

11 REDE CÂNCER

Agosto
2010

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

ATENÇÃO AOS VÍRUS E ÀS BACTÉRIAS

INFECÇÕES PROLONGADAS OFERECEM RISCO PARA O SURGIMENTO DE CERTOS TIPOS DE CÂNCER, MAS PREVENÇÃO CONTROLA A DOENÇA.

Nós já demos o nosso recado.
Agora você pode dar o seu.

Nome: _____ E-mail: _____
Logradouro: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____ Instituição: _____

Sexo: _____ Raça: _____

Grau de escolaridade:

<input type="checkbox"/> Sem instrução	<input type="checkbox"/> Graduação incompleta	<input type="checkbox"/> Mestrado completo
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Graduação completa	<input type="checkbox"/> Doutorado incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Especialização incompleta	<input type="checkbox"/> Doutorado completo
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Especialização completa	
<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Mestrado incompleto	

1) Como você avalia a Revista Rede Câncer de um modo geral?

<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Péssima

2) Como você avalia a linguagem utilizada nos textos publicados na revista?

<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Péssima

3) Como você avalia o formato dos textos publicados na revista?

<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Péssimo

4) Como você avalia o visual da Revista?

<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Péssimo

5) Qual seção da Revista você mais gosta?

<input type="checkbox"/> Capa	<input type="checkbox"/> Rede
<input type="checkbox"/> Entrevista	<input type="checkbox"/> Personagem
<input type="checkbox"/> Artigo	<input type="checkbox"/> Social
<input type="checkbox"/> Opinião	<input type="checkbox"/> Educação
<input type="checkbox"/> Atualidade	<input type="checkbox"/> Notícias
<input type="checkbox"/> Política	<input type="checkbox"/> Infância
<input type="checkbox"/> Prevenção	

6) Onde você recebeu/viu a revista pela primeira vez?

<input type="checkbox"/> Recado em casa	<input type="checkbox"/> Vi em outro site
<input type="checkbox"/> Recado no trabalho	<input type="checkbox"/> Li na faculdade
<input type="checkbox"/> Recado em um evento	<input type="checkbox"/> Recado no INCA
<input type="checkbox"/> Vi no site do INCA	<input type="checkbox"/> Outros _____

7) Onde você recebe a revista rotineiramente?

<input type="checkbox"/> Em casa	<input type="checkbox"/> Em eventos
<input type="checkbox"/> No trabalho	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Na faculdade	

8) Onde você costuma ler a revista?

<input type="checkbox"/> Em casa	<input type="checkbox"/> No site do INCA
<input type="checkbox"/> No trabalho	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Na biblioteca	

9) Você costuma registrar a revista para outra pessoa?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

10) Como você usa a informação divulgada na revista?

<input type="checkbox"/> Uso para meu conhecimento pessoal
<input type="checkbox"/> Uso para fazer pesquisas
<input type="checkbox"/> Uso em palestras com a população
<input type="checkbox"/> Outros _____

INCA

Responda ao questionário que está na última folha dessa Revista. Destaque e envie gratuitamente pelos Correios.

REDE CÂNCER

sumário



14

PREVENÇÃO

Reposição hormonal na berlinda

17

ASSISTÊNCIA

Da prancheta para a era digital

20

CAPA

Potencialmente perigosos

26

CIÊNCIA

Multiplicar para salvar

28

REDE

Novos modelos de gestão para o SUS

31

POLÍTICA

Entre o público e o privado

34

EDUCAÇÃO

Tecnologia, uma aliada da saúde

36

SOCIAL

Elemento vida

38

PERSONAGEM

Profissão desafio



REDE CÂNCER

2010 – Instituto Nacional de Câncer

A **Revista Rede Câncer** é uma publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer. 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** | Chefia da Divisão de Comunicação Social: **Edmilson Silva** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Claudia Lima e Rodrigo Feijó** | Apoio: **Daniela Daher e Daniela Rangel** | Comissão Editorial: **Carlos Gil Moreira Ferreira, Cláudio Pompeiano Noronha, José Eduardo Couto de Castro, José Vicent Payá, Marceli de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **SB Comunicação** | Jornalista responsável: **Simone Beja RP 27416/RJ** | Reportagem: **Kátia Thomas, Bel Levy e Angélica Basthi** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Eduardo Samaruga e Sumaya Cavalcanti** | Revisão ortográfica: **Gerdal J. Paula** | Tiragem: **12.000 exemplares**

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

Imagem da capa: Representação digital do vírus HPV

Infecções e câncer

Prezado leitor,

A relação de vírus e bactérias com o câncer em determinadas partes do corpo humano é o tema da matéria de capa desta edição. Pesquisas realizadas nos últimos 30 anos confirmam a ação de certos tipos do Papilomavírus Humano, o HPV, na indução de lesões que podem levar ao câncer do colo do útero. Alguns agentes infecciosos vinculados à doença podem ser prevenidos com vacinas já testadas a longo prazo e comprovadamente eficazes. É o caso da vacina contra o vírus da hepatite B (VHB) - incorporada ao calendário oficial de vacinação -, que pode levar ao câncer de fígado.

Na parte de prevenção, trazemos informações importantes sobre reposição hormonal, tratamento adotado nos últimos anos para o controle dos sintomas do climatério, fim do ciclo reprodutivo feminino. Estudos mostram que a adoção desse procedimento traz consequências que devem ser avaliadas cuidadosamente pela mulher e seu médico. A terapia hormonal tem efeitos cumulativos, de acordo com a duração do tratamento, e eleva o risco de câncer de mama, útero e ovário.

Nosso entrevistado é o oncologista Agustín Lage Dávila, diretor do Centro de Imunologia Molecular do Ministério de Saúde Pública de Cuba, premiado na China pelo desenvolvimento de drogas para o tratamento de cânceres de cabeça e pescoço. Quem ocupa a seção Personagem é a jornalista Cristiane Segatto, que tem longa trajetória profissional e se especializou em reportagens sobre saúde. Na matéria de educação, focalizamos telemedicina e telessaúde, dois campos ainda pouco conhecidos e utilizados no nosso país.

Por fim, destacamos a polêmica discussão sobre novos modelos de gestão para o Sistema Único de Saúde. Falta consenso sobre as melhores práticas entre as experiências já implementadas e as novas propostas, mas é unânime a percepção de que é preciso buscar alternativas que tornem o SUS mais acessível e eficaz. A discussão passa das formas de contratação e remuneração de pessoal à implementação de um sistema com metas bem definidas. Todos, na prática, buscam melhor atendimento ao cidadão.

Boa leitura!

Diretor-Geral do INCA

cartas

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

ELOGIOS

Sou estudante de enfermagem e fiquei encantado com a qualidade da **Revista Rede Câncer**. Agradeço o envio da revista que me ajudou muito na atualização e compreensão da área oncológica.

Jackson Lima, Fortuna, MA

Comecei a receber a **Revista Rede Câncer** e estou adorando. Gostaria de agradecer. A sugestão para vocês é publicar uma matéria sobre o câncer de pênis, uma neoplasia pouco conhecida, de fácil prevenção e mutilante.

Isanne Cristine, Parnamirim, RN

Hoje, pela primeira vez e casualmente, encontrei no meu trabalho a **Revista Rede Câncer**. Grande foi a surpresa e imensa a alegria, pois estou desenvolvendo um projeto sobre câncer de colo do útero. Encontrar esta revista foi encontrar a “luz no fim do túnel” para as informações de que eu ainda preciso no processo de construção do projeto.

Maria de Fátima de Andrade, Areia, PB

Prezada equipe da **Revista Rede Câncer**, gostaria de parabenizá-los pelo bellissimo trabalho que vem enriquecendo nosso trabalho na luta contra o câncer.

Daisy Matos, Vitória, ES

Na qualidade de coordenadora da Biblioteca da Fundação Esperança - Instituto de Ensino Superior - IESPES, agradecemos a gentileza da remessa da revista.

Lenil Pinto, Santarém, PA

Agradecemos o envio de mensagens para a Revista Rede Câncer.

ERRATA

Diferentemente do que foi publicado na página 16 da edição nº 9, os mapas de distribuição do câncer da cavidade oral no mundo referem-se à incidência em homens e à incidência em mulheres. Na página 31 da edição nº 10, o nome da psicóloga Ana Valéria Miceli foi indevidamente omitido em declarações dadas pela profissional para a revista. Desculpamo-nos do ocorrido e informamos que, na internet, já estão disponíveis as versões corrigidas das duas matérias.



SOLICITAÇÕES

Boa noite! Estou muito feliz por ter recebido dois exemplares da revista. Gostaria de solicitar, se possível, que enviassem todos os exemplares anteriores. Obrigada.
Patrícia Costa, Teresina, PI

Gostaria de informações sobre como faço para receber os exemplares da **Revista Rede Câncer**. Se é por meio de assinatura ou alguma outra forma.

Michele Maria, Alagoa Nova, PB

Gostaria de receber a revista, pois será de grande utilidade para nosso trabalho de prevenção do câncer no município de Goiânia. Aproveito a oportunidade para elogiar a iniciativa, o conteúdo e a qualidade dos exemplares.
Ana Lúcia de Araújo, Goiânia, GO

Sou assessor de Comunicação do Hospital Regional de Gurupi e gostaria de me cadastrar para receber regularmente exemplares da **Revista Rede Câncer**.
Zacarias Martins, Gurupi, TO

Infelizmente, não é possível o envio de edições anteriores da revista, pois se encontram esgotadas. Informamos que todas as edições da revista podem ser acessadas na página www.inca.gov.br/revistaredecancer. As solicitações para recebimento das próximas edições devem ser enviadas para o e-mail comunicacao@inca.gov.br ou serem feitas por meio do telefone (21) 2506-6108.

notas

DIA MUNDIAL SEM TABACO PARA AS MULHERES



Para comemorar 31 de maio, Dia Mundial sem Tabaco, a Organização Mundial da Saúde escolheu como tema gênero e tabaco. No Brasil, o INCA promoveu a campanha *Mulher, Você Merece Algo Melhor que o Cigarro*. A ação que simbolizou a data foi o plantio de flores e mudas de árvores, com o significado de beleza, qualidade de vida e proteção ao meio ambiente, em

contraponto com o envelhecimento precoce, problemas de saúde e desmatamento provocados por consumo e fabricação do produto. Com a participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, que lhe conferiu maior poder aquisitivo e de decisão, ela se tornou um dos alvos preferenciais do marketing da indústria. O cigarro passou a ser divulgado como símbolo de emancipação feminina e o número de mulheres fumantes aumentou nas últimas décadas, especialmente na América Latina. Mulheres que fumam e tomam pílula têm dez vezes mais chances de sofrer ataques cardíacos e embolia pulmonar do que as que não fumam e utilizam a pílula para o controle da natalidade. Além disso, as fumantes têm 22% mais probabilidade de ter um acidente vascular cerebral.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA GERA PRIMEIROS RELATÓRIOS

Informações preliminares do primeiro mapeamento nacional das mamografias realizadas no Sistema Único de Saúde já estão disponíveis para os gestores estaduais de saúde. Implementado em junho de 2009, o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama) começou a gerar este ano relatórios que identificam a distribuição das mamografias segundo indicação clínica, mensuram o tempo de realização de exames

e mostram a atuação dos profissionais e laboratórios responsáveis pelas mamografias e pelos exames citopatológico (de secreções) e histopatológico (biópsia) de mama em todo o país. Anualmente, o SUS realiza 3 milhões de mamografias e a meta do Mais Saúde para 2011 é chegar a 4,4 milhões. Esse banco de informações é uma ferramenta essencial para o planejamento das ações de controle de câncer de mama, porque permite aos gestores de saúde das três instâncias de governo e aos prestadores de serviço identificar problemas e intervir. O Informe Sismama 2010, em pdf, está disponível no portal do Instituto Nacional de Câncer (www.inca.gov.br), na seção Publicações.

MEDICINA PALIATIVA PODE TORNAR-SE ESPECIALIDADE

Os cuidados paliativos podem se tornar especialidade médica. É esse o objetivo do projeto que está sendo analisado pela Comissão Tripartite de Saúde, formada pela Associação Médica Brasileira (AMB), pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Em países como Inglaterra, Estados Unidos e Argentina, a medicina paliativa já é reconhecida como especialidade. Por ter uma organização de atendimento e educação completa, o INCA serviu de base para a elaboração do projeto. "No Brasil, fomos a primeira instituição a prestar atendimento em cuidados paliativos, em 1998, e a formar técnicos para a área", informa Cláudia Naylor, diretora do Hospital do Câncer IV, unidade do INCA voltada exclusivamente para pacientes sem possibilidades terapêuticas de tratamento da doença.



MEDICAMENTOS MAIS BARATOS PARA O SUS



Depois de negociação com a indústria farmacêutica, o Ministério da Saúde conseguiu reduzir em mais da metade o valor pago por um dos medicamentos usados no tratamento do câncer, o que permitirá uma economia de R\$ 400 milhões em dois anos e meio. O fármaco em questão é o mesilato de imatinibe, conhecido como Glivec e produzido pelo laboratório Novartis, hoje usado no Sistema Único de Saúde para o tratamento de 7.500 pacientes com leucemia mieloide crônica e um tipo de câncer gastrointestinal. O preço da unidade baixou 51% e passou de R\$ 42,50 para R\$ 20,60. O acordo reflete a mudança na política de compras. O ministério, que repassava recursos para que os hospitais adquirissem os medicamentos, passou a negociar diretamente com a indústria farmacêutica e centralizará todas as compras a partir de 2011.

PUBLICAÇÃO INTERNACIONAL MOSTRA PANORAMA DO CÂNCER NO MUNDO

A maior parte dos 12,7 milhões de novos casos de câncer e 7,6 milhões de mortes pela doença em todo o mundo ocorreu em países em desenvolvimento. Essa informação está no levantamento Globocan 2008, o mais amplo sobre a doença no mundo. O estudo foi divulgado em junho pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, na sigla em inglês), da Organização Mundial da Saúde (OMS), e está disponível no portal da instituição (www.iarc.fr). O recurso on-line é fácil de usar: gera mapas e outros gráficos e traz informações sobre a ocorrência de câncer em regiões ou países específicos. O Globocan 2008 permite estimar a incidência de câncer e a taxa de mortalidade nos próximos 20 anos, de acordo com as mudanças previstas de envelhecimento e crescimento da população, e é uma ferramenta importante para os gestores de saúde. Os tumores mais comumente diagnosticados em todo o mundo são pulmão (1,61 milhão de casos ou 12,7% do total), mama (1,38 milhão ou 10,9%) e colorretal (1,23 milhão ou 9,7%).



BRASILCORD
MINISTÉRIO DA SAÚDE

BRASILCORD CHEGA A TODAS AS REGIÕES DO PAÍS

Nove das 13 unidades da Rede de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical (Rede BrasilCord) já estão em funcionamento, estendendo a cobertura a todas as regiões do país. A expansão da rede tem como principal objetivo aumentar as chances de realização de transplantes de medula óssea, que dependem de compatibilidade genética entre o material doado e o paciente. Criada pelo Ministério da Saúde em 2004, a Rede BrasilCord tem em funcionamento quatro unidades em São Paulo, uma no Rio de Janeiro, uma no Distrito Federal, uma em Santa Catarina, uma no Ceará e uma no Pará. Até 2011, estão previstas inaugurações de mais quatro bancos, no Rio Grande do Sul, Pernambuco, Paraná e em Minas Gerais. A expectativa é armazenar, nos próximos anos, 65 mil unidades de sangue de cordões umbilicais – quantidade considerada ideal para a demanda de transplantes no país, somada à colaboração dos doadores voluntários de medula óssea.

entrevista

AGUSTÍN LAGE DÁVILA

*Diretor do Centro de Imunologia Molecular do Ministério de
Saúde Pública de Cuba*

Juntos, teremos mais



“O objetivo da parceria entre Brasil e Cuba é reduzir a taxa de mortalidade por câncer, em escala populacional, nos dois países”

Dedicado à pesquisa sobre o câncer desde 1972, o oncologista Agustín Lage Dávila, diretor de Centro de Imunologia Molecular do Ministério de Saúde Pública de Cuba, tem trabalhado ininterruptamente para garantir aos pacientes melhor qualidade de vida. E por mais tempo. A principal preocupação do médico é tornar os produtos biotecnológicos produzidos pela ciência, ou seja, as drogas antitumorais administradas no tratamento, acessíveis a todos. “É preciso que os avanços científicos cheguem a todas as pessoas que enfrentam a doença. E isso requer capacidades produtivas que Brasil e Cuba possuem. Juntos, teremos muito mais”, resume Agustín Lage.

O médico está à frente do acordo de cooperação internacional firmado em fevereiro entre o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, e o Centro de Imunologia Molecular do Ministério de Saúde Pública de Cuba. A iniciativa coloca a oncologia como prioridade da colaboração entre os dois países. Outra experiência de sucesso foi a colaboração com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para aplicação da vacina contra meningite bacteriana na África.

Em julho, o Seminário Técnico-Científico Brasil-Cuba de Biotecnologia, organizado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, discutiu projetos de pesquisa clínica com foco no desenvolvimento e utilização de biofármacos de alta tecnologia. Lage adianta que a parceria com o INCA trabalha em duas frentes complementares: o ensaio clínico para desenvolvimento de um novo produto para o tratamento do câncer e estudos epidemiológicos sobre oncologia que favoreçam as ações de prevenção e controle da doença.

O investimento em acordos além das fronteiras rendeu a Agustín Lage, este ano, o Prêmio de Cooperação Internacional em Ciência e Tecnologia, concedido pelo governo chinês a sete pesquisadores estrangeiros. O trabalho premiado aponta a eficácia de uma nova droga – o anticorpo monoclonal humano chamado Nimotuzumab – para

o tratamento de cânceres de cabeça e pescoço. Atualmente, milhares de pacientes chineses são beneficiados pelo medicamento.

No Brasil, o produto já vem sendo utilizado experimentalmente para o tratamento de câncer de cabeça, pescoço e esôfago. Ao longo desses 38 anos de trabalho, o oncologista tem sido desafiado pelas elevadas estatísticas de seu país: são 30 mil novos casos de câncer e 20 mil óbitos por ano.

REDE CÂNCER – O sistema de saúde cubano é reconhecido em todo o mundo como um exemplo de sucesso. Quais as estratégias do país para o controle do câncer?

AGUSTÍN LAGE DÁVILA – O que percebemos é que o controle do câncer é uma tarefa de toda a sociedade, não somente do sistema de saúde. Para enfrentar esse desafio, é preciso uma estratégia explícita, um esquema claro de prioridades e a integração de diferentes setores sociais. Os resultados são fruto da combinação simultânea de muitos componentes de intervenção sanitária e só começam a aparecer a médio prazo. É preciso muita organização e persistência para que as taxas de mortalidade comecem a ser reduzidas. Em Cuba, a Unidade Nacional para o Controle do Câncer, subordinada ao Ministério de Saúde Pública, coordena o Programa Integral de Controle do Câncer e as instituições de biotecnologia que participam dele. Esse programa estabelece objetivos, procedimentos de trabalho e supervisiona indicadores epidemiológicos. Entre as conquistas relevantes obtidas em Cuba, posso destacar a redução do hábito de fumar e o aumento da cobertura do diagnóstico precoce de câncer do colo do útero. Também avançamos na padronização das práticas terapêuticas, garantindo melhor controle de qualidade por meio do *Guia de Diagnóstico e Tratamento*; na produção nacional de drogas antitumorais, que ainda é incipiente; e no desenvolvimento de novos biofármacos - medicamentos obtidos a partir de organismos geneticamente modificados - nos centros da indústria biotecnológica cubana.



“Com produtos de biotecnologia, será possível transformar o câncer avançado em doença crônica”

REDE CÂNCER – Quais são as oportunidades de colaboração entre Brasil e Cuba?

AGUSTÍN LAGE DÁVILA – Temos muitas. Podemos implementar um amplo intercâmbio de experiências e ideias entre instituições dos dois países e comparar estratégias e resultados, que poderão ser adaptados às características próprias de cada país. Podemos, enfim, aprender uns com os outros. O primeiro passo para isso é construir canais de comunicação. E é o que estamos fazendo. Também é fundamental envolver não somente as instituições de assistência médica, mas também as produtoras de biotecnologia. O impacto das intervenções em saúde pública depende de sua cobertura, pois é preciso que os resultados cheguem a todos. E essa cobertura requer capacidades produtivas próprias. O Brasil tem algumas, Cuba tem outras. Juntos, teremos muito mais.

REDE CÂNCER – Como vê a atuação do Brasil no controle do câncer?

AGUSTÍN LAGE DÁVILA – Nos últimos anos, o Brasil começou a liderar um movimento de integração latino-americana na luta contra o câncer. Especialmente com Cuba, a parceria brasileira já obteve êxito na área de produtos biotecnológicos para o controle de câncer. Projetos em colaboração com a Fiocruz incrementaram o acesso dos pacientes brasileiros

a produtos de alta tecnologia, gerando resultados muito positivos. Agora, com o INCA, o objetivo é implementar uma estratégia integral e envolver a participação de diferentes atores brasileiros e cubanos: institutos de câncer, que atendem pacientes e traçam políticas, indústria farmacêutica e agências reguladoras – cada um com seu papel específico, seguindo as mesmas metas.

REDE CÂNCER – Quais os objetivos e as prioridades da parceria?

AGUSTÍN LAGE DÁVILA – O objetivo geral é muito claro: reduzir a taxa de mortalidade por câncer, em escala populacional, nos dois países. As prioridades estão sendo discutidas. Sem dúvida, uma delas será o esforço para que os produtos de biotecnologia cheguem a todos que precisem. A biotecnologia tem importância crescente no enfrentamento do câncer: os produtos antitumorais – anticorpos e monoclonais, vacinas terapêuticas, entre outros – de baixa toxicidade podem transformar o câncer avançado em doença crônica. Transformar um prognóstico fatal de curto prazo em uma situação controlada é uma vitória: garante ao paciente mais tempo de vida, com melhor qualidade.

REDE CÂNCER – Como essa colaboração funcionará na prática?

AGUSTÍN LAGE DÁVILA – Estamos em uma fase preliminar, identificando parcerias e criando canais de comunicação. No Brasil, temos trabalhado com o INCA, a Fiocruz, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e diversas empresas farmacêuticas. Em Cuba, participam a Unidade Nacional de Controle do Câncer, do Ministério de Saúde Pública, o Instituto Nacional de Oncologia, o Hospital



Clínico e Cirúrgico Hermanos Ameijeiras, o Centro para Controle Estatal da Qualidade de Medicamentos e diversos centros de biotecnologia, sobretudo o Centro de Imunologia Molecular e o Centro de Engenharia Genética e Biotecnologia.

REDE CÂNCER – *No início do ano, o senhor recebeu do governo chinês o Prêmio de Cooperação Internacional em Ciência e Tecnologia, concedido a poucos pesquisadores estrangeiros. Qual a importância desse reconhecimento?*

AGUSTÍN LAGE DÁVILA – Na edição de 2010, sete pesquisadores de diferentes nacionalidades foram contemplados. Tive a honra de estar presente nesse seleto grupo e receber o prêmio das mãos do presidente Hu Jintao. O reconhecimento é importante, mas não o interpreto como uma conquista pessoal. Esse é um prêmio concedido a um grande grupo de pesquisadores e engenheiros cubanos que trabalharam na China nos últimos quatro anos na investigação de produtos biotecnológicos para o controle do câncer. Eu o recebo somente em representação a esses profissionais, que são os verdadeiros protagonistas dessa história. A conquista do prêmio reflete a importância da cooperação internacional para o enfrentamento do câncer. O trabalho foi desenvolvido por uma empresa mista sino-cubana, sediada em Beijing e criada para investigar e produzir um tipo de produto terapêutico para o controle do câncer, definido como anticorpo monoclonal humano. Essa instituição foi a primeira da China dedicada a esse objetivo, que se tornou possível graças à colaboração cubana. Atualmente, os produtos desenvolvidos por ela chegam a milhares de pacientes chineses, com diferentes tipos de tumor.



“A conquista do prêmio reflete a importância da cooperação internacional para o enfrentamento do câncer”

REDE CÂNCER – *Qual o impacto científico do trabalho premiado?*

AGUSTÍN LAGE DÁVILA – Nosso sangue contém milhares de anticorpos diferentes, produzidos especificamente por uma infinidade de células. Um anticorpo é monoclonal quando provém de uma única célula, selecionada e expandida em laboratório. Essa tecnologia permite obter um anticorpo muito puro e altamente reprodutível, capaz de manter suas características preservadas. Isso significa que podemos reproduzir sempre o mesmo anticorpo. Em Cuba, começamos a trabalhar com um anticorpo monoclonal chamado Nimotuzumab, que reconhece um receptor na superfície das células tumorais associado à divisão celular. Ao bloquear esse receptor, o anticorpo inibe a divisão celular e impede o crescimento do tumor. Esse anticorpo monoclonal já foi registrado no Brasil e é utilizado, sobretudo, em tumores de cabeça e pescoço. Atualmente, estamos expandindo seu uso também para o tratamento de câncer de esôfago. Nos próximos meses, obteremos resultados de pacientes brasileiros que nos permitirão confirmar a evidência do aumento da sobrevivência de pessoas tratadas com essa substância. Como o Nimotuzumab é um produto de baixíssima toxicidade, acreditamos que poderá ser utilizado pelo mesmo paciente ao longo de muitos anos. A administração crônica desse anticorpo, no entanto, ainda está em estudo. |

artigo

HAIK NIKOGOSIAN

Chefe do secretariado da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, da OMS

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, da Organização Mundial da Saúde (OMS): um marco fundamental

O mês de fevereiro de 2010 marcou o 5º aniversário da entrada em vigor da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS). Essa convenção é única por duas razões: é o primeiro tratado internacional negociado pela Organização Mundial da Saúde, contando atualmente com 168 partes (países que são membros da OMS ou da ONU, assim como organizações de integração econômica regional), e se tornou o tratado mais amplo e mais rapidamente ratificado na história das Nações Unidas.

Nos anos 1990, o aumento global das doenças relacionadas com o tabaco se tornou um desafio para as políticas públicas que demandavam ações criativas e radicais, desencadeando o primeiro uso do poder constitucional da OMS de estabelecer tratados. Durante essa década, foram desenvolvidos os conceitos da convenção. Após três anos de negociação, foi aprovada na Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2003, e entrou em vigor em fevereiro de 2005.

Nos últimos cinco anos, ocorreram seus maiores progressos. Em nível internacional, as estruturas principais do tratado – a Conferência das Partes e a secretaria permanente – estão plenamente estabelecidas e em funcionamento. Estão em desenvolvimento o primeiro protocolo (sobre mercado ilícito de produtos de tabaco) e as diretrizes para seis artigos da Convenção-Quadro. As diretrizes para quatro outros

artigos já foram adotadas. O sistema de relatoria do tratado está estabelecido e mais de 80% dos relatórios esperados dos Estados-Parte foram recebidos e analisados.

Orientação para a implementação das diretrizes do tratado, avaliação de necessidades, apoio para desenvolvimento de legislação e para a transferência de *expertise* e tecnologia são disponibilizados para os países, a fim de que estes possam cumprir suas obrigações como Estados-Parte da convenção. O poder multissetorial e multilateral do tratado tem tido cada vez maior apelo frente a parceiros internacionais. Mais de 50 organizações intergovernamentais e não governamentais estão atualmente acreditadas como observadoras na Conferência das Partes.

Em nível nacional, vários governos começaram a implementar leis e políticas consistentes



com a CQCT–OMS, antes mesmo de um compromisso formal com a convenção. Esse alinhamento precoce com a convenção demonstra que o processo de negociação de tratados pode ser um poderoso agente de mudanças, mesmo em sua fase inicial. A maioria das partes está no momento revendo, aprovando ou fortalecendo a legislação nacional e políticas para atender suas obrigações com o tratado.

A apresentação de relatórios regulares sobre a implantação do tratado é uma das principais obrigações das partes. De acordo com uma análise recente de 117 relatórios nacionais de implementação, 85% das partes já estabeleceram mecanismos de coordenação de controle do tabaco nacionais ou pontos focais. Aproximadamente 80% estabeleceram programas educacionais para a disseminação de informação sobre riscos à saúde pelo uso do tabaco e também proibiram a venda de produtos de tabaco a menores de 18 anos; 70% já adotaram advertências sanitárias grandes, inteligíveis e visíveis nas embalagens dos produtos de tabaco. Essa análise mostra também que a implementação

de outros aspectos da convenção, como a proibição abrangente da propaganda, promoção de produtos de tabaco e patrocínio por produtos de tabaco, leis de ambientes livres de fu-

maça de tabaco na área de hospitalidade e entretenimento, o tratamento da dependência do tabaco e a cessação de fumar, o desenvolvimento de alternativas econômicas viáveis para a cultura do tabaco e o uso do litígio como ferramenta de controle do tabaco, ainda precisa ser acelerada.

A cooperação internacional e assistência ainda são cruciais para o sucesso da convenção. Muitos relatórios – especialmente aqueles dos países em desenvolvimento e com economias em transição – referem-se a lacunas entre as necessidades e os recursos possíveis para atender suas obrigações. Em resposta, o secretariado da convenção organiza exercícios para a avaliação das necessidades com os governos interessados e parceiros internacionais com o objetivo de promover a implementação do tratado.

A Convenção-Quadro representa uma nova abordagem na cooperação internacional em saúde, com uma estrutura jurídica para configurar o futuro da saúde de todas as pessoas. Ela fornece um modelo para uma resposta global efetiva para os efeitos negativos da globalização em relação à saúde. Como tal, a convenção representa um marco na saúde pública. Entretanto, ela ainda é uma ferramenta, e o seu sucesso ou fracasso depende do quanto é utilizada pelos países.

Uma importante lição da CQCT–OMS é que seu sucesso depende diretamente de liderança, comprometimento, vontade política, integridade, visão e coragem dos governos, sociedade civil, pessoas e organizações envolvidas em tornar realidade o conceito de um tratado internacional em saúde global. Uma implementação bem-sucedida do tratado requer, igualmente, um comprometimento contínuo de todos os participantes.

O quinto aniversário da CQCT–OMS nos dá a oportunidade de compartilhar experiências, visões e expectativas sobre sua implementação e impacto na saúde pública. Os interessados podem desejar usar esse marco para promover a implementação da convenção, com o objetivo de utilizar o amplo benefício público para a saúde resultante do controle do tabaco e o novo arcabouço legal para a saúde global. |

ORIGINALMENTE PUBLICADO EM:

Bulletin of the World Health Organization 2010; 88:83-83.
doi: 10.2471/BLT.10.075895

<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/2/10-075895/en/>



prevenção

MÉTODO UTILIZADO PARA AMENIZAR EFEITOS DO CLIMATÉRIO
INFLUENCIA RISCO DE CÂNCER

REPOSIÇÃO HORMONAL NA BERLINDA

A medicina é uma ciência em constante atualização. Por isso, é comum que procedimentos considerados consolidados sofram reavaliações e até condenações. Não foi diferente com a terapia de reposição hormonal, largamente administrada durante o climatério – etapa final do ciclo reprodutivo feminino, caracterizada pela redução da produção de hormônios sexuais pelo ovário e pela interrupção da menstruação.

Inicialmente, o tratamento foi apontado como solução para os efeitos típicos dessa fase da vida: intensas ondas de calor, fortes dores de cabeça, irritabilidade, ansiedade, perda de libido e ressecamento vaginal. E mais: a terapia reduziria o risco de doenças cardiovasculares, preveniria a osteoporose e evitaria o câncer de endométrio. Desde a década de 1970, porém, o método tem sido alvo de estudos científicos internacionais que discutem a sua segurança.

A polêmica teve início quando a suposta capacidade de proteção cardiovascular foi desmitificada.

Os resultados mais recentes, divulgados em 2003 e 2007, confirmam também a associação entre a administração de hormônios e a ocorrência de câncer de mama, útero e ovário. Apesar dessas descobertas, a terapia de reposição hormonal para o controle dos sintomas do climatério e da menopausa ainda é reconhecida como eficaz pelos médicos. A contribuição para a prevenção da osteoporose também continua sendo aceita. Como pesar, então, os riscos e benefícios desse polêmico tratamento?

O epidemiologista Moyses Szklo, consultor do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e pesquisador da Escola de Saúde Pública John Hopkins Bloomberg, nos Estados Unidos, pondera. “Como os efeitos maléficos da terapia de reposição hormonal são cumulativos – isto é, sua gravidade é proporcional à duração do tratamento –, podemos considerar a possibilidade de um esquema terapêutico de curtíssima duração, quando os sintomas forem realmente insuportáveis

para a mulher”, afirma. Szklo admite que a terapia de reposição hormonal previne a osteoporose, mas ressalta que existem outros métodos para evitar a doença provocada pela perda de cálcio – por exemplo, a administração de drogas antirreabsortivas, como os bifosfonatos e o raloxifeno.

O mastologista Pedro Aurélio Ormonde do Carmo, chefe do Serviço de Mastologia do INCA, explica que, até a última década, a prescrição da terapia de reposição hormonal prolongada – realizada por mais de cinco anos – era justificada por estudos observacionais que demonstravam o efeito protetor do estrogênio para os ossos e o coração. “Essa premissa não é mais válida. Dados recentes informam que a administração de hormônios não é cardioprotetora e pode aumentar o risco de acidente vascular cerebral, doença tromboembólica e câncer de mama”, afirma Pedro Aurélio.

Os especialistas concordam que a distância entre a produção de conhecimento científico e a sua implementação pela classe médica é um fato complicador da questão. “A ideia de rejuvenescimento associada à terapia de reposição hormonal é almejada pelas mulheres. Cabe aos médicos explicar às pacientes os riscos do tratamento e, em situações de contraindicação, propor alternativas terapêuticas”, afirma Pedro Aurélio.

Szklo esclarece que o climatério e a menopausa são eventos fisiológicos, e não patológicos. Por isso, não devem ser necessariamente tratados com medicamentos. “Essa é uma fase natural na vida da mulher, como a adolescência ou a menarca. É uma etapa específica do ciclo reprodutivo, que marca o término da ovulação. Muitas vezes, é desagradável e deve ser enfrentada com cautela e paciência”, considera o epidemiologista. Segundo a Sociedade Brasileira do Climatério, 75% dos mais de 11 milhões de brasileiras com idades entre 45 e 64 anos sofrem com os efeitos do climatério. Entre elas, 8% fazem o tratamento com hormônios.

ALERTA PARA O CÂNCER DE MAMA E OUTRAS NEOPLASIAS

A associação entre a terapia de reposição hormonal e a ocorrência de câncer de mama foi confirmada em 2003 pelo estudo norte-americano Iniciativa para a Saúde das Mulheres (WHI, na sigla em inglês), publicado em 2003 pelo National Institute of Health

“Dados recentes informam que a administração de hormônios não é cardioprotetora e pode aumentar o risco de acidente vascular cerebral, doença tromboembólica e câncer de mama”

PEDRO AURÉLIO ORMONDE, mastologista

(NIH). O ensaio clínico foi realizado com mulheres saudáveis na pós-menopausa, com idades entre 50 e 79 anos. As pacientes foram organizadas em dois grupos – com e sem útero – e receberam, aleatoriamente, a terapia hormonal combinada (estrogênio mais progesterona), estrogênio isolado ou placebo.

Parte do estudo, planejado para durar uma década, foi interrompida cinco anos mais cedo para preservar a saúde das pacientes. “As mulheres que receberam terapia hormonal combinada registraram aumento do risco de câncer de mama em 26%, além de doença coronária, acidente vascular cerebral e eventos tromboembólicos”, descreve Pedro Aurélio. Em quase sete anos de avaliação, o grupo que recebeu estrogênio isolado não apresentou aumento do risco de câncer de mama. “Apesar disso, não podemos afirmar que o risco não exista”, alerta o mastologista.

A terapia de reposição hormonal pode influenciar também a propensão de mulheres ao desenvolvimento de tumores ovarianos. A conclusão é do Estudo de 1 Milhão de Mulheres, publicado em 2007 pelo Cancer Research UK e pelo National Health Service Breast Screening Programme, da Grã-Bretanha. Segundo a pesquisa, o tratamento aumenta em 63% a incidência de câncer de ovário e em 20% o risco de morte por essa neoplasia.

Szklo explica que risco de câncer de ovário é atribuído também à ocorrência de câncer de mama, pois as duas neoplasias têm a mesma base genética. “Além dos tumores tipicamente femininos, a terapia de reposição hormonal pode estar relacionada ao câncer de pulmão. Alguns estudos sugerem essa associação, mas os resultados ainda são preliminares”, observa o epidemiologista.

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA O CLIMATÉRIO

O ginecologista Odilon Iannetta considera a terapia de reposição hormonal uma possibilidade interessante para mulheres que enfrentam o climatério – desde que o tratamento seja administrado com precaução, responsabilidade e como um aspecto da atenção integral à paciente. O médico é pioneiro na área. Iannetta fundou e coordena os primeiros serviços de saúde especializados na abordagem multidisciplinar do climatério no mundo e na América Latina: o Serviço Público de Climatério do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP), em 1976, e a clínica particular Climatérium, em 1996, respectivamente.

O especialista frisa que o cuidado para evitar ou aliviar as sensações características desse período da vida da mulher deve ser preventivo e não curativo. Segundo Iannetta, com a ajuda de dois marcadores biológicos – o rastreamento do colágeno ósseo e a avaliação da reserva folicular ovariana –, é possível investigar, com antecedência, os efeitos indesejados e preveni-los por meio de uma abordagem multidisciplinar, que atenda a paciente de forma integral.

O ginecologista afirma que a terapia de reposição hormonal pode evitar a perda de 42% do tecido ósseo, quadro comum entre mulheres que passam pelo climatério sem recorrer aos hormônios. “Com o tratamento, é possível reduzir de forma expressiva, em torno de 80%, o risco de fraturas por osteoporose em mulheres com mais de 65 anos”, diz. No entanto, hormônios devem ser prescritos somente após o rastreamento do colágeno ósseo e dos aparelhos ginecológico, mamário, cardiovascular, ocular e auditivo, além da avaliação psíquica da paciente, ressalta Iannetta.

O médico reconhece que a terapia de reposição hormonal é contraindicada para muitas pacientes – mulheres que têm histórico familiar de câncer de mama, por exemplo. “Nesses casos, terapêuticas alternativas são mais indicadas. Mas somente aliviar os efeitos do climatério não corrige o déficit hormonal nem previne contra outras doenças”, afirma Iannetta. No Serviço Público de Climatério do Hospital das Clínicas da FMRP/USP, 26% dos atendimentos resultam na prescrição de terapias alternativas: homeopatia, fitoterapia, acupuntura, aromaterapia e também antidepressivos, tranquilizantes e ansiolíticos. |



ALTERNATIVAS À REPOSIÇÃO HORMONAL

Métodos alternativos à reposição hormonal podem amenizar os efeitos do climatério. Os resultados obtidos com essas terapias são empíricos, observados a partir da experiência das pacientes.

Homeopatia – Diferentemente da alopatia, essa área da medicina trabalha com o princípio da semelhança: o tratamento é feito a partir de substâncias que provocam os sintomas a serem combatidos. O objetivo é estimular a resposta protetora do organismo.

Fitoterapia – O uso de substâncias naturais na medicina é crescente e deve ser sempre prescrito por um médico. Para o climatério, são indicados dois extratos que atuam de forma semelhante aos hormônios: a isoflavona, encontrada na soja, e o alcaloide triterpeno, presente na planta *Cimifuga rasemosa*.

Ioga – Algumas posições estimulam a produção de hormônios. A prática de exercícios combate a ansiedade e confere tranquilidade à mulher.

assistência

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO AUXILIA A GERENCIAR PROCEDIMENTOS COM O PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Da prancheta para a era digital

Desenvolver práticas inteligentes de produção, armazenamento, transferência, aquisição e distribuição de informações que circulam no ambiente hospitalar é requisito indispensável para a gestão de excelência de unidades de saúde. O maior desafio é transformar o volume de informações geradas em conhecimento compartilhado, a ser apresentado em plataforma visualmente agradável e funcional. Não é por acaso que, cada vez mais, as organizações de saúde estão se rendendo aos sistemas informatizados para tornar os serviços mais eficientes.

Uma das formas de armazenar dados digitalmente é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), responsável pelo registro clínico de todos os eventos que ocorrem com o indivíduo no ambiente hospitalar. A digitalização dos prontuários permite que gestores, médicos e demais profissionais de saúde controlem

de maneira mais eficiente todas as informações relacionadas ao paciente. O PEP é o principal meio de comunicação entre os responsáveis pela equipe num hospital e viabiliza a gestão da qualidade do atendimento e de indicadores para o controle do câncer.

Segundo o médico Kaio Jia Bin, diretor de Tecnologia da Informação do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira (ICESP), o prontuário eletrônico é uma das formas de armazenar digitalmente as informações de um paciente. “É possível digitalizar o antigo prontuário em papel e armazená-lo em computador ou digitalizar diretamente os dados do paciente, criando campos de informações estruturados para gerar estatísticas e indicadores”, explica Kaio, que ainda observa que o valor legal do PEP está condicionado à certificação por meio de assinatura digital.

“Com o prontuário eletrônico, o profissional tem acesso a tudo o que ocorre com o paciente”

JOSÉ EDUARDO COUTO DE CASTRO, coordenador-geral de Gestão Assistencial do INCA

PRÁTICA INTELIGENTE

As vantagens oferecidas pela digitalização das informações sobre o paciente são muitas. “Com o prontuário eletrônico, o profissional de saúde tem acesso a toda a realidade do indivíduo em ambiente hospitalar”, afirma o médico José Eduardo Couto de Castro, coordenador geral de Gestão Assistencial do Instituto Nacional de Câncer (INCA). A supervisora de sistemas do ICESP, Michele Tatiane Iagacci, cita outros benefícios. “Há vantagens como alertas sobre interações medicamentosas, dosagens inadequadas ou o cruzamento com o histórico de alergia ao prescrever medicamentos”, descreve.

A analista de sistemas Bárbara Aguiar, gerente de Tecnologia da Informática e Telefonia do Hospital São Vicente de Paulo, no Rio de Janeiro, aposta na segurança que o novo modo de armazenamento confere ao profissional de saúde na tomada de decisões. “Com o grande volume de atendimento e as diversas necessidades de envio de informações a órgãos externos, o prontuário eletrônico tornou-se estratégico, permitindo uma visão estruturada das informações do paciente”, considera Bárbara.

SISTEMAS INTEGRADOS

Muitas instituições de saúde já iniciaram a implantação do PEP. No INCA, a ferramenta é utilizada por médicos e outros profissionais autorizados, mas o processo de implementação ainda não foi concluído. Atualmente, a maior parte das informações que circulam eletronicamente no INCA é gerencial: são procedimentos realizados, dados econômicos ou o registro das modificações efetuadas. Entre as principais conquistas, destaca-se a digitalização dos exames de imagem, com a integração de raio-X, tomografia, ressonância e endoscopia.

Outra área que vem merecendo atenção especial no INCA é a gestão do atendimento. Segundo o gerente de Desenvolvimento de Sistemas de Tecnologia da Informação, Antônio Augusto Gonçalves, a instituição monitora, em tempo real, a eficiência do atendimento aos pacientes. “Hoje, sabemos quantas pessoas se matricularam e quantas estão fazendo exames para iniciarem o tratamento”, explica.

O ICESP também está em processo de finalização da implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente. “Nosso prontuário já está estruturado e em processo contínuo de adequação. Estamos no início do projeto de assinatura digital numa ala de UTI”, detalha Kaio.

O gestor hospitalar Alexandre Lobo, responsável pelas instituições cariocas Rio Day Hospital e Oftalmo Day Tijuca, ressalta a importância da ferramenta para a otimização administrativa das unidades de saúde. “O prontuário eletrônico automatiza processos e inibe erros, tornando mais eficiente o controle de medicamentos e outros materiais utilizados no atendimento. Com ele, os funcionários das seções de estoque e compra recebem imediatamente a lista do que foi utilizado e podem providenciar a reposição”, informa.

A ferramenta está em funcionamento no Hospital São Vicente de Paulo, que já digitalizou os formulários. Bárbara Aguiar explica que, para acelerar o processo de implementação, foi criada a Comissão de Revisão dos Prontuários, coordenando as mudanças no sistema. “A estratégia nos fez ganhar tempo e produtividade. O nosso Prontuário Eletrônico do Paciente está completo e tornou-se um grande integrador entre os processos e as pessoas no cuidado ao paciente”, afirma.

TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER

Além dos benefícios na melhoria da gestão, o prontuário eletrônico pode se transformar numa ferramenta valiosa para a Rede de Atenção Oncológica, formada por instituições do governo em diversas instâncias, organizações não governamentais e a sociedade. Com a digitalização dos prontuários, é possível sistematizar a base nacional de registros hospitalares de câncer e ter o controle mais eficiente da doença, a partir do compartilhamento de informações.

Para José Eduardo Couto de Castro, a ferramenta é importante porque informa detalhes relevantes, como a mortalidade registrada no sistema no período de um mês. “O mesmo prontuário pode ser adotado no Brasil inteiro, promovendo a circulação de dados gerenciais no SUS e informando a situação dos portadores de câncer”, avalia.



O prontuário eletrônico gera otimização do espaço físico, pois armazena digitalmente as informações hospitalares.

NORMAS DE CONDUTA

O prontuário, eletrônico ou em papel, é um direito assegurado ao paciente. As instituições devem obedecer a normas de conduta que garantam a segurança e a privacidade das informações sobre o paciente. “O registro correto, completo e em tempo hábil nos prontuários é essencial para uma boa comunicação na equipe de saúde, para a prestação de cuidados de qualidade e para a melhor gestão da instituição”, ressalta Carla Simone Duarte de Gouveia, assistente especial da Coordenação de Acreditação e Métodos do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), que representa no Brasil a Joint Commission International (JCI).

O Conselho Federal de Medicina tem normas de funcionamento e segurança que regulam o uso dos prontuários eletrônicos e em papel. As regras constam na Resolução nº 1.821, de 2007. O documento autoriza o uso de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel. A Resolução trata também do sigilo profissional e da privacidade em relação aos dados fornecidos pelo indivíduo. No Hospital São Vicente de Paulo, por exemplo, as diretorias médica e de enfermagem au-

torizam o cadastro de um profissional de saúde de acordo com o perfil de acessos determinado pela ferramenta Helpdesk.

No INCA, o sistema funciona como um repositório de informações, em que os eventos são registrados por médicos, enfermeiros e profissionais que fazem os exames. O modelo adotado pelo ICESP tem cuidados semelhantes, como esclarece o assistente médico executivo do instituto, Heitor Naoki Sado, mestre em ciências da saúde pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). “Somente os profissionais de saúde têm acesso ao prontuário eletrônico – e sob determinadas regras”, diz.

EXCELÊNCIA

O Prontuário Eletrônico do Paciente também pode trazer eficiência aos resultados esperados numa gestão hospitalar de excelência. Segundo Carla Gouveia, o processo de acreditação internacional da JCI/CBA está voltado para a melhoria contínua da qualidade, por meio de padrões que buscam a excelência do cuidado. Gouveia lembra que os princípios do bom gerenciamento da informação, que norteiam os padrões da acreditação internacional, aplicam-se aos sistemas de prontuários, sejam eletrônicos ou de papel. |

capoa

NO MUNDO, 20% DOS CASOS NOVOS DE CÂNCER SÃO ASSOCIADOS A INFECÇÕES VIRAIS E BACTERIANAS

A close-up photograph of a microscope's objective lenses. The central lens is in sharp focus, showing its internal structure and a red ring. To its left and right are other lenses, slightly out of focus. The background is a soft, blurred light color.

Potencialmente perigosos

Muito trabalho é investido na busca de explicações para o surgimento do câncer. Sabe-se que alguns fatores aumentam o risco de um indivíduo desenvolver a doença, como o tabagismo e a alimentação inadequada. Agressões sucessivas às células levam a mutações genéticas que podem dar início ao processo de formação de um tumor maligno. Dentro desse grupo de fatores, cada vez mais tem chamado a atenção de pesquisadores a relação de infecções prolongadas por vírus e bactérias com o aparecimento de alguns tipos de câncer.

A cada ano, no mundo, dos 12 milhões de novos casos da doença, cerca de 20% podem ser atribuídos a infecções virais e bacterianas que causam diretamente o câncer ou aumentam seu risco, segundo a União Internacional Contra o Câncer (UICC). Esse percentual nivela o potencial cancerígeno de vírus e bactérias ao do tabagismo. Os números têm por base o relatório científico Proteção contra Infecções que Causam Câncer, que coloca em foco nove infecções relacionadas ao surgimento da doença na população.

“As pesquisas nos últimos 30 anos confirmaram o vínculo de certos tipos de HPV com cânceres da região anogenital, além de seu envolvimento na indução de lesões em outras localizações”

LUÍSA VILLA, especialista no estudo do HPV

O estudo evidencia uma estratégia de controle diferente para cânceres causados por infecções virais ou bacterianas, que podem ser prevenidos por meio de exames preventivos, no caso do HPV, e de vacinação, no caso do vírus da Hepatite B. A prevenção também pode ser feita pela adoção de mudanças no estilo de vida e de comportamento seguro. Nos países em desenvolvimento, 26% dos casos de câncer seriam evitáveis com a adoção de ações de prevenção dessas infecções.

O assunto é tão relevante, que, em conjunto com mais de 300 organizações associadas em 100 países – entre elas, o Instituto Nacional de Câncer, no Brasil –, a UICC decidiu focar a campanha de combate ao câncer no mundo deste ano na conscientização sobre a associação de infecções com o surgimento da doença. O câncer também pode ser prevenido é o lema da campanha de 2010 da UICC, mote da celebração do Dia Mundial do Câncer (4 de fevereiro).

Além de alertar sobre as infecções associadas ao câncer, a campanha pretende conscientizar sobre o risco de desenvolver a doença, que pode ser reduzido em até 40% por meio de mudanças no estilo de vida - como a prática de atividade física regular, alimentação saudável, limite do consumo de álcool, redução da exposição ao sol e dizendo “não” ao cigarro.

Julie Torode, diretora adjunta da União Internacional Contra o Câncer, destaca como exemplo concreto dessa relação entre infecções e câncer a pesquisa que demonstrou cientificamente a ligação entre determinados tipos do Papilomavírus Humano (HPV) e o câncer de colo do útero. O trabalho rendeu ao professor alemão Harald zur Hausen um Prêmio Nobel em 2008. “A UICC já trabalha em parceria com organizações na Tanzânia e na Nicarágua para apoiar programas de controle desse tipo de câncer que incluem a vacinação contra o HPV e o treinamento para a detecção precoce e o tratamento de lesões pré-cancerosas”, acrescenta Torode.

INFECÇÃO POR HPV

A bióloga Luísa Lina Villa, chefe do grupo de Virologia do Instituto Ludwig de Pesquisa sobre o Câncer e coordenadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das Doenças do Papilomavírus Humano (INCT-HPV), criado em 2008, qualifica como absoluta a relação do vírus com o surgimento do câncer do colo do útero. “Sem certos tipos de HPV, não teríamos esse câncer. As pesquisas nos últimos 30 anos confirmaram o vínculo de certos tipos de HPV com cânceres da região anogenital, além de



seu envolvimento na indução de lesões em outras localizações”, explica. Segundo ela, o HPV de alto risco oncogênico, como os tipos 16, 18, 31 e 45, entre 30 dos mais de cem tipos identificados, pode induzir proliferação celular contínua que, eventualmente, leva à transformação maligna da célula.

“Alguns tipos de HPV causam tumores benignos, como verrugas genitais e na laringe, muito incômodos, altamente infecciosos e que requerem atenção médica”, explica Luísa Villa. A infecção está ligada às práticas sexuais. “Está claro que, quanto maior o número de parceiros sexuais, maior o risco de desenvolvimento de um tumor na região genital, tanto em mulheres quanto em homens. Então, sua redução, ou melhor, o conhecimento dos hábitos do parceiro ou da parceira, deveria contribuir para a prevenção”, lembra. “A informação sobre essas infecções e as doenças que provocam e a educação sexual são também formas de contribuir na redução do contágio”, observa.

De 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por algum tipo de HPV em algum momento de suas vidas, porém menos de 10% serão infectadas com os tipos relacionados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero. A infecção é assintomática. O Instituto Nacional de Câncer recomenda como forma mais eficiente de prevenção da doença a realização do exame periódico, o Papanicolau. O objetivo do exame é detectar lesões precursoras, ou seja, alterações nas células provocadas por determinados tipos de HPV que podem evoluir para o câncer. Esse desenvolvimento pode levar de 10 a 20 anos. Por isso, é importante identificar a infecção por HPV, já que é possível tratá-la em várias fases antes que se torne um tumor.

Toda mulher que tem ou já teve vida sexual deve submeter-se ao exame preventivo, especialmente as que têm entre 25 e 59 anos. Inicialmente o teste deve ser feito anualmente. Quando dois exames seguidos realizados com intervalo de um ano apresentarem resultado normal, o preventivo pode ser feito a cada três anos. Quanto ao uso da vacina anti-HPV como forma de controle do câncer, o Ministério da Saúde mantém um comitê de acompanhamento dos estudos de eficácia e custo-efetividade. Hoje, a incorporação ao calendário de vacinação nacional não é recomendada.

“Essa vacina é diferente de outras, como a aplicada contra o vírus H1N1, capaz de comprovar sua eficácia imediatamente, pois seu alvo é uma doença aguda, o que não acontece com o câncer”, explica Cláudio Noronha, coordenador de Preven-

ção e Vigilância do INCA e integrante do Comitê do Ministério. Noronha estima que os resultados da vacina só poderão ser conhecidos daqui a 20 anos, tempo necessário para que seja possível avaliar a imunidade conferida às mulheres. No país, há dois tipos de vacina aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), disponíveis em serviços privados. Ambas são profiláticas – indicadas para quem não teve contato com o vírus, ou seja, que não iniciou a vida sexual.

“O principal mecanismo protetor da alimentação saudável é conferir ao DNA celular sua capacidade de resiliência, ou seja, de autocorreção”

FÁBIO GOMES, nutricionista do INCA

Pesquisadora envolvida nos testes da vacina quadrivalente testada em mulheres sexualmente ativas, Luísa Villa acredita em sua eficácia. “Atualmente existem vacinas profiláticas contra os tipos de HPV mais comuns e que causam uma série de doenças, tanto benignas quanto diversos tipos de câncer”, informa. “Essa é a forma mais eficiente de se prevenir contra certos HPVs, além da visita regular ao médico e do exame de Papanicolau para as mulheres”, acrescenta. O instituto que coordena (INCT-HPV) é um centro nacional de referência para pesquisa básica e clínica relativas ao vírus e pretende contribuir para o desenvolvimento de novas drogas, inclusive vacinas terapêuticas.

TODO O CUIDADO COM A ALIMENTAÇÃO

O câncer de estômago, o terceiro mais comum entre os homens e o quinto entre as mulheres no Brasil, também está relacionado à infecção alimentar, de acordo com Fábio Gomes, nutricionista da Área de Alimentação, Nutrição e Câncer do Instituto Nacional de Câncer. A estimativa do INCA para este ano calcula 13.820 novos casos em homens e 7.680 em mulheres. “A infecção alimentar não é o único fator determinante para o câncer de estômago

e fígado, porém tem impacto bastante significativo. Além da genética, o comportamento – incluindo alimentação saudável e higiene – é fator importante a ser considerado”, explica.

O nutricionista observa que o estômago pode sofrer diferentes agressões que, a longo prazo, podem transformar células saudáveis em precursoras de tumores. “A infecção alimentar é uma dessas agressões”, pontua. Outros exemplos de agressão ao estômago são o consumo excessivo de sal e a baixa ingestão de frutas, legumes, verduras e hortaliças. “Não existe uma escala de risco sobre o que está mais associado ao desenvolvimento de câncer: infecção alimentar ou alimentação inadequada. Sabemos, porém, que, em nosso país, 41% dos casos de câncer não ocorreriam se a população se alimentasse adequadamente”, revela.

Mas por que a alimentação adequada é assim tão importante para evitar o câncer? O nutricionista Fábio Gomes explica: é que a capacidade de autocorreção do DNA das células é influenciada por aspectos genéticos e comportamentais – sobretudo a alimentação saudável. “O principal mecanismo protetor da alimentação saudável é justamente conferir ao DNA celular sua capacidade de resiliência, ou seja, de autocorreção”, esclarece. Segundo o nutricionista, estudos comprovam que a capacidade de autocorreção do DNA é maior em pessoas que consomem mais frutas, legumes, verduras e hortaliças – e menos sal e gordura.

H. pylori, vilã silenciosa

Os alimentos são apenas um veículo para a infecção por *Helicobacter pylori*, *H. pylori*, bactéria ainda pouco conhecida. A infecção geralmente ocorre na infância e se desenvolve de forma assintomática, dificultando o diagnóstico. A bactéria entra pela boca, aloja-se no estômago e pode permanecer décadas sem ser notada – o que significa uma agressão de alto impacto, que pode transformar células saudáveis em precursoras de tumores. O diagnóstico é feito

por endoscopia, o que o torna ainda mais difícil. A bactéria pode ser consumida por outros meios: compartilhamento de louça e talheres, mãos sujas na boca, brinquedos e outros objetos sujos em contato com a boca. Por isso, a principal forma de prevenção é a higiene.

Rafael Albagli, cirurgião oncologista, da Seção de Cirurgia Abdominopélvica do INCA, explica que a transmissão da *H. pylori* é orofecal, implicando medidas de vigilância sanitária. Quanto à sua relação com o câncer de estômago, o cirurgião confirma o risco para os portadores de infecção pela bactéria. “Nesses pacientes, existe risco cinco vezes maior de a doença evoluir para câncer gástrico”, afirma.

Aflatoxina, inimiga do fígado

Toxina oriunda de fungos, que se aloja no fígado e torna-se cancerígena depois de passar por um processo metabólico, a aflatoxina é encontrada em grãos e cereais e, no Brasil, principalmente, no milho e no amendoim. Essa prevalência varia de acordo com cada região e com a população. A principal recomendação para prevenir o contágio é voltada para os produtores de grãos e cereais, pois o alimento é contaminado pelo fungo que gera a aflatoxina durante a produção – por exemplo, quando é armazenado em local úmido após a colheita.

Ao ser ingerida, a aflatoxina aloja-se no fígado, onde é metabolizada, e pode favorecer a infecção por hepatite B, além de modificar as células locais, danificando o gene protetor do DNA. Uma vez danificada, a célula se multiplica desordenadamente, originando novas células defeituosas. “Cerca de 80% dos indivíduos com diagnóstico de câncer de fígado possuem cirrose



sobrejacente e como resultado de infecção pelo vírus da hepatite B. Os soropositivos para hepatite B têm um risco maior em comparação à população soronegativa de evoluir ao câncer hepático”, esclarece Rafael Albagli, cirurgião oncologista, titular da Seção de Cirurgia abdoominopélvica do INCA.

Além do rótulo

De acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, entre 1999 e 2008, foram registrados 6.062 surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA), envolvendo 117.330 pessoas doentes e provocando 64 óbitos. Com base nesses dados, redobrar os cuidados com os alimentos consumidos é importante para preservar a saúde. Além do rótulo, programa coordenado pela Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) e desenvolvido em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), INCA e redes de supermercado pretende conscientizar a população sobre o consumo de produtos *in natura* e industrializados. A iniciativa consiste em instalar totens eletrônicos em supermercados, informando composição, origem, riscos e benefícios dos produtos à venda. Para os *in natura*, por exemplo, é indicado o risco de consumo de agrotóxicos, fungos e toxinas. O projeto piloto ocorreu em Brasília no ano passado e está em avaliação para ser levado a todo o país.

Lígia Lindner Schreiner, especialista em regulação e vigilância sanitária da Anvisa, explica que, de forma geral, a contaminação natural por toxinas originadas de fungos é relevante devido às condições climáticas do país, como temperatura e umidade elevadas, o que favorece o crescimento da maioria dos fungos. A Anvisa é responsável por estabelecer limites máximos de aflatoxinas nos alimentos e fiscalizar a adoção de regulamentos que preconizam boas práticas de fabricação.

“As vigilâncias sanitárias estaduais e municipais verificam o cumprimento dos regulamentos, por meio de inspeções nos estabelecimentos e avaliações dos produtos”, diz Lígia. Em relação ao estabelecimento dos limites, diversos fatores podem ser responsáveis pelo processo de decisão de adoção de limites máximos para toxinas originadas de fungos, como a disponibilidade de evidências científicas para a avaliação de riscos, fatores econômicos e de segurança alimentar, explica a especialista.



“As vigilâncias sanitárias estaduais e municipais verificam o cumprimento dos regulamentos, por meio de inspeções nos estabelecimentos e avaliações dos produtos”

LÍGIA LINDNER SCHREINER, especialista em regulação e vigilância sanitária da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

No caso do amendoim, o Brasil tem regulamentos definindo limites máximos de aflatoxinas e para a adoção de boas práticas de fabricação (BPF) em estabelecimentos industriais do produto processado e de derivados. “Essa estratégia não visa somente retirar do mercado aqueles produtos que estão acima do limite, mas também trabalha a diminuição dos níveis por intermédio das boas práticas de fabricação”, avalia. Entretanto, apesar dos comprovados efeitos prejudiciais de outras toxinas originadas de fungos, ainda não há limites máximos estabelecidos na legislação brasileira. “Em dezembro de 2009, foi publicada a consulta pública nº 100, com proposta de revisão para o limite máximo de aflatoxinas e o estabelecimento de limites para deoxynivalenol, fumonisinas, ocratoxina A e patulina em algumas categorias de alimentos, como café, cereais, condimentos e especiarias, farinha de milho e de trigo, frutas secas e processadas, chocolate e outros produtos à base de cacau, suco de maçã e vinho”, ressalta.

REFORÇO CONTRA A HEPATITE B

No Brasil, 7,44% da população de 10 a 69 anos já teve contato com o vírus da hepatite B (VHB), segundo dados do Estudo de Prevalência de Base Populacional das Infecções pelos Vírus das Hepatites A, B e C nas capitais do país. A evolução para a forma crônica ocorre em cerca de 5% a 10% dos adultos expostos ao vírus, que podem ainda desenvolver cirrose e câncer de fígado.

Para prevenir a doença, o Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou a oferta de vacina contra a hepatite B no país, com a aquisição, este ano, de 18 milhões de doses a mais que em 2009. Com isso, além dos perfis já contemplados pela vacinação contra a hepatite B – profissionais de saúde; policiais, bombeiros e profissionais envolvidos em atividades de resgate; doadores de sangue e órgãos; usuários de drogas injetáveis; vítimas de abuso sexual; e portadores de doenças crônicas –, passam a ter acesso à imunização manicures, pedicures e podólogos; caminhoneiros; gestantes após o primeiro trimestre da gestação; populações de assentamentos e acampamentos; e portadores de doenças sexualmente transmissíveis.

A hepatite viral B é transmitida por sangue, espermatozoides e secreção vaginal. Pode ocorrer contaminação pelo compartilhamento de objetos de metal contaminados. Também há risco de infecção quando usuários de drogas usam instrumentos comuns – no caso das injetáveis (cocaína, anabolizantes e complexos vitamínicos), das inaláveis (cocaína) e das pipadas (*crack*). A transmissão também pode ocorrer da mãe infectada para o bebê, de acordo com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde. |



ciência

EXPANSÃO DE CÉLULAS-TRONCO DO CORDÃO UMBILICAL ABRE NOVAS PERSPECTIVAS EM TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA

Multiplicar para salvar

Se, em épocas não muito distantes, o cordão umbilical de recém-nascidos ia para o lixo, de uns tempos para cá se tornou artigo de luxo. Isso por conter uma reserva de vida para portadores de leucemias, linfomas, anemias graves e outras doenças. Já consagrada, a técnica do transplante de medula óssea a partir de sangue do cordão umbilical ainda hoje reserva novidades. A mais recente descoberta foi o estudo de uma proteína por cientistas do Fred Hutchinson Cancer Research Center, em Seattle, nos Estados Unidos, que permitiu multiplicar (expandir) em 150 vezes o número de células-tronco de um único cordão umbilical. Essa técnica permite reproduzir células com as mesmas funções originais, ou seja, com a capacidade de produzir os componentes do sangue.

O transplante é a substituição de uma medula óssea doente por uma saudável. A medula óssea é o tecido líquido responsável pela produção dos componentes do sangue – leucócitos, hemácias e plaquetas. Quando esse tecido é comprometido por alguma doença, deixa de cumprir sua função e precisa ser substituído. Tanto na medula óssea de um doador voluntário quanto no cordão umbilical há

células-tronco da medula óssea, que, com o transplante, substituirão as células do tecido doente. A quantidade de células-tronco do cordão, porém, é pequena e muitas vezes é necessário usar mais de uma unidade em um paciente.

O estudo de Seattle, ao controlar um gene específico (o Notch), que é responsável pela diferenciação celular, mostrou ser possível expandir o número de células sem que elas desenvolvessem especificações. Pacientes receberam dois cordões cada um, sendo uma unidade expandida e a outra não. “Um estudo com 11 pacientes que sofriam de leucemia revelou que, com as células expandidas, o tempo de recuperação caiu de 26 para 14 dias”, explica Colleen Delaney, médica assistente da Divisão de Pesquisa Clínica do Fred Hutchinson Cancer Research Center. Com os estudos, ela espera reduzir a mortalidade associada à demora na recuperação de células sanguíneas no transplantado.

Pesquisas como essa também têm avançado no Brasil. A geneticista Eliana Abdelhay, chefe da Divisão de Laboratórios do Centro de Transplantes de Medula Óssea, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), ressalta que, somente no Rio de Janeiro, na Universidade Federal do

“Esperamos, na próxima década, utilizar com segurança esses conhecimentos em benefício dos pacientes”

LUÍS FERNANDO BOUZAS, diretor do CEMO

Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), existem, pelo menos, três grandes laboratórios aparelhados para a técnica de expansão dessas células. O professor Stevens Rehen, diretor de pesquisa do Instituto de Ciências Biomédicas da UFRJ, acredita que houve avanços, mas lembra que o país enfrenta certas dificuldades. “Às vezes, temos problemas na importação de reagentes, o que compromete o bom andamento do trabalho”, afirma Rehen.

Tratar indivíduos infundindo células manipuladas geneticamente é outra dificuldade, segundo Eliana Abdelhay. A geneticista alerta que será necessário convencer comitês de ética a aprovarem esse tipo de intervenção. “A expansão beneficiará pacientes que se submetem a transplante não aparentado para tratar neoplasias do sangue”, observa Abdelhay.

Entre as alternativas mais usadas hoje no Brasil, no entanto, está a opção de duas unidades de sangue do cordão umbilical e placentário para um mesmo paciente. “O sangue de cordão umbilical possui número limitado de células-tronco hematopoéticas em função do volume que pode ser obtido (de 70 a 200 ml). Em geral, é utilizado para pacientes com até 50 kg”, ressalta Luís Fernando Bouzas, diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), do INCA, e coordenador da Rede Pública de Bancos de Sangue do Cordão (Brasilcord). “Espera-se ainda com a técnica alavancar estudos para a cura ou o controle de doenças, além de reduzir efeitos adversos na terapia oncológica em hematologia”, avalia Bouzas.

ESTUDOS EM EVOLUÇÃO

Em 1988, pesquisadores da França e dos Estados Unidos realizaram o primeiro procedimento de transplante de medula óssea com sangue do cordão umbilical de um recém-nascido, cujo irmão sofria de anemia de Fanconi (doença de origem genética). “Foi um procedimento bem-sucedido”, diz Luis Fernando Bouzas. A técnica é simples quanto à coleta, ao processamento e ao congelamento em temperaturas ultrabaixas – entre -135° e -196° graus Celsius. O congelamento do primei-

ro sangue de cordão umbilical e placentário no Brasil foi realizado no INCA, em 1990. Em 2009, foram realizados 131 transplantes com doador não aparentado no Brasil – 41 deles com sangue de cordão umbilical.

De acordo com a geneticista Eliana Abdelhay, nos últimos dez anos, a identificação de genes capazes de potencializar a capacidade de proliferação dessas células sem levá-las a se diferenciar trouxe progresso para os estudos. “Isso demonstra que essas células podem aumentar, pelo menos em cinco vezes, a sua capacidade de expansão”, explica.

Em vários centros de pesquisa em células-tronco e também no Instituto Nacional de Câncer (INCA), estudos já avaliam a expansão celular e, em breve, poderão ser testados em pacientes. O Centro de Transplante de Medula Óssea do INCA tem propostas de estudo que incluirão centros integrantes da Rede Brasilcord, como os hospitais Albert Einstein e Sírio-Libanês, Hemocentro de Campinas, Ribeirão Preto e Santa Catarina. “Esperamos, na próxima década, utilizar com segurança esses conhecimentos em benefício dos pacientes”, prevê Luís Fernando Bouzas, diretor do CEMO. |

CÉLULAS-TRONCO EMBRIONÁRIAS

As células-tronco do sangue do cordão umbilical são adultas, ou seja, têm suas funções definidas e não se diferenciam como as células-tronco embrionárias, que formam todos os tecidos e órgãos do corpo humano. Na UFRJ, o Laboratório Nacional de Células-tronco Embrionárias (LaNCE) desenvolveu know-how para a expansão, em grande escala, tornando o processo mais eficiente e econômico.

Paulo Marinho, aluno de doutorado do Programa de Engenharia Química da COPPE/UFRJ, é autor de tese sobre a expansão de células-tronco embrionárias em grande escala. Segundo Marinho, a técnica colabora em especial para a medicina regenerativa. “Muitos estudos ainda são necessários para que se torne uma real terapia celular”, observa o especialista.

A coordenadora do Serviço de Onco-hematologia e Transplante de Medula Óssea do Hospital Sírio-Libanês, Yana Novis, acredita no potencial da nova tecnologia. “A partir de células-tronco, é provável que possamos regenerar órgãos e tecidos danificados em acidentes, fazer tratamentos como quimio ou radioterapia ou em doenças congênitas”, avalia.

rede

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BUSCA SOLUÇÕES PARA ENTRAVES ADMINISTRATIVOS

Novos modelos de gestão para o SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), nos seus mais de 20 anos de existência, vem experimentando uma série de formatos jurídicos e administrativos. De convênios a fundações de apoio, os gestores públicos estudam os modelos, como de organizações sociais e fundações estatais de direito privado, em busca de solução para grandes desafios do sistema. A mudança na gestão do SUS envolve questões delicadas: distribuição de poder, repasse de recursos e mudanças nas relações de trabalho.

As opiniões estão divididas, mas repousam na unanimidade de que é preciso aperfeiçoar o modelo de gestão para a consolidação de um SUS mais abrangente e eficaz. Entre críticos e defensores das mudanças, também é comum encontrar o consenso de que nenhuma solução será mágica: com o envelhecimento da população e o avanço da tecnologia, trazendo inovações terapêuticas e tecnológicas, o financiamento da saúde continua sendo um aspecto crítico que paira sobre todos os debates acerca dos modelos jurídicos.



MUDAR PARA QUÊ?

O Brasil tem hoje mais de 7.500 hospitais. As gestões são muito diferenciadas em cada uma destas instituições. A sanitarista Cristiani Vieira Machado, da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), conta que, na década de 1990, houve uma proliferação de alternativas à administração estatal direta nos hospitais públicos. “Os modelos incluem unidades semi-autônomas de direito privado, como as organizações sociais, e as fundações privadas de apoio, além da terceirização da gerência de hospitais estatais e da contratação de serviços”, resume.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2009 foi constatado que, do total de 3,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais prestados pelo SUS, 2,8 bilhões eram realizados em unidades públicas, enquanto 210 milhões em instituições privadas conveniadas e 157 milhões em unidades filantrópicas. Nos dois últimos casos, os hospitais prestam serviços públicos, mas não estatais. Nessas situações, o SUS repassa a verba correspondente ao procedimento para a instituição conveniada.

Se o SUS há bastante tempo atende a população por meio de hospitais contratados e conveniados, além dos hospitais próprios, por que, então, tanto barulho em relação às recentes propostas de mudança nos modelos de gestão? Ana Maria Malik, coordenadora do Centro de Estudos de Gestão e Saúde da Fundação Getúlio Vargas, é taxativa ao apontar que, com o foco do debate nos modelos jurídicos, deixa-se em segundo plano a questão fundamental que motiva as propostas de mudança. “A figura jurídica é o como. O modelo de gestão é consequência do objetivo de prestar o melhor atendimento à saúde da população”, afirma, acrescentando que um hospital do SUS não deixa de ser público, apesar da mudança no modelo de gestão.

A especialista em direito sanitário Lenir Santos, fundadora e coordenadora do Instituto Brasileiro de Direito Sanitário Aplicado, explica que o problema não reside apenas na gestão do SUS. Segundo ela, trata-se da gestão da administração pública, que pouco se modernizou, refletindo-se em todo o SUS. “Quando falamos da área de saúde, isso acaba tendo um impacto maior, uma vez que os hospitais precisam ser gerenciados de maneira mais ágil, eficiente e com qualidade”, indica.

Modelos de flexibilização da gestão já são adotados em estados, municípios e algumas instituições de administração pública. Independentemente do

formato, a avaliação e o monitoramento das atividades são centrais, bem como os critérios de nomeação dos dirigentes e as questões relativas ao financiamento. Em entrevista concedida em 2009, o então secretário estadual de saúde de São Paulo, o médico sanitarista Luiz Roberto Barradas Barata, destacou a necessidade de rigorosos mecanismos de controle e fiscalização.

“Outro cuidado é quanto às nomeações dos diretores dessas unidades, que precisam ser eminentemente técnicas”, afirmou Barradas. A nomeação de dirigentes também está presente na argumentação do presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Eduardo Oliveira, que ressalta a necessidade de escolhas pautadas na competência. O médico Sérgio Bastos, diretor de Saúde da Firjan, sugere que a remuneração variável seja um item de regulação. “A remuneração do gestor deveria estar ligada ao desempenho da unidade de saúde”, opina.

CELETISTAS X ESTATUTÁRIOS: RELAÇÕES DE TRABALHO EM PAUTA

As relações de trabalho têm motivado uma série de debates em torno das mudanças de gestão no SUS. A maioria dos modelos propostos ou em implantação prevê a seleção por concurso público, mas o contrato é regido pela CLT - característica das contratações no setor privado.

A chamada reforma administrativa, realizada por meio da emenda constitucional 92, de 1998, já previa a possibilidade de contratação pela CLT em todos os setores do estado. Enquanto o regime jurídico único (RJU) apresenta benefícios como a estabilidade, a CLT assegura o recebimento do fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS) e possibilita o estabelecimento de gratificações a partir de desempenho.

Na opinião de Francisco Batista Júnior, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a precarização das relações de trabalho presente em vários serviços de saúde - por contratações temporárias, terceirizadas ou quaternárias, entre outros formatos - desvincula o trabalhador de sua atividade. “Na área de saúde, o profissional precisa ter um vínculo efetivo e afetivo. O problema se resolve com uma carreira única de saúde”, afirma.

Denise Motta Dau, secretária nacional de organização da Central Única dos Trabalhadores (CUT), participa da mesa nacional de negociação permanente do SUS. Ela conta que hoje existem situações de

profissionais com diferentes vínculos trabalhando no mesmo serviço. Por isso, a reivindicação é de uma carreira única para a saúde.

Sérgio Bastos, diretor de saúde do sistema Firjan, destaca que a possibilidade de remuneração variável e de concessão de gratificações seria uma estratégia para melhorar o padrão dos profissionais na saúde. “Serão abertas formas de reter talentos que, muitas vezes, se dispersam no setor privado”, avalia.

EXPERIÊNCIAS INOVAM A GESTÃO DO SUS

Propostas de inovação na gestão do SUS dão origem a diferentes iniciativas em estados, municípios e instituições. Das mais consolidadas, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), criadas em São Paulo há dez anos, às mais recentes, como a criação das fundações no Rio de Janeiro e em Sergipe, todas buscam resultados melhores na atenção à população.

A legislação que implantou as OSS em São Paulo data de 1998. Nesse caso, entidades sem fins lucrativos do terceiro setor assumem a gerência de estruturas de saúde do governo. A ação dessas entidades é apenas administrativa. Mais de uma década depois da implantação das OSS, Luiz Roberto Barradas Barata, destacou aspectos positivos desse modelo. Os hospitais gerenciados por OSS atendem 25% mais pacientes e gastam 10% a menos, proporcionalmente, na comparação com as unidades de administração direta. “Esses hospitais, livres das amarras da legislação que engessa a gestão pública, têm maior autonomia e liberdade no gerenciamento de recursos humanos e aquisição de materiais ou insumos, o que assegura a necessária agilidade e consequente eficiência da gestão”, apontou, completando que o modelo foi indicado pelo Banco Mundial como exemplo positivo para a gestão de hospitais públicos.

Em Sergipe, as Fundações Estatais de Saúde foram criadas por leis específicas no contexto do projeto de Reforma Sanitária e Gerencial do SUS e entraram em funcionamento em 2009. “As fundações estatais abrem a possibilidade de o poder público conciliar os anseios da população com a capacidade produtiva que o Estado tem, superando as amarras impostas pela burocracia”, afirma o deputado estadual Rogério Carvalho, que atuou como secretário de Saúde de Sergipe até janeiro de 2010.

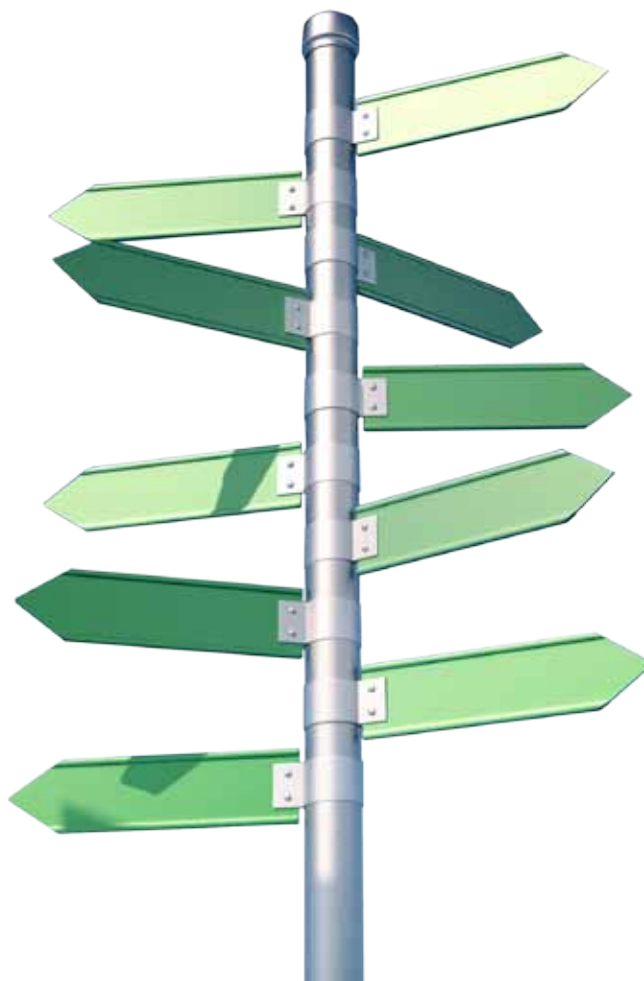
No Rio de Janeiro, a lei que autoriza a criação de Fundações Estatais de Direito Privado foi sancio-

nada no fim de 2007. As fundações estarão divididas em três categorias: Hospitais Gerais e de Urgência, Institutos de Saúde e Central Estadual de Transplantes. Para cada fundação será assinado um contrato de gestão, com a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, que estipula metas a serem cumpridas.

“Com a implantação do projeto das fundações, a expectativa é melhorar o atendimento ao usuário do SUS, profissionalizar a gestão dos hospitais públicos e garantir melhores condições de trabalho aos profissionais da saúde”, destaca o secretário. Ele revela que foram analisados outros modelos, mas nenhum atendia às metas, que eram não terceirizar a gestão hospitalar para a iniciativa privada e implantar o modelo em todas as unidades, tanto as que já estão em funcionamento quanto as que virão a existir.

Na Bahia, o diretor de Atenção Básica, Hêider Pinto, conta que os projetos de lei para criação de fundações estatais foram elaborados com base em amplos debates com os setores e movimentos sociais envolvidos. “A proposta foi aprovada em todas as instâncias do SUS na Bahia: Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, Conselho Estadual de Saúde e Conferência Estadual de Saúde”, orgulha-se. |

O médico Luiz Roberto Barradas Barata faleceu em 17 de julho de 2010, vítima de um infarto do miocárdio.



política

NOVO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS AMPLIA A COBERTURA DA REDE PRIVADA PARA A ATENÇÃO ONCOLÓGICA E PODE IMPACTAR O SUS

Entre o público e o privado

Aprovado em janeiro pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do Ministério da Saúde, o novo rol de procedimentos obrigatórios para planos de saúde amplia o espectro da atenção oncológica na saúde suplementar. Entre outras diretrizes, a regulamentação, que entrou em vigor em junho, inclui a cobertura obrigatória de novas tecnologias, como implante de marcapasso multissítio e *pet-scan* oncológico; transplante alogênico de medula óssea (quando é necessário um doador); e um número maior de sessões de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição para determinadas patologias. A medida tem o objetivo de garantir atendimento integral a quem contrata planos de saúde também no que se refere à atenção oncológica.

Atualmente, o tratamento do paciente com câncer é realizado nos setores de saúde pública e suplementar. O atendimento pode ser realizado em unidades públicas de saúde ou em estabelecimentos privados que atuam na prevenção, no diagnóstico e no tratamento

do câncer – conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a operadoras de planos de saúde. Com a ampliação do rol de procedimentos obrigatórios, espera-se que os pacientes com planos de saúde tenham assistência completa na rede privada.

Estudo realizado em 2006 pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), concluiu que o SUS é o financiador predominante do tratamento oncológico no país, responsável por 75% dos atendimentos em quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia –, incluindo os realizados na rede privada de saúde conveniada. A pesquisa também aponta que uma parcela significativa da população que contrata planos privados de saúde recorre ao sistema público para o tratamento oncológico. Entre os pacientes com câncer com planos de saúde, 15,4% precisam ter suas internações custeadas pelo SUS e 3,5% por pagamento privado individual. A proporção é semelhante no que diz respeito a atendimentos de alta complexidade e elevado custo financeiro: 11,6% dos procedimentos de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia financiados pelo SUS foram destinados a usuários de planos de saúde.

A médica Martha Oliveira, gerente-geral técnico-assistencial de produtos da ANS, explica que o setor de saúde suplementar é complementar ao SUS e jamais o substituirá. “Todo cidadão tem direito ao SUS, mas também pode recorrer ao setor de



saúde suplementar. A Constituição Federal de 1988 – que define a saúde como direito de todo cidadão, a ser garantido pelo Estado – permite que instituições privadas ofereçam serviços de saúde, sempre de acordo com as diretrizes e normas do Ministério da Saúde”, explica. Nos dois setores, no entanto, a elaboração de protocolos de atendimento, o monitoramento da qualidade e o controle da segurança da atenção ao paciente são de responsabilidade do Ministério da Saúde, atribuídas à ANS.

A regulação dos planos e seguros de saúde ocorre por meio de constantes atualizações no rol de procedimentos obrigatórios ao setor de saúde suplementar. “A ANS sempre abre espaço para a in-

“A Constituição de 1988 – que define a saúde como direito de todo cidadão, a ser garantido pelo Estado – permite que instituições privadas ofereçam serviços de saúde, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde”

MARTHA OLIVEIRA, gerente-geral técnico-assistencial de produtos da ANS

tervenção da sociedade nesse processo, por meio das consultas públicas”, diz Martha. Segundo ela, o objetivo é incluir os procedimentos com comprovação científica para o bem-estar e a melhoria do quadro do paciente. “Inclusive na atenção oncológica, que é área prioritária do setor de saúde suplementar”, acrescenta a médica.

MAPEAMENTO REVELA FALHAS

Também desenvolvido pela ENSP/Fiocruz, um outro estudo realizado em 2008 e 2009 traçou o mapeamento nacional do atendimento oncológico no setor de saúde suplementar, promovendo a caracterização quantitativa e qualitativa dos serviços ambulatoriais privados que oferecem quimioterapia e radioterapia. Os resultados, ainda preliminares, revelam a carência de serviços de radioterapia no setor de saúde

suplementar: 68% dos estabelecimentos que oferecem o tratamento são prestadores do SUS.

Especialista na área, a médica Lígia Bahia, professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pondera sobre a plenitude da atenção oncológica na rede privada de saúde. Lígia reconhece que os planos de saúde mais elaborados e de custo mais elevado – conhecidos como executivos – geralmente garantem atenção abrangente ao paciente com câncer, mas ressalta que muitas vezes os contratos podem negar a cobertura de determinados procedimentos, como medicamentos e exames complementares.

Lígia faz um alerta aos clientes da rede credenciada que oferece planos mais baratos, constituída basicamente por estabelecimentos de pequeno porte e baixa intensidade tecnológica. “Definitivamente não é a rede adequada para prover assistência integral ao paciente oncológico. Pessoas que contratam esse tipo de plano e precisam passar pelo tratamento do câncer acabam recorrendo ao SUS”, completa a médica, reiterando o estudo realizado pela ENSP/Fiocruz.

Foi constatado ainda que a maioria dos serviços ambulatoriais privados oferece quimioterapia isoladamente. “Essa conduta contraria a recomendação do Ministério da Saúde para a atenção integral ao paciente, que preconiza a realização de todas as etapas do tratamento em uma mesma unidade de saúde”, descreve a engenheira biomédica Margareth Portela, que liderou a investigação. A pesquisa também indica a elevada concentração de estabelecimentos de saúde com serviços ambulatoriais oncológicos de alta complexidade no sudeste do país. Somente 1,8% dos estabelecimentos estão na Região Norte e muitos municípios nem sequer oferecem serviços de quimioterapia e radioterapia à população.

A gerente-geral técnico-assistencial de produtos da ANS, Martha Oliveira, explica que um marco legal importante na determinação dos proce-



“Muitas vezes, os planos novos, contratados depois de 1999, impõem obstáculos não contratuais ao tratamento oncológico. Ao se deparar com entraves burocráticos e longas filas de espera, o paciente que paga um plano de saúde acaba recorrendo ao SUS”

Maria Alcía Ugar, pesquisadora da ENSP/Fiocruz

dimentos obrigatórios ao setor de saúde suplementar é a Lei nº 9.656, de 1998. A partir de 1999, o rol de procedimentos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde foi ampliado para atender com qualidade as necessidades de saúde de seus usuários. “No entanto, serviços contratados previamente, regidos por contratos celebrados antes da publicação da lei, têm limitações significativas para o atendimento ao paciente, incluindo alguns procedimentos em oncologia”, esclarece Martha.

SETOR PÚBLICO É SOBRECARRREGADO

A lei de 1998 disciplinou a prestação de serviços em saúde, mas também determinou algumas exclusões. A ANS, por exemplo, não pode exigir que os planos de saúde ofereçam ou promovam medicação domiciliar. Maria Alcía Ugar, pesquisadora da ENSP/Fiocruz, lembra que existem outras limitações. “Muitas vezes, os planos novos, contratados depois de 1999, impõem obstáculos não contratuais ao tratamento oncológico. Ao se deparar com entraves burocráticos e longas filas de espera, o paciente que paga um plano de saúde acaba recorrendo ao SUS”, resume.

Na avaliação de Lígia Bahia, da UFRJ, as lacunas impostas por brechas na lei e pela reduzida competência tecnológica de alguns serviços privados de saúde desorganizam o setor de saúde pública, pois levam ao SUS pacientes também contemplados pela rede privada. “Em muitos casos, a via de acesso de usuários de planos de saúde ao SUS

é o próprio médico, que também atua em hospitais públicos. Esse movimento estabelece dois fluxos de ingresso no serviço público e afeta o planejamento da instituição”, afirma a médica. Além disso, esse duplo trânsito não tem sido objeto de ressarcimento previsto pela Lei nº 9.656. A dupla porta de entrada para o SUS descrita por Lígia é confirmada por mais um estudo da ENSP/Fiocruz, publicado em 2007. Segundo a pesquisa, 72% dos prestadores de serviços hospitalares que atuam na saúde suplementar também realizam serviços para o SUS.

NOVO CONTEXTO MERECE AVALIAÇÃO

Com o novo rol de procedimentos obrigatórios, a ANS avalia que usuários de planos de saúde contratados a partir de 1999 terão plenas condições de realizar todo o tratamento oncológico na rede de saúde suplementar, sem precisar recorrer ao SUS. Martha Oliveira, da ANS, recomenda que os pacientes nessas condições que não receberem tratamento adequado denunciem a operadora de plano de saúde aos núcleos regionais de fiscalização da ANS. A denúncia também pode ser feita por telefone, pelo Disque ANS: 0800-701-9656.

Lígia Bahia observa que é preciso ter cautela para avaliar as novas determinações. Profissionais envolvidos na atenção oncológica consideram que o atendimento na rede privada será potencializado. Mas o impacto de uma medida normativa depende de um conjunto de circunstâncias, como a capacidade instalada, a qualidade e a confiabilidade dos serviços privados. “É preciso acompanhar os efeitos das novas regras sobre a atenção oncológica no setor privado, mensurando, por exemplo, o aumento dos transplantes alogênicos de medula óssea”, conclui a médica. |

CONHEÇA AS NOVIDADES

A atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Rol 2010) foi feita por meio de Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, em vigor a partir de 7 de junho deste ano. As determinações são válidas para todos os planos de saúde contratados a partir de 1999.

Para saber mais, acesse o site da ANS: www.ans.gov.br (em Legislação, no Índice, ou no banner no fim da página).

educação

TELECOMUNICAÇÕES LEVAM CONHECIMENTO E ATÉ DIAGNÓSTICOS A
PROFISSIONAIS DA MEDICINA EM PONTOS DISTANTES

Tecnologia, uma aliada da saúde

No Brasil e no mundo, é crescente a aplicação das telecomunicações na prestação, educação e gestão de cuidados de saúde, em tarefas executadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais do setor. No país, com o Projeto Nacional de Telessaúde Aplicado à Atenção Básica à Saúde, instituído em 2007, essas ferramentas vêm ganhando força no Sistema Único de Saúde (SUS). Tanto que o Ministério da Saúde investiu R\$ 14 milhões em projetos piloto em telemedicina em dez estados e mais R\$ 21 milhões estão previstos para a próxima etapa, que atingirá prioritariamente o norte e o nordeste, atendendo ao pacto pela redução da mortalidade infantil.

Os recursos de telecomunicações estão sendo usados para enfrentar grandes desafios na área da saúde, como a capacitação e a educação permanente das equipes. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo, tem demonstrado resultados positivos nos indicadores de saúde brasileiros com o auxílio da tecnologia. Para que profissionais prossigam sua formação, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria

de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, desenvolveu o Telessaúde Brasil, que oferece à distância o apoio técnico de especialistas para os profissionais da ESF, e a Universidade Aberta do SUS (UNA SUS), que, por meio de universidades, dispõe de cursos certificados. Os conteúdos são compartilhados em rede e o aluno é supervisionado por tutores.

“Também colaborando nesse contexto, a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) é parceira importante do Telessaúde Brasil, a partir de cooperação já renovada entre os ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia”, explica Ana Estela Haddad, diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Os números comprovam o sucesso dessas ações. No âmbito do Telessaúde Brasil, de janeiro de 2008 a setembro de 2009, foram realizadas 166.761 consultas, além de exames diagnósticos pela internet nos dez estados atendidos pelo programa. “A telessaúde encurta distâncias e amplia a interatividade e a comunicação, além de facilitar a vigilância em saúde”, acrescenta Ana Haddad.

FORTALECENDO A REDE

Em processo de filiação à Rede Universitária de Telemedicina, Rede RUTE, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) espera ser homologado ainda este ano no programa, abrindo perspectivas para desenvolver, de forma mais intensa, parcerias e trabalho em rede. Está sendo avaliada ainda a criação de um espaço de intercâmbio técnico-científico em oncologia, articulando as diferentes instituições que tratam de câncer no país, facilitando a troca de experiências em ensino, pesquisa e assistência. “Todas essas ações visam, também, a fortalecer a gestão da atenção oncológica no país”, afirma Antônio Tadeu Cheriff dos Santos, responsável pela Área de Tecnologias Educacionais Interativas do INCA.

Em dezembro do ano passado, o primeiro evento de telemedicina foi realizado pela Coordenação de Tabagismo do INCA. Foram apresentados os novos instrumentos de informação do tratamento do fumante, com o apoio da Rede RUTE, com a participação de 51 técnicos de coordenações estaduais do Programa de Controle de Tabagismo, em 17 estados. “O INCA vem participando também das videoconferências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), relacionadas à Rede de Hospitais Sentinela, da qual é integrante”, ressalta Antônio Tadeu.

O objetivo da Rede RUTE é implantar infraestrutura para a interconexão das unidades de faculdades e hospitais universitários de ensino das diferentes regiões do país em projetos de telemedicina, como esclarece Luiz Ary Messina, engenheiro e coordenador nacional da rede. “Isso permite a comunicação e a colaboração entre grupos de pesquisa nacionais por meio da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP)”, destaca Messina. As instituições criam e coordenam Grupos de Interesse Especial (SIGs – Special Interest Groups), que desenvolvem atividades de pesquisa, ensino e assistência em temas específicos. Messina explica que os 30 SIGs em operação são coordenados pelas instituições e por membros da Rede RUTE, com agendas de sessões de vídeo ou webconferências mensais, quinzenais ou semanais. “Atualmente, há alguns Núcleos de Telemedicina e Telessaúde nas maiores universidades brasileiras”, observa.

EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO

Os projetos da Rede RUTE integram 158 instituições de saúde. Hoje, são 36 núcleos e 31 embriões de núcleos conectados e em operação. Este ano, estima-se que outros 12 SIGs se organizem. “Houve um

acréscimo de 137% na participação de instituições nesses grupos em 2009. Em alguns, participaram mais de 400 pessoas em áreas remotas, em sessões de enfermagem intensiva”, conta Luiz Ary Messina.

Merece também destaque a participação da Rede RUTE no projeto Políticas Públicas de Telessaúde na América Latina, iniciativa do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), iniciado em outubro do ano passado, e que reúne Brasil, Colômbia, Equador, El Salvador, México e Uruguai. Além da RedClara (Conexão Latino-Americana de Redes Avançadas), em que a participação do INCA poderá auxiliar na disseminação de protocolos importantes e sua integração com países da América Latina.

Já o Telessaúde Brasil, ao permitir que profissionais da atenção básica se comuniquem com profissionais de referência na solução de casos clínicos pela internet, proporciona a segunda opinião de um especialista. Segundo levantamento, o custo do atendimento com o suporte do programa em Minas Gerais, por exemplo, é 10 vezes mais baixo que o tradicional. Em média, cada município gasta R\$ 80 para encaminhar o paciente a um hospital de média e alta complexidade, enquanto com a teleconsultoria o custo fica em R\$ 7. “Muitas doenças de pele, como hanseníase e até o câncer, estão sendo diagnosticadas pela internet nos estados em que funciona o sistema”, conta Ana Estela Haddad, diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. |

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA E TELEMEDICINA

Algumas atividades de telemedicina têm objetivos semelhantes aos da educação à distância, pois ambas utilizam tecnologias da informação e comunicação, como explica Antônio Tadeu Cheriff dos Santos. Entre os processos e tecnologias envolvidos na telemedicina estão a videoconferência, os trabalhos colaborativos entre pares, o apoio técnico à distância (segunda opinião clínica) e até a prestação de serviços em regiões distantes, com consulta on-line e telediagnóstico por imagem. Já a estruturação de cursos e atividades, com finalidade pedagógica específica, caracteriza a educação à distância (EAD), geralmente realizada em ambientes virtuais de aprendizado (Moodle, Teleduc etc.). “A educação à distância pode também usar recursos de vídeo e webconferência”, acrescenta Antônio Tadeu.

social

DOAÇÃO DE SANGUE E PLAQUETAS É DECISIVA PARA A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Elemento vida

Na complexa rotina de tratamento do câncer, um elemento tem papel fundamental. Ele não pode ser produzido em laboratório, comprado ou substituído. Sua disponibilidade depende exclusivamente da solidariedade alheia. Essencial à vida, o sangue é necessário para o restabelecimento do paciente oncológico e pode determinar a melhora de seu quadro clínico, influenciando até a sensação de dor.

O suporte hematológico, feito por meio da transfusão de sangue e plaquetas, é imprescindível para o tratamento do câncer. “Por estar com a saúde debilitada, o paciente oncológico perde a capacidade de repor o próprio sangue e passa a depender da doação de terceiros. Por isso, é tão importante doar sangue regularmente”, explica a hemoterapeuta Lara Motta, chefe do Serviço de Hemoterapia do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

A médica informa que a doação de plaquetas é especialmente importante para o paciente oncológico. As plaquetas são componentes do sangue que atuam na coagulação. “Muitas pessoas em tratamento do câncer apresentam deficiência de plaquetas, em razão da realização de transplante de medula óssea, pela ação da quimioterapia ou devido à intervenção cirúrgica”, ressalta.

Para dar conta dessa necessidade, existe um método específico para a doação de plaquetas, chamado plaquetaférese. O termo aférese significa separação e ilustra a forma como a doação de plaquetas é efetuada. “O procedimento tem início da mesma maneira que a doação convencional. A diferença é que o sangue coletado é encaminhado a um equipamento, que retém as plaquetas e depois retorna à veia do doador, com todos os outros componentes”, descreve a hemoterapeuta.

A chefe do Serviço de Hemoterapia do INCA ressalta que a regularidade das doações é fundamental para garantir a disponibilidade de sangue e hemoderivados. “A validade desses materiais biológicos é muito curta. Além dis-



“Para um adulto, são necessárias várias doações de sangue para efetuar uma única transfusão de plaquetas”

IARA MOTTA, chefe do Serviço de Hemoterapia do Instituto Nacional de Câncer (INCA)

so, para um adulto, são necessárias várias doações de sangue para efetuar uma única transfusão de plaquetas”, informa Iara.

Somente nos dois primeiros meses deste ano, o INCA registrou 2.300 internações. A cada mês, são realizados, em média, 1.100 cirurgias e 16.400 atendimentos ambulatoriais. Para grande parte desses pacientes, as transfusões de sangue são essenciais. O aposentado Valdir Gomes dos Santos, há oito anos em tratamento no INCA, é um deles. Há um ano, precisou interromper a quimioterapia e, desde então, é submetido exclusivamente à transfusão sanguínea. “Eu me sinto muito bem quando recebo sangue. Até minhas dores nas pernas, que são muito intensas, melhoram”, afirma. Sua esposa, a dona de casa Maria Aparecida Pereira dos Santos, agradece aos doadores: “É muito bom saber que podemos contar com a colaboração de quem nem conhecemos. Doar sangue é um ato de solidariedade que só faz bem.”

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em cada país o índice de doadores deve corresponder de 3% a 5% da população. Somente 1,8% dos brasileiros doam sangue.

QUALIDADE E SEGURANÇA

Para garantir a segurança e a qualidade do sangue doado, os postos de coleta aplicam uma série de medidas preventivas. Primeiro, uma entrevista minuciosa identifica os perfis aptos à doação e elimina, por exemplo, pessoas com comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis. “Essa triagem é importante para não sobrecarregar a etapa posterior, em que são realizados testes para detectar a presença de agentes infecciosos causadores de doenças como Aids, os vários tipos de hepatite, malária ou doença de Chagas”, afirma a hemoterapeuta Cristina Pessoa, chefe do Serviço de Hemoterapia do Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), e diretora técnica do banco de sangue Hemolad.

Cristina ressalta que a doação de sangue deve ser altruísta, voluntária. “Não podemos oferecer absolutamente nada ao doador – dinheiro, brindes ou mesmo uma vaga hospitalar para um parente – ou comprometeremos a triagem dos candidatos, que podem negar algum aspecto de risco durante a entrevista”, explica.

Como a doação de sangue requer uma estrutura elaborada, postos de coleta e hospitais trabalham em rede para atender a demanda de todas as unidades de saúde. Portanto, para colaborar com a vida, basta comparecer ao banco de sangue mais próximo de sua casa. O material coletado será enviado a quem necessita sem que você precise deslocar-se. |

EU DOO! PALAVRA DE DOADOR

A estudante Samantha Alves da Silva tinha medo de doar sangue. Quando uma amiga precisou passar por uma cirurgia para o tratamento do câncer, superou a fobia de agulha, compareceu ao Serviço de Hemoterapia do INCA para a doação e se surpreendeu. “Não dói nada!”, afirma Samantha. “É muito gratificante saber que um ato simples para mim faz um bem tão grande para outras pessoas. Se meu organismo é saudável e tem condições de repor o sangue e as plaquetas doadas, eu tenho o dever de colaborar para a saúde de quem precisa”, conclui.

PARA DOAR SANGUE E PLAQUETAS

- Estar bem de saúde
- Portar documento de identidade com foto
- Ter entre 18 e 65 anos
- Pesar mais de 50 kg
- Não ser portador de doenças crônicas
- Não ter recebido transfusão de sangue e outros componentes no último ano
- Não ter comportamento de risco para DST
- Ter repousado, pelo menos, 4 horas antes da doação
- Não estar em jejum; não ter consumido alimentos gordurosos
- Para doar plaquetas, é necessário já ter doado sangue anteriormente, ter disponibilidade de tempo (o procedimento dura, em média, 90 minutos) e não estar fazendo uso de ácido acetil salicílico (AAS)
- O intervalo entre doações de sangue é de 90 dias para mulheres e 60 dias para homens. A doação de plaquetas pode ser feita até duas vezes por mês.

personagem

A ROTINA DE UMA JORNALISTA QUE ABORDA
NA MÍDIA A QUESTÃO DA SAÚDE

Profissão desafio



Ética, competência e seriedade são facilmente associadas à jornalista Cristiane Segatto. Ela conquistou respeito e credibilidade por suas reportagens com foco na saúde da população. Já recebeu mais de dez prêmios. Foi duas vezes vencedora do Prêmio Ary Frauzino de Jornalismo, oferecido pelo INCA, em 2008 e 2009, respectivamente, na categoria Revista, pela *Época*. Ano passado, conquistou o Prêmio Interamericano de Jornalismo sobre o Tabaco, na categoria Internet, concedido pela Organização Pan-americana de Saúde e pela InterAmerican Heart.

O reconhecimento é merecido. Segatto escreve sobre temas difíceis da área da saúde, entre os quais o câncer. A jornalista procura oferecer uma abordagem profunda e, ao mesmo tempo, didática nas reportagens sobre a doença. Para ela, é preciso usar o senso crítico ao analisar o papel dos novos tratamentos e ter cuidado para não se transformar num propagandista da indústria farmacêutica. Em jornalismo, diz Segatto, não basta prestar um bom serviço sobre determinada doença. É preciso valorizar a relevância do assunto, pesquisar e investigar a complexidade do tema. “Não gosto de matérias fáceis. Gosto mesmo é de fazer trabalhos complicados. Pesquisa muito sobre determinado tema e parto, então, em busca de histórias humanas que me ajudem a dar vida à discussão”, comenta a jornalista.

Foi em busca de uma história humana que Segatto conseguiu, em 2008, uma entrevista exclusiva com o vice-presidente da República, José Alencar. Na época, ele enfrentava mais um *round* em sua luta incansável contra o câncer. Segatto mostrou ao público algo além da autoridade. O resultado foi uma das entrevistas mais marcantes de sua carreira. “Fui a primeira jornalista a entrar no quarto dele no Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo. Minha principal preocupação era chegar ao ‘homem’ para revelar o que ele realmente estava enfrentando naquele momento. Acho que consegui”, diz, com modéstia.

Tamanha sensibilidade não é novidade para o público, acostumado com a percepção da jornalista experiente, de 40 anos de idade. Segatto cultiva um profundo respeito pelos pacientes em cuidados paliativos, sem possibilidades terapêuticas de cura de alguma doença, especialmente de câncer. O que mais comove a jornalista é testemunhar o comportamento dos doentes que sabem que viverão pouco. “Eles lutam para ganhar tempo, mas não para fazer coisas grandiosas. Querem aproveitar os pequenos prazeres: ver um neto crescer um pouco mais, ir à praia, re-

“O meu trabalho cumpre uma função social e isso me estimula a seguir em frente nos momentos mais duros”

ver uma pessoa querida. Aprendi que uma vida bem vivida é a soma desses pequenos prazeres”, afirma.

Nascida em 21 de abril de 1970, em São Paulo, Segatto sempre morou na capital paulista. Há dez anos, está casada com o também jornalista Dante Grecco e é mãe de Beatriz, com nove anos. A família tem um papel fundamental na sua vida. “Somos um trio harmônico. Eu e o Dante nos revezamos quando a Bia precisa de alguma ajuda na lição de casa, por exemplo. Nos fins de semana, fazemos coisas simples e deliciosas, como andar de bicicleta ou ir ao cinema”, conta ela, orgulhosa.

A felicidade em família tem correspondência na vida profissional. No trabalho, sente-se realizada. “Poder contribuir de alguma forma para que todos cuidem bem da saúde é muito gratificante. E também colaborar para que o Brasil reconheça e encare seus desafios na área da saúde é igualmente importante”, declara. Para a jornalista, o tema das reportagens é muito relevante. “A saúde é o bem mais precioso que uma pessoa pode ter na vida. O meu trabalho cumpre uma função social e isso me estimula a seguir em frente nos momentos mais duros”, considera.

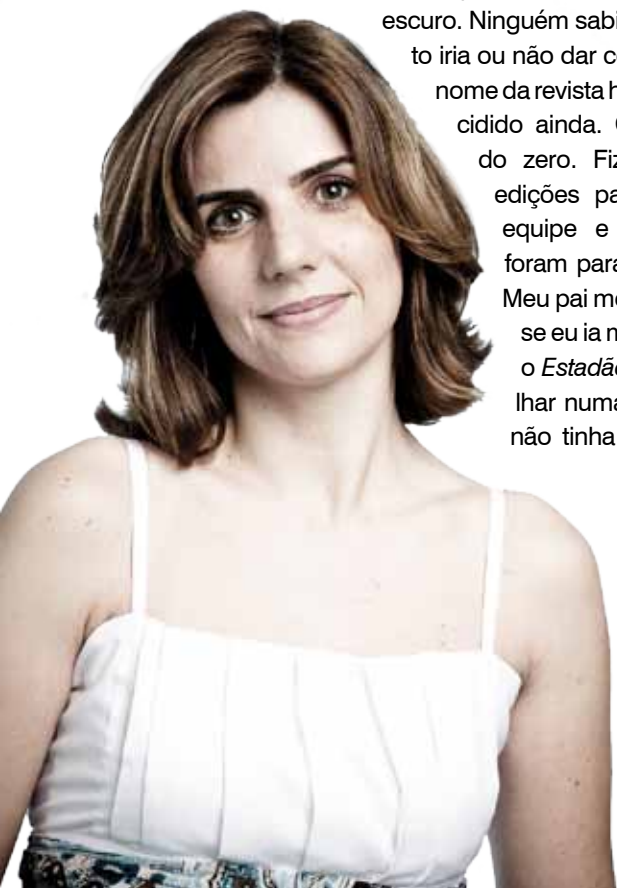
A rotina de Segatto é intensa. Atualmente é repórter especial da revista *Época* - apura, escreve e edita suas matérias. Às sextas-feiras, publica a coluna Nossa Saúde na versão *on-line* da revista. A carga horária pode superar nove horas por dia. Boa parte do tempo é usada para responder às mais diversas demandas do público. Os pedidos variam de convites para palestras e entrevistas até pessoas que ligam solicitando a indicação de médicos, ou que, simplesmente, desejam contar os dramas de saúde de familiares queridos. Segatto conta que responde a todos. “Procuro atender todas as solicitações com carinho, mas às vezes acaba ficando sobrecarregada”, admite.

DEDICAÇÃO E CORAGEM

O interesse pelo jornalismo vem desde a infância. Aos 12 anos, foi incentivada à leitura de jornais por seu professor de Língua Portuguesa e Literatura, Fernando Freire. “O enorme entusiasmo dele pela literatura, pelo cinema e pelo conhecimento me contagiou. Ele costumava exigir que acompanhássemos os mais relevantes temas da imprensa”, lembra. “Volta e meia, eu ia fazer pesquisas no jornal *O Estado de S. Paulo* e me impressionava com aquele ambiente aristocrático. Já sonhava em ser jornalista e um dia ir trabalhar ali”, confessa. Dez anos depois, Segatto foi contratada como repórter do *Estadão*.

“No último ano da faculdade, passei em duas importantes seleções: o Curso de Jornalismo Aplicado do Grupo Estado e o Curso Abril de Jornalismo em Revistas. Fiz os dois”, conta. No fim do curso, optou pela Editora Abril e trabalhou três anos na revista *Quatro Rodas*, que deixou para trabalhar na editoria geral do *Estadão*. Já naquela época, sentiu-se atraída pelo tema da saúde. “Adorava escrever para a página de Ciência, publicada aos sábados”, revela. Em 1988, ocorreu uma mudança radical que a fez ingressar definitivamente no mundo da saúde. A sua então editora no *Estadão*, Martha San Juan França, foi convidada a montar a equipe de Ciência e Saúde para a revista *Época* e levou Segatto como editora assistente.

A ida para a revista foi um tiro no escuro. Ninguém sabia se o projeto iria ou não dar certo. “Nem o nome da revista havia sido decidido ainda. Começamos do zero. Fizemos nove edições para treinar a equipe e que nunca foram para as bancas. Meu pai me questionou se eu ia mesmo largar o *Estadão* para trabalhar numa revista que não tinha nem nome.



“O enorme entusiasmo do meu professor de Português pela literatura, pelo cinema e pelo conhecimento me contagiou”

E eu respondi: vou”, conta. A aposta deu certo. O projeto editorial não só foi bem aceito pelo público, como também Segatto ganhou reconhecimento e credibilidade. “A saúde é um eixo muito importante numa revista semanal e eles precisavam de alguém que cuidasse dessa área com carinho. Acabei sendo editora assistente, subeditora e depois editora”, lembra.

A profissão já expôs Segatto a situações de perigo. Durante uma reportagem de turismo para a revista *Quatro Rodas*, em 1994, a jornalista foi atingida de leve por um raio no Parque Nacional de Ibitipoca, em Minas Gerais. “Fiquei sem sensação no lado direito do corpo por alguns minutos e com trauma de eletricidade durante meses”, diz. Outro episódio marcante ocorreu no ano 2000. Grávida de sete meses, Segatto foi atacada por traficantes enquanto fazia uma reportagem sobre autismo na Favela de Heliópolis, em São Paulo. A confusão ocorreu porque os bandidos acharam que a equipe estava no local para denunciá-los. O episódio foi traumático. “Levei coronhadas na cabeça e chutes. O motorista apanhou muito. Os traficantes quebraram todos os vidros do carro e deram tiros para o alto”, relembra.

Segatto acredita que tem a melhor profissão do mundo. “Não me imagino fazendo outra coisa. Sou paga para saciar minha curiosidade e para encontrar os entrevistados que me ensinam sobre a vida”, descreve. “É gente que abre a casa, a intimidade e o coração para mim. Gostam de perceber que eu tenho interesse genuíno pelo que eles têm a contar”, observa. Nessa busca incessante por histórias de vida, ela se depara com os sentimentos mais simples das pessoas que entrevista. “Às vezes, tudo o que o doente quer é atenção”, finaliza. |

Nome: _____ E-mail: _____
Logradouro: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____ - Instituição: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Grau de escolaridade:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sem instrução | <input type="checkbox"/> Graduação incompleta | <input type="checkbox"/> Mestrado completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Graduação completa | <input type="checkbox"/> Doutorado incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo | <input type="checkbox"/> Especialização incompleta | <input type="checkbox"/> Doutorado completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto | <input type="checkbox"/> Especialização completa | |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio completo | <input type="checkbox"/> Mestrado incompleto | |

1) Como você avalia a Revista Rede Câncer de um modo geral?

- Excelente Muito boa Boa
 Ruim Muito ruim Péssima

2) Como você avalia a linguagem utilizada nos textos publicados na revista?

- Excelente Muito boa Boa
 Ruim Muito ruim Péssima

3) Como você avalia o conteúdo dos textos publicados na revista?

- Excelente Muito bom Bom
 Ruim Muito ruim Péssimo

4) Como você avalia o visual da Revista?

- Excelente Muito bom Bom
 Ruim Muito ruim Péssimo

5) Qual seção da Revista você mais gosta?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Capa | <input type="checkbox"/> Rede |
| <input type="checkbox"/> Entrevista | <input type="checkbox"/> Personagem |
| <input type="checkbox"/> Artigo | <input type="checkbox"/> Social |
| <input type="checkbox"/> Ciência | <input type="checkbox"/> Educação |
| <input type="checkbox"/> Assistência | <input type="checkbox"/> Notas |
| <input type="checkbox"/> Política | <input type="checkbox"/> Internas |
| <input type="checkbox"/> Prevenção | |

6) Onde você recebeu/viu a revista pela primeira vez?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Recebi em casa | <input type="checkbox"/> Vi em outro site |
| <input type="checkbox"/> Recebi no trabalho | <input type="checkbox"/> Li na faculdade |
| <input type="checkbox"/> Recebi em um evento | <input type="checkbox"/> Recebi no INCA |
| <input type="checkbox"/> Vi no site do INCA | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

7) Onde você recebe a revista rotineiramente?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Em casa | <input type="checkbox"/> Em eventos |
| <input type="checkbox"/> No trabalho | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Na faculdade | |

8) Onde você costuma ler a revista?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Em casa | <input type="checkbox"/> No site do INCA |
| <input type="checkbox"/> No trabalho | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Na biblioteca | |

9) Você costuma repassar a revista para outra pessoa?

- Sim Não Às vezes

10) Como você usa a informação divulgada na revista?

- Uso para meu conhecimento pessoal
 Uso para fazer pesquisas
 Uso em palestras com a população
 Outros _____



Grid of boxes for postal code or tracking information.

ENDEREÇO

REMETENTE



CARTA-RESPOSTA

NÃO É NECESSÁRIO SELAR

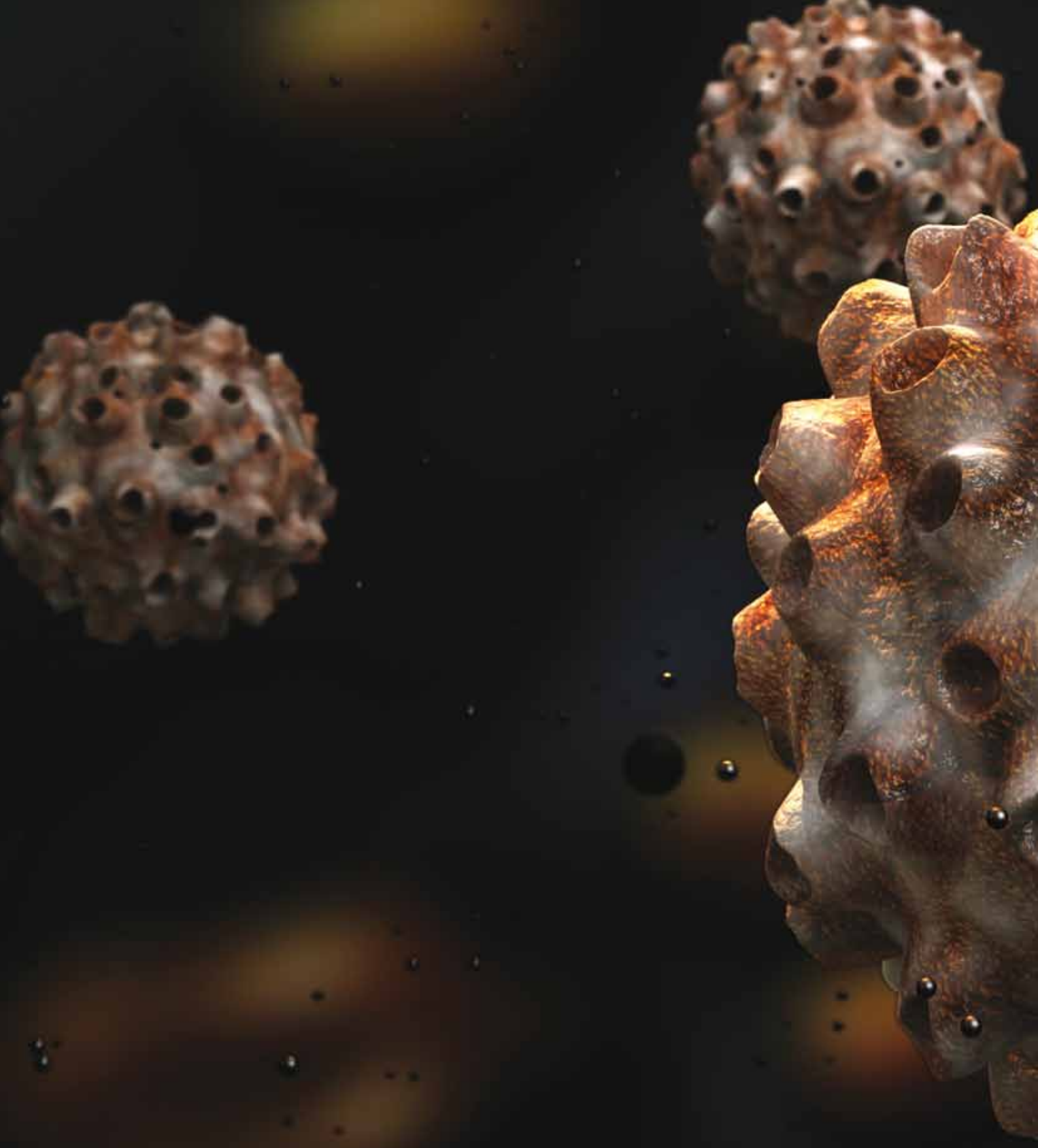
O SELO SERÁ PAGO POR INCA

AC-AFONSO CAVANCANTI
20210-970 Rio de Janeiro - RJ

Mulher, você merece algo melhor que o cigarro.

Por trás da imagem que foi vendida pela publicidade do cigarro está um produto que causa dependência física e outras doenças, além de danos ambientais. Então, não caia na deles!





INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Divisão de Comunicação Social
Praça Cruz Vermelha, 23 - 4º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20230-130

www.redecancer.org.br