custa uma fortuna. “Com o BNT, o pesquisador só precisa apresentar o projeto. Não precisa comprar tanque de nitrogênio, freezer, gelo seco e contratar pessoal para cuidar. todas as amostras são estocadas e catalogadas”. Os profissionais treinados para integrar o projeto encarregam-se de todos os cuidados da coleta e do armazenamento adequados, e registro dos dados eletronicamente. E ainda explicam ao paciente a importância da doação. “Em geral, os pacientes querem participar, afinal poderão ajudar outras pessoas que têm a mesma doença”, completa o diretor médico do BNT, José Claudio Casali. Logo que o tumor é extraído, parte do fragmento é imediatamente armazenado em nitrogênio líquido, a uma temperatura de até 180 graus negativos. Outra parte é analisada na hora, para registro de todas as características. Os dados são então colocados na rede virtual, incluindo os dados do questionário epidemiológico que é preenchido pelo paciente. Os bancos de tumores começaram a surgir na década de 1980, na Europa e nos EUA. No Brasil, a primeira iniciativa similar é do Hospital do Câncer de São Paulo, que, ainda em 1999, começou a armazenar amostras de tumores, com todos os dados, para subsidiar pesquisas. Mas o BNT é o primeiro banco público que permite livre acesso a pesquisadores. A notoriedade do projeto já rendeu o prêmio Second Latin American Novartis Oncology Scientific Awards, concedido pela indústria farmacêutica Novartis. ■

Auto-estima em alta



Resultados clínicos comprovam que um estado emocional positivo favorece o tratamento

Os avanços da Medicina na área da Oncologia mudaram radicalmente as perspectivas de tratamento do câncer, que há muito deixou de ser fatal. Hoje, é uma doença crônica, tratável e, em muitos casos, curável especialmente se diagnosticado precocemente. Apesar disso, a hora do diagnóstico ainda é um choque para o paciente, quase uma sentença de morte. Um estigma da época em que não eram disponíveis terapias eficazes, como a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia. Embora isso seja coisa do passado, são frequentes os casos de depressão e de desequilíbrio emocional que podem interferir na continuidade da rotina de tratamento e até mesmo na resposta do organismo, mais fragilizado e vulnerável. Para isso, os principais centros de referência no tratamento do câncer e unidades de saúde dos mais variados portes contam com os serviços de apoio psicológico.

Hoje, são comuns os grupos de apoio psicológico, por todo o Brasil, como a Rede Feminina de Combate ao Câncer de São Caetano do Sul, que atua no Hospital Beneficência Portuguesa, em São

Paulo, garantindo esse tipo de suporte aos pacientes e familiares sem condições financeiras para o tratamento. Outro exemplo é a Associação Brasileira de Apoio ao Paciente com Câncer (ABAC-LUZ), que reúne psicólogos voluntários para atendimento gratuito em Brasília.

No INCA, as equipes médicas de todas as suas unidades contam com o apoio de psicólogos, para os quais encaminham os pacientes sempre que necessário e em todas as etapas do tratamento, do diagnóstico à readaptação dos operados. A chefe da Psicologia do Hospital do Câncer I (HCI), Maria da Conceição Moreira, explica como esse acompanhamento psicológico e social é fundamental para o bem-estar e a qualidade de vida do paciente, garantindo melhores resultados nas terapias. Segundo ela, o medo da morte pode afetar o paciente emocionalmente a ponto de interferir no seu tratamento e no restabelecimento, ou mesmo acelerar a doença. “É comum a sensação de perda, principalmente no início. Num momento como esse, ajudamos o paciente a ganhar confiança e a valorizar as pequenas conquistas, a cada etapa superada”, resume.

Francisco Luiz Ramalho Araújo, de 57 anos, foi operado de um câncer no reto em 2006. “Logo depois da minha operação, fiquei muito apreensivo. Pensei que tudo estava acabado para mim e nunca mais teria uma vida normal”. Ao constatar a desmotivação do paciente, o oncolologista que o operou decidiu encaminhá-lo ao psicólogo. “Esse apoio me trouxe motivação para lutar e aceitar minhas limitações. Hoje, sei que não poderei mais jogar bola, mas, sempre que posso, vou ao estádio para assistir uma boa partida”, comemora.

A família do paciente também vivencia este momento de insegurança e impotência. Por isso, os familiares também recebem o atendimento psicológico, com total suporte e acompanhamento do serviço social do INCA. “A família deve estar unida para



apoiar a recuperação do paciente. Esse contato traz mais esperança, estímulo e força para o paciente superar todas as etapas do tratamento”, explica a psicóloga. Quando o paciente não tem um familiar que possa acompanhar seu tratamento, as assistentes sociais identificam alguém mais próximo, familiar ou amigo, com o perfil adequado. Esses cuidadores são preparados para dar conforto e confiança ao paciente, mesmo nos momentos mais difíceis.

A coordenadora do atendimento psicossocial da Casa Ronald, Ângela Damásio, explica que o psicólogo ajuda a humanizar um processo tão delicado que é sair de casa para enfrentar uma quimioterapia ou uma operação. A Instituição foi fundada em 1994 por voluntários do INCA para viabilizar o tratamento de crianças carentes, especialmente no início do tratamento, quando são necessárias visitas diárias ao hospital. Hoje, o atendimento psicológico da Casa Ronald recebe pacientes do INCA e de outros hospitais da rede pública no estado do Rio de Janeiro, somando mais de seis mil atendimentos desse tipo por ano. Lá, são utilizados recursos lúdicos, como artes plásticas, música e expressão corporal, para aliviar o estresse e desenvolver a auto-estima, tanto das crianças, quanto das mães.

Para a psicóloga do Hospital Geral de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, Jéssica Paes da Cunha de Riba, também deve ser observada a condição psicológica dos profissionais que lidam diariamente com a dura rotina nos hospitais, onde conciliam, o tempo todo, as dificuldades profissionais, como a falta de recursos e de tempo, com as angústias e sofrimentos de pacientes e familiares. Os profissionais precisam contar com esse tipo de suporte

“Nosso papel é melhorar a qualidade de vida de todos que vivenciam uma rotina estressante do tratamento do câncer”

JÉSSICA PAES DA CUNHA DE RIBA,
psicóloga do Hospital Geral de Jacarepaguá, Rio de Janeiro

para que possam oferecer um bom atendimento. “Nosso papel é oferecer conforto e ajuda para melhorar a qualidade de vida de todos que vivenciam uma rotina estressante como a do tratamento do câncer”, resume. Maria da Conceição Moreira, do INCA, destacando que é preciso ter muita sensibilidade e uma boa formação profissional para tratar os pacientes com toda a naturalidade.

No INCA, somente profissionais formados no curso de Psicologia em Oncologia do Instituto fazem esse tipo de atendimento. Segundo ela, é importante saber portar-se com pacientes de todas as idades, principalmente com as crianças, que requerem uma atenção diferenciada. “Incentivamos os trabalhos lúdicos, como desenhos e brincadeiras com massinha, porque ajudam a aproximar os profissionais e os pacientes. As crianças precisam estar muito à vontade para se expressar, afinal não se comunicam da mesma forma que um adulto”, explica. O curso tem duração de um ano e são oferecidas dez vagas por ano a candidatos de todas as partes do País. Para participar, o candidato deve ser formado há dois anos e ter experiência na área hospitalar. ■

Momento democrático

Desde a sua criação em 1941, a Conferência Nacional de Saúde (CNS) tem sido uma importante ferramenta, que ajuda a definir os rumos da Saúde no Brasil. A primeira edição foi convocada há 66 anos, pelo então ministro da Educação, Gustavo Capanema, quando a Saúde era apenas um departamento do MEC. De lá pra cá, a cada quatro anos, esse é o espaço para a troca de impressões entre diferentes segmentos da sociedade, sobre as melhorias na saúde pública. O debate, descentralizado e nacional, atende a uma das diretrizes básicas do SUS estabelecidas pela Constituição: a garantia da participação da comunidade. O resultado, o relatório final que é encaminhado pelo Conselho Nacional de Saúde ao ministro, serve de orientação à política nacional. Apesar de seu caráter consultivo, as decisões da Conferência podem modificar radicalmente o retrato social do País, como em 1986, quando a 8ª Conferência inspirou a Assembléia Constituinte para criar o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) delibera com base nas diretrizes apontadas no relatório final, como determina a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.



Zilda Arns garantiu a primeira fila: pressão

Hoje, a conferência é considerada a maior conferência de saúde pública do mundo, um exemplo de controle social e consolidação democrática de direitos sociais. E funciona da seguinte forma: são promovidas as conferências municipais, cujas propostas seguem para aprovação na esfera estadual e, só então, discute-se sobre os rumos da Saúde em todo o País. Na etapa prévia, 4.413 municípios, ou seja, 77% de todos os municípios do país, mais os 26 estados e o Distrito Federal se mobilizaram para produzir extenso relatório de propostas consolidadas. Ainda nessa fase, foram eleitos os 3.068 delegados para a etapa nacional, sendo 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços na área.

As relatorias das conferências municipais tiveram a responsabilidade de organizar e enviar as propostas



Temporão, Tião Viana, Lula e Arlindo Chinaglia na cerimônia de abertura

“Como falar sobre saúde numa conferência onde há tantos especialistas e o único leigo sou eu?”

PRESIDENTE LULA, brincando na abertura do evento

aprovadas pelos delegados para a comissão organizadora da etapa estadual que, por sua vez, consolidou as propostas finais para a 13ª Conferência. “Essa compilação dá uma idéia próxima de como a saúde pública é percebida por grande parte da população brasileira, de diferentes níveis de escolaridade e de cultura, e quais melhorias são necessárias”, afirmou o delegado do INCA na Conferência, Jorge Sayde.

Com o tema central *‘Saúde e qualidade de vida: política de estado e desenvolvimento’*, a 13ª edição trouxe algumas modificações em relação ao formato das anteriores. Os grupos de discussão foram orientados por três eixos temáticos, um para cada dia de evento, fora a abertura (14/11) e a plenária final (18/11): *Desafios para efetivação do direito humano à saúde no século XXI*; *Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: O SUS no âmbito da seguridade social*; e *A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde*. Para o presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e organizador do evento, Francisco Batista Junior, a nova estrutura de organização permitiu que todos os conferencistas participassem de diferentes eixos de discussão. “A formatação em plenárias temáticas permitiu o de-

bate à exaustão. Ficamos, sem dúvida, com a sensação de trabalho realizado”, defendeu o delegado do Conselho Municipal de Saúde (CONSEMS), Luís Bolzan.

Mas houve controvérsia. Segundo a pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) Maria Helena Machado, a falta de diálogo, de modo geral, caracterizou as plenárias. “Não faço uma avaliação positiva da Conferência. Houve uma certa despolitização, porque as pessoas não tinham paciência para escutar argumentos ou justificativas a favor ou contra”, lamenta. O próprio regulamento da Conferência exigia que a possibilidade de mais esclarecimentos deveria ser votada pelos participantes, o que tumultuou as plenárias. Em determinado momento, o presidente do CNS, Francisco Batista Junior, precisou intervir do alto do palco: “Nós, do Conselho, não queremos que paire nenhuma dúvida sobre a legitimidade e a democracia desta conferência”. Mas admite que o volume de novas propostas prejudicou as discussões: “Na plenária final, as propostas não foram convenientemente debatidas”, conclui.

Num dos momentos marcantes do evento, um grupo de índios invadiu a tenda principal, durante a terceira plenária, cantando, dançando e rezando em



Fabio Pozzebon / ABR

Aborto e Fundação Estatal: temas polêmicos, rejeitados pela maioria

apoio à proposta de política de saúde das populações do campo e da floresta. Pela primeira vez, os povos indígenas tiveram voz na Conferência. Uma das principais propostas foi a de formação de parteira indígena para o acompanhamento da gestante e do parto, mantida pelo SUS.

Ao final dos cinco dias de conferência, foram analisadas todas as 588 propostas do relatório consolidado pelos estados e municípios, mais 373 sugestões inéditas e 154 moções. Por fim, sete eixos sustentaram a nova proposta para a saúde: Promoção à saúde e ações intersetoriais; Atenção à saúde: Assistência e vigilância; Complexo industrial e de inovação; Força de trabalho em saúde; Qualificação da gestão; Participação e Controle Social; e Cooperação Internacional.

PROPOSTAS APROVADAS

Além das propostas relacionadas a câncer que já tinham sido encaminhadas às Conferências Municipais e Estaduais, também foram aprovadas as propostas específicas encaminhadas pelo INCA durante a conferência: “políticas de proteção à saúde do plantador de Fumo/Tabaco, considerando os seus elevados riscos de doenças” e a “definição do controle do Tabagismo nos cursos de formação para profissionais e o estabelecimento da portaria interministerial”. Outras importantes questões relacionadas à abordagem do câncer também foram aprovadas, como a “Política Nacional sobre alimentação e Nutrição” e a “Política Nacional sobre a saú-

“A Conferência é uma oportunidade única de resgatar o melhor do pensamento e da reforma sanitária brasileira”

MINISTRO TEMPORÃO, no discurso de abertura

de do trabalhador e substâncias cancerígenas preconizadas pela OMS”. Segundo Jorge Sayde, delegado do INCA, a proposta mais importante é a que estabelece a construção de Redes de Atenção para Controle de Câncer. Ela resume o escopo das ações do Instituto: construir uma política em relação aos três níveis de atenção: básico, médio e de alta complexidade, nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal, buscando todas as modalidades de atendimento - promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos (portaria GM/MS nº. 2439 de 2005). “A idéia é ampliar a discussão para além do assistencial e trazer o controle dessa doença para junto da população, com políticas de promoção e prevenção”, acrescenta.

Durante os quatro dias de evento, foram coletadas quase duas mil assinaturas para a petição de apoio à alteração da Lei Federal nº 9.294/96, que visa ao banimento do ato de fumar em ambientes fechados, como a única forma de proteger a população dos riscos do tabagismo passivo. O fato é que fumódromos e exaustores não garantem qualidade do ar. Esse

documento será encaminhado, via projeto de lei, ao legislativo. Vale destacar que esta foi a primeira Conferência Nacional de Saúde totalmente livre do tabaco.

QUESTÕES POLÊMICAS

Temas como o aborto e a fundação estatal de direito privado foram trazidos ao debate durante as plenárias, mas foram maciçamente rejeitados. No caso das fundações, a proposta sequer foi à plenária final, rejeitada por nove dos 10 grupos temáticos.

O delegado do INCA, Jorge Sayde, defende a criação de fundações por permitir maior flexibilidade administrativa e agilidade na aplicação de recursos, como, segundo ele, é feito no Instituto, graças ao apoio da Fundação Ary Frauzino (FAF). “Mas esse deveria ser um caminho transitório, intermediário. Ninguém quer privatizar a saúde”, conclui. Para o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, a discussão deve ser estendida a outros atores da sociedade a fim de definir as soluções possíveis e adequadas à Constituição Federal e à Lei Orgânica da Saúde para superar as dificuldades no âmbito do financiamento da Saúde.

Sobre o aborto, a pressão de grupos religiosos, liderados pela presidenta da Pastoral da Criança, Zilda Arns, não permitiu a abertura de nenhum tipo de discussão, nem sobre direito sexual ou reprodutivo da mulher. Clair Castilhos Coelho, da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, considerou a votação um atraso político. Segundo ela, os grupos religiosos chegaram cedo para garantir toda a parte da frente do plenário, pressionando e dificultando a visão de qualquer manifestação de apoio. “O conservadorismo impossibilitou o debate”, lamentou.

A prática do aborto, considerada crime com punição de até três anos de prisão, tornou-se a terceira causa de morte materna no país. A constatação é o resultado de uma pesquisa feita pela ONG Ipas Brasil (2005), sob encomenda do Ministério da Saúde. Os dados indicam que a criminalização do aborto não reduziu a sua incidência. De acordo com a pesquisa, de 2000 a 2004, ocorreram 697 óbitos em consequência de aborto. “Ninguém é a favor do aborto. Muito pelo contrário, nós somos a favor da vida, livre, geral, ampla e irrestrita. Mas não devemos proteger também as vidas postas em risco nas clínicas clandestinas?”, questionou Jorge Sayde.

Para o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, os atores da Conferência já es-



Ana Fúza / ABr

Participação inédita: Índios reivindicam assistência



Fabio Pozzebon / ABr

Protestos marcaram edição 2008

tão acostumados a essas temáticas, como aborto, e por isso, preferiram não debatê-lo. Agora, sobre a questão das fundações, por se tratar de um tema novo, os delegados se dispuseram em debatê-lo. Porém mais de 90%. “É natural que o governo se sinta de forma não muito confortável quando determinadas propostas feitas por eles não são aceitas por movimentos sociais. Mas isso é um recado importante ao governo, a fim de que perceba a necessidade de abertura de diálogo”, afirmou.

Em nota oficial divulgada logo após a edição 2008 da Conferência, o Ministério da Saúde considerou o resultado um ‘equivocado’, ressaltando que os delegados não apresentaram alternativas viáveis. E insistiu: “O Ministério continuará irredutível na busca de soluções para a gestão do SUS”, conforme nota veiculada no site www.saude.gov.br, em 19 de novembro de 2007. O texto do material reafirma que “a Conferência é consultiva, não deliberativa”. Segundo documento, o governo respeita a opinião expressa no relatório final, mas continuará buscando, no Congresso Nacional, “uma lei que permita ao SUS operar seus hospitais com alguma eficiência”. ■

Saúde mais ágil e integrada

Instituições públicas de todo o País contam hoje com uma série de ferramentas e serviços que permitem a troca de experiências sobre processos de contratação e de compras com todo o rigor necessário à gestão pública, especialmente na área da Saúde. Além de garantir mais agilidade à administração, essencial para conseguir implementar políticas que impactem positivamente na qualidade dos serviços de saúde e na qualidade de vida de toda a população, serviços como banco de editais, registros de preços e pré-qualificação das marcas ajudam a promover a descentralização e a integração da rede de saúde, princípios básicos do SUS, e algumas das diretrizes do Pacto pela Saúde, de 2006.

Um bom exemplo de como as instituições federais podem melhorar seus serviços com a troca de informações é o sistema de Registro de Preços. Quando um produto ou serviço é adquirido por licitação, seu orçamento é lançado no site Comprasnet, um serviço do governo federal. Nele, todas as informações de licitações tornam-se públicas e servem de parâmetro a outras instituições que queiram comprar um produto semelhante. A empresa interessada pode “pegar carona” no orçamento e nos produtos divulgados. Segundo a analista administrativa do INCA, Rosana Almeida, a iniciativa facilita o processo de compras, pois um orçamento leva tempo para ficar pronto. “Além disso, com a ampla concorrência, os preços praticados no Comprasnet estão, em geral, mais baixos que os de mercado. Em 2007, cerca de 55 instituições aproveitaram o Registro de Preços do INCA, que também busca dados de outras empresas quando é necessário.



Se os testes acusarem um desvio de qualidade, o produto é vetado

O banco de editais funciona da mesma forma: quando uma instituição pretende abrir um novo processo de compra ou contratação, não precisa mais formular todo o edital. Basta pegar um modelo de processo similar e atualizá-lo.

Entre os serviços que têm promovido a integração das instituições de saúde, o INCA foi o precursor da pré-qualificação das marcas, uma ferramenta para evitar a compra de material fora dos padrões de qualidade exigidos pelo Instituto. Funciona assim: antes mesmo de abrir qualquer licitação, os produtos são enviados à Assessoria Técnica de Divisão de Suprimentos, que analisa registros e define critérios de avaliação para testes, que são realizados com usuários do INCA. Produtos reprovados são imediatamente eliminados da concorrência e arquivados no banco de dados do sistema.

O recurso chega para cobrir uma lacuna da Lei 8.666/93, de licitações, que proíbe a definição de marcas. Todas as marcas, independentemente da qualidade do produto, podem participar do pregão,

no qual o que vale é o melhor preço. Hoje, somente o produto aprovado nessa pré-qualificação pode seguir no processo. Além da classificação dos produtos, o sistema mostra o consumo médio mensal do produto em cada unidade do INCA. “Reduzimos os custos e melhoramos nosso planejamento, pois sabemos com exatidão o tipo de produto e a quantidade ideal para cada unidade”, conta Luiz Werneck.

Esse serviço é utilizado desde 1995, mas somente em 2006 foi oficializado após consultoria jurídica à Advocacia-Geral da União, ao Ministério da Saúde e ao Tribunal de Contas da União (TCU), e adequado aos parâmetros e regulamentos da Anvisa. Segundo a chefe da assessoria técnica da Divisão de Suprimentos do INCA, Marília Mattos, hoje, o INCA procura difundir a idéia para outras instituições de saúde. E são muitos os interessados em aproveitar o Banco de Dados do Instituto. Entre eles, o Hospital Geral de Bonsucesso e o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia no Rio de Janeiro (INTO), e o Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre.

No INTO, o serviço já foi implementado. Cada concorrente é testado por três usuários, que atribuem um nota de 0 a 10. A média final deve ser superior a sete e meio para que seja cadastrado no sistema de compras e licitação. Segundo o presidente da Comissão de Padronização de Materiais de Consumo do INTO, José Carlos de Mello, a vantagem do sistema é estimular a melhoria dos produtos.

O DRAMA SENTIDO NA PELE

A Pré-qualificação de marcas foi desenvolvida pela em 1995, pela assessora técnica da Divisão de Suprimentos do INCA, Marília Mattos, para evitar que outras pessoas vivessem o mesmo drama de sua mãe, uma ex-paciente do Instituto. Em 1986, enquanto os médicos a mantinham em sono induzido, por conta do estágio avançado da doença, Marília constatou o constante incômodo na sua fisionomia de sua mãe. Decidiu investigar o que poderia causar aquele desconforto aparente. Foi então que descobriu uma falha recorrente no equipamento para diluição do medicamento em soro, cuja comercialização só fora mantida graças a um recurso impetrado na Justiça comum pelo fabricante. “Ao vivenciar isso, não poderia admitir que algo parecido voltasse a acontecer”, desabafa.

Apresentado durante II Congresso Internacional de Controle do Câncer, em novembro, o projeto é um dos 10 finalistas no XXII Concurso de Inovação na Gestão Pública Federal, cujo resultado será divulgado em março.



“A vantagem da pré-qualificação é estimular a melhoria dos produtos”

JOSÉ CARLOS DE MELLO, presidente da Comissão de Padronização de Materiais de Consumo do INTO

VIGILÂNCIA

Há ainda a Rede Sentinela, criada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em parceria com hospitais brasileiros, com o objetivo de sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde, garantindo assim a segurança e a qualidade para pacientes e profissionais da área. Nela, instituições de saúde de todo o País atuam numa rede de vigilância e controle de qualidade de medicamentos, artigos hospitalares e sangue doado. Qualquer reação adversa é imediatamente notificada à Agência. Atualmente, a rede é composta por 18 hospitais na região Norte, 41 no Nordeste, 13 no Centro-Oeste, 80 no Sudeste e 36 no Sul. Cada unidade possui um gerente de risco, que atua como elemento de ligação com a Anvisa.

Só em 2007, 43 medicamentos foram recolhidos voluntariamente pelo fabricante e 17 por determinação da Agência. Ainda na primeira semana de fevereiro, a Anvisa suspendeu o comércio e o uso de um lote do medicamento Utoral (princípio ativo Fluorouracila), fabricado pela empresa Meizler Biopharma S.A., de Barueri (SP). O medicamento é um citostático (inibe a multiplicação de células cancerosas) usado para controlar vários tipos de câncer. A suspensão veio logo após a notificação de um hospital da capital paulista. O fabricante assumiu o recolhimento do lote, reconhecendo possíveis eventos adversos não descritos na bula. ■

Direitos que amparam



Acervo INCA

Simone e seu filho Guilherme: pressão para regulamentar o direito de acompanhar o tratamento

A medicina evolui constantemente para melhor possibilitar a cura e amenizar o sofrimento de pacientes, especialmente dos que sofrem de doenças crônicas, como o câncer. Mas nem sempre recursos e tecnologias são suficientes para garantir qualidade de vida ao paciente. Quem enfrenta uma doença grave na maioria das vezes desconhece o direito a benefícios, que podem ajudar a aliviar o tratamento. O saque no Fundo de Garantia (FGTS) ou a isenção do Imposto de Renda para o aposentado são alguns exemplos. O problema é que, apesar de asseguradas por lei, essas normas são praticamente desconhecidas. Em geral, faltam informação e consciência dos direitos.

Há boas iniciativas que ajudam a divulgar e a fazer valer os direitos dos pacientes. No INCA, as equipes do Serviço Social buscam identificar, em todas as unidades do Instituto, questões sociais que possam interferir no processo de tratamento, viabilizando o acesso aos direitos sociais do paciente com câncer. Pelo Brasil afora, grupos de apoio e ONGs, em quase todos os estados, fornecem ao cidadão informações fundamentais, como noções básicas sobre a doença, infra-estrutura jurídica para enfrentar as dificuldades de acesso ao tratamento e até apoio psicológico, além de atividades de lazer e entretenimento.

Um bom exemplo é o Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer (Napacan), fundado em 1999, que atua na defesa dos direitos dos pacientes com câncer, principalmente dos mais pobres, em São Paulo. A entidade oferece aconselhamento jurídico e político para pacientes. Uma das demandas mais comuns são consultorias para descontos no imposto de renda ou ressarcimento de gastos com saúde. A organização foi fundada pela pedagoga aposentada, Tânia Gomez que, desde que descobriu o câncer, não paga mais o Imposto de Renda, uma isenção garantida por lei aos aposentados portadores da doença. “Com o diagnóstico, não dá para pensar em direitos. Você só decide lutar por eles ao perceber que é possível tocar a vida em frente”, explica. No Paraná, a ONG promove reuniões de orientação sobre os direitos dos pacientes.

É o caso de Milton Pereira, paciente do HC I que conquistou benefício da prestação continuada graças à orientação e ao apoio da equipe de serviço social do hospital. “O INCA foi muito importante porque, logo que descobri a doença, fiquei muito desorien-



Duda Vian

“Falta regulamentar alguma lei que garanta a permanência da mãe ao lado do filho internado”

MÁRCIA SKABA,

chefe do Serviço Social do Hospital do Câncer I

tado. Apesar de minha incapacidade para o trabalho, precisei correr atrás dos meus direitos, reunindo toda a documentação exigida, como os laudos médicos e da Previdência. Mas valeu a pena. Hoje, continuo em tratamento, mas muito mais tranqüilo e confiante”.

No Brasil, a discussão sobre os direitos do paciente tem respaldo legal. Tratar o paciente respeitosamente pelo nome, e não pelo número de seu prontuário ou por sua enfermidade, é apenas uma das questões que envolvem os direitos do paciente, reconhecidos por várias leis e pelo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina. Considerado mais democrático, aberto e transparente do que os modelos europeus e americano, o código brasileiro em vigor desde 1988 assegura aos pacientes vários direitos, como: acesso a todas as informações em linguagem compreensível, incluindo resultados de exames, notas de enfermagem, laudos diversos, avaliações psicológicas e psiquiátricas, entre outros. Em caso de desrespeito, cabe ao paciente fazer a denúncia ao Conselho Regional de Medicina do seu estado, que deverá tomar as provi-

dências necessárias com base no Código de Ética da profissão. A pena pode ser de multa, suspensão ou mesmo cassação do registro profissional.

Garantidos constitucionalmente, os mesmos direitos têm destaque no Código de Defesa do Consumidor, como descrito em seu art. 72: “o prestador de serviços, tal como o médico ou o profissional de saúde, não pode impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, bancos de dados, fichas e registros. Pena: detenção de seis meses a um ano ou multa”. Com isso, o paciente pode também recorrer ao Procon de sua cidade.

Entre os diversos direitos básicos garantidos por lei a todos os pacientes, podemos citar: o direito de gravar ou filmar uma consulta, para evitar que procedimentos sejam mal interpretados; solicitar uma conferência médica; escolher como e onde morrer; recusar certos procedimentos ou medicamentos; e o direito a ter um acompanhante durante exame ou hospitalização.

A retirada integral do FGTS e PIS / PASEP é o único benefício, garantido por lei restrito a pacientes com câncer e Aids. Para assegurá-lo, o paciente deve dirigir-se a qualquer agência da Caixa Econômica Federal, munido de atestado médico, que é válido por apenas 30 dias, do resultado da biópsia, do exame que confirma o tipo de tumor e documentos pessoais, como identidade, CPF e PIS ou PASEP.

O amparo assistencial auxilia com um salário mínimo ao mês, como no caso de Milton Pereira. Mas é concedido a pessoas incapacitadas para o trabalho, cuja renda per capita da família seja inferior a 1\4 do salário mínimo. Isso significa que, somando-se toda a renda familiar e dividindo-se o total pelo número de membros da família, o resultado deverá ser inferior a R\$ 90,00. Por isso, o benefício acaba restrito aos casos de famílias numerosas e muito pobres.

Um dos empecilhos ao exercício dos direitos é o excesso de burocratização dos processos. Mas pode ser requerido pelo próprio paciente ou por quem tenha algum dependente com a doença. O direito à aposentadoria, por exemplo, exige a comprovação da invalidez, atestada por junta médica oficial.

Um outro benefício garantido trata-se da isenção de impostos (IPI, o ICMS, o IPVA e o IOF), na compra de carro adaptado. Vale salientar que as isenções só serão concedidas se o paciente com câncer demonstrar, pericialmente, que não tem condições de conduzir veículos comuns, sendo equiparados aos deficientes físicos, para quem a legislação concede a isenção citada.

Na maioria dos casos, o paciente com câncer pode e deve continuar a levar, normalmente, sua vida profissional e social. Em algumas situações, a pessoa precisa se ausentar do trabalho, mas não é regra. Há até o incentivo por parte dos médicos, psicólogos e assistentes sociais para que a pessoa mantenha sua rotina normal de trabalho e uma vida socialmente ativa, o que contribui com o tratamento. Mas são comuns os casos de invalidez. Para eles, há ainda o benefício da quitação da casa própria. No caso de invalidez total e permanente, de pessoa que tenha adquirido a doença depois do contrato de compra do imóvel, o seguro pago pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH) quita as prestações.

DIREITO PAGO

Os direitos só estão garantidos para a pessoa que contribui regularmente com o INSS, como a aposentadoria ou o auxílio-doença. Quem não for inscrito ou fizer sua inscrição depois do diagnóstico do câncer terá ressalvas para conseguir o benefício. Para o paciente com câncer, a única diferença é que ele não precisa cumprir os 12 meses de carência, período mínimo de contribuição que garantirá seus direitos previdenciários. É imprescindível que o paciente contribua e regularize sua situação junto ao INSS.

LACUNA NA LEGISLAÇÃO

Segundo a chefe do Serviço Social do HC I, Márcia Fróes Skaba, um dos grandes problemas atuais é que ainda não existe uma lei que garanta a permanência da mãe ao lado de criança em tratamento. “Precisamos dar a maior visibilidade possível e mobilizar o maior número de pessoas para que o assunto entre de vez na pauta das discussões no Poder Legislativo e nas políticas públicas. É fundamental que se crie algum instrumento legal que dê respaldo ao tratamento dessas crianças”, afirma.

O Estatuto da Criança e do Adolescente garante aos pais o direito de acompanhar os filhos permanentemente, se tiverem doenças graves. Mas, hoje, as mães são obrigadas a escolher entre o emprego e o acompanhamento do tratamento do filho, por não terem direito a uma licença remunerada, exceto para os servidores públicos, para quem



Guilherme com os pais: família unida durante o tratamento no INCA

a licença é limitada a um certo período. O câncer infantil exige tratamento continuado e de longo prazo, como a quimioterapia, e é fundamental o apoio e o carinho dos familiares para que se alcancem bons resultados. Márcia Skaba cita ainda outro agravante: “essas mães, muitas vezes, têm que abandonar o trabalho para o acompanhamento de seus filhos, fato preocupante quando sabemos que, no Brasil, muitas mulheres são as provedoras da família”.

A jornalista Simone Orlando, mãe de Guilherme Pirajá, ex-paciente da pediatria do HC I, vestiu a camisa na luta por mais direitos dos pacientes desde que viveu o drama do câncer de seu filho. O tumor foi descoberto no início de 2007, depois que Guilherme começou a emagrecer e a apresentar problemas graves de prisão de ventre, ainda com um ano e quatro meses de idade.

Desde que recebeu o choque do diagnóstico, Simone começou a estudar os direitos e projetos de lei que beneficiassem trabalhadores com filhos portadores de doenças graves, principalmente os com neoplasia maligna. No entanto, segundo ela, tais projetos têm sido engavetados por onerar a Previdência. “Cheguei a falar com os assessores de alguns senadores que defendiam propostas na área da saúde, como as senadoras Sandra Rosado e Maria Helena, que reapresentaram, no dia 13 de março de 2007, um projeto de lei para garantir o direito de licença a pais com filhos com doenças graves. Mas, como sempre, foi arquivado”, conta.

Hoje seu filho está curado e ela se empenha para lançar um abaixo-assinado com pais de todo o País que deverá pressionar deputados e senadores a corrigir essa lacuna na legislação brasileira.

Para conhecer e garantir todos os direitos, recomenda-se ao paciente buscar orientação no serviço social do hospital ou unidade de saúde em que ele recebe o tratamento. ■

internas



INTEGRAÇÃO NACIONAL

Avança o projeto de implementação do sistema informatizado que permitirá a integração e a padronização dos registros de todas as fases do tratamento do câncer de mama, o Sismama. Técnicos e gestores de três estados, Minas Gerais, Paraíba e Rio Grande do Sul já estão habilitados a operar o sistema. A meta é que o sistema funcione integralmente a partir do segundo semestre deste ano, quando todos os estados terão profissionais capacitados. O treinamento é promovido em parceria com o Datasus e conta com representantes da Divisão de Atenção Oncológica e da Divisão de Tecnologia da Informação.

Imagens: Acervo INCA



Fotos: Acervo INCA

FOLIA SOLIDÁRIA

A campanha para atrair doadores de sangue durante o Carnaval foi um sucesso. Durante os quatro dias, o INCA recebeu ao todo 601 voluntários, sendo 493 aptos para a doação. Um resultado bem acima da meta esperada de 450 doações. Com o tema 'Bloco da Solidariedade, participe desta folia!', a campanha teve como padrinhos o dançarino Carlinhos de Jesus e a miss Brasil 2007, que também fez sua doação. Nas ruas, a iniciativa contou ainda com o apoio de dois atores da novela Duas Caras (TV Globo), Lázaro Ramos e Marjorie Estiano, que emprestaram a imagem para ajudar a mobilizar a população. TIM e VIVO reforçaram a divulgação enviando 330 mil torpedos em suas redes locais. Segundo a chefe do Serviço de Hemoterapia do INCA, Iara Motta, as campanhas são promovidas regularmente para garantir os estoques do banco de sangue, especialmente nos feriados, quando o número de doadores é reduzido a quase 50%.

PROPAGANDA NA MIRA DA ANVISA



A obesidade infantil no Brasil triplicou num intervalo de 20 anos. O alerta é da chefe da unidade de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda e Publicidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ana Paula Massera, que participou de mais uma edição do projeto 'Prevenção de quem previne'. O evento, promovido pela Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) promoveu o debate sobre a regulamentação da propaganda de alimentos para o público infantil. No encontro, a representante da Anvisa explicou como a propaganda explora apelos emocionais e racionais, para estimular o consumo de alimentos calóricos.

NOVO CAMPUS EM PAUTA

A oficina interativa do Plano Diretor integrou, numa videoconferência, todas as unidades do INCA para exibição do documentário “Encontro com Gestores da Macrorregião de Saúde de Montes Claro”. O vídeo, que em 2007 recebeu prêmio especial na Mostra de Cinema em Cuba, aborda as dificuldades de gestores da saúde de absorver as tecnologias na Rede SUS, tema amplamente debatido com os participantes. Coordenado pela arquiteta e urbanista Luisa Pessôa, o objetivo do evento foi identificar, junto aos funcionários, todos os problemas e dificuldades do Instituto, para fazer um diagnóstico que deverá orientar o projeto de um novo campus, que integrará, no mesmo local, todas as unidades do INCA.



Acervo INCA

Ana Jobim



MAESTRO POLITICAMENTE CORRETO

A Infraero retirou um pôster das dependências do Aeroporto Internacional Antônio Carlos Jobim (Galeão), onde o maestro aparecia fumando um charuto. Afinal, o tabagismo é um dos fatores de risco mais relacionados ao aparecimento do câncer e de doenças cardiovasculares. A solicitação partiu do INCA, depois de receber diversas manifestações de representantes da sociedade civil e de instituições parceiras, criticando a vinculação do artista ao consumo do tabaco. A Infraero acatou o pedido imediatamente. O compositor, que morreu em 1994, tinha as coronárias obstruídas e câncer de bexiga.

PROTOCOLO INTERNACIONAL

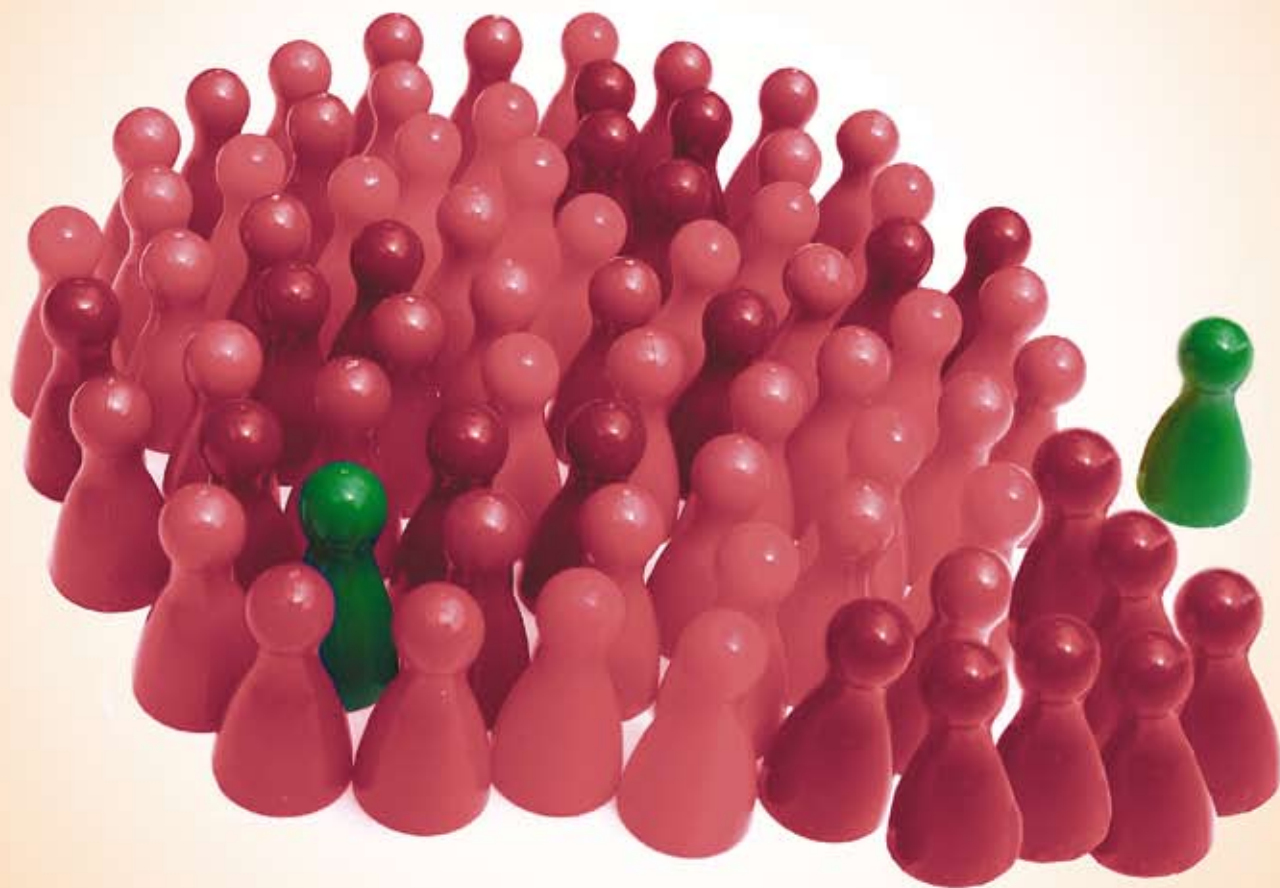
O INCA, por meio do Programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT), participou da elaboração do novo Protocolo Internacional da Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA). O documento é resultado de um projeto de pesquisa coordenado pela AIEA com a participação de físicos do Brasil, do Canadá, da China, da Croácia, da Polônia e do Reino Unido. No encontro, os participantes debateram o resultados do projeto que deu origem a um novo protocolo.

O documento orienta sobre o desenvolvimento e a aplicação de um controle de qualidade em radioterapia, denominado *Dosimetria In Vivo*, que se presta a monitorar a dose de radiação ministrada aos pacientes durante o tratamento. O físico do INCA, Claudio Viegas (primeiro à esquerda da foto), representou o País no encontro realizado na sede da Agência, em Viena (Áustria). Ao lado dele, Kukowitz (Polônia), Lou Suoming (China), Philip Mayles (Inglaterra), Joanna Cygler (Canadá), Tomislav Bokulic (Croácia) e Joanna Izewska (AIEA).



Acervo INCA

Você pode ser a **esperança**
de vida para alguém.
Cadastre-se como doador
de **Medula Óssea**.



Procure o hemocentro mais próximo de sua casa e se inscreva no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME). A doação pode ser a única chance para pessoas com leucemia e outras doenças do sangue. O cadastro para o doador é muito simples. Para o paciente, pode ser a diferença entre a vida e a morte. .



Saiba como ser doador : www.inca.gov.br

