

17

Abril
2012

REDE CÂNCER

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



R\$ 600 MILHÕES PARA A RADIOTERAPIA

GOVERNO PLANEJA ESTRUTURAR 80 NOVOS SERVIÇOS ATÉ 2015



Se você tiver febre alta, dor de cabeça, dor atrás dos olhos, no corpo e nas juntas, procure uma Unidade de Saúde, pode ser dengue. Beba bastante líquido e não tome nenhum medicamento sem orientação médica. Caso você já tenha sido diagnosticado e apresentar dores abdominais e vômito, retorne imediatamente à Unidade de Saúde, pois pode ser a forma grave da doença. **Fique atento:** identificar os sintomas o quanto antes é fundamental para o tratamento da doença.

JUNTOS SOMOS MAIS FORTES NESTA LUTA.

O SUS está com você no combate à dengue.

sumário



05

EDUCAÇÃO

Mais qualidade para a formação técnica

09

CAPA

O gargalo da radioterapia no Brasil

14

ASSISTÊNCIA

Todos contra o erro

18

VIGILÂNCIA

As profissões e o câncer

21

PREVENÇÃO

É gostoso ser saudável

26

ENTREVISTA

Muito além da simples tecnologia

32

PERSONAGEM

"Hoje eu falo mais 'nãos' "

35

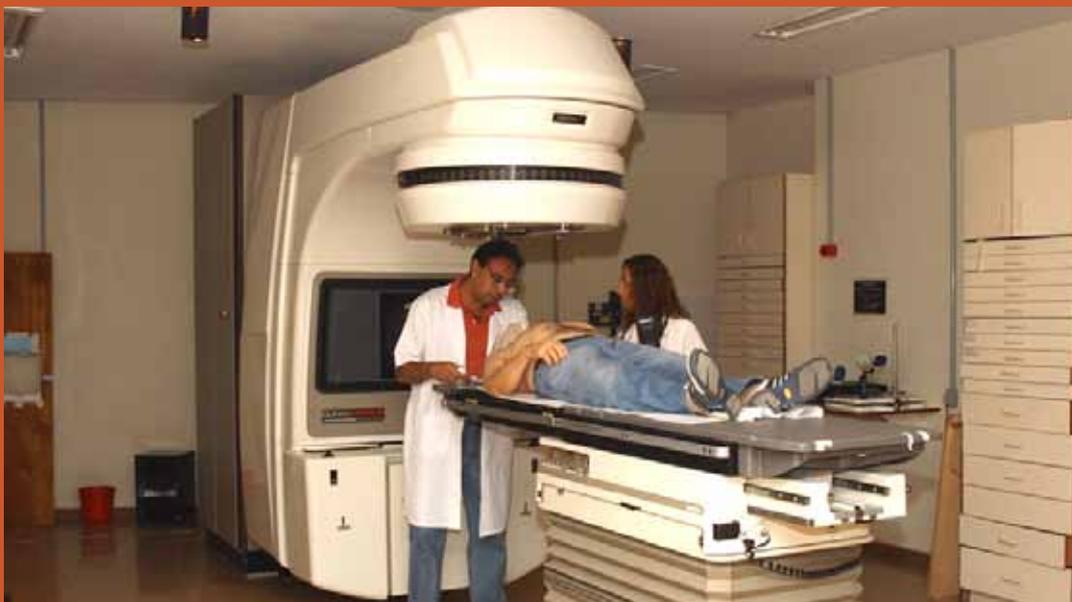
POLÍTICA

Do laboratório ao SUS

38

REDE

Bem-estar virtual



REDE CÂNCER

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

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

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Daniella Daher** | Editor assistente: **Nemézio Amaral Filho** | Redator: **Marcio Albuquerque**.

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

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

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



Ministério da
Saúde



Radioterapia mais acessível até 2015

Prezado leitor,

O Governo Federal quer ampliar o acesso dos pacientes com câncer à radioterapia. Para isso, pretende investir quase R\$ 600 milhões até 2015. A meta é estruturar 80 serviços: 32 novas unidades e a atualização tecnológica de outras 48. Hoje, 90 mil pessoas que recebem indicação para o tratamento não conseguem vaga no serviço público, que atende 90% dos pacientes. Esse é o assunto da nossa reportagem de capa, na página 9.

Minimizar o número de resultados falsos-positivos e falsos-negativos de exames para detectar lesões malignas é um desafio. O erro pode estar em qualquer etapa do procedimento, desde o posicionamento do paciente para a realização do exame, passando pela qualidade da imagem ou da amostra coletada, até a leitura pelo profissional de saúde. A mamografia, por exemplo, apresenta 10% de resultados falsos-negativos. A tendência é que esse índice se reduza a partir de janeiro de 2013, quando passa a ser obrigatório o Programa Nacio-

nal de Qualidade em Mamografia. *Todos contra o erro* é o tema da seção *Assistência*, a partir da página 14.

Na seção *Personagem*, a atriz Márcia Cabrita admite que foi muito difícil enfrentar o diagnóstico e o tratamento contra o câncer de ovário, descoberto às vésperas de sua estreia em mais uma comédia teatral. Foram oito meses de tratamento, durante o qual Márcia retornou aos palcos. “Qualquer coisa que te distraia é bem-vinda. Não sei se isso contribui para a cura, embora as pessoas digam que sim. Mas é útil psicologicamente. Um amigo, o trabalho, o que te deixa feliz, tudo ajuda... Mas o que cura mesmo é a medicina”, sentencia Márcia. Leia todo o depoimento na página 32.

E desfazemos de vez a crença de que comida saudável é sem graça. Por outro lado, carnes grelhadas como sinônimo de alimentação saudável não passam de mito. Saiba o porquê e muito mais na seção *Prevenção*, que começa na página 21.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

educação

INSTITUIÇÕES OFERECEM CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E AJUDAM A COMBATER A CARÊNCIA DE PROFISSIONAIS NO SETOR DE SAÚDE

Mais qualidade para a formação técnica

Fotos: José Antônio Campos/INCA

Simone Maia, coordenadora substituta do curso de Citologia do INCA, em uma das aulas teóricas

○ Brasil corre sério risco de sofrer um apagão de mão de obra. Há falta de profissionais qualificados em todos os níveis de formação, mas a escassez de técnicos é considerada hoje a mais preocupante. Levantamento divulgado pela consultoria PriceWaterhouseCoopers, em dezembro de 2011, revela que 71% das empresas de todos os setores consideram “difícil” ou “muito difícil” preencher seus quadros com profissionais técnicos especializados. E a Saúde não é uma exceção. Ainda são poucas as instituições públicas ou privadas que oferecem cursos como Citopatologia ou Histotecnologia, o que gera significativo déficit de profissionais no mercado. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) faz parte desse pequeno rol, oferecendo desde os anos 1980 cursos técnicos gratuitos para profissionais de saúde.

Atualmente, os cursos do INCA são oferecidos em diversas modalidades. Na área de Educação Técnica Subsequente ao Ensino Médio, é oferecido o curso de Citopatologia. Voltado para técnicos de qualquer área do conhecimento, o curso é ministrado em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Já na área de Educação Inicial, há o curso de Qualificação em Histotecnologia, direcionado a técnicos que já atuam na área da Saúde e que têm interesse em trabalhar em laboratórios de anatomia patológica.

O Instituto oferece ainda, na área de Educação Continuada, cursos de especialização e

atualização, como a Especialização em Oncologia, direcionada a técnicos em enfermagem, e em Radioterapia, para técnicos em radiologia. De acordo com Vânia Maria Fernandes Teixeira, supervisora da Área de Ensino Técnico do INCA, a instituição lançará, no segundo semestre, o Curso de Atualização para Técnicos em Mamografia. “Ainda estamos em processo de desenvolvimento, pois esse será nosso primeiro curso técnico a distância. A formação de técnicos em mamografia para o SUS é urgente, pois hoje sobram mamógrafos em todo o país, por falta de profissionais capacitados para operá-los”, afirma.

Maria Cristina Frères de Souza, analista de Ensino da mesma área, ressalta que essas iniciativas são fundamentais também para reciclar o conhecimento dos profissionais que atuam em instituições públicas e privadas com serviços em radioterapia. Há dois anos, o instituto elaborou material didático para atualização de técnicos na área, que é distribuído para todo o país. “Esse é o único curso técnico de atualização em Radioterapia atualmente disponível no Brasil. Produzimos 5 mil exemplares do material, que é enviado para as organizações e usado no treinamento interno. O tutor do curso é o próprio físico responsável da instituição. É uma experiência *exitosa*, e estamos estudando a possibilidade de lançar a cartilha em espanhol para contemplar instituições de toda a América Latina na modalidade de educação a distância”, adianta Cristina.

VAGAS DESCENTRALIZADAS

De acordo com Vânia Teixeira, a proposta do INCA é levar a qualificação técnica a profissionais de todo o país. As vagas, que variam entre cinco e 25, de acordo com o curso, são divididas igualmente entre as cinco regiões do Brasil. “Os processos seletivos para a Área de Ensino Técnico são realizados de maneira diferente dos demais cursos do INCA. Nessa modalidade, os inscritos não precisam vir ao Rio de Janeiro fazer a prova, porque nós organizamos o processo em cada Estado, facilitando o acesso do candidato. Caso contrário, teríamos apenas candidatos do Rio”, acredita. A única exce-



Nas aulas práticas, as alunas aprendem a identificar alterações nas lâminas que serão examinadas

ção, até o momento, é o Curso de Especialização em Enfermagem Oncológica, que será oferecido para as unidades de alta complexidade fluminenses – experiência que deve ser expandida a todo o país.

Além de prova, o processo seletivo conta com a análise de currículo do candidato. Vânia explica que a maioria dos cursos dura um ano, em horário integral. Por isso, nem todas as instituições têm condições de liberar seus funcionários. Foi o que ocorreu com Giuliana Tomaz da Silva. Técnica em Análises Clínicas, ela precisou deixar o emprego para se dedicar exclusivamente ao curso de Citopatologia. “São cursos que exigem muito do aluno, pois há uma intensa carga de provas e aulas práticas, além de outras atividades. Apesar do grande esforço, no final das contas, há um retorno muito grande, não apenas financeiro, mas também de realização e crescimento profissional”, revela Giuliana, formada há quatro anos e que hoje é professora desse mesmo curso.

Segundo Vânia Teixeira, os cursos do INCA são voltados para profissionais que atuam tanto no setor público quanto no privado, mas trabalhar em instituições conveniadas ao SUS é um dos critérios de classificação. O número de inscritos para cada curso varia de 150 a 400 candidatos – mais de 15 vezes o número de vagas. “Os cursos mais concorridos são os de Citopatologia, Especialização em Radioterapia e Enfermagem em Oncologia. Infelizmente, o número de vagas é reduzido por conta da estrutura de estágio disponível no INCA. São cursos eminentemente práticos, muitas vezes com disciplinas em comum, o que impossibilita um grande número de discentes por turma”, esclarece a supervisora. “Em alguns cursos, como Histotecnologia, nós estudamos ampliar o número de vagas, mas em outros, como Radioterapia, não há essa possibilidade. Esse curso exige que o aluno passe por cada um dos aparelhos com um supervisor”, conclui Vânia.

Mas, além da formação técnica, há a preocupação em transmitir aos discentes noções de humanização em saúde. É o que afirma Elizabeth Maria Conceição, coordenadora pedagógica do Centro de Formação de Pessoal para a Saúde de São Paulo (Cefor). Em parceria com a Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp), o Cefor oferece curso técnico em Citopatologia. Além do INCA e do Cefor, apenas as Escolas de Saúde Pública de Pernambuco (Esppe) e do Ceará (ESP-CE) oferecem esse treinamento.

“O profissional citotécnico é essencial para a prestação de serviços de prevenção e detecção do câncer do colo uterino. Por isso, nos preocupamos

em ensinar aos nossos alunos não apenas como manusear instrumentos ou analisar as lâminas, mas também transmitir uma visão consciente do seu trabalho, a noção da importância de lidar com vidas”, explica Elizabeth.

Essa é uma das questões apontadas pelo técnico em radiologia e especialista em radioterapia Naborabner Guimarães Soares, ex-aluno da turma de 2009-2010 do INCA. “Poder colocar em prática os conhecimentos é o grande diferencial do curso. Eu passei a ter mais compreensão não apenas sobre os aparelhos, mas também sobre o tratamento do câncer. Passei a ter mais identificação com meu trabalho e isso para mim é o mais gratificante”, conta.

E não são apenas os técnicos brasileiros que se beneficiam dos cursos do INCA. O instituto participa de convênio firmado entre os ministérios da Saúde brasileiro e moçambicano para a qualificação de profissionais da área de saúde do país africano. “No momento, estamos oferecendo Aperfeiçoamento em Citopatologia, Histologia e Especialização em Radioterapia apenas para o convênio. Recebemos um aluno por vez, de acordo com a indicação do Ministério da Saúde de Moçambique”, conta Cristina Frères. “O curso de aperfeiçoamento é mais rápido, tem duração de três meses. São tão poucos os profissionais de saúde qualificados na região metropolitana de Maputo, capital de Moçambique, que o governo do país não tem condições de enviar mais de um por vez, nem por longos períodos”, justifica Cristina.

MERCADO DE TRABALHO

De acordo com Vânia Teixeira, os cursos do INCA entram em consonância com a política do Ministério da Saúde de aumentar a qualificação dos profissionais de nível médio. Para ela, apesar de mais de 60% da força de trabalho do SUS ser formada por técnicos, a maioria não tem condições de se qualificar após o Ensino Médio. “A formação dos técnicos é considerada hoje uma das prioridades estratégicas do Governo Federal, para garantir a melhoria da qualidade da assistência pública”, esclarece Vânia. “Em 2009, foi lançado um programa para estimular a formação de técnicos nas áreas de interesse do SUS. A princípio, seriam contempladas 11 áreas, mas, no momento, são priorizados os cursos de Vigilância Sanitária, Hemoterapia, Radiologia e Citopatologia”, informa.

“Em alguns cursos, como Histotecnologia, nós estudamos ampliar o número de vagas, mas em outros, como Radioterapia, não há essa possibilidade. Esse curso exige que o aluno passe por cada um dos aparelhos com um supervisor”

VÂNIA MARIA FERNANDES TEIXEIRA, supervisora da Área de Ensino Técnico do INCA

Para Vânia, o setor Saúde enfrenta um forte gargalo por conta do déficit de técnicos no mercado. “Hoje, o grande entrave para o aumento do número de exames citológicos, tanto de mama quanto de colo do útero, duas prioridades nacionais, é a falta de profissionais no setor. Não adianta contratar médicos, construir unidades de tratamento e laboratórios, se não há técnicos para a realização de exames”, enfa-

tiza. Essa realidade se reflete no assédio das instituições de saúde aos alunos formados pelo INCA. Giuliana conta que, no dia da sua formatura, recebeu três propostas de emprego, mas optou por trabalhar no INCA – hoje a técnica é servidora pública do instituto.

Na visão de Vânia, o mercado de trabalho para os profissionais de nível técnico sofre ainda com a falta de planos de carreira e de uniformidade dos cursos de formação. Para mudar esse quadro, desde 2010 o Ministério da Saúde, em parceria com o da Educação, vem definindo as diretrizes e orientação para a formação de cada um desses profissionais. “É necessário estabelecer uma diretriz curricular a ser seguida por todas as escolas. Isso é fundamental para melhor avaliar a qualidade da formação e garantir identidade do perfil profissional. Isso facilita para o gestor público no momento da realização de um concurso”, defende Vânia.

Já para Elizabeth Conceição, a carência de profissionais existe e há espaço para que o mercado ofereça mais oportunidades para os técnicos. “Há procura das instituições de saúde pelos profissionais formados pelo Cefor, mas, se houvesse mais vagas, o interesse pelos cursos seria maior. Para cada turma, o centro oferece 15 vagas e recebemos entre 40 e 50 inscrições. Ainda são poucos os que buscam entrar nessa área por falta de melhores perspectivas no mercado”, opina. ■



O trabalho do citotécnico exige muitas horas de análise no microscópio

O gargalo da radioterapia no Brasil



Dos 518 mil novos casos de câncer esperados no Brasil em 2012, em torno de 60% devem receber indicação de radioterapia, exclusivamente ou associada a outras estratégias terapêuticas, como quimioterapia ou cirurgia. Contudo, nem todos os pacientes vão conseguir acesso ao procedimento. Cálculo da Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT) aponta que, cada ano, 90 mil novos pacientes deixam de receber radioterapia por falta de estrutura instalada na rede pública.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que haja um aparelho de radioterapia para cada 600 mil habitantes. Hoje, o Sistema Único de Saúde (SUS), que atende a cerca de 90% dos pacientes oncológicos, conta com 220 máquinas, quando deveria ter, pelo menos, 330. De acordo com relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) divulgado no fim de 2011, foram investidos, em 2010, cerca de R\$ 1,9 bilhão em tratamentos oncológicos, mas apenas 11% desse valor foram gastos com radioterapia.

“Os impostos incidem não apenas sobre a aquisição de máquinas, mas também sobre as peças, o que encarece a manutenção. Além disso, há os custos de construção civil, pois é preciso criar um ambiente seguro, que proteja da radiação”

JOSÉ LUIZ FUSER JÚNIOR, radioterapeuta da Clínica São Carlos

Para o radioterapeuta Robson Ferrigno, presidente da SBRT, há um desequilíbrio na Política Nacional de Controle do Câncer. “A radioterapia oferece uma importante possibilidade de cura para diversos tipos de câncer, incluindo alguns dos mais incidentes na população brasileira, como próstata, pulmão, mama e colo do útero. Não adianta gastar fortunas com quimioterapia em detrimento da radioterapia, que também é uma opção promissora para o paciente”, afirma Ferrigno. Ele cita ainda a demora para o início do tratamento. “Enquanto o tempo médio de espera para começar o tratamento quimioterápico no SUS chega a 76 dias a partir do diagnóstico, para os que se submetem à radioterapia, esse intervalo pode ser de até quatro meses. Na rede pública, apenas 15,9% dos pacientes de radioterapia conseguem iniciar o tratamento em 30 dias – e, quanto mais o tumor avança, menores são as chances de cura”, alerta o médico.

Além de ter mais máquinas em funcionamento, Ferrigno acredita que o país precisa expandir sua rede de serviços e criar medidas para tornar o investimento privado mais atraente. Atualmente, o SUS conta com 165 serviços de radioterapia, mas eles não estão igualmente distribuídos pelo território nacional. A maioria está nas regiões Sul e Sudeste, enquanto estados como Amapá e Roraima não contam com nenhum serviço. Mesmo nos estados mais desenvolvidos, a situação não é menos crítica. No Rio de Janeiro, por exemplo, a maior parte das instituições que oferecem radioterapia está concentrada na Re-

gião Metropolitana. No município de São Gonçalo, o segundo mais populoso do estado, com mais de 1 milhão de habitantes, não há nenhum serviço. Já no estado de São Paulo, aproximadamente 7,5 mil pacientes com indicação de radioterapia ficam desassistidos por ano.

Para enfrentar essa situação, o Ministério da Saúde ampliou, em 2010 e 2011, em 22%, os recursos destinados à atenção oncológica, totalizando R\$ 2,2 bilhões. Desse valor, foram investidos R\$ 351,4 milhões em atendimento em radioterapia, totalizando 9,2 mil procedimentos. Em março do ano passado, foi lançado o Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, que prevê investimento de R\$ 4,5 bilhões até o fim de 2014 na expansão e qualificação da atenção oncológica. Na área de radioterapia, a meta é estruturar 80 serviços no país até 2015 – com a implantação de 32 novas unidades e a atualização tecnológica de outras 48. Do total, 15 serviços estão hoje com obras em andamento para instalação do equipamento. O investimento nessa área será na ordem de R\$ 576 milhões.

De acordo com Carlos Manoel Mendonça de Araújo, chefe do Serviço de Radioterapia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), esses números indicam uma mudança importante no cenário brasileiro. Entretanto, mesmo com a criação de mais serviços, o número de pacientes cresce mais rápido. “A expectativa é que parte do problema seja resolvida com a ampliação da oferta de serviços públicos. Mas também a atual conjuntura econômica nacional vem permitindo que mais pessoas tenham condições de adquirir planos e seguros de saúde. Isso faz com que parte da demanda migre para o atendimento na rede privada, que cresce a uma taxa mais rápida que a rede pública”, analisa o especialista. Na visão de Carlos Manoel, a grande pressão exercida sobre o Governo tem sido a respeito do reconhecimento de procedimentos mais modernos em instituições que prestam atendimento para o SUS. “Atualmente, procedimentos mais sofisticados são privilégio apenas daqueles que podem pagar”, diz.

Já para José Luiz Fuser Júnior, radioterapeuta da Clínica São Carlos, instituição privada do Rio de Janeiro especializada no tratamento do câncer, a aquisição de máquinas de radioterapia é outro ponto delicado. Quase a totalidade dos equipamentos é importada e apenas instituições públicas e filantrópicas estão isentas de tributação. “Os impostos incidem não apenas sobre a aquisição de máquinas, mas também sobre as peças, o que encarece a manutenção. Além

disso, há os custos de construção civil, pois é preciso criar um ambiente seguro, que proteja da radiação”, explica o médico. Para o Ministério da Saúde, a diminuição da carga tributária não refletiria necessariamente a redução dos valores dos equipamentos e, conseqüentemente, o maior acesso da população ao tratamento. Por isso, a ideia do Governo é estimular a produção nacional desses equipamentos.

Em agosto de 2011, a presidente da República, Dilma Rousseff, lançou o programa Brasil Maior, para estimular a competitividade do complexo industrial brasileiro em diversos setores, inclusive o da Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, foram aprovados R\$ 250 milhões em 2012 para pesquisa, desenvolvimento tecnológico e fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, podendo chegar a R\$ 1 bilhão em recursos não reembolsáveis até 2015. Além disso, está sendo negociada com fabricantes estrangeiros de aceleradores lineares a instalação de fábricas no país. “Essa é uma oportunidade não apenas de baratear o custo das máquinas, mas também de trazer tecnologia e informação para o Brasil. Isso vai ajudar a melhorar a capacitação dos nossos profissionais”, acredita Carlos Manoel.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O chefe do Serviço de Radioterapia do INCA lembra que as ações para ampliar o parque tecnológico nacional podem ter efeito limitado se não houver investimento para a formação de profissionais. O tratamento radioterápico depende da atuação integrada de diferentes profissionais, como radioterapeutas, físicos médicos e técnicos em radioterapia e enfermeiros. E, hoje, há escassez de mão de obra qualificada em quase todos esses perfis. De acordo com a SBRT, há apenas 15 instituições no Brasil, entre elas o INCA,

“Essa é uma oportunidade não apenas de baratear o custo das máquinas, mas também de trazer tecnologia e informação para o Brasil. Isso vai ajudar a melhorar a capacitação dos nossos profissionais”

CARLOS MANOEL MENDONÇA DE ARAÚJO, chefe do Serviço de Radioterapia do INCA





que oferecem cursos de residência médica em radioterapia reconhecidos pelo Ministério da Educação.

O mesmo ocorre com a residência para físicos médicos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Física (SBF), há uma carência de físicos atuando em radioterapia por falta de cursos de especialização, em detrimento de outras áreas, como Medicina Nuclear e Radiodiagnóstico. De acordo com Delano Valdivino Santos Batista, da área de Física Médica do INCA, o Brasil forma entre 15 e 20 físicos médicos anualmente. “Estamos vivendo uma situação de equilíbrio no mercado. As recomendações indicam que deve haver um físico médico para cada máquina de radioterapia em funcionamento. Com os investimentos do Governo, vai haver um *pico* de equipamentos no país e a demanda por esses profissionais vai aumentar. É preciso expandir também o número de instituições que oferecem cursos de especialização e residência”, avalia.

Os físicos médicos têm a função de calcular a dose exata de radiação a ser aplicada em cada paciente, de acordo com a orientação do médico. Eles participam também da calibração dos equipamentos

e da proteção radiológica de pacientes e demais profissionais. Apesar de sua presença ser considerada obrigatória pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen) nos serviços de radioterapia, a profissão ainda não é regulamentada. “O físico tem um papel fundamental, pois é ele quem sabe como ocorre a interação da radiação com os tecidos e pode, assim, evitar que áreas saudáveis do paciente sejam afetadas”, explica Delano. Ele informa ainda que há um projeto de lei [nº 159] de 2005 no Senado propondo a regulamentação da profissão, mas que, no momento, está arquivado. “Esse projeto pode abrir caminho para o maior reconhecimento dos profissionais e fortalecer o mercado de trabalho”, acredita.

A falta de profissionais também é percebida entre os técnicos em radiologia especializados em radioterapia. O curso, oferecido pelo INCA desde 1982, atualmente é o único reconhecido pelo Ministério da Educação. Zuma Casquilha, que participou da primeira turma e hoje é uma das coordenadoras do curso e responsável pelo corpo de técnicos de radioterapia do INCA, afirma que a instituição forma, cada ano, cerca de dez profissionais. “Infelizmente,

não há estrutura para a formação de mais técnicos. Parte do curso é prática, quando cada aluno passa por todos os aparelhos, assistido por outros quatro profissionais. Preparamos técnicos aptos a atuar com qualquer tipo de equipamento e tratamento. A maioria dos profissionais do Brasil é treinada dentro das organizações onde atuam, mas não têm acesso à formação”, explica.

Zuma ressalta que o técnico é quem executa o tratamento radioterápico: é ele quem aplica as sessões de radioterapia, sendo o profissional que passa a maior parte do tempo em contato com o paciente. “O tratamento ocorre cinco dias por semana e pode durar entre 10 e 25 dias. Nesse período, muitas vezes cria-se um vínculo entre o paciente e o técnico. Não é raro o doente recorrer mais ao técnico do que ao médico para sanar suas dúvidas. Muitos pacientes têm alta e retornam para nos visitar. Recentemente, reencontrei uma moça de 18 anos de cujo tratamento participei quando ela tinha apenas dois”, comenta a técnica.

Para contribuir com a qualificação dos profissionais que atuam na área de radioterapia, o Programa de Qualidade em Radioterapia do INCA (PQRT) oferece cursos para físicos médicos, na modalidade de ensino a distância, sobre teleterapia e braquiterapia. “Os cursos incluem questões relacionadas à segurança do trabalhador e do paciente e ao controle de qualidade do procedimento. Isso é importante para

que esses aspectos sejam incorporados à rotina profissional”, esclarece o físico médico Roberto Salomon de Souza, especialista em radioterapia do PQRT.

No Brasil, a prática é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pela Cnen, que prezam pela defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral. O PQRT opera como uma auditoria externa dos serviços de radioterapia das redes pública e privada de saúde, que aderem de forma voluntária à iniciativa. A avaliação pode ser feita *in loco*, por meio de visita técnica aos estabelecimentos, ou por via postal. Nesse caso, a instituição que será avaliada recebe um kit com medidor de doses e orientação sobre tarefas que devem ser executadas. Os resultados obtidos são enviados ao PQRT, que os compara com os resultados esperados.

Quando não há concordância entre os resultados, ou quando a visita técnica identifica irregularidades, as instituições avaliadas recebem recomendação sobre as adequações necessárias. Os resultados são sigilosos e os estabelecimentos avaliados são incentivados a se readequarem e informarem o PQRT sobre as mudanças implementadas, para que uma nova auditoria seja feita. “A iniciativa não tem caráter regulatório e não substitui o controle de qualidade interno das instituições – tarefa que deve ser coordenada pelo físico médico responsável pelo serviço, em etapas diárias, semanais, mensais e anuais”, recomenda Salomon. ■

O TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

De acordo com o radioterapeuta Carlos Manoel, existem diversas modalidades de tratamento radioterápico, e seu uso depende não apenas do tipo de câncer, mas também do estadiamento e das condições clínicas de cada paciente. Dependendo da situação, pode ser indicada a teleterapia, na qual a fonte de raios ionizantes, capazes de destruir as células tumorais, é externa ao paciente, emitida de um aparelho em direção a ele, ou a braquiterapia, na qual a fonte é introduzida de forma definitiva ou temporária no organismo do doente.

A definição do esquema terapêutico a ser adotado exige uma série de exames laboratoriais, físicos e de imagem. Cada paciente recebe um tratamento personalizado, de acordo com as características do tumor e com o seu estado de saúde. “Por exemplo, dois pacientes com câncer de próstata em estágio inicial, um mais jovem e o outro mais velho e com problemas cardíacos, receberão indicações terapêuticas diferentes. Para o primeiro, a cirurgia pode ser a intervenção mais indicada; para o segundo, essa hipótese estaria descartada. Pelo fato de ser cardíaco, o mais velho não receberia indicação de braquiterapia, pois para ele a anestesia não é recomendada. A melhor estratégia seria, então, a teleterapia”, detalha Carlos Manoel.

A importância da radioterapia não se limita ao tratamento oncológico. O procedimento também pode ser usado para tratar tumores benignos, como hemangiomas e tumores de hipófise, além do tratamento de pterígio, doença que se caracteriza pelo crescimento de uma membrana sobre a córnea. “O tratamento radioterápico requer uma série de etapas, desde a análise do problema e o planejamento da incidência de radiação até as aplicações e o acompanhamento posterior. Com os avanços tecnológicos obtidos nos últimos anos, a radioterapia se tornou muito menos tóxica e mais efetiva, causando menos efeitos colaterais aos pacientes”, afirma Carlos Manoel.

assistência

REDUZIR ÍNDICE DE DIAGNÓSTICOS FALSOS-POSITIVOS E FALSOS NEGATIVOS É DESAFIO PARA O CONTROLE DO CÂNCER

Todos contra o erro



No final de 2011, a presidente da Argentina, Cristina Kirchner, teve diagnosticado um suposto câncer na tireoide e foi submetida à cirurgia para retirada da glândula. Depois da operação, no início deste ano, exames constataram que o órgão não apresentava sinais de células cancerígenas. O erro no diagnóstico revela que, mesmo um exame de excelente qualidade técnica, avaliado por um especialista em radiologia, não garante 100% de certeza sobre um nódulo ou lesão ser ou não maligno. Exatamente por isso, sempre que há a suspeita de câncer, é feita biópsia de parte do tumor.

O caso de Cristina Kirchner mostrou também que o diagnóstico equivocado de câncer, conhecido como falso-positivo, é mais comum do que se imagina. Para minimizar o problema – e também a situação inversa, de falsos-negativos, quando o resultado do exame não aponta um tumor existente – o Ministério da Saúde começa a colocar em prática al-

gumas medidas estratégicas. Uma delas é a implantação do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, que passou a ser oferecido aos estados em 2011 e que será obrigatório a partir de janeiro de 2013 em todo o país (portaria nesse sentido foi publicada em março). A metodologia assegura que a dose de radiação, a imagem radiológica e a interpretação das mamografias estejam em conformidade com padrões internacionais de qualidade.

Em julho do ano passado, o Ministério da Saúde também criou uma força-tarefa para investigar a qualidade dos laboratórios de citotecnologia, que analisam o exame papanicolaou, para rastreamento do câncer do colo do útero. O relatório com os resultados do trabalho deve ser divulgado ainda este semestre. A preocupação com a qualidade das mamografias e do exame papanicolaou se justifica. São eles que identificam dois dos tipos mais comuns de neoplasia entre as mulheres: o câncer de mama e o do colo do útero, respectivamente. O papanicolaou, na verdade, é capaz de detectar também lesões precursoras do câncer do colo do útero – com 100% de chance de cura, impedindo o desenvolvimento do tumor – e a infecção por HPV, vírus que está associado a, pelo menos, 70% dessas neoplasias, cortando pela raiz a possível evolução para o câncer.

As medidas tomadas pelo Governo têm razão de ser. No caso específico dos exames por imagem, o percentual de diagnósticos equivocados é preocupante. De acordo com o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), a literatura médica aponta que a ressonância magnética registra índice de 95% de precisão. Ou seja: ocorre um falso-positivo ou falso-negativo a cada 20 exames. Já, na mamografia, o índice de falsos-negativos fica em torno de 10%. “A mamografia e o ultrassom estão amplamente disponíveis no Sistema Único de Saúde. Já a ressonância magnética está disponível para as pacientes do SUS apenas em alguns estados”, esclarece João Emílio Peixoto, integrante do Serviço de Qualidade em Radiações Ionizantes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e da Comissão de Qualidade em Mamografia do CBR.

Para Ronaldo Correa, oncologista da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica do INCA, no caso da mamografia, os diagnósticos falsos estão relacionados, muitas vezes, à má qualidade do exame. “A mamografia se constitui num processo com diversas etapas. O técnico posiciona a paciente no equipamento e radiografa a mama. A imagem é revelada e analisada por um médico, que emite

o laudo com o diagnóstico. Uma falha em qualquer etapa pode ocasionar erro. Por isso, é preciso manter um padrão de qualidade e um limite máximo aceitável de falsos diagnósticos”, diz o especialista.

Na opinião de Ronaldo, é possível minimizar o percentual de falsos diagnósticos nos exames de imagem. Para isso, é necessário aprimorar todo o método de trabalho. “Se determinada clínica registra um número elevado de falsos diagnósticos, é preciso analisar ponto por ponto da cadeia, para saber onde está ocorrendo a falha. É preciso verificar se o equipamento da clínica está em bom estado, se técnicos e radiologistas estão atualizados e trabalham corretamente, se a processadora que revela o filme é de boa qualidade...”, enumera o oncologista.

A radiologista Ellyete Canella, médica do INCA, explica que o falso-positivo relacionado ao câncer de mama ocorre, em geral, porque a mamografia pode revelar diversas lesões – algumas facilmente identificáveis como benignas, outras não. “O resultado falso-negativo é mais complexo porque pode ocorrer em 10% dos exames – índice bastante elevado. Nesses casos, o tumor pode não ser identificado por diversas razões. Por exemplo, por se confundir com uma glândula, ou por estar situado em uma região superior, próximo ao tórax. Há ainda o fator humano, quando o médico não percebe a lesão”, ressalta.

Ellyete reconhece que evitar falsos-positivos é um desafio, pois, diante da suspeita de câncer é preciso encaminhar a paciente para biópsia. “Já os casos de falso-negativo podem ser reduzidos com o aprimoramento da equipe, de forma que o profissional fique com o olho treinado para identificar os tipos de lesão, melhorando sua percepção na leitura do exame”, sugere a especialista.

João Emílio concorda. Para ele, em virtude da complexidade dos exames, a experiência do profissional pode fazer a diferença. “Alguns fatores aumentam o risco de falso-positivo na mamografia, como um processo inflamatório, que pode simular um tumor, ou lesões benignas que tenham aspecto de lesão maligna. Ou seja, algumas lesões não apresentam características que permitem diferenciá-las entre benignas e malignas, o que gera a necessidade de comprovação definitiva através da histologia”, observa.

Para o profissional, a incidência de falsos-positivos e falsos-negativos é inerente aos métodos de imagem. No entanto, João Emílio afirma que alguns procedimentos podem contribuir para minimizar os

diagnósticos equivocados. “Qualidade da imagem com o uso de equipamentos adequados, treinamento contínuo dos profissionais, correlação clínica e comparação com os demais exames anteriores são alguns deles”, exemplifica.

O elevado índice de falsos-negativos nas mamografias não se repete, por exemplo, nas ultrassonografias para investigação de possíveis casos de câncer de tireoide, que ficam em torno de 2%. Já os falsos-positivos, com o mesmo método de detecção, chegam perto de 25%, de acordo com a médica especialista em ultrassonografia Lucy Kerr.

“Para os casos quando um nódulo não tem todas as características nem de um tumor maligno nem de um benigno, são indicados exames complementares, como a elastografia. Se a elastografia apontar que o nódulo é duro, o risco de malignidade é alto e justifica a realização de biópsia”, explica a médica.

ELASTOGRAFIA É PROMESSA DE MAIOR PRECISÃO

Diante de índices ainda relativamente altos de falsos-positivos e falsos-negativos nos diagnósticos por imagem no Brasil, novos exames surgem como possibilidades para investigações mais precisas e menos invasivas nos pacientes com suspeita de câncer. É o caso da elastografia. Por meio de uma onda de compressão, a técnica avalia a rigidez do tecido, apontando a existência ou não de um tumor na região examinada. Em entrevista exclusiva à REDE CÂNCER, a médica especialista em ultrassonografia Lucy Kerr, pioneira no uso do equipamento no Brasil, explica as especificidades e vantagens do exame.

RC- A elastografia, sozinha, é suficiente para diagnosticar o câncer?

Lucy Kerr – Não, ela sempre vem acoplada à ultrassonografia ou à ressonância magnética. É uma mesma sonda que examina o paciente, mas com princípios físicos distintos. Enquanto a ultrassonografia se vale do princípio acústico, a elastografia avalia a rigidez do órgão, sua consistência. Ela mostra, por meio de imagem, o “mapa” da dureza daquele tecido.

RC- O exame é indicado para diagnóstico de câncer em qualquer parte do corpo?

LK – As principais aplicações têm sido para mama,

tireoide, próstata e fígado – mas o método também pode ser usado em outras áreas.

RC- Como é realizado o exame?

LK – O paciente fica deitado em uma maca e nós usamos a sonda de ultrassom especial, com os dois tipos de impulso, o do som, da ultra tradicional, e o compressivo, para avaliar a elasticidade do tecido. O impulso compressivo é aplicado sobre determinada parte do corpo. Quanto mais rígido o tecido estiver naquela região, maior será a velocidade de propagação desse impulso compressivo, também chamado de ‘onda de cisalhamento’.

RC- O procedimento identifica se um tumor é maligno ou benigno?

LK – Sim. Não em qualquer tipo de tumor, mas especialmente nos quatro tipos citados acima, nos quais o exame já vem sendo usado. No pulmão, não se consegue fazer ultrassonografia, já que ela não penetra no ar. Em relação à mama e à próstata, ainda não há um método de diagnóstico 100% satisfatório. Assim, quanto mais métodos existirem para investigar determinado tipo de câncer, maiores as chances de um diagnóstico correto.

RC- Quais as vantagens da elastografia em comparação com outros exames?

LK – Vale lembrar que ela é sempre combinada a algum outro exame. Se ela é feita juntamente com a ultrassonografia, de um lado aparece a imagem do ultrassom e, do outro, aparece a rigidez daquele trecho da anatomia. Então, você consegue fazer uma comparação, ponto a ponto, e descobrir qual região está endurecida, ou seja, com suspeita de tumor.

RC- O exame reduz o risco de falsos diagnósticos?

LK – Com certeza. Eu acompanhei um caso em que a paciente fez mamografia e ultrassonografia. Havia calcificações, mas não nódulos. Esses dois exames tiveram resultado negativo, na verdade, falso-negativo. Por fim, em função do risco, foi realizada a elastografia e o tumor foi descoberto. Como o diagnóstico foi precoce, a paciente foi tratada com sucesso. A elastografia tem sido muito útil pra afastar falsos -positivos, casos em que ela elimina a possibilidade de tumor.

RC- Desde quando a elastografia está disponível no Brasil?

LK – Até recentemente, nenhuma clínica no Brasil havia comprado o equipamento. Ele ainda está em desenvolvimento, não está incorporado aos procedimentos da Associação Médica Brasileira.

RC- Existe a previsão de o procedimento ser usado na rede pública?

LK – Não. O SUS prefere usar as biópsias, que são muito mais caras e invasivas. É um contrassenso. Muitos pacientes de outras regiões do país têm-me procurado em busca de um método de diagnóstico menos invasivo. E a elastografia tem dado excelen-

tes diagnósticos. Mas deve ser realizada por um profissional competente, que faça o protocolo completo do procedimento, o que é pouco comum no Brasil.

RC- Onde os profissionais podem fazer um curso para operar esse aparelho?

LK – O primeiro curso no Brasil deve acontecer em abril. Como muitos médicos brasileiros têm dificuldade de fazer o curso no exterior – seja pelo idioma, seja pelos custos –, a fabricante do equipamento vai disponibilizar a infraestrutura necessária para as aulas no Brasil. |

PLANO CONTRA DOENÇAS CRÔNICAS PREVÊ AMPLIAÇÃO DE RASTREIO

Em 2011, o Ministério da Saúde divulgou o Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e diabetes), em que traça metas para reduzir a incidência e mortalidade por essas doenças no Brasil.

Em relação ao câncer, o documento traz boas notícias: a variação da cobertura nacional da mamografia aumentou de 54,8% (2003) para 71,1% (2008) e a do exame papanicolaou, de 82,6% para 87,1%, no mesmo período. Outro dado relevante sobre cobertura mamográfica é o que registra que a realização do exame cresce hoje a um ritmo de 3,3% ao ano no país. A meta é passar para 4,2% ao ano, até atingir 95% de cobertura entre as brasileiras na faixa etária de 50 a 69 anos em 2022.

Ainda segundo o plano, persistem desigualdades em relação à escolaridade e a região, que precisam ser superadas. A realização de mamografias em 2009 e 2010 variou de 68,3% (mulheres com 0 a 8 anos de estudo) a 87,9% (mulheres com 12 ou mais anos de estudo). Já a realização de papanicolaou entre 2008 e 2010 oscilou de 77,8% (mulheres com 0 a 8 anos de estudo) a 90,5% (mulheres com 12 ou mais anos de estudo).

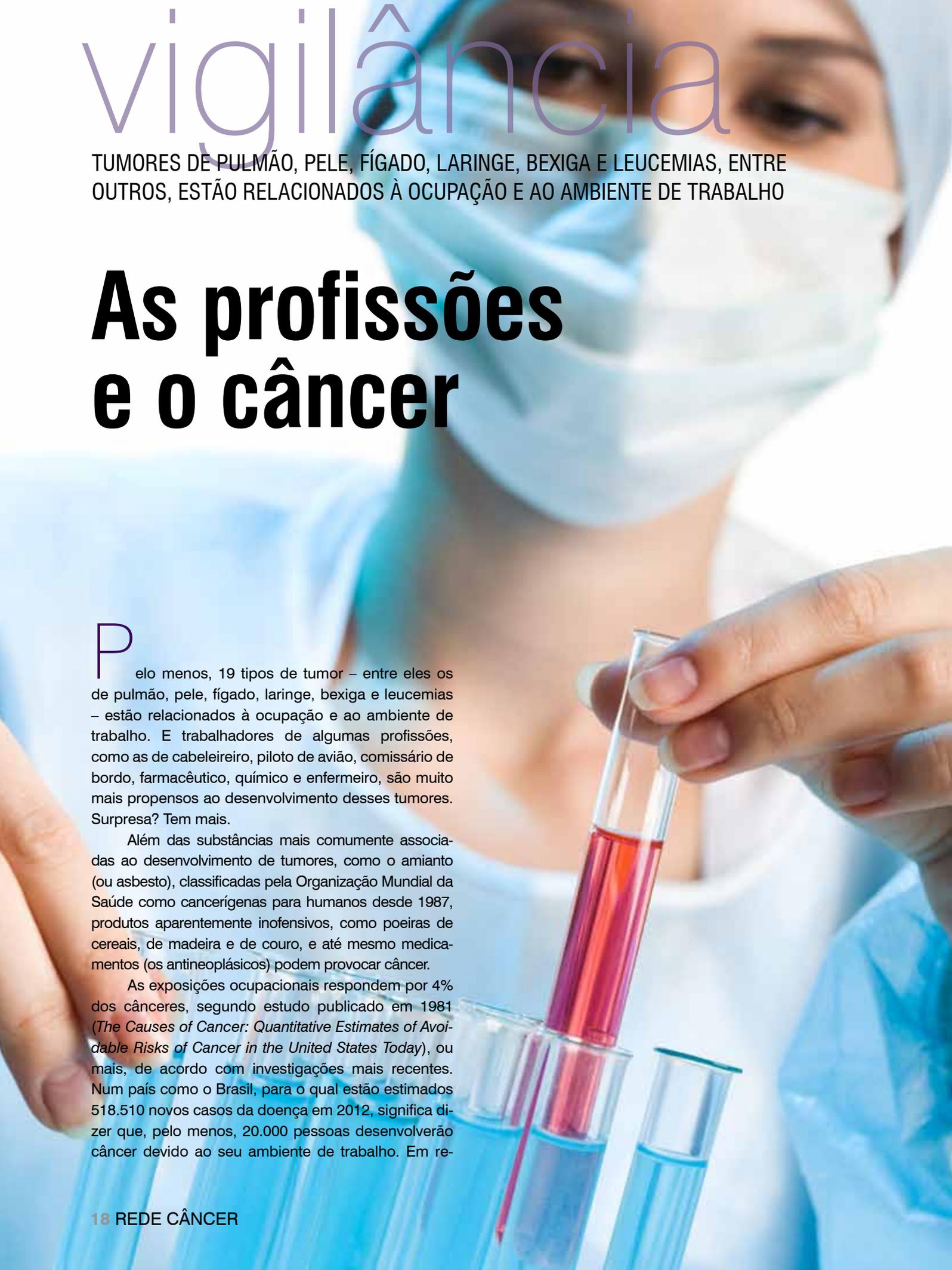
Entre as ações propostas no plano, estão “aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e de mama, de forma universal, para todas as mulheres, independentemente de renda e raça/cor, reduzindo desigualdades, e garantir 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer”.

AS METAS NACIONAIS PARA OS PRÓXIMOS 10 ANOS INCLUEM:

- Implantar programas de gestão da qualidade da mamografia em 100% dos serviços que realizam esse exame para o SUS;
- Implantar programas de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero (papanicolaou) em 100% dos laboratórios;
- Ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero para 80% ou mais em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país;
- Garantir tratamento em 100% de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras do câncer do colo do útero.



vigilância



TUMORES DE PULMÃO, PELE, FÍGADO, LARINGE, BEXIGA E LEUCEMIAS, ENTRE OUTROS, ESTÃO RELACIONADOS À OCUPAÇÃO E AO AMBIENTE DE TRABALHO

As profissões e o câncer

Pelo menos, 19 tipos de tumor – entre eles os de pulmão, pele, fígado, laringe, bexiga e leucemias – estão relacionados à ocupação e ao ambiente de trabalho. E trabalhadores de algumas profissões, como as de cabeleireiro, piloto de avião, comissário de bordo, farmacêutico, químico e enfermeiro, são muito mais propensos ao desenvolvimento desses tumores. Surpresa? Tem mais.

Além das substâncias mais comumente associadas ao desenvolvimento de tumores, como o amianto (ou asbesto), classificadas pela Organização Mundial da Saúde como cancerígenas para humanos desde 1987, produtos aparentemente inofensivos, como poeiras de cereais, de madeira e de couro, e até mesmo medicamentos (os antineoplásicos) podem provocar câncer.

As exposições ocupacionais respondem por 4% dos cânceres, segundo estudo publicado em 1981 (*The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today*), ou mais, de acordo com investigações mais recentes. Num país como o Brasil, para o qual estão estimados 518.510 novos casos da doença em 2012, significa dizer que, pelo menos, 20.000 pessoas desenvolverão câncer devido ao seu ambiente de trabalho. Em re-

lação ao câncer de pulmão, de cada 10 casos, um é decorrente da exposição ocupacional.

Segundo a epidemiologista Ubirani Otero, responsável pela Área de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho e ao Ambiente, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer ocupacional é subdimensionado devido à dificuldade de se estabelecer a relação de causalidade exclusiva entre a exposição a agentes cancerígenos encontrados no ambiente de trabalho e o tumor.

O mesotelioma (tipo de câncer que acomete mais comumente a pleura, membrana que envolve o pulmão) é 100% decorrente da exposição ao amianto. Entretanto, quando o médico preenche o prontuário do paciente, muitas vezes coloca simplesmente ‘câncer de pulmão ou pleura’, levando à subnotificação dos casos.

“Difícilmente o médico pergunta a um paciente com câncer qual é sua ocupação. É imprescindível que os profissionais de saúde registrem a ocupação que o paciente exerceu por mais tempo e o setor econômico no qual atuou, para que os casos de câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente sejam identificados e notificados no Sinan [Sistema Nacional de Agravos de Notificação]”, incentiva Ubirani.

A “invisibilidade” do câncer relacionado ao trabalho no Brasil pode ser medida pelo baixíssimo percentual – 0,23% – do total de auxílios-doença por acidente concedidos pela Previdência Social em 2009. Os benefícios concedidos por câncer (acidentário e previdenciário) foram 113.801 e apenas 0,66% foi relacionado à ocupação do paciente.

Para facilitar a identificação da causalidade de determinados tipos de câncer por agentes específicos e levar a políticas públicas de revisão dos ambientes de trabalho insalubres, o INCA lança no final de abril a publicação *Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho*. O produto surgiu a partir de uma demanda do Ministério da Saúde, que identificou a inexistência de material específico sobre saúde do trabalhador e o câncer.

“Em 2007, escrevemos um protocolo sobre leucemia mieloide aguda para capacitação dos profissionais ligados à Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e aos 182 Cerests [Centros de Referência em Saúde do Trabalhador] do país. A publicação lançada agora inclui não só as diretrizes, mas traz todo o conteúdo didático sobre os principais agentes cancerígenos, os cânceres provocados por eles e a associação com algumas ocupações cujos trabalhadores são diretamente afetados por essas substâncias”, explica Ubirani.

Os principais grupos de agentes cancerígenos relacionados ao trabalho incluem os metais pesados,

agrotóxicos, solventes orgânicos, formaldeído e poeiras (amianto e sílica). As concentrações de substâncias cancerígenas, em geral, são maiores nos locais de trabalho do que nos ambientes extralaborais. Segundo estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), 440 mil pessoas morreram no mundo em 2005 em consequência da exposição a substâncias perigosas no trabalho; mais de 70% desse total vítimas de câncer.

A via de absorção (respiratória, oral ou cutânea), a duração e a frequência da exposição aos agentes nocivos influenciam a toxicidade, mas esses dois últimos fatores não são fundamentais para o desencadeamento do processo de carcinogênese. “Não há níveis seguros de exposição a agentes cancerígenos. É fundamental que sejam adotadas ações para reduzir o adoecimento dos trabalhadores em razão do seu ambiente laboral”, afirma Ubirani.

De acordo com a epidemiologista, “a prevenção do câncer relacionado ao trabalho somente será alcançada com a vigilância dos processos produtivos”. Entre as ações propostas na publicação está o estabelecimento de prioridades para afastar o trabalhador dos agentes cancerígenos.

“A prioridade da prevenção é a remoção da substância cancerígena do processo de trabalho. Enquanto isso não acontece, há ainda duas outras recomendações: evitar a exposição e gradualmente eliminar o uso desses agentes e restringir o contato com cancerígenos a determinadas atividades, com a adoção de níveis mínimos de exposição, associado ao monitoramento ambiental cuidadoso e à redução da jornada de trabalho”, pontua Ubirani.

Tumores de cavidade nasal, sinonasal, oro e nasofaringe, pâncreas, estômago, esôfago, cérebro, mama, sistema nervoso central, linfoma não Hodgkin e mieloma múltiplo também são decorrentes da exposição ocupacional.

A PUBLICAÇÃO

Cada capítulo das *Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho* foi escrito por um grupo de especialistas e submetido à análise de um comitê de consultores e aos organizadores da publicação. O objetivo é oferecer aos profissionais de saúde subsídios, por meio de orientação técnicas e epidemiológica, para buscar, na história pessoal e profissional do paciente, informações ou indícios de contato com compostos potencialmente cancerígenos no ambiente ou no processo de trabalho.

TIPOS DE CÂNCER POR EXPOSIÇÃO AMBIENTAL E/OU LABORAL E ALGUNS DE SEUS FATORES DE RISCO

Bexiga	<p>Agentes – aminas aromáticas, azocorantes, benzeno, benzidina, cromo/cromatos, fumo e poeira de metais, agrotóxicos, hidrocarboneto policíclico aromático (HPA), óleos e petróleo.</p> <p>Ocupações – cabeleireiro, maquinista, mineiro, metalúrgico, motorista de caminhão, pintor, trabalhador de ferrovia, trabalhador em forno de coque e tecelão.</p>
Cavidade nasal e sinonasal	<p>Agentes – asbesto (amianto), cromo, formaldeído, níquel e seus compostos, óleo de corte, poeira de madeira, de couro, de cimento, de cereais, de tecidos, radiação ionizante e organoclorados.</p> <p>Ocupações – carpinteiro, forneiro (em geral, da indústria química, de coque e de gás), mineiro, pedreiro, sapateiro, encanador e mecânico de automóvel.</p>
Cavidade oral, faringe e laringe	<p>Agentes – agrotóxicos, asbesto (amianto), formaldeído, fuligem de carvão, óleo de corte, poeira de madeira, de couro de cimento, de cereais, de tecidos, sílica e solventes orgânicos.</p> <p>Ocupações – açougueiro, barbeiro, cabeleireiro, carpinteiro, encanador, instalador de carpete, mecânico de automóvel, mineiro, moldador e modelador de vidro, oleiro e pintor.</p>
Cérebro	<p>Agentes – agrotóxicos, arsênico, radiação, ondas e campo eletromagnético, chumbo, mercúrio, óleo mineral e HPA.</p> <p>Ocupações – serviços elétricos e de telefonia e trabalho rural.</p>
Estômago e do esôfago	<p>Agentes – poeiras da construção civil, de carvão e de metal, vapores de combustíveis fósseis, óleo mineral, herbicidas e ácido sulfúrico.</p> <p>Ocupações – engenheiros eletricista e mecânico, trabalhadores de extração de petróleo, motoristas de veículos a motor, trabalhadores de lavanderias, trabalhadores da indústria eletrônica e trabalhadores em limpeza.</p>
Fígado	<p>Agentes – arsênico, cloreto de vinila, solventes, fumos de solda e bifenil policlorado.</p> <p>Ocupações – mecânicos de veículos a motor e trabalho rural.</p>
Leucemias e mielodisplasias	<p>Agentes – acrinonitrila, aminas aromáticas, agrotóxicos, antineoplásicos, benzeno, butadieno, compostos halogenados, óxido de metais, radiação, solventes e tricloroetileno.</p> <p>Ocupações – trabalhador do setor elétrico e trabalhador da cadeia de petróleo.</p>
Linfoma não Hodgkin	<p>Agentes – agrotóxicos, aminas aromáticas, benzidina, benzeno, bifenil policlorado, solventes orgânicos, radiação ionizante e ultravioleta e tetracloreto de carbono.</p> <p>Ocupações – trabalhadores do setor de transporte rodoviário e ferroviário, operadores de rádio e telégrafo, trabalho em laboratórios fotográficos e galvanizador.</p>
Mama	<p>Agentes – agrotóxicos, benzeno, campos eletromagnéticos de baixa frequência, campos magnéticos, compostos orgânicos voláteis, hormônios e dioxinas.</p> <p>Ocupações – cabeleireiro, operador de rádio e telefone, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, comissário de bordo e trabalho noturno.</p>
Mesotelioma	<p>Agente – asbesto (amianto).</p> <p>Ocupações – borracheiro, maquinista, mecânico, pintor e torneiro mecânico.</p>
Mieloma múltiplo	<p>Agentes – agrotóxicos, radiação ionizante, metal pesado e solventes orgânicos.</p> <p>Ocupação – cosmetologista.</p>
Pâncreas	<p>Agentes – agrotóxicos, estireno, cloreto de vinila, epiclorigidina, HPA, solventes e tetracloroetileno.</p> <p>Ocupações – trabalho rural e trabalhadores de manutenção industrial.</p>
Pele não melanoma	<p>Agentes – arsênico, alcatrão, creosoto, fuligem, hidrocarbonetos policíclicos, luz solar, óleo mineral, radiação ultravioleta e ionizante.</p> <p>Ocupações – agentes de saúde, carteiro, pedreiro, pescador, salva-vidas, guarda de trânsito, trabalhador rural e vendedor.</p>
Pele melanoma	<p>Agentes – campo eletromagnético, radiação ultravioleta e sol.</p> <p>Ocupações – carteiro, farmacêutico, instalador de telefone, mineiro, químico, operador de telefone, piloto de avião e serralheiro elétrico.</p>
Pulmão	<p>Agentes – antineoplásicos, asbesto, arsênico, asfalto, ácido inorgânico forte, acrinonitrila, berílio e compostos, cádmio, chumbo, emissão de forno de coque e de gases combustíveis, fuligem, gases (amônia, óxido de nitrogênio, dióxido de cloro e enxofre), inseticidas não arsenicais, manganês, níquel, sílica livre cristalina, poeiras de: carvão, madeira, rocha/quartzito e de cimento, radônio, urânio e radiação ionizante.</p> <p>Ocupações – bombeiro hidráulico, encanador, eletricista, mecânico de automóvel, mineiro, pintor, soldador, trabalho com isolamento, trabalho em navios e docas, trabalho na conservação do couro, trabalho na limpeza e manutenção e soprador de vidro.</p>

prevenção

CRESCE NO BRASIL E NO MUNDO A IDEIA DE QUE MESA SAUDÁVEL É BOM PARA O BOLSO, PARA A SAÚDE E, MAIS IMPORTANTE, PARA O PALADAR

É gostoso ser saudável

Comer bem e de maneira saudável está na moda e, para a comemoração dos defensores dos bons hábitos à mesa, está na mídia. Isso pode ser constatado, por exemplo, com a série de programas de TV em canais abertos e fechados com dicas alimentares – ainda que a maioria deles cometa impropriedades uma vez ou outra. Alguns eventos centrados em nutrição também terão o Brasil como palco este ano, e o Rio de Janeiro terá destaque especial. Primeiro, por sediar o congresso World Nutrition Rio2012; e, depois, porque a cidade organiza a segunda versão do festival Rio Saudável Gastronomia, que começa em abril e se estende até junho. O objetivo deste segundo evento é mostrar que comida saudável é saborosa e variada, e não apenas um prato de salada crua, água e pão integral. Todos os restaurantes da cidade podem participar, desde que ofereçam um ou mais pratos que se enquadrem nos parâmetros exigidos por uma comissão de nutricionistas.

Inspirada nessa boa onda, REDE CÂNCER preparou uma série de indicações sobre alimentação saudável: o que comer sempre, de vez em quando e nunca, além de expor mitos e desafiar crenças. Também

incentiva a fuga das tentações por meio da indicação de livros e vídeos, ambos saborosos feito comida da avó.

Os textos a seguir tiveram consultoria do nutricionista Fabio Gomes, da Área de Alimentação, Nutrição e Câncer, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), e ainda observando indicações da segunda versão do relatório *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*, produzido pelo World Cancer Research Fund junto com o American Institute for Cancer Research, em 2007. O documento, elaborado por pesquisadores em oncologia de todo o mundo, é a mais confiável fonte de consulta sobre hábitos alimentares e prevenção do câncer. Boa alimentação, associada à prática regular de atividade física, pode reduzir a incidência de câncer em até 40%. Por isso, mãos às panelas e aos talheres.

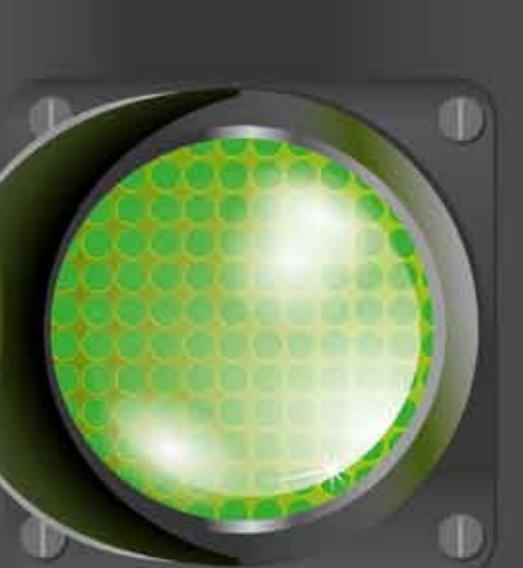




PARE



ATENÇÃO



SIGA



- Fuja dos embutidos (linguiças, salsichas, presuntos, mortadelas etc., inclusive os feitos com carne de ave): possuem conservantes e doses elevadas de sal que proporcionam o aparecimento de câncer.
- Biscoitos, mesmo os integrais, devem ser abandonados. São altamente calóricos e não ajudam a sensação de saciedade. “Altamente calórico” significa que cada 100 gramas do produto possuem 225 calorias ou mais. O ideal é que o carrinho de supermercado permaneça sem produtos “prontos para consumir” e “prontos para aquecer”, como macarrão instantâneo, salgadinhos, pizzas e temperos prontos.
- Nada de margarina, que é pior do que manteiga por possuir gordura trans.
- Refrigerantes, inclusive os *diet* e *light*, são um atentado contra a saúde (veja mais na próxima página).
- Carnes grelhadas como sinônimo de alimentação saudável não passam de mito: o contato com a chapa quente (a 300, 400 graus Celsius) resulta em aminas heterocíclicas, composto formado a partir dos aminoácidos das proteínas. É um composto mutagênico, segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, na sigla em inglês), que pode provocar a doença.
- Churrasco em carvão deve ser evitado a todo o custo, mesmo com a carne longe das chamas. É que a fumaça do carvão possui alcatrão e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, que causam câncer.

- Voltemos a este grande prazer dos brasileiros, o churrasco, que precisa ser observado com muito cuidado. A forma mais segura de consumi-lo é preparando-o em churrasqueiras a gás, que não entram em contato com a carne. As elétricas não são ideais porque há o contato da carne com a grelha, o que resulta na formação das aminas heterocíclicas. Uma forma menos prejudicial à saúde de usar a chapa quente seria pré-cozinhar a carne, levando-a à chapa só para dar uma cor final; se desejar, diminuindo o tempo de contato com a superfície da chapa ou frigideira.
- Alimentos preservados em sal, como charque, lombo e costelinha de porco, bacalhau e pirarucu da Amazônia, devem ser consumidos com moderação, devido ao risco de provocarem câncer de estômago. O *sushi* e o *sashimi*, que caíram no gosto nacional, são saudáveis (atendo-se apenas ao detalhe de a carne crua proporcionar uma digestão mais lenta). O problema é o molho *shoyu*, impregnado de sódio. Ponderação aqui é sempre muito bem-vinda.
- Manteiga pode ser consumida com parcimônia, de preferência sem usá-la para fritura. Se a fritura for inevitável, melhor que seja em óleo de girassol, canola, milho ou soja.
- Quanto às bebidas alcoólicas, o aconselhável para quem bebe é que, diariamente, não ultrapasse duas tulipas de chope ou duas taças de vinho para os homens, e uma dose de chope ou uma de vinho, para as mulheres.
- Devemos abandonar a feijoada? Não, se a consumirmos, no máximo, uma vez por mês ou somente em ocasiões especiais. E o prato fica mais saudável quando deixamos de lado os embutidos.

- Verduras, legumes, carnes – preferencialmente magras, cozidas, assadas e ensopadas –, frutos do mar, óleo de oliva (para temperar, e não para cozinhar), arroz e feijão.
- Por que carnes assadas estão liberadas e grelhadas na chapa não são recomendáveis? Porque o forno aquece por inteiro a carne e a superfície em contato com a proteína não esquenta à mesma temperatura da chapa, apontam estudos, que não detectaram a produção de substâncias cancerígenas nesse tipo de preparo.
- Não devemos abandonar o arroz e feijão. Basta que seja temperado com alho, coentro, louro e ervas em geral. O prato é rico em fibras e cumpre um papel importante na alimentação do brasileiro que consome poucas frutas, legumes e verduras. O consumo de frutas, legumes e verduras deveria ser de, no mínimo, cinco porções diárias. Uma porção é mais ou menos o equivalente ao que cabe na palma de sua mão.
- Vale mais um reforço para o consumo de frutas, legumes e verduras, preferencialmente os livres de agrotóxico: opte pelos da sua região – estarão mais frescos – e que estejam na safra. Melhor para a saúde, para o bolso e para o paladar, já que, durante a safra, são bem mais saborosos.



BATALHA DIÁRIA

Muita gente se pergunta por que, mesmo tentando, não consegue ter uma alimentação saudável. É que o cidadão luta com um adversário poderoso: a indústria de alimentos processados. E essa luta é diária. Por exemplo, quando, no supermercado, nos dirigimos ao caixa e temos de enfrentar as tentações industrializadas no caminho. Nada daquilo está ali por acaso. Ou quando passamos em frente aos *fast foods*, com suas marcas sempre desenhadas em variações do laranja, amarelo e vermelho. O marketing e a publicidade detêm estudos indicando que as “cores quentes” potencializam a sensação de fome. “Mas agora esse uso de cores também tem sido uma preocupação dos pesquisadores em nutrição”, diz Fabio Gomes.

Mesmo bebidas consideradas infantis, como os refrigerantes, agridem a saúde. Cada garrafa contém o equivalente a 16 daqueles pacotinhos de açúcar que encontramos em bares e restaurantes. Tanto é assim que, nos EUA, circulou uma campanha em vídeo, produzida pelo Departamento de Saúde da Cidade de Nova York, destacando o problema. Em um deles, um jovem em uma lanchonete, entre um casal, abre os pacotinhos de açúcar e, prazerosamente, os come compulsivamente. E aí vem a provocação: “Você nunca comeu 16 pacotinhos de açúcar. Por que beber 16 pacotes de açúcar?”, que é o que contém cada

garrafa de refrigerante (quem quiser, pode conferir o vídeo neste endereço eletrônico: <http://www.youtube.com/watch?v=62JMfv0tf3Q>).

Ainda na TV, o conhecido chefe de cozinha britânico Jamie Oliver ajudou a denunciar em seu programa em um canal pago que 70% da carne processada nos EUA é tratada com amônia, um produto químico usado em artigos de limpeza. Ele defende que comamos carne vermelha “de verdade” e, idealmente, aquela que o açougueiro corta em frente ao consumidor. Quem quiser pode ver a demonstração ao vivo do processo de “tratamento” da carne na internet (<http://www.youtube.com/watch?v=wshlnRWnf30&feature=youtu.be>).



O mercado editorial também tem-se rendido aos livros sobre os bons hábitos à mesa. Um dos destaques nesse segmento é do jornalista norte-americano e ativista pela alimentação natural Michael Pollan. Ele é autor de clássicos em favor do consumo de alimentos não processados, como *The Omnivore's Dilemma* e *In Defense of Food* (em tradução livre: O Dilema dos Onívoros e Em Defesa da Comida). Seu mais recente trabalho é o guia *Food Rules: An Eater's Manual* (As Regras dos Alimentos: Um Manual para Quem Come, em tradução livre). Trata-se de um apanhado de regras razoáveis para comer sabiamente, muitas delas escritas tendo como referência tradições étnicas e culturais. É indicado para quem deseja tornar-se mais consciente sobre a comida que consumimos.

O congresso World Nutrition Rio2012 trará ao país, além de pesquisadores da área de Saúde, personalidades como o antropólogo Claude Fischler, diretor do Centro Edgar Morin, da Escola de Altos Estudos de Ciências Sociais da Sorbonne. Ele defende que o ato de compartilhar refeições com a família e amigos, entre outros benefícios, contribui para a melhoria dos hábitos alimentares. Segundo Fischler, há indicações de que a prática se traduz em saúde e boa nutrição, porque as pessoas passam a prestar mais atenção ao que comem e a resgatar o amor e o prazer por comida de verdade.

Aliás, Resgatando o Encantamento por Comida de Verdade é o tema da mesa-redonda que Fabio Gomes vai integrar durante o congresso. Ele entende que comer é um ato cultural. “Fomos ensinados a gostar de cerveja, que é amarga, mas colocamos açúcar refinado ou adoçante no café, que também é amargo – podemos mudar isso”, propõe.

Reaprender a comer pode começar com coisas simples, como questionar nossa predileção por sabores como doce e salgado. Os adoçantes, por exemplo, substituam o açúcar, não engordam, mas criam outros problemas sérios. “O adoçante foi criado para quem tem diabetes, mas as pessoas passaram a usar para qualquer fim. Em larga escala, perdemos o controle disso”, explica o nutricionista. Os adoçantes e os refrigerantes “zero” usam ciclamato de sódio, que pode produzir câncer e, por isso, é proibido há cerca de 20 anos nos EUA. Adoçante bom para consumo só o estévia, de origem vegetal (mas que não deve ser associado com outras substâncias, como vemos em determinadas marcas). Um adoçante à base de alcaçuz ainda está em estudo.

Se a preocupação em como adoçar é relevante, a com o consumo de salgadinhos não fica atrás. O glutamato monossódico, um tipo de sal que realça o sabor dos alimentos, é fundamental para tornar esses produtos hiperpalatáveis. Em si, não causam câncer, mas, como induzem à ingestão rápida e quase incessante de alimentos hipercalóricos, levam à obesidade – esta, sim, associada a uma série de cânceres.

Mas nem tudo são mudanças de hábitos. Em alguns casos, na verdade, trata-se da volta deles. Como



retomar o hábito de comer arroz com feijão, cada vez mais minado pela proliferação de *fast foods*. Ou, então, o brasileiroíssimo cafezinho, desde que tomado a partir de duas horas após as refeições para não impedir a absorção de ferro e vitamina C. É antioxidante e possui compostos que têm demonstrado, em análises laboratoriais, propriedades anticancerígenas, segundo o relatório *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. ■

DICAS DE COMO SE COMPORTAR ANTE AS TENTAÇÕES

- Quando for a um restaurante *self-service*/bufê, passeie os olhos pelo bufê antes de começar a se servir, e sempre comece pelas saladas e legumes. Sente-se de costas para o bufê. Não coma olhando para a mesa cheia de comida ou para a sobremesa.
- Quanto maior o prato no qual vai se servir, mais você vai comer. Tendemos a preencher todos os espaços em branco do prato. Experimente os pratos menores: ao se servir num prato de sobremesa, mesmo que repita uma vez, você se sentirá satisfeito com menos comida.
- Em um restaurante *à la carte*, prato feito ou mesmo em casa, ao se sentir satisfeito e ainda tiver comida, embale e guarde para terminar mais tarde (bem acondicionado na geladeira), quem sabe no jantar, e/ou divida com um amigo, colega de trabalho... – evite chegar àquela sensação de falta de ar por tanta comida.
- No trabalho, em casa, onde quer que esteja, mantenha distante dos olhos e das mãos aqueles alimentos que quer evitar, principalmente os industrializados, que têm seus rótulos desenhados para ativar o paladar, a fome e a sede.
- Procure contar quantas vezes você mastiga antes de engolir a comida e tente aumentar aos poucos.

entrevista

LUIZ AUGUSTO MALTONI,
vice-diretor do INCA

Muito além da simples tecnologia



Ao completar 75 anos, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) já pensa no próximo quarto de século. A palavra de ordem na instituição para este e os próximos anos é inovação. E não apenas inovação associada ao desenvolvimento tecnológico. Nesta entrevista, o vice-diretor do INCA, Luiz Augusto Maltoni, explica por que inovação deve permear também a assistência, o ensino e a gestão.

Especialista em cirurgia geral e oncológica, membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e com MBA em Saúde pelo Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Coppead/UFRJ), Maltoni acumula experiência em clínica e gestão de saúde, tendo dirigido o Hospital do Câncer II, do INCA, por cinco anos. Desde 2002, é vice-diretor do instituto.

Para ele, os esforços para o enfrentamento do câncer no país têm resultado em conquistas significativas nos últimos anos, mas muitos desafios ainda se impõem, sobretudo na formação de recursos humanos na pesquisa e na ampliação do acesso à assistência – aspectos intimamente relacionados. “É imperativo ampliar a atenção oncológica em seus diversos níveis, da prevenção à assistência, ou a doença se tornará um problema insolúvel do ponto de vista da saúde pública. E, em um país de dimensões continentais como o nosso, os serviços de saúde, a formação de recursos humanos e o desenvolvimento científico e tecnológico precisam ser descentralizados, regionalizados”, defende.

REDE CÂNCER - O INCA completa 75 anos em 2012. Qual o destaque da instituição neste ano?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - Inovar é imprescindível para o cumprimento de nossa missão de reduzir a incidência e a mortalidade de câncer no país, aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. E o investimento em inovação vem se tornando uma prioridade, nos últimos anos, para o INCA, para o Ministério da Saúde e para o Governo Federal, o que se reflete em resultados organizacionais e práticos, que modificam a forma como trabalhamos.

REDE CÂNCER - O senhor pode dar um exemplo?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - A criação dos Grupos de Tumores, que marcou a implantação de um modelo técnico-científico inovador no INCA, que supera

a estrutura departamentalizada. Com o novo modelo, todos os profissionais interessados em determinado tipo de câncer se reúnem e discutem multiprofissional e interdisciplinarmente como enfrentar o problema, em vez de fragmentar a discussão por área temática ou especialidade.

REDE CÂNCER - Como foi esse processo?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - Fizemos *benchmarking* (comparação de produtos, serviços e práticas entre instituições reconhecidas como líderes) com parceiros internacionais. A British Columbia Cancer Agency, do Canadá, já trabalhava com grupos de tumores e teve papel muito importante. Nossa experiência foi iniciada com o Grupo de Tumores de Mama e hoje são sete: neoplasias pediátricas, de cabeça e pescoço, colo do útero, pulmão, esôfago e estômago e linfomas. Trabalhar em grupo, potencializar ideias e multiplicar resultados é essencial para a inovação. Essa dinâmica fomenta discussões riquíssimas sobre protocolos clínicos, estratégias de prevenção, revisão de fluxos de trabalho e a abertura de novas linhas de pesquisa.

REDE CÂNCER - Como funciona a nova estrutura organizacional do INCA?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - Hoje são quatro coordenações – uma de Administração e Recursos Humanos e três finalísticas. A Coordenação de Assistência amplia o conceito para além do tratamento dos pacientes. Inclui as atividades de pesquisa clínica, treinamento de técnicos e de profissionais de saúde de nível superior para atuação em todo o país. A Coordenação de Educação e Pesquisa agrega pesquisa básica, epidemiológica e pesquisa clínica, além de consolidar a pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado em oncologia). A Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer engloba, além das áreas de prevenção e de vigilância, as questões pertinentes à implementação da Política Nacional de Controle do Câncer nos estados e municípios.

A inovação na gestão também deve chegar à estrutura física do INCA, com a construção do novo *campus*. O objetivo é trazer para um único local toda a *expertise* e o conhecimento da instituição e assim potencializar novas ações. O projeto do novo *campus* materializa o conceito de sermos o maior centro de pesquisa clínica em câncer no país.



REDE CÂNCER - Como o investimento em inovação contempla a área de ensino?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - A regionalização das ações para o controle do câncer é fundamental. Para isso, é preciso haver profissionais capacitados para atuar em todas as regiões. E esse é justamente um dos principais gargalos da Política Nacional de Controle do Câncer e do próprio SUS. Comprar equipamentos, construir hospitais, aprimorar a gestão e a administração de recursos são ações fundamentais, porém formar recursos humanos qualificados em quantidade suficiente para atender todo o território nacional é o grande desafio.

Uma inovação na área de ensino é o Doutorado Interinstitucional (Dinter), em parceria com a Universidade Federal do Pará, que possibilita a formação descentralizada e regionalizada de doutores em oncologia. A primeira turma tem alunos do Pará, Piauí, Maranhão e Amazonas e está formando os primeiros doutores em oncologia pelo INCA de maneira descentralizada. O objetivo é organizar um grupo de pesquisa, na região, que possa formar recursos humanos qualificados para a Região Norte.

A partir dessa experiência, recebemos a demanda de um outro Dinter na Região Nordeste. O curso já está formatado e a primeira turma terá início este ano, em Pernambuco, com o apoio do Instituto

de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). O objetivo é multiplicar o Dinter Brasil afóra para capacitar profissionais de saúde e pesquisadores em câncer, que fomentem linhas de pesquisa orientadas pelas prioridades do SUS.

REDE CÂNCER - Outro gargalo importante é o acesso à radioterapia. Como é possível inovar nessa área?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - Mais uma vez, o menos complicado é comprar equipamentos e montar a estrutura – embora este seja um investimento de alto custo. O gargalo está, de fato, na oferta de físicos, radioterapeutas e técnicos. Essa prioridade está destacada no documento proposto pelo Conselho Consultivo do INCA para o setor e que foi elaborado por um grupo de trabalho com representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do INCA e de organizações da sociedade civil, como a Sociedade Brasileira de Radioterapia e a Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen). São duas recomendações principais: a ampliação da oferta de vagas nos cursos de formação técnica e superior e a regulamentação da profissão. Algumas profissões relacionadas à radioterapia não são regulamentadas e isso é um desafio à formação de novos profissionais, que não são atraídos para o



setor. E, para isso, é preciso trabalhar em sinergia com outros ministérios.

REDE CÂNCER - A atividade de pesquisa clínica no INCA completa 10 anos em 2012. Quais os principais marcos dessa década?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - Para cumprir os objetivos institucionais de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no país, a pesquisa torna-se prioridade, com ênfase na pesquisa clínica. A questão central é a seguinte: o que o esforço e o investimento da pesquisa transferirão para o diagnóstico e o tratamento dos pacientes? Assim, a pesquisa básica, essencial para o avanço do conhecimento científico e para subsidiar as outras modalidades de investigação, assume papel fundamental para responder às demandas da pesquisa clínica.

Ao longo desses 10 anos, definimos diretrizes de gestão que impactam diretamente a atividade de pesquisa. Existe um esforço para que o INCA se torne o maior centro de pesquisa clínica em oncologia na América Latina. Hoje, 5% dos pacientes participam de protocolos de pesquisa clínica. Nosso objetivo é aumentar esse índice para 10% e, depois, 15%. Para isso, é fundamental ter uma rede de atenção muito bem estruturada, com mais centros de tratamento,

que possam encaminhar pacientes para participar desses protocolos. Outra estratégia para alavancar a pesquisa oncológica no Brasil é agregar as instituições que atuam na área e fortalecer a parceria com a indústria farmacêutica, para potencializar investimentos e resultado.

REDECÂNCER - Nesse contexto, qual a importância da formação de redes interinstitucionais?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - Nem todas as instituições contemplam todas as atividades necessárias ao desenvolvimento de um medicamento ou de um método diagnóstico. É preciso trabalhar em rede para ter uma linha de produção de fármacos, reagentes e equipamentos. O objetivo é trazer respostas objetivas para o SUS, priorizando os tipos de tumor mais incidentes no país e os que causam mais mortes. Duas iniciativas, criadas com o apoio da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e que entram em atividade este ano, são a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPC) e a Rede Nacional de Desenvolvimento de Fármacos Anticâncer (Redefac).

A RNPC integra as instituições que fazem pesquisa clínica em câncer no país, com o objetivo de agregar conhecimento e aumentar o número de pa-

cientistas em determinada pesquisa e obter os melhores resultados, tanto na área de terapêutica quanto na de diagnóstico. Também está claro, nas relações que o INCA estabelece Brasil a fora com outros centros de pesquisa e laboratórios, que, para alavancar o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, é preciso integrar esforços.

“O Brasil detém uma série de *expertises* nas áreas de Ciência, Tecnologia e Saúde e, por outro lado, persistem lacunas de conhecimento”

Várias instituições brasileiras já isolaram moléculas com potencial farmacológico anticâncer, porém trabalham de forma isolada. E entre a identificação de uma molécula e o desenvolvimento de um fármaco há um longo caminho: testes *in vitro*, experiências com animais, ensaios clínicos de fases I, II e III. E nem todas as instituições que desenvolvem uma dessas etapas está apta a realizar as outras. O objetivo da Redefac é justamente agrupar todas as instituições nacionais que pesquisam fármacos anticâncer – seja um laboratório de química ou de bioinformática, por exemplo – para que cada uma contribua com sua *expertise*, gerando uma linha de desenvolvimento de fármacos. E o trabalho em rede, a integração de especialidades, acelera esse processo.

REDE CÂNCER - Como os investimentos federais para a consolidação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde refletem essa tendência?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - O fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde é uma prerrogativa para a inovação em saúde. Hoje há algumas plantas de produção de fármacos no país, com fortes possibilidades de ampliação. Nessa área, a principal

inovação é o convênio guarda-chuva com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que prioriza a produção de fármacos contra o câncer. A cooperação Fiocruz-INCA prevê uma série de atividades conjuntas, desde a realização de pesquisas até o desenvolvimento e a produção de medicamentos.

Além de fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico, a consolidação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde é uma estratégia econômica. A produção nacional de fármacos é fundamental, primeiro, para garantir o acesso da população aos medicamentos; segundo, para diminuir importações e aumentar a exportação, trazendo divisas para o país. A ideia é que o Brasil avance na produção de fármacos e medicamentos anticâncer – eficazes e competitivos do ponto de vista do mercado global.

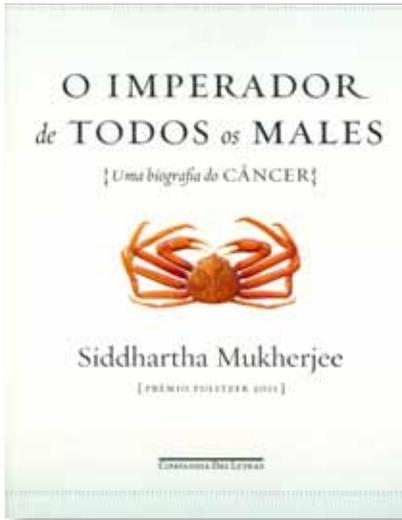
REDE CÂNCER - Qual o papel da cooperação internacional no avanço científico e tecnológico na área?

LUIZ AUGUSTO MALTONI - O Brasil detém uma série de *expertises* nas áreas de Ciência, Tecnologia e Saúde e, por outro lado, persistem lacunas de conhecimento. É preciso interagir com países que concentram *expertises* em outras áreas para avançar. Atualmente, o INCA possui relações com instituições na Europa, América do Norte e Central. Um exemplo é a parceria com Cuba, que abriga um polo científico e tecnológico bastante avançado, mas, por questões políticas, tem muita dificuldade para colocar seus produtos biotecnológicos no mercado internacional. Esta parceria prevê prioridades para a transferência de tecnologia e o desenvolvimento de medicamentos a partir de moléculas já identificadas. Esse processo requer a realização de testes pré-clínicos e clínicos para que esses bioprodutos possam ser validados, patenteados e colocados no mercado mundial. É uma iniciativa binacional voltada diretamente para a inovação tecnológica em oncologia.

Tem papel importante nessa cooperação a RNPCC, que participou na execução de protocolos de pesquisas clínicas para testar drogas cubanas quanto à sua eficácia e também quanto à possibilidade de produzir esses fármacos no Brasil, ampliando o acesso ao tratamento e reduzindo os custos com a importação de medicamentos de alta complexidade.

A cooperação internacional envolve ainda extensa parceria com os países lusófonos e da América do Sul. Temos recebido africanos para treinamento em diversas áreas da atenção oncológica, de maneira que se possam formar recursos humanos e subsidiar o desenvolvimento científico e tecnológico na África. ■

publicações



CÂNCER: UMA BIOGRAFIA

Com uma abordagem histórica, o oncologista indiano, radicado nos Estados Unidos, Siddhartha Mukherjee trata da complexidade do câncer ao longo dos séculos em *O Imperador de Todos os Males: Uma Biografia do Câncer* (Companhia das Letras, 2012, 640 págs). O livro foi o vencedor, na categoria não ficção, do prêmio Pulitzer de 2011.

Mas o que seria essa doença que não poupa reis, presidentes e celebridades? O autor partiu da pergunta “Quem é o câncer?” para traçar a história da doença, tratando-a como um personagem. Em linguagem acessível, Siddhartha revela desde os relatos mais antigos às novidades mais recentes no controle do câncer. Do grego Karkinos ou “caranguejo”, a palavra somente seria utilizada depois que o médico Hipócrates, por volta de 400 a.C., achou semelhanças entre um tumor e os vasos sanguíneos a seu redor e um caranguejo com as patas espalhadas na areia. Outra palavra grega associada ao câncer, Onkos era o termo que denominava uma massa, um fardo: o câncer era imaginado como um peso carregado pelo corpo. Um dos primeiros registros de câncer existentes é um papiro egípcio do século 7 a.C. O documento, traduzido em 1930, contém os ensinamentos do grande médico Imhotep: são relatos de enfermidades que assolavam a população, entre as quais “massas salientes no peito (...) que se espalham”.

Uma história chocante é a de Atossa, rainha da Pérsia, que, em 500 a.C. enfaixava a mama doente para ocultá-la. Um dia, não suportando mais o desconforto, pediu a um escravo que extirpasse seu seio com uma faca.

O livro narra os processos cheios de idas e vindas da pesquisa sobre a doença, as vitórias e as derrotas e os resultados das recentes pesquisas genéticas, que desvendam o comportamento da doença e vêm sendo incorporados ao tratamento. No início do século 20, a descoberta do rádio por Pierre e Marie Curie, em 1902, levou à morte da cientista por câncer, em razão da contínua exposição à radiação. Mais tarde, a radioterapia seria amplamente usada em todos os tumores neoplásicos. Nos anos 1950, descobriu-se que uma propriedade do gás mostarda (usado durante a guerra) provocava a redução da divisão de algumas células de rápida reprodução. Surgia a quimioterapia.

O autor mostra que, cientificamente, apesar dos avanços da medicina, o câncer ainda era uma doença misteriosa, que somente podia ser extirpada cirurgicamente ao atingir um órgão ou ser destruída com radiação. Com o envelhecimento da população, o câncer foi levado para o primeiro plano, tornando-se a doença mais assustadora da civilização moderna, o que intensificou a batalha da medicina contra um mal cuja causa era desconhecida.

O esforço da medicina e das pesquisas hoje, sugere Mukherjee, é o desenvolvimento de drogas cada vez mais específicas. No futuro, as terapias genéticas, que envolvem as células-tronco e as nanotecnologias, estarão no topo dos tratamentos contra a doença. Contudo, o autor reconhece que, apesar dos avanços, ainda sabe-se pouco sobre as bases biológicas do câncer. Como nem o processo de seleção natural foi capaz de eliminá-la, talvez, mesmo que se alcance esse conhecimento, não seja possível acabar totalmente com a doença. Contudo, a chegada de novos tratamentos promete aumentar o sucesso na consolidação de uma qualidade de vida melhor aos pacientes. E a redução sempre gradativa do poder do Imperador.

Na tarde de 19 de maio, Carla deixou os três filhos com uma vizinha e voltou sozinha à clínica, exigindo um exame de sangue. (...) Quando o enfermeiro tirou o primeiro tubo (...), ficou intrigado com a cor do material. Aguado, claro, diluído, o líquido extraído das veias dela nem parecia sangue. (...) Na manhã seguinte, o telefone tocou. “Precisamos tirar mais sangue”, disse o enfermeiro da clínica. “Quando devo ir?”, perguntou Carla, planejando o dia agitado. (...) “Venha agora”, ela acha que ele disse.

personagem

MÁRCIA CABRITA DIZ QUE TER ENFRENTADO UMA DOENÇA ASSUSTADORA A FEZ REPENSAR ATITUDES E TENTAR SER MAIS FELIZ



“Hoje eu falo mais ‘nãos’ ”

Em março de 2009, a atriz Márcia Cabrita estava às vésperas da estreia da peça *Tango, Bolero e Cha Cha Cha* quando recebeu o diagnóstico de câncer no ovário. A notícia logo mostrou uma nova e dura realidade para a comediante: ela teve que iniciar imediatamente o tratamento quimioterápico para, em seguida, ser submetida à cirurgia. “Foi horrível. Eu achei que iria morrer logo. Fiquei com muito medo, com pensamentos ruins... Foi muito difícil”, admite.

A produção do espetáculo adiou a estreia da peça por duas semanas, com a esperança de que Márcia pudesse atuar na apresentação inaugural. Foi o atraso no início da temporada e a entrada de uma substituta na montagem que tornaram público seu problema de saúde. “As pessoas me perguntavam por que eu não iria mais fazer a peça. O produtor chegou a indagar se eu queria mentir sobre o motivo. E eu respondi: ‘Por que eu vou mentir? Eu não fiz nada’. Aí, todo mundo soube. Se eu não estivesse na peça, acho que ninguém saberia”, acredita.

Márcia conta que o diagnóstico de câncer foi totalmente inesperado. A doença foi identificada durante cirurgia para retirada de um cisto – que, na verdade, era um tumor maligno. A atriz, então, precisou passar por um primeiro período de quimioterapia para, em seguida, ser submetida à cirurgia de remoção do órgão. Depois da operação, outra etapa de quimioterapia, num total de oito meses de tratamento. A boa notícia – apesar de a doença não ter sido descoberta em fase inicial – foi o prognóstico de cura, que se confirmou.

Fora da peça até a cirurgia, Márcia Cabrita voltou gradativamente ao trabalho logo que teve condições de atuar – ainda durante a quimioterapia. Nos dias em que não se sentia em condições de estar no palco, sua personagem era interpretada por uma substituta. “Qualquer coisa que te distraia é bem-vinda. Não sei se isso contribui para a cura, embora as pessoas digam que sim. Mas é útil psicologicamente. Um amigo, o trabalho, o que te deixa feliz, tudo ajuda... Mas o que cura mesmo é a medicina”, sentencia Márcia.

Na última etapa do tratamento, o que determinava se a atriz atuaria ou não na peça era a sua reação à medicação. Ela lembra que foi uma fase difícil, porque fez quimioterapia intraperitoneal – com fortes efeitos colaterais. Márcia tinha enjoos, não conseguia comer direito, ficou muito magra e abatida. “Em alguns momentos, eu conseguia trabalhar. Em outros, passava dias seguidos de cama, sem poder levantar. Fiquei muito tempo deitada, com tudo fechado, sem comer, sem nada. Os efeitos colaterais fazem parecer que você está muito mais doente do que realmente está”, recorda.

Um aspecto simbólico da quimioterapia para a mulher é a queda dos cabelos, sobretudo quando a paciente depende da própria imagem para trabalhar. Márcia conta que todo o seu cabelo caiu, inclusive os cílios, mas que confiava em seu médico, que garantiu que tudo voltaria ao normal. “Tem gente que



“O humor faz parte da minha personalidade. Eu sou assim. Então, havia dias em que eu ria de mim mesma; em outros, eu chorava. Em alguns textos do meu *blog*, eu falo isso, que sofri, que chorei, que estava me sentindo péssima. Mas fiz tudo de maneira bem-humorada”

“Eu hoje faço mais viagens, mesmo quando estou sem dinheiro, mas eu vou. Também não faço mais trabalhos que eu não quero fazer, por amor a mim mesma. Acho que agora eu tenho que ser mais feliz”

fala que tira de letra, mas eu não tirei nada de letra. Para mim, foi muito dolorido, eu sofri muito. Raspar a cabeça foi muito difícil. Tudo bem que isso é o de menos, diante do risco de morrer, mas na hora é muito ruim”, confessa.

Do drama à comédia, Márcia Cabrita decidiu usar o que tem de melhor para lidar com a situação: o humor. Ela, então, criou um *blog*, batizado de *Força na Peruca*, com textos relatando o seu dia a dia diante das questões relacionadas à doença e ao tratamento. E encarando o problema com muito pragmatismo. “Isso me ajudou demais. Eu discordava de muitas coisas que as pessoas falavam, como: ‘Tem que ter pensamento positivo’, ‘não pode pensar nada ruim’. Isso é mentira! No início, eu não tinha pensamentos positivos. Também não entendia essa história de que Deus vai curar. Como é que Ele cura um e não cura outro? Isso não entrava na minha cabeça”, lembra.

A resposta ao *blog* foi a melhor possível. Em pouco tempo, a página começou a ser acessada por milhares de pessoas, de vários cantos do mundo, da Finlândia ao Japão. O motivo do sucesso talvez esteja na forma como a questão foi abordada, sempre em tom leve e divertido. “O humor faz parte da minha personalidade. Eu sou assim. Então, havia dias em que eu ria de mim mesma; em outros, eu chorava. Em alguns textos, eu falo isso, que sofri, que chorei, que estava me sentindo péssima. Mas fiz tudo de maneira bem humorada”, orgulha-se.

Se escrever o *blog* ajudou a canalizar os pensamentos a respeito da doença, o apoio da família e dos amigos foi fundamental para superar o difícil

tratamento. “Eu nem tenho palavras. Minha mãe, de 82 anos, ficou direto comigo. Meus amigos também. Tive – e tenho – muito apoio dos meus familiares e dos meus amigos. Quando vou fazer algum exame, minha irmã vem de Niterói (cidade vizinha ao Rio de Janeiro) para ir comigo”, frisa. De todos os medos que envolvem a luta contra o câncer, Márcia Cabrita não hesita ao apontar seu maior: o de deixar a filha órfã. Ela discorda das pessoas que acreditam que seu amor pela filha poderia salvá-la e considera a afirmação injusta com os pacientes que morrem. “Então, se eu morresse, iam dizer que eu não amava minha filha o suficiente para me curar? Isso não é verdade! Amor nenhum salva ninguém de um câncer que não tem cura. Se a pessoa se salvou foi porque o câncer teve cura – e não porque amava muito o filho. Na verdade, o amor pela minha filha era um motivo de grande preocupação”, assume.

Três anos depois do furacão que mudou sua vida, Márcia Cabrita tem uma rotina normal. Ou quase. Ela faz exames regularmente e deixou de adiar “aquela” ida ao médico. A atriz conta que, após essa jornada, algo mudou. “Vivo com um ‘fantasminha’ que está sempre me rondando e com o qual terei que lidar pelo resto da vida”, reconhece. Por outro lado, ter enfrentado uma doença tão assustadora a fez repensar algumas atitudes: “Eu hoje faço mais viagens, mesmo quando estou sem dinheiro, mas eu vou. Também não faço mais trabalhos que eu não quero fazer, por amor a mim mesma. Acho que agora eu tenho que ser mais feliz. Então, eu falo mais ‘nãos’.”

Márcia Cabrita também não tem dúvidas sobre que mensagem deixar para quem passa pelo mesmo problema que ela. “Acesse meu *blog*! Quando fiquei doente, eu quis conversar com pessoas que já tinham enfrentado o câncer. Eu achava que só quem já esteve doente conseguiria me compreender. Foi por isso, também, que eu criei o *blog*”, ressalta.

E, como filme de humor tem que terminar com piada, Márcia Cabrita deixa para o final uma de suas “invenções” do período do tratamento. Ela adotou o que chamou de “cartão-câncer”, uma espécie de salvo-conduto que dava o direito de fazer qualquer coisa, ideia que tirou de um livro. “Quando você tem câncer, acha que pode fazer tudo. Eu furava fila, entrava na fila dos idosos... Era só dizer: ‘Estou com câncer. Vai me tirar daqui?’. Eu fiquei doida, podia fazer tudo. Mas nunca ninguém me tirou da fila. Também furava a fila em engarrafamentos e pedia para os outros me trazerem as coisas. Falava: ‘Eu tive câncer, me traz uma água de coco...’. Fazia uma manha”, brinca a comediante. ■

política

INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS ONCOLÓGICAS PELO SISTEMA PÚBLICO
MESCLA ASPECTOS BIOLÓGICOS, CLÍNICOS, ECONÔMICOS E POLÍTICOS

Do laboratório ao SUS

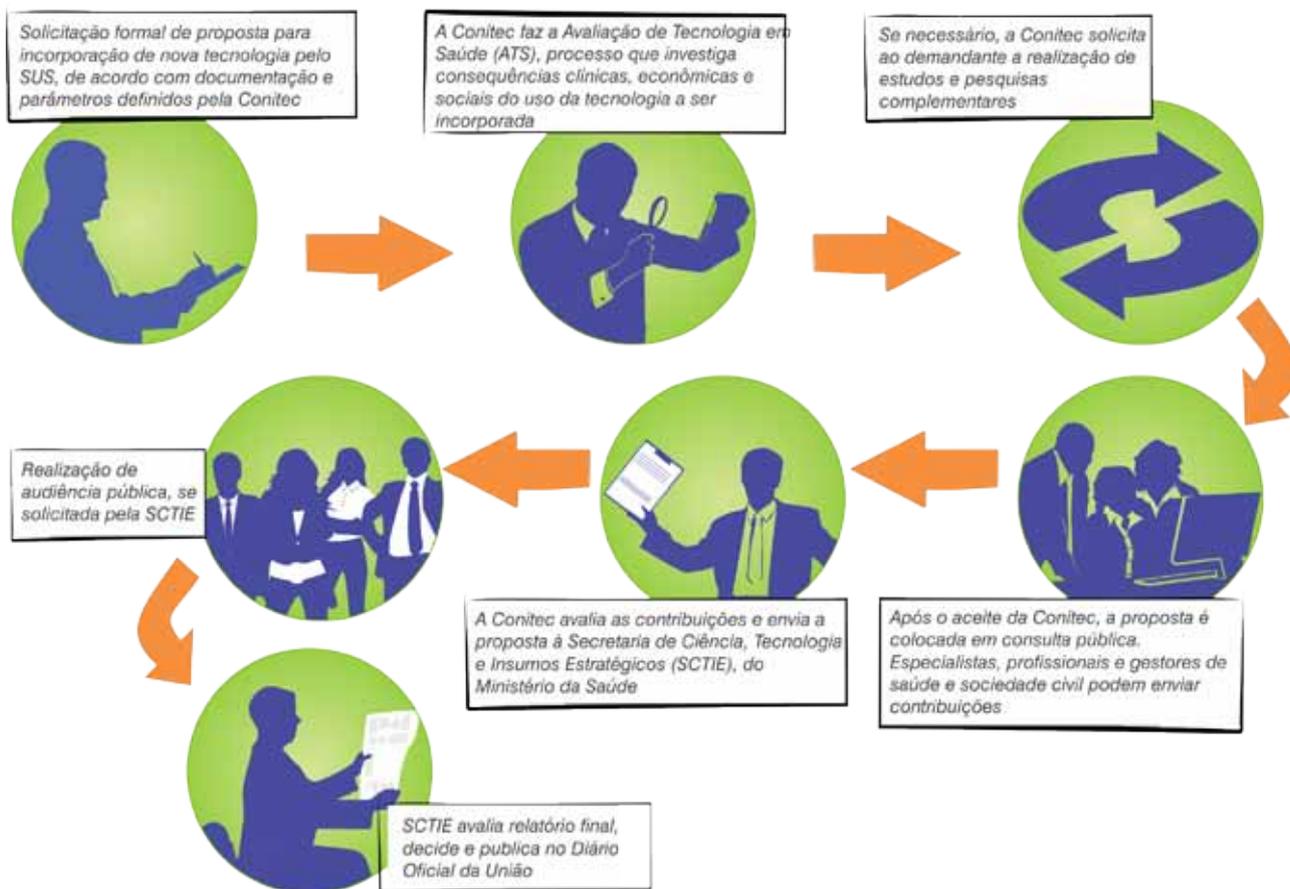
Para colocar em prática os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização e controle social –, o Ministério da Saúde (MS) investe na elaboração e implementação de políticas e programas. No que diz respeito ao câncer, o acesso aos medicamentos e procedimentos que compõem o tratamento oncológico constitui um desafio: muitas drogas estão disponíveis exclusivamente no sistema privado e a incorporação de tecnologias pelo SUS é estratégica para a reversão desse quadro. Essa dinâmica, que envolve desde a análise e a confirmação de evidências científicas até a negociação de preços com laboratórios farmacêuticos internacionais, mescla aspectos biológicos, clínicos, econômicos e políticos na busca de soluções para a o acesso da população brasileira a tecnologias oncológicas de última geração.

De acordo com a Lei nº 12.401, de 2011, e o Decreto nº 7.646 do mesmo ano, a incorporação de novas tecnologias pelo SUS é efetivada com base em estudos de eficácia, segurança e efetividade, bem como em estudos de custo-efetividade e de impacto no sistema de saúde. Esse processo também pressupõe que haja negociação com os fabricantes sobre o preço de incorpora-

ção de novos medicamentos e procedimentos pelo sistema – atribuição que está a cargo da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. “Novos medicamentos oncológicos são submetidos ao mesmo processo e a sua incorporação é feita mediante protocolo clínico delimitando os critérios de inclusão e exclusão de pacientes para determinado tratamento e o seu monitoramento”, explica Clarice Alegre Petramale, diretora da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), que assessorava o MS na área.

O processo de incorporação de biotecnologias pelo SUS segue os mesmos parâmetros de países que têm sistemas de saúde públicos, como o brasileiro. “A valorização das evidências científicas, o uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para orientar o uso racional das tecnologias e a transparência, além da participação





da sociedade no processo de incorporação de novas tecnologias, são pontos comuns em sistemas de saúde pública em todo o mundo, como no Canadá, na Inglaterra e na França. Os Estados Unidos são exceção. O país trabalha segundo lógica diferenciada, em que o paciente é quem se responsabiliza por seu tratamento – e não o Estado”, compara Clarice.

A diretora da Conitec ressalta que, no Brasil, a sociedade civil está presente em todo o processo, desde a submissão de solicitação de incorporação de um novo produto, quando pode agir como demandante, até a participação em consultas públicas prévias à incorporação. “Entendemos que é também seu papel divulgar informações sobre as avaliações realizadas, contribuindo para a transparência e para o aperfeiçoamento de gestores e profissionais de saúde nessa área do conhecimento”, afirma Clarice.

Um exemplo dessa atuação é a participação da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (ABHH) na consulta pública que integrou o recente processo de incorporação, pelo SUS, do mesilato de imatinibe, conhecido pelo nome comercial Glivec, para o tratamento da leucemia pediátrica. “Estamos trabalhando para suprir a demanda da saúde pública brasileira por inibidores de tirosina

quinase, proteína-chave na ocorrência de diversos tipos de leucemia. São medicamentos de reconhecida eficácia e reduzidos efeitos colaterais que, no entanto, até bem pouco tempo, não estavam disponíveis no SUS. A incorporação do mesilato de imatinibe pelo sistema público de saúde é uma vitória dos pacientes, da sociedade e do Governo, e nós precisamos ampliar essa conquista, com a inclusão de outros medicamentos e procedimentos no SUS”, defende o presidente da ABHH, o hematologista Carmino Antonio de Souza.

Para ele, é fundamental que, além de garantir o acesso dos pacientes pediátricos com leucemia ao mesilato de imatinibe, o SUS proporcione o tratamento também para adultos com leucemia linfoblástica aguda Filadélfia positiva (LLA Ph+) – o que ainda não acontece. “Esse tipo de leucemia atinge, sobretudo, adultos e o Glivec é o medicamento mais indicado para o tratamento da doença. Por isso, estamos trabalhando na elaboração de um protocolo, nos moldes exigidos pelo MS, para que essa indicação de tratamento também seja incorporada pelo SUS”, adianta o hematologista. Outra frente de trabalho da ABHH é a solicitação, ao Ministério, da ampliação do acesso ao rituximabe, comercialmen-

te conhecido como Rituxan ou Mabthera, para tratamento de linfomas malignos. “Atualmente, o SUS oferece o medicamento para o tratamento de linfomas difusos de grandes células B. Nosso objetivo é ampliar essa indicação para o tratamento de outros tipos de linfoma de células B, para os quais a efetividade do medicamento é absolutamente precisa”, afirma Carmino.

O mieloma múltiplo, tipo de câncer que se desenvolve na medula óssea devido ao crescimento descontrolado de células plasmáticas, que constituem o sistema imunológico, também está no rol de doenças que requerem a incorporação de novas tecnologias pelo SUS. “Em relação ao mieloma múltiplo, temos dois objetivos: estabelecer o acesso dos pacientes do SUS ao bortezomibe, uma droga extremamente eficaz, que deve ser administrada como primeira linha de tratamento, e autorizar o uso no país da lenalidomida, adotada com sucesso em outros países. Nós sabemos que o dinheiro é finito e que há inúmeras dificuldades nesse processo, mas nossas propostas são baseadas única e exclusivamente em evidências científicas precisas e no compromisso de oferecer o melhor tratamento à população brasileira”, pontua Carmino. Para responder a essas demandas, segundo Clarice, a Conitec analisa mensalmente as propostas recebidas, sempre com o objetivo de aperfeiçoar e modernizar o SUS: “Certamente serão incluídas tecnologias que demonstrem benefício superior com segurança aceitável e a custo sustentável.”

O CASO GLIVEC

Desde fevereiro, o mesilato de imatinibe, o popular Glivec, está disponível no SUS para o tratamento de crianças e adolescentes portadores de leucemia mieloide crônica (LMC) e leucemia linfoblástica aguda Filadélfia positiva (LLA Ph+). A decisão é balizada pelas portarias 114 e 115 do Ministério da Saúde, ambas de 2012, que estabelecem as diretrizes diagnósticas e terapêuticas para uso do medicamento. A estimativa do INCA é que, este ano, 11,5 mil novos casos de câncer pediátrico sejam identificados em todo o país, incluindo as leucemias.

O processo de incorporação do medicamento pelo SUS incluiu longa negociação do MS com o laboratório Novartis, produtor do fármaco, que resultou na redução de 51% no preço do comprimido – de R\$ 42,50 para R\$ 20,60. Entre as medidas adotadas está a centralização da compra pelo Ministério

e a distribuição aos hospitais públicos ou conveniados ao SUS por meio das secretarias municipais e estaduais de saúde. Antes, o MS repassava recursos aos hospitais para aquisição do Glivec diretamente do fabricante – o que resultava em variação de preços de acordo com o poder de compra de cada unidade de saúde. A previsão do Ministério é que a medida gere, em dois anos e meio, uma economia de R\$ 400 milhões, o que possibilitará o incremento do investimento na ampliação e na incorporação de novos medicamentos pelo SUS.

A hematologista Jane Dobbin, chefe do Serviço de Hematologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), explica que os dois tipos de leucemia são associados a uma alteração genética, caracterizada pela translocação cromossômica do braço 9 para o braço 22 do DNA. Esse processo tem como peça-chave a proteína BCR-ABL, modulada pela enzima tirosina quinase, que se torna, então, um importante alvo terapêutico para o tratamento das doenças. E é justamente esse o mecanismo de ação do Glivec. “O tratamento com o mesilato de imatinibe é uma terapia-alvo altamente eficaz. A droga é um inibidor seletivo da tirosina quinase, que age especificamente na inativação da proteína BCR-ABL”, esclarece.

Jane explica que, em comparação ao tratamento utilizado anteriormente, com interferon, o mesilato de imatinibe é mais eficaz e gera menos efeitos colaterais. “É um tratamento ambulatorial sem complicações. Os efeitos colaterais são brandos e muitas vezes desaparecem com a continuidade da medicação. Outra vantagem é a redução das indicações de pacientes para o transplante de medula óssea – procedimento extremamente complexo e invasivo, com elevadas taxas de complicações e de mortalidade”, avalia a hematologista.

Para Jane, a incorporação do mesilato de imatinibe pelo SUS é um marco no enfrentamento das leucemias. “Essa droga está mudando a história e o prognóstico da doença. As chances de sobrevivência livre de doença em três anos para LLA Ph+ saltam de 50%, no tratamento com quimioterapia convencional, para 75%, na terapia combinada com o mesilato de imatinibe. Sem o tratamento prévio com essa droga, o índice de recidiva após transplante de medula óssea é de aproximadamente 55%.” Mas Jane pondera o otimismo ao falar em cura. “Nos casos de LLA, as chances de cura com o tratamento associado existem. Mas, em relação à LMC, ainda não há uma população suficiente, com um tempo de resposta adequado, que permita essa avaliação”, reconhece. ■

rede

REDES SOCIAIS SÃO AO MESMO TEMPO FERRAMENTA E DESAFIO À PROMOÇÃO DA SAÚDE E À PREVENÇÃO DO CÂNCER

Bem-estar virtual



O outubro de 2011. O diagnóstico de câncer de Luiz Inácio Lula da Silva, ex-presidente da República, surpreende o país. No mesmo final de semana em que a notícia veio à tona, o Facebook e o Twitter foram os principais meios escolhidos por pessoas anônimas e outras nem tanto para manifestar apoio e repúdio ao fato de o ex-presidente decidir se tratar em um hospital privado, e não pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Discursos apaixonados à parte, foi mais uma inequívoca demonstração do poder crescente das redes sociais no Brasil e uma amostra de como a temática da Saúde estará cada vez mais presente nos debates virtuais.

“Essa experiência nos mostrou como a rede social é capaz de derrubar a própria rede social. Muitos posts demonstraram o pouco conhecimento da maioria das

pessoas sobre o sistema de saúde brasileiro, a Política Nacional de Atenção Oncológica e o próprio INCA [Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva]”, avalia Fernando Ramos, coordenador das redes sociais do Ministério da Saúde. “A campanha para que Lula se tratasse no SUS foi o ponto de partida para o debate sobre o que de fato é o SUS, a atuação do INCA e o tratamento oncológico na rede pública.”

O episódio revela, por exemplo, que verbos novos ou com novos significados estarão cada vez mais presentes no vocabulário envolvendo a saúde, seus gestores e, claro, uma população com cada vez mais acesso à grande rede: postar, compartilhar, curtir, e seguir. Por isso mesmo, utilizar as redes sociais da Internet para divulgar conteúdos relacionados à promoção da saúde e à prevenção de doenças tem-se mostrado uma estratégia relevante no dia a dia do Ministério da Saúde.

O tema também é objeto de pesquisas acadêmicas, como as desenvolvidas pelo Núcleo de Divulgação do Programa de Oncobiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). São iniciativas que mostram que acompanhar as tendências da comunicação digital é fundamental para consolidar as relações – e fluxos de informação – entre pesquisadores, profissionais de saúde e a população.

Atento a essa realidade, o INCA promoveu, no início de fevereiro, o seminário Mídias Sociais no Controle do Câncer. O diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, justificou: “A comunicação não é um tema periférico no controle do câncer, ao contrário: informação e comunicação são aspectos críticos nesse processo.”

Realizado por ocasião do Dia Mundial do Câncer, 4 de fevereiro, o evento reuniu o cientista-chefe da IBM Brasil, Fábio Gandour; o professor do Programa de Engenharia de Produção da Coppe/UFRJ Marcos Cavalcanti; o próprio Fernando Ramos; o representante do Instituto Mário Penna, Marshall Garcia; e a coordenadora do Núcleo de Educação a Distância do Instituto Infnet, Graciana Fischer. Em pauta, as novas possibilidades de comunicação em saúde proporcionadas pelas mídias digitais.

Os palestrantes debateram as competências dos profissionais de comunicação na era da convergência de mídias e a responsabilidade dos produtores de conteúdo para a internet, sobretudo quando o assunto é saúde. Fábio Gandour destacou que as mídias digitais integram o contexto de vida do homem moderno e toda a sua agitação – são, portanto, fundamentais para os processos de comunicação e mobilização social. “É preciso colocar a tecnologia a

serviço das pessoas. As novas mídias são um instrumento poderoso para a redução da incidência e da mortalidade por câncer”, defendeu. Marcos Cavalcanti concorda. Ele apostou na potencialidade da internet para a construção de uma inteligência coletiva que ajude a enfrentar o problema.

“A internet significa uma grande inovação para a economia do conhecimento, que subverte a lógica da terra e do capital. Quanto mais compartilhamos, mais conhecimento temos. Como define [o teórico da Comunicação] Pierre Lèvy, hoje, a comunicação não é mais de um para muitos; mas de muitos para muitos. E a comunicação em saúde precisa se apropriar dessa realidade”, disse.

“A comunicação não é um tema periférico no controle do câncer; ao contrário: informação e comunicação são aspectos críticos nesse processo”

LUIZ ANTONIO SANTINI, diretor-geral do INCA

A experiência do Ministério da Saúde foi apresentada por Fernando Ramos. Ele explicou que o uso da ferramenta foi intensificado na gestão do ministro Alexandre Padilha, que considera a atualização das redes sociais e a interação com o público prioridades da comunicação institucional. “O ministro valoriza esses espaços não só como ferramentas para divulgação de ações e realização de campanhas, mas, sobretudo, como oportunidade para acolher demandas e buscar consensos com gestores de saúde e a população”, afirmou.

As ações se dão por meio de perfis segmentados criados em redes sociais para tratar de temas específicos, como dengue, doação de sangue e vacinação infantil. “A abordagem do câncer é complexa porque envolve, além de aspectos clínicos da doença e formas de prevenção, muitas questões políticas. Por isso, as ações sobre o tema nas redes sociais do Ministério são pautadas pela busca ativa do que as pessoas estão comentando e compartilhando sobre câncer. Identificamos os temas circulantes e assim interagimos com os usuários, pautamos outras ações de comunicação, por exemplo, através da Agência Saúde e da Web Rádio Saúde”, explicou Ramos.

notas

TABACO É INIMIGO CRUEL, DIZ DIRETORA DA OMS

A indústria do tabaco “é um inimigo cruel e diabólico”. A afirmação é da diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, durante discurso de abertura da 15ª Conferência Mundial Tabagismo ou Saúde, no dia 20 de março, em Singapura, para estimular a ação global em busca de um mundo livre de fumo. Incisiva, Chan também denunciou: “A indústria do tabaco pode contratar os melhores advogados e empresas de relações públicas que o dinheiro pode comprar. Grandes quantias de dinheiro podem falar mais alto que qualquer argumento moral ou ético de saúde pública e pode esmagar mesmo a mais contundente evidência científica.” Ela disse ainda que “comprar pessoas para usar o sistema judicial de um país para desafiar a legalidade das medidas que protegem a população é um flagrante abuso do sistema judicial e uma afronta ao poder supremo. Essa é uma interferência direta nas obrigações de um país”.

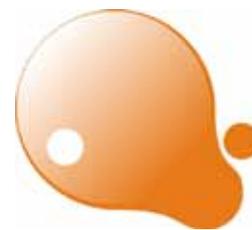


PARIPAROBA CONTRA O CÂNCER DE PELE

Testes pré-clínicos feitos na Universidade de São Paulo (USP) revelaram que um composto extraído da pariparoba (*Pothomorphe umbellata*), arbusto originário da Mata Atlântica, é capaz de inibir o desenvolvimento do melanoma, a forma mais agressiva de câncer de pele, e impedir que as células tumorais invadam a camada mais profunda da pele e se espalhem por outros tecidos. A molécula, batizada de 4-nerolidilcatecol (4-NC), foi testada em um modelo de pele artificial durante o doutorado de Carla Abdo Brohem, realizado na Faculdade de Ciências Farmacêuticas com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

MENOS BUROCRACIA PARA O DOADOR DE MEDULA

Os novos cadastros de doadores de medula óssea não têm mais como obrigatoriedade o preenchimento do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS). A informação é baseada na publicação da Portaria Conjunta MS/SAS 3, de 19 de março, que revoga a Portaria SAS/SE 763, de 2011. Desde fevereiro deste ano, para cadastrar um novo doador de medula óssea era necessário informar o CNS. Essa obrigatoriedade estava relacionada aos procedimentos listados para ter início em fevereiro de 2012, na Portaria SAS/SE. O sistema Redome-Net, no qual é realizado o cadastro de doadores, está atualizado e o campo de preenchimento do CNS tornou-se facultativo.



DISQUE SAÚDE

136

Ouviria Geral do SUS

www.saude.gov.br



Fumar: faz mal pra você, faz mal pro planeta.

Além dos danos à saúde (como diferentes tipos de câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, dentre mais de 50 doenças diretamente relacionadas ao tabagismo), ao longo da cadeia de produção do tabaco há fatores que afetam o meio ambiente e toda a sociedade: desmatamento, uso de agrotóxicos, agricultores doentes, incêndios e poluição do ar, das ruas e das águas.

O SUS ajuda você a ter uma vida mais saudável sem o cigarro. Mais informações ligue 136.



Ministério da
Saúde





Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL



PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Divisão de Comunicação Social
Rua Marquês de Pombal, 125/4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22230240

www.inca.gov.br