

12

Novembro  
2010

REDE

CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

# NO ALVO

PESQUISA CLÍNICA EM CÂNCER CAMINHA PARA TERAPIAS  
CADA VEZ MAIS INDIVIDUALIZADAS





Em 2011, o Campus Integrado do INCA começará a ser construído. É um sonho que se torna realidade e mais um motivo para renovar as forças de todos que lutam contra a doença. **Feliz ano novo. Feliz Novo INCA.**

# sumário



12

## CIÊNCIA

*Bioética na pesquisa oncológica*

14

## PREVENÇÃO

*Maria fumaça*

17

## SOCIAL

*Ouvir é o melhor remédio*

20

## CAPA

*Pesquisa clínica em câncer*

28

## REDE

*Especialidade: câncer*

31

## POLÍTICA

*Tolerância zero*

34

## EDUCAÇÃO

*Produção em série*

38

## PERSONAGEM

*A vida é bela*



## 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: **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: **Carlos Júnior e Marcos Vieira** | Comissão Editorial: **Claudio Pompeiano Noronha, José Vicente Payá, Marcell de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **SB Comunicação** | Jornalista responsável: **Simone Beja RP 27416/RJ** | Reportagem: **Bel Levy e Danielli Marinho** | 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



Ministério  
da Saúde



## Avanços na pesquisa

Prezado leitor,

As tendências da pesquisa clínica em oncologia, que hoje apontam para abordagens terapêuticas individualizadas como o caminho mais eficaz para o tratamento de tumores, são o tema da reportagem de capa. A busca por tratamentos menos tóxicos e invasivos é a tônica dos estudos da área, que precisam cada vez mais serem orientados pela lógica das políticas públicas. A matéria informa que, em 2011, será lançada uma extensão da Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) voltada para a oncologia. Seguirá as diretrizes da Rede Nacional, lançada em 2005 pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), do Ministério da Saúde, em parceria com a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), para investir em hospitais de ensino que promovam estudos de interesse do Sistema Único de Saúde.

A RNPC-Câncer, coordenada pelo Instituto Nacional de Câncer, terá como um dos critérios priorizar pesquisas relativas aos tumores mais frequentes e de maior prevalência na população brasileira. A matéria ressalta o papel da pesquisa clínica não apenas na testagem e no desenvolvimento de novas drogas, mas também na proposição de estratégias terapêuticas que possam contribuir para o controle da doença. O assunto se estende pela seção Ciência, cujo enfoque é o funcionamento das comissões de ética em pesquisa. A matéria trata dos princípios norteadores do trabalho dos profissionais responsáveis pela análise da participação de seres humanos em protocolos de pesquisa.

A seção Rede mostra como as sociedades técnico-científicas contribuem na elaboração das políticas públicas na área de oncologia. A participação valiosa de profissionais de diversas especialidades vai desde a proposição de normas de estruturação de serviços de assistência à implementação de programas de residência médica. Hoje, fóruns como o Conselho Consultivo do INCA permitem que as organizações profissionais contribuam efetivamente na elaboração das políticas públicas implementadas pelo governo na área de oncologia.

Na matéria sobre prevenção, o tema é a mulher e o tabagismo. As últimas pesquisas traçam o perfil da fumante: a maioria é chefe de família, tem baixa renda e baixa escolaridade. E trazem alertas importantes para essa população, que tem risco aumentado de desenvolver câncer de mama, de colo do útero e ovário. Temos ainda a entrevista com Fernanda Giannasi, que desempenha importante papel na luta pelo banimento da produção e do uso do amianto no Brasil. E, finalmente, a história do executivo Rodrigo Capistrano, que transformou sua história familiar de superação da doença numa motivação para ajudar muitas outras pessoas.

Boa leitura!

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

# 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](mailto:comunicacao@inca.gov.br) ou (21) 2506-6103.



## ELOGIOS

Olá, meu nome é Cristiane e faço o 4º período de Fisioterapia na Unifev (Votuporanga SP). Estamos fazendo um trabalho sobre o câncer e encontramos muitas matérias no site e também na **Revista Rede Câncer**. Gostei muito do conteúdo da Revista e tenho interesse em seguir Fisioterapia Oncológica. Gostaria, se fosse possível, de receber as edições da Revista em casa.

**Cristiane Romero Poltronieri, Nhandeara, SP**

Até o momento não recebi a **Revista Rede Câncer** na modalidade impressa. Gostaria muito de continuar recebendo, pois tem sido de grande utilidade, já que sou enfermeira. Aproveito para parabenizá-los por cada edição, com matérias de extrema importância que muito contribuem em nossa prática diária.

**Flaviana, São Gonçalo, RJ**

## INFORMAÇÃO

*Devido às restrições impostas à publicidade de utilidade pública e institucional promovida pelos órgãos e entidades do Poder Executivo Federal no período das eleições, entre 3 de julho e 5 de outubro, a distribuição da edição número 11 da Revista Rede Câncer foi suspensa temporariamente. Pedimos desculpas pela demora na entrega e informamos que a produção e o envio da publicação já estão normalizados.*

## SOLICITAÇÕES

Gostaria de saber como posso receber e se é possível receber a revista, pois assisti uma palestra aqui no Rio Grande do Sul e achei muito interessante, mas não consegui um exemplar. Sou estudante da área da saúde e gosto deste tipo de material.

**Hellen de Almeida, Tramandaí, RS**

Eu queria saber como faço para poder receber a **Revista Rede Câncer** em casa. Tem como receber? É de graça ou tem que pagar?

**Natalia Cobas, Rio de Janeiro, RJ**

Meu nome é Valquiria, sou psicóloga e trabalho em uma ong do terceiro setor, + Vida, que dá assistência e apoio a pessoas portadoras do câncer/familiares. Gostaria de saber como faço para adquirir as matérias sobre oncologia, tabagismo e as revistas como **Rede Câncer**.

**Valquiria Okamoto, Bragança Paulista, SP**

Como eu assino a **Revista Rede Câncer**?  
**Wolfgang Luiz Moraes de Oliveira, Belo Horizonte, MG**

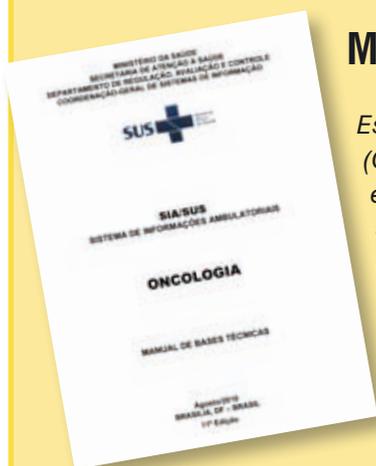
*As solicitações para recebimento da revista devem ser enviadas para o e-mail [comunicacao@inca.gov.br](mailto:comunicacao@inca.gov.br) ou ser feitas por meio do telefone (21) 2506-6108.*

# notas



## MORTES POR CÂNCER

O envelhecimento e a mudança dos hábitos da população brasileira alteraram o ranking das causas de morte no país. Apesar de infarto, acidente vascular cerebral e hipertensão permanecerem na liderança da lista desde 1999, o câncer avançou nesse período. Cresceram também os óbitos provocados por problemas endócrinos, como obesidade e diabetes. O quadro faz parte dos novos indicadores sociais divulgados pelo IBGE no mês de setembro. Em 2008, ano avaliado, 15,6% da população morreu em decorrência de câncer, a segunda causa de morte mais recorrente. Em 1999, os tumores malignos ocupavam a quarta posição e 11,4% do total de mortalidade. O avanço das duas casas na lista representa um aumento médio de 36,8%.



## MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA

Está disponível no portal do INCA (seção Publicações) e da Rede Câncer (Gestão) a 11ª edição do Manual de Bases Técnicas da Oncologia, atualizado em agosto de 2010. O manual, elaborado pelo Ministério da Saúde com apoio do INCA, traz orientação técnica para autorização de procedimentos de alta complexidade, integra-se ao Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e visa ao treinamento dos autorizadores e auditores de procedimentos quimioterápicos e radioterápicos no âmbito do SUS. Nele, já constam as medidas da Portaria SAS/MS nº 420, de 25/8/2010, que altera, recompõe ou atualiza a maioria dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia na Tabela Unificada do SUS.

## PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

Projeto preparatório da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), espécie de radiografia da saúde do brasileiro prevista para os anos de 2012 e 2013, está sendo desenvolvido pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz). Técnicos e pessoas interessadas podem opinar virtualmente sobre os critérios a serem adotados na PNS pelo site [www.pns.icict.fiocruz.br](http://www.pns.icict.fiocruz.br). O inquérito de base populacional será realizado pelo IBGE e vai avaliar a saúde e alguns hábitos do brasileiro. O estudo, feito por meio de entrevista domiciliar, dará continuidade ao Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (Pnad). O planejamento inicial prevê que o enfoque seja a condição de saúde e o estilo de vida do entrevistado. Serão feitas aferições de peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial, além de coleta de sangue para exames laboratoriais. A Pesquisa Nacional de Saúde deverá ter periodicidade de cinco anos e vai fazer parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares.





## NOVOS TELEFONES

A partir de novembro, o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) e o Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (REREME), coordenados pelo INCA, passam a ter novo número de telefone. Para assuntos relacionados aos doadores, o contato deve ser feito pelo (21) 3207-5238. Já para assuntos relativos aos pacientes, o número é (21) 3207-5233. Doadores cadastrados continuam atualizando suas informações pessoais pelo e-mail [redome@inca.gov.br](mailto:redome@inca.gov.br). É necessário enviar nome completo, nome da mãe, data de nascimento (para evitar homônimos) e as informações a serem alteradas.

## COMO PARAR DE FUMAR?

Estudo desenvolvido a partir dos 2,8 milhões de ligações recebidas pelo Disque-Saúde durante o primeiro semestre de 2010 aponta que a principal dúvida da população brasileira é sobre como parar de fumar. O serviço telefônico gratuito, mantido pelo Ministério da Saúde, funciona como um guia para a população encontrar respostas sobre as doenças de vários tipos. Estratégias para abandonar o tabaco somaram 456.580 telefonemas, à frente de dúvidas sobre câncer, aids, rubéola e doação de órgãos. O Disque-Saúde (0800-61-1997) é o principal canal de atendimento do Ministério da Saúde às dúvidas da população. O serviço conta com dois tipos de atendimento: um eletrônico, chamado de Unidade de Respostas Auditável (URA); e o outro com interação de um teleatendente. O primeiro funciona ininterruptamente; e o segundo, das 7h às 19h, nos dias úteis.



**BRASILCORD**  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

## EXPANSÃO DA REDE BRASILCORD

A Rede BrasilCord, de bancos públicos de sangue de cordão umbilical e placentário coordenada pelo Instituto Nacional de Câncer, inaugurou sua décima unidade em setembro, em Porto Alegre. A ampliação da rede BrasilCord, com acréscimo de oito novos bancos, é o maior projeto gerenciado pela Fundação do Câncer e conta com aporte financeiro de R\$ 31,5 milhões do Fundo Social do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Já foram inauguradas unidades em Santa Catarina, Brasília, Belém e Fortaleza. A doação do cordão umbilical do recém-nascido para um banco público é voluntária e autorizada pela mãe do bebê. As unidades armazenadas ficam disponíveis para qualquer pessoa que precise de transplante de medula óssea, indicado para alguns pacientes com leucemia e outras doenças do sangue.

# entrevista

**FERNANDA GIANNASI,**  
*engenheira civil de segurança do trabalho,  
protagonista da luta contra o amianto no Brasil*

## Uma luta a favor da saúde



“O principal avanço que faz o Brasil caminhar para a proibição do amianto é a aprovação de leis municipais e estaduais que vedam a comercialização do mineral.”

**R**esistência a altas temperaturas, elevado potencial isolante, flexibilidade, durabilidade, baixo custo: com essas características, o amianto foi considerado por muito tempo um excelente material, servindo de matéria-prima para a construção de telhas, canos, pisos, caixas d'água e outros produtos. O que a indústria não considerava – e o que começou a aparecer anos mais tarde – é que o amianto é nocivo à saúde humana e ambiental e a exposição prolongada ao mineral pode levar à morte.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que a exposição à crisotila, como é conhecido o amianto branco, provoque a morte de 100 mil trabalhadores todos os anos. Em todo o mundo, cerca de 125 milhões de pessoas ainda convivem com o mineral no ambiente de trabalho.

Protagonista da luta contra o uso e a exploração do amianto no Brasil, a engenheira civil de segurança do trabalho Fernanda Giannasi começou a estudar os riscos do mineral ao ingressar no Ministério do Trabalho, em 1986. No ano seguinte, ajudou a formar um grupo de trabalho com o objetivo de fiscalizar as empresas do estado de São Paulo que estivessem utilizando ou explorando o amianto branco.

Há 25 anos, ela luta para vencer o *lobby* das indústrias e banir a crisotila do território brasileiro, enfrentando ameaças e constrangimentos impostos pelas empresas que produzem ou comercializam o material. Fernanda lembra que o Brasil ainda é um grande produtor e utilizador do mineral – somos o terceiro maior exportador do mundo – e que, diante desse cenário, interesses econômicos influenciam fortemente a decisão importantíssima de banir ou não a crisotila.

Divorciada e mãe de uma filha, a engenheira de 52 anos também milita contra outros elementos cancerígenos, como material radioativo, lixo nuclear e fumo no ambiente de trabalho. Nesta entrevista, Fernanda expõe sua batalha a favor da saúde humana e ambiental e contra a crisotila e alerta: o Brasil ainda preserva uma mina de exploração do mineral, em Minaçu, no estado de Goiás.

**REDE CÂNCER – Quais os principais riscos à saúde associados ao amianto?**

FERNANDA GIANNASI - O amianto tornou-se vilão quando cientistas apontaram a associação entre a exposição ao mineral e a ocorrência de doenças como a asbestose – caracterizada pela formação de cicatrizes no pulmão, ocasionando a perda de elasticidade do órgão – e o câncer de pulmão, na metade do século XX. Inicialmente, a substância era considerada um risco restrito aos trabalhadores envolvidos com a sua exploração. Hoje, estudos científicos internacionais demonstram que qualquer exposição ao amianto traz sérios riscos à saúde. O mineral desprende fragmentos no ar que, quando inalados, podem provocar doenças pulmonares graves. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que a exposição ao amianto branco, em função do trabalho ou não, pode provocar câncer de pulmão e outras doenças graves.

**REDE CÂNCER – Qual a situação do amianto no cenário internacional?**

FERNANDA GIANNASI - O amianto é encontrado de diversas formas. As mais comuns assumem as cores azul, marrom e branco. As duas primeiras estão banidas em todo o mundo. O amianto branco, ou crisotila, é proibido em 59 países, entre eles Moçambique, o sexto país africano a banir o uso, a exploração e a comercialização do mineral.

**REDE CÂNCER – Sua luta contra a exploração, o uso e a comercialização do amianto persiste há 25 anos. O Brasil ainda está longe de banir o mineral?**

FERNANDA GIANNASI – O principal avanço que faz o Brasil caminhar para a proibição do amianto é a aprovação de leis municipais e estaduais que vedam a comercialização do mineral. Hoje, quatro estados já instituíram a proibição: Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco e Rio Grande do Sul. O grande problema é fiscalizar o uso controlado do amianto onde o



mineral ainda não foi proibido, pois as condições em que o material é manipulado não são conhecidas. Esperava-se mais celeridade na definição da proibição, mas não se pode de forma alguma dizer que o debate está paralisado no Brasil. O argumento que sustenta a permissão da exploração da crisotila em países como o Brasil é a suposta segurança associada ao uso controlado do mineral.

**REDE CÂNCER – Então, existe a conscientização da necessidade da proibição do amianto no Brasil?**

FERNANDA GIANNASI – Hoje boa parte da sociedade brasileira tem consciência sobre os riscos associados à exposição à crisotila, porque diversas instituições promovem o debate. A conquista dessa consciência só foi possível pela geração e difusão de conhecimento sobre os riscos associados ao mineral. Há 20 anos, informações sobre os riscos à saúde, a proibição ou substituição da crisotila eram veiculadas exclusivamente pela mídia. Já sabíamos que a exposição ao amianto poderia levar ao câncer, e não somente em trabalhadores, mas isso não era falado abertamente. Entre os trabalhadores, já existe um grau de conhecimento sobre os riscos da exposição ao amianto. Mas, embora eles recebam as informações, quem está nas fábricas ainda não está doente e muitas vezes não pode optar entre trabalhar ou cuidar da saúde. O trabalhador prefere, então, acreditar que a empresa faz um controle e que não há risco para ele. É uma forma mais fácil, que não o obriga a escolher entre o trabalho e a saúde.

**REDE CÂNCER - Quais as principais doenças relacionadas à exposição ao amianto branco?**

FERNANDA GIANNASI – Ao ser inalada, a fibra da crisotila se aloja em diversos órgãos e pode provocar o desenvolvimento de tumores. Os efeitos nocivos do amianto sobre a saúde humana variam. Há pessoas que ficam doentes 20 anos após a primeira exposição. Em outros casos, os sintomas só aparecem 40 anos depois. Algumas doenças, chamadas não malignas, limitam aos poucos a atividade funcional do trabalhador. É o caso da asbestose. Existe também o grupo de doenças malignas associadas à exposição ao amianto, formado por diversos tipos de câncer. Os mais comuns são os tumores de pulmão, ovário e aparelho digestivo. Outras neoplasias, mais raras, também estão relacionadas à crisotila, como o mesotelioma de pleura, que ataca a membrana que recobre o pulmão, e o mesotelioma do peritônio, que ataca a membrana que recobre o abdômen. Estima-se que 10% dos trabalhadores que tiveram contato com o amianto desenvolverão alguma doença relacionada ao mineral e que em torno de 1% deles desenvolverá casos graves.

**REDE CÂNCER - Os trabalhadores que estão doentes por causa do amianto contam com apoio?**

FERNANDA GIANNASI - Essa é a grande discussão. O que os trabalhadores buscam, primeiro, é o reconhecimento do problema na esfera pública. O registro de doenças associadas ao amianto deve ser comunicado ao Ministério da Saúde, mas esse controle não vem sendo feito como deveria. Há algum tempo, 17 empresas conseguiram na Justiça o direito de não informar o Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os trabalhadores que adoeceram em função da crisotila. Essas empresas alegam que a notificação significaria um problema de competição com concorrentes que



não precisariam cumprir a norma. Em geral, as doenças acometem os trabalhadores quando eles não estão mais trabalhando e, portanto, não estão cobertos pela proteção do seguro por acidente de trabalho.

**REDE CÂNCER – Empresas que utilizam o mineral defendem o uso do amianto branco e seus derivados, alegando que não são cancerígenos e não fazem tanto mal à saúde? Isso é verdade?**

FERNANDA GIANNASI - Essa afirmação não é verdadeira, porque o amianto branco não é seguro. Em maior ou menor grau de agressividade, todas as formas de amianto, do marrom ao branco, são cancerígenas. Por essa razão, a tese do controle é totalmente falsa. O fato de o amianto branco ser menos agressivo não abstrai sua característica de malignidade e sua associação ao desenvolvimento de câncer. A OMS afirma que não é possível garantir o não adoecimento da população exposta à crisotila.

**REDE CÂNCER – Um dos argumentos das empresas que exploram o amianto é que o fechamento das minas causaria impacto no mercado de trabalho. Qual seria esse impacto?**

FERNANDA GIANNASI - Existe uma única mina de exploração no Brasil, que fica em Minaçu, Goiás. Com o fechamento dessa unidade remanescente, 600 empregos diretos vão desaparecer. Por isso, são necessárias políticas públicas que assegurem aos que estão doentes a proteção social e aos que ainda estão saudáveis a garantia de trabalho. A outra opção seria buscar uma aposentadoria antecipada para aqueles que trabalham em atividades que vão acabar. O Estado não tem feito sua tarefa, que é garantir a proteção

ao trabalhador, quando houver o fechamento da mina, para que ele possa trabalhar em outras atividades. A melhor forma de proteger o trabalhador é substituir o amianto, bani-lo o quanto antes, porque o uso controlado do mineral não existe.

**REDE CÂNCER - Existe algum produto que possa substituir as fibras de amianto?**

FERNANDA GIANNASI - Sim. Alternativas existem e são utilizadas pela própria indústria do amianto. Na fabricação de telhas, caixas d'água, pastilhas e lonas de freio, o amianto pode ser substituído por materiais como polietileno, polipropileno ou fibras de vidro, celulose e carbono, que são extremamente resistentes a alterações físico-químicas e a altas temperaturas. É importante ressaltar que o comércio do mineral é a principal demanda para a sua exploração. Enquanto houver comércio e consumo da crisotila, haverá sempre a necessidade de comprar o material – no Brasil ou em outros países que ainda o produzam. Por isso, é fundamental adotar medidas restritivas ao comércio, para que ele não demande produtos à base de amianto.

**REDE CÂNCER - A senhora já foi ameaçada por ser a favor da proibição do amianto. Ainda sofre constrangimentos ou consegue fazer seu trabalho sem tanta pressão das empresas?**

FERNANDA GIANNASI - Ainda há assédio moral das empresas, que tentam desqualificar a luta contra o amianto e intimidar a militância com mandados de segurança. Meu trabalho está restrito ao estado de São Paulo e, neste momento, estou sozinha para lutar por essa questão. Conto apenas com o apoio da minha superintendência. ■

# ciência

PRINCÍPIOS DA AUTONOMIA, BENEFICÊNCIA, NÃO MALEFICÊNCIA E JUSTIÇA CONDUZEM A AVALIAÇÃO BIOÉTICA DE PROTOCOLOS DE PESQUISA CLÍNICA NO BRASIL

## Bioética na pesquisa oncológica



Os avanços científicos e tecnológicos associados à medicina e à pesquisa biomédica resultam em novos esquemas terapêuticos, vacinas, testes diagnósticos e também em questionamentos filosóficos a respeito do sentido e do valor da vida humana. Para dar conta das indagações propostas pelas novas possibilidades abertas pela ciência, a bioética emerge como campo do conhecimento para dimensionar o que é correto ou aceitável em relação à pesquisa científica com seres humanos. Em oncologia, essas questões geralmente giram em torno da participação de seres humanos em protocolos de pesquisa e do prolongamento da vida de pacientes em estado grave com tratamentos que provocam sofrimento.

Integrante da Comissão de Bioética e Biodireito da Ordem dos Advogados do Brasil do Rio de Janeiro (OAB-RJ), a advogada Heloísa Helena Barboza explica que a bioética envolve o debate, a análise e o encaminhamento de soluções para questões relacionadas diretamente ao ser humano, propostas pelos avanços da ciência e da tecnologia. Para a especialista, a reflexão é estratégica para quebrar tabus e promover o debate multidisciplinar sobre questões complexas, que não devem ser analisadas sob um único prisma. “A bioética tem início com a análise profunda dos problemas – o que colabora para a compreensão do que está sendo discutido em seus múltiplos aspectos”, afirma. “Muitas questões encontram resistência e rejeição

“A nossa missão, além de salvaguardar os direitos dos sujeitos de pesquisa, é contribuir para que os estudos desenvolvidos pela instituição tenham qualidade e relevância para a comunidade científica e o enfrentamento do câncer.”

ADRIANA SCHELIGA, oncologista coordenadora do CEP/INCA.

pela simples denominação que recebem. A discussão profunda dos fatos é o primeiro estágio da avaliação bioética”, afirma.

A discussão de temas polêmicos faz parte da rotina de trabalho dos profissionais que atuam na Comissão de Ética em Pesquisa (Conep) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e nos quase 600 Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) de instituições técnico-científicas brasileiras, como o Instituto Nacional de Câncer (INCA). A coordenadora da Conep, Gysélle Saddi Tannous, informa que essas instâncias estão inseridas no âmbito do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). “A Conep trabalha em parceria com os comitês de todo o país para fomentar uma cultura ética na pesquisa com seres humanos no Brasil”, explica Gysélle. A coordenadora do CEP/INCA, a oncologista Adriana Scheliga, explica que os projetos são analisados pelos pontos de vista ético e metodológico. “A nossa missão, além de salvaguardar os direitos dos sujeitos de pesquisa, é contribuir para que os estudos desenvolvidos pela instituição tenham qualidade e relevância para a comunidade científica e o enfrentamento do câncer”, descreve.

Para contemplar a diversidade temática dos debates propostos pelos estudos avaliados, o CEP/INCA investe em uma composição multidisciplinar, que inclui médicos clínicos, oncologistas, radioterapeutas, cirurgiões, enfermeiros, psicólogos, matemáticos, advogados, teólogos e representantes dos sujeitos de pesquisa. “A participação de membros com perfis diversos é fundamental para a análise multifatorial dos projetos de pesquisa e das questões éticas por eles levantadas.

Essa diversidade de olhares e vozes é essencial, porque o CEP analisa pesquisas com seres humanos de todas as áreas de atuação do INCA: enfermagem, nutrição, fisioterapia, medicina e pediatria, entre outras”, considera Adriana.

O oncologista Carlos Debenedito, membro do Conselho de Bioética do INCA e do Núcleo de Bioética Clínica do Hospital do Câncer IV, esclarece que, no Brasil, a avaliação bioética é pautada pela Resolução 196 do CNS, publicada em 1996. Debenedito ressalta que a atualização dessa determinação por meio de resoluções complementares é fundamental. “É preciso acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico, que a todo momento apresenta novas situações e desafios”, afirma. O oncologista ressalta que, apesar de não terem caráter jurídico, essas determinações assumem poder de lei em razão do controle social exercido pela comunidade científica. “Periódicos e fontes de financiamento impõem o parecer do CEP como pré-requisito para todo projeto de pesquisa”, resume.

A Resolução 196 da CNS é pautada pela chamada bioética principialista, que conjuga quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O princípio da autonomia, que diz respeito ao direito de os indivíduos tomarem suas decisões, é representado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – uma declaração da vontade do paciente em participar ou não do protocolo de pesquisa. Os conceitos de beneficência e não maleficência são complementares e indicam que todo projeto de pesquisa clínica deve visar ao bem e não promover o mal – físico, psíquico ou emocional – do paciente. Por fim, o princípio da justiça sintetiza a proposta do SUS: garantir que todos tenham acesso ao tratamento em igualdade de condições.

Os especialistas alertam para o significado da palavra esclarecido. “Não basta apenas informar o indivíduo, no sentido de transferir unilateralmente informações que muitas vezes não são compreendidas. É preciso comunicar, tratando o paciente como um interlocutor do processo, para que se possa ter certeza do esclarecimento de todos os aspectos envolvendo o protocolo”, descreve De benedito. “Às vezes, o paciente tende a interpretar a participação em um protocolo de pesquisa como a sua última chance de cura – e isso não é verdade. Por isso, o esclarecimento da família também é fundamental”, complementa Gysélle Saddi Tannous.

A Resolução 196 do CNS e suas publicações complementares estão disponíveis no site da Conep: [http://conselho.saude.gov.br/Web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html). ■

# prevenção

MULHERES NO MERCADO DE TRABALHO ADEREM AO TABAGISMO, QUE AUMENTA O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER DE MAMA, ÚTERO E OVÁRIO.

## Maria fumaça

**C**hefe de família, baixa renda e escolaridade reduzida. Esse é o perfil da mulher fumante no Brasil. Estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto Nacional de Câncer (INCA) apontam que, nos últimos 20 anos, a redução do tabagismo tem sido menor entre as mulheres do que entre os homens. Segundo as Pesquisas de Nutrição e Alimentação realizadas em 1989 e 2009, neste período mais homens deixaram de fumar. Em 1989, o Brasil concentrava 30 milhões de fumantes. Destes, 40,3% eram homens e 26% mulheres. Em 2009, o ín-

dice de fumantes brasileiros foi reduzido para 25 milhões de pessoas: 21% homens e 13,1% mulheres.

Os resultados são confirmados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008) do IBGE e pela Pesquisa Especial de Tabagismo (Petab 2008), desenvolvida com base na PNAD 2008, em parceria com o INCA. Os inquiridos associam a persistência do tabagismo entre as mulheres ao novo papel que elas desempenham na sociedade. Valéria Cunha, chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA, avalia que os resultados são relevantes porque abordam, pela primeira vez no Brasil, os fatores sócioeconômicos relacionados ao tabagismo.

“As mulheres tornaram-se chefes de família, acumularam dupla ou tripla jornada, sobretudo nas famílias de baixas renda e escolaridade”, avalia. “Ao tomar o papel do homem, elas aderiram também ao tabagismo, um hábito tradicionalmente masculino. As mulheres começaram a fumar depois dos homens e estão abandonando o tabagismo depois deles também”, Valéria resume. A feminilização do tabagismo é uma tendência global. O aumento no número de mulheres fumantes em todo o mundo motivou o lançamento do *Global Tobacco Surveillance System*, sistema de vigilância antitabagista liderado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) que integra 14 países – entre eles o Brasil.



O sistema investiga fatores como o conhecimento das populações sobre os males associados ao tabaco, os índices de cessação de tabagismo e a prevalência do problema entre homens e mulheres. O estudo registra maior prevalência do tabagismo entre homens nos países orientais, o que reforça a tendência apontada pela PNAD 2008 sobre a relação entre o fumar e o novo papel da mulher na sociedade brasileira. “Para muitas mulheres, a conquista de um símbolo que antes pertencia exclusivamente ao universo masculino é uma vitória – o que dificulta a interrupção do hábito. Nos países orientais, em que a mulher ainda exerce papel coadjuvante na sociedade, essa tendência não é encontrada”, observa Liz Almeida, chefe da Divisão de Epidemiologia do INCA.

Entre homens e mulheres, o tabagismo gera o risco de desenvolvimento de 50 doenças crônicas, muitas vezes fatais – como câncer de pulmão, infarto, bronquite e doenças cardiovasculares. O problema é ainda mais grave entre as mulheres, que estão expostas também aos riscos específicos do gênero. “Mulheres que fumam dois maços de cigarros por dia têm 20 vezes mais chances de desenvolver câncer de pulmão que as não fumantes”, destaca Valéria. Outros tumores também estão associados ao hábito de fumar.

Estudos recentes relacionam o tabagismo ao desenvolvimento de câncer de colo do útero – sobretudo em mulheres que apresentam lesão por HPV. “Não há dúvidas quanto ao aumento do risco de câncer de útero e ovário entre as mulheres fumantes”, afirma Valéria. A pesquisadora explica que a relação entre o tabagismo e a ocorrência de câncer de mama é epidemiológica. “Até pouco tempo atrás, o tabagismo não era considerado um fator de risco para o câncer de mama, mas, nos últimos anos, alguns estudos têm mostrado que a doença está relacionada ao cigarro, sobretudo entre as mulheres”, garante a pesquisadora.

Um fator que potencializa os riscos do tabagismo entre as mulheres é a administração de anticoncepcionais orais. “O uso do anticoncepcional oral aumenta o risco para doenças cardiovasculares e problemas cardíacos. O cigarro provoca os mesmos efeitos. Portanto, a combinação dos dois fatores expõe a mulher a um duplo risco”, explica Valéria. Estudos internacionais demonstram que entre as mulheres que usam contraceptivos orais as que também fumam têm risco até dez vezes maior de sofrer tromboflebite, acidente vascular cerebral, infarto e embolia pulmonar.

“A nicotina aumenta o ritmo do batimento cardíaco da mãe e do bebê e é transmitida à criança por meio da amamentação. Por isso, é aconselhável que a mulher pare imediatamente de fumar ao descobrir que está grávida.”

VALÉRIA CUNHA, chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA

Entre as mulheres, o tabagismo também é relacionado a problemas no ciclo menstrual, menopausa precoce e infertilidade. Durante a gravidez, o tabagismo pode provocar hemorragias e até o parto prematuro. “O monóxido de carbono reduz a concentração de oxigênio no sangue, prejudicando o desenvolvimento saudável do feto. A nicotina aumenta o ritmo do batimento cardíaco da mãe e do bebê e é transmitida à criança por meio da amamentação. Por isso, é aconselhável que a mulher pare imediatamente de fumar ao descobrir que está grávida e que não retome o hábito após o nascimento do bebê”, Valéria recomenda.

Para a epidemiologista Liz Almeida, a fase da gestação é estratégica para o tratamento antitabagista entre as mulheres. Segundo a pesquisadora, na faixa etária entre 15 e 24 anos o índice de cessação do tabagismo é maior entre as mulheres. Liz associa essa tendência ao casamento e à gravidez – eventos comuns nesta época da vida. “Isso é um avanço, pois mostra que a mulher está agindo racionalmente. Se ela percebe os efeitos nocivos do tabagismo sobre a gravidez, provavelmente entende também todos os riscos para o desenvolvimento da criança. E essa percepção pode ser ampliada, proibindo o uso de produtos do tabaco dentro de casa, inclusive pelo companheiro”, aposta.

## NOVAS ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO

Para responder ao investimento da indústria tabagista em estratégias de marketing direcionadas às mulheres, as iniciativas para prevenção, controle

e tratamento do tabagismo também têm ajustado o foco de suas ações ao público feminino. Um exemplo é a escolha da abordagem de gênero como tema das campanhas do Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) e do Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto). Entre as abordagens da indústria do tabaco direcionadas para as mulheres estão a associação de produtos como bolsas e batons à compra do cigarro, a produção de embalagens em formato de perfume, a promoção de eventos voltados para o público feminino e a criação de mitos como: “fumar emagrece” e “fumar é chique”.

Liz aponta que a análise da PNAD 2008 pela ótica da política antitabagista resultou na elaboração de uma estratégia mais segmentada para as campanhas contra o tabaco. “As campanhas devem ser elaboradas a partir da mesma lógica da publicidade e do marketing. É preciso segmentar o público, escolher as mídias apropriadas, testar as campanhas e selecionar os métodos mais eficazes”, indica a epidemiologista.

A pesquisadora ressalta que uma estratégia eficiente para combater o tabagismo é alardear os efeitos do fumo em curto prazo. “Câncer de pulmão e doenças crônicas da terceira idade estão muito distantes dos jovens. Para sensibilizá-los, é preciso trabalhar com o imediatismo”, afirma. “Para o público feminino, a questão estética é fundamental. Foi construído o mito que fumar é charmoso e emagrece e informações como a deterioração da pele e dos dentes foram camufladas por este engodo. É preciso dar publicidade a estes aspectos”, Liz ressalta.

A experiência de outros países incluídos no inquérito da OMS destaca duas estratégias bem sucedidas para o controle do tabagismo: a defesa de ambientes livres do tabaco, já adotada pelo Brasil, e o aumento do preço dos produtos tabagistas, por meio de impostos. “Um maço de cigarros brasileiro custa, em média, R\$ 2,50, o que facilita o acesso da população ao tabaco”, afirma Liz Almeida.

Para entender melhor a relação entre as mulheres e o cigarro, estudo pioneiro do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), realizado em parceria com o INCA, aprofunda o significado do ato de fumar na vida das mulheres de uma comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. A iniciativa capacita mulheres fumantes e ex-fumantes do Complexo de Manguinhos para atuar no controle do tabagismo

a partir do enfoque de gênero. “O trabalho propõe uma percepção ampla do tabagismo, entendendo o problema como um importante alicerce na vida das mulheres submetidas a situações tão adversas, como pobreza e violência”, afirma a psicóloga Regina Simões Barbosa, pesquisadora da UFRJ e que coordena o estudo.

Regina explica que a dinâmica proporciona a extensão do programa de atenção à saúde da mulher às comunidades. “O foco da iniciativa é a saúde integral da mulher e o tabagismo é um de seus aspectos. Ao abordá-lo, as agentes comunitárias de saúde também podem colaborar para a realização do exame ginecológico preventivo, consultas médicas e até para a prevenção da violência doméstica”, descreve. Para ela, trabalhar com pessoas da comunidade é essencial, pois gera credibilidade junto às moradoras. “As agentes comunitárias compartilham as mesmas dificuldades, dúvidas e anseios e, uma vez capacitadas, são o melhor canal de comunicação com a população de sua comunidade”, conclui a pesquisadora. |



No verso do maço de cigarros, imagem de advertência alerta para os efeitos do tabaco sobre a pele.

# social

MINISTÉRIO DA SAÚDE INVESTE EM REDE DE OUVIDORIAS  
PARA FOMENTAR INTERLOCUÇÃO COM USUÁRIOS DO SUS

## Ouvir é o melhor remédio

É conversando que a gente se entende. A expressão popular é o mote para o funcionamento da Rede de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde, que desde 2007 investe na interlocução com os cidadãos como estratégia para aprimorar a atenção à saúde e fortalecer o controle social na área. Com esses objetivos, 152 ouvidorias já foram implantadas em todo o país – 26 estaduais e 126 municipais. A meta para 2011 é ampliar o serviço a todos os estados brasileiros, contemplando as capitais e os municípios com mais de 100 mil habitantes.

O serviço é parte da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, que estabelece a organização de um Sistema Nacio-

nal de Ouvidorias e promove a articulação entre estados e municípios, formando uma rede de cidadania e participação social. A atividade é coordenada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

O secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Antônio Alves de Souza, explica que o principal objetivo dessa política é fortalecer o controle social, de acordo com os princípios democráticos da Constituição brasileira. “A ParticipaSUS reafirma o direito universal à saúde como responsabilidade do Estado; valoriza os mecanismos de participação popular e de controle social na gestão do SUS, como

## “As ouvidorias traduzem para a prática os princípios do SUS sobre a participação dos cidadãos nas políticas públicas e o controle social do Estado.”

VALDIR DE CASTRO OLIVEIRA, professor da UFMG.

os conselhos e conferências de saúde; e promove a inclusão social de populações específicas, buscando a equidade no acesso à saúde”, afirma. “É fundamental garantir que os processos de gestão e participação popular sejam transparentes, inclusivos e éticos.”

Para o pesquisador Valdir de Castro Oliveira, professor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do Curso de Pós-Graduação em Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), a Rede de Ouvidorias do SUS constitui importante ferramenta de contrapoder. “Nenhum poder pode ser absoluto. As ouvidorias traduzem para a prática os princípios do SUS sobre a participação dos cidadãos nas políticas públicas e o controle social do Estado – diretrizes registradas em inúmeras conferências de saúde”, avalia o pesquisador.

Valdir esclarece que a ouvidoria não deve ser entendida como instância burocrática, criada apenas para registrar reclamações – ou a contribuição para prevenção e promoção da saúde não atingirá os resultados esperados. “A manifestação dos usuários do sistema de saúde sobre a qualidade do atendimento contribui para o aperfeiçoamento dos serviços, a correção de rumos e a avaliação sobre a qualidade da interlocução com o usuário”, afirma Valdir.

Antônio explica que as ouvidorias são instrumentos de apoio à gestão e desempenham papel estratégico na consolidação do sistema de saúde. “A ouvidoria é uma ferramenta da gestão participativa, um instrumento para produzir informações a partir da interlocução com os cidadãos”, avalia. “Essas manifestações representam o olhar da população sobre os serviços públicos de saúde e devem ser consideradas na formulação, avaliação e revisão das políticas condutoras do SUS”, explica. Para o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, a ouvidoria que não busca atuar como instrumento de gestão deixa de cumprir integralmente seu papel.

A consciência de que as ouvidorias constituem um ponto de convergência entre o sistema de saúde e seus usuários é compartilhada pelos profissionais que atuam nesse processo. “A interlocução promovida pelas ouvidorias fomenta o controle social e estimula o cidadão a exercer seus direitos, participando da formulação de políticas públicas que colaboram para o aprimoramento do SUS”, aposta a consultora do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, Tainah Dumont.

Para atuar como instrumento de gestão, a Rede de Ouvidorias do SUS desenvolve ações integradas com outras áreas técnicas do Ministério da Saúde. “A análise qualitativa dos atendimentos municia a produção de relatórios temáticos, que contribuem para a avaliação das políticas públicas de saúde. No último ano, os documentos de maior impacto abordaram Assistência Farmacêutica, Saúde Bucal, DST/Aids, Dengue, Diabetes, Tabagismo, Saúde da Família, Farmácia Popular do Brasil e Saúde da Mulher”, exemplifica Antônio de Souza.

Na prática, o trabalho da Rede de Ouvidorias do SUS é organizado pelo sistema informatizado Ouvidor-SUS, que conecta as unidades municipais e estaduais e uniformiza procedimentos. A integração das ouvidorias otimiza o trabalho e evita que o usuário passe por mais de uma instância durante o atendimento – o que é fundamental para incentivar a participação da população. “Se um cidadão entrar em contato com a ouvidoria federal para resolver uma demanda municipal, o atendente poderá encaminhar a solicitação ao município competente pela internet, sem que o usuário precise refazer o contato”, resume Antônio.

Atualmente, a interlocução com os cidadãos é feita por meio de cinco canais de comunicação. É possível enviar correspondência pelo correio; comparecer pessoalmente para atendimento presencial, em Brasília; telefonar gratuitamente para o Disque-Saúde; e acessar o Fale Conosco e a Ouvidoria virtual no site do Ministério da Saúde. Entre as reformas ocorridas durante a reestruturação da Rede de Ouvidorias do SUS, está a desativação do endereço eletrônico [ouvidoria@saude.gov.br](mailto:ouvidoria@saude.gov.br).

Antônio explica que a interlocução por e-mail demandava muitas fases de atendimento, gerando retrabalho e exigindo mais tempo para a solução de cada demanda. “O formulário eletrônico disponível no site do Ministério da Saúde é mais eficiente. Essa adequação não reduz as possibilidades de interlocução, pois a internet permanece como canal de comunicação”, compara. O médico ressalta que disponibilizar diferen-

“É fundamental garantir que os processos de gestão e participação popular sejam transparentes, inclusivos e éticos.”

ANTÔNIO ALVES DE SOUZA, secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

tes canais de interlocução é importante para garantir a adesão da população às ouvidorias. “Cada forma de atendimento tem suas peculiaridades, vantagens e desvantagens. A avaliação é diferente para cada cidadão, que tem o direito de optar pela maneira mais adequada às suas condições”, considera.

## CAPACITAÇÃO E HUMANIZAÇÃO

Para ser bem-sucedido, o atendimento ao usuário deve ter informações corretas, transmitidas claramente por meio de uma relação humanizada. Na Rede de Ouvidorias do SUS, essa qualidade é garantida pelas constantes capacitações oferecidas aos profissionais. Todas as unidades que compõem a rede – tanto as que já existiam como as que foram criadas após a reestruturação do serviço – recebem os treinamentos.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde investe na educação continuada dos profissionais como estratégia para aprimorar o atendimento. Em parceria com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), foi realizado, em 2010, o primeiro Curso de Educação a Distância em Ouvidorias, para capacitar e facilitar a atuação de ouvidorias do SUS em todo o Brasil. A segunda edição do treinamento está programada para 2011. Ao todo, mil ouvidores serão qualificados pelas duas iniciativas.

A consultora do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, Luciana de Aguiar Albano, confirma os benefícios das capacitações. “A reestruturação do fluxo de trabalho imprimiu novo ritmo aos atendimentos. Com a melhor organização das atividades, conquistamos mais eficiência e melhor rendimento”, reconhece.

Além do investimento em formação e capacitação dos profissionais, um espaço de gestão participativa está à disposição das equipes para discussão e estabelecimento das diretrizes da Rede de Ouvidorias do SUS, fortalecendo as unidades que a compõem. Essa instância é o Fórum Nacional de Ouvidorias do SUS, fomentado pela Secretaria de Gestão Estratégica

e Participativa do Ministério da Saúde. “A capacitação dos funcionários também inclui atividades como rodas de conversa e avaliações individuais e coletivas”, complementa Antônio.

Uma estratégia eficiente para garantir a qualidade do atendimento é a contratação de estudantes da área de saúde para o Disque-Saúde. “Esses funcionários são mais familiarizados e interessados pelas questões propostas pelos usuários. Por isso, têm facilidade para dialogar sobre temas que muitas vezes podem ser embaraçosos para profissionais ou estudantes de outras áreas”, aponta o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

Estar atento às demandas da população é fundamental para um atendimento de qualidade. Por isso, o menu do Disque-Saúde é constantemente atualizado. “Em 2009, incluímos o tema Influenza A (H1N1) entre as opções oferecidas ao usuário. Essa estratégia proporcionou a disseminação de informações sobre transmissão, sintomas, prevenção e tratamento da doença e sobre as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para enfrentá-la”, exemplifica o médico. Entre maio e dezembro de 2009, a nova opção de menu recebeu 42.596 visitas, representando 8,8% do total de acessos.

Locuções curtas, como *spots* de rádio, também foram incluídas no Disque-Saúde para estimular o acesso da população a informações importantes e a campanhas do Ministério da Saúde. Foram produzidas notas sobre saúde do homem, uso racional de medicamentos, saúde mental e campanha contra o uso de *crack*, entre outras. |



## FALE COM O SUS

A Rede de Ouvidorias de SUS oferece os seguintes canais de interlocução com os usuários:

- Disque Saúde: 0800-61-1997

- Internet: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) - Fale Conosco ou Ouvidoria

- Atendimento presencial em horário comercial ou correspondência. Endereço: SAF Sul, Trecho 2, Lote 5/6, Edifício Premium, Bloco F, Torre I, 3º andar, Brasília-DF - CEP: 70070-600.

# capa

ESTUDOS COM SERES HUMANOS ABREM NOVAS PERSPECTIVAS PARA O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER E SUGEREM NOVOS TRATAMENTOS

## Pesquisa clínica em câncer

O desenvolvimento de protocolos de pesquisa com seres humanos é uma fase avançada da investigação científica, fundamental para a geração de conhecimento e para a proposição de novas abordagens terapêuticas. Em oncologia, essas pesquisas são responsáveis pela avaliação e definição de tratamentos inovadores e pelo acesso de muitos pacientes a técnicas ainda não disponíveis no Brasil em escala assistencial – o que muitas vezes é decisivo para garantir maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos portadores da doença. Para serem éticos, responsáveis e favoráveis à saúde humana, esses estudos são acompanhados pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições onde são desenvolvidos e pela Comissão de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (Conep/CNS).

Para participar de um ensaio clínico, o paciente deve atender aos pré-requisitos do estudo, que podem incluir tipo de tumor, estágio de desenvolvimento da doença, gênero, idade e história epidemiológica, entre outros. Para confirmar a adequação de seu perfil ao protocolo de pesquisa, o paciente participa de consultas médicas e entrevistas e é submetido a alguns exames. Em caso positivo, o pesquisador é responsável por informar e esclarecer o paciente sobre todos os aspectos positivos e negativos que envolvem a iniciativa, incluindo seus riscos e benefícios.

O coordenador de pesquisa clínica do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o oncologista Carlos Gil Moreira Ferreira, esclarece que investir em pesquisa clínica é fundamental em todas as áreas da medicina. “Na oncologia, existe uma proximidade muito grande entre a pesquisa



e a prática clínica. Isso se deve à gravidade da doença: as elevadas taxas de incidência de câncer exigem novas estratégias de tratamento, cada vez mais eficazes”, afirma. “O oncologista deve respirar o ambiente de pesquisa clínica”, aponta Carlos Gil.

A busca por novas estratégias terapêuticas, menos tóxicas e invasivas, evidencia a interface entre a pesquisa e o atendimento clínico. Essa procura é uma tendência global da farmacogenética, que associa o desenvolvimento de esquemas terapêuticos ao perfil genético dos pacientes. Esse tipo de estudo é desenvolvido a partir da identificação de biomarcadores – características moleculares que sinalizam indivíduos com mais chances de responder a um determinado tratamento. Os resultados podem influenciar, por exemplo, a determinação de estratégias terapêuticas diferentes para pacientes com o mesmo tipo de tumor.

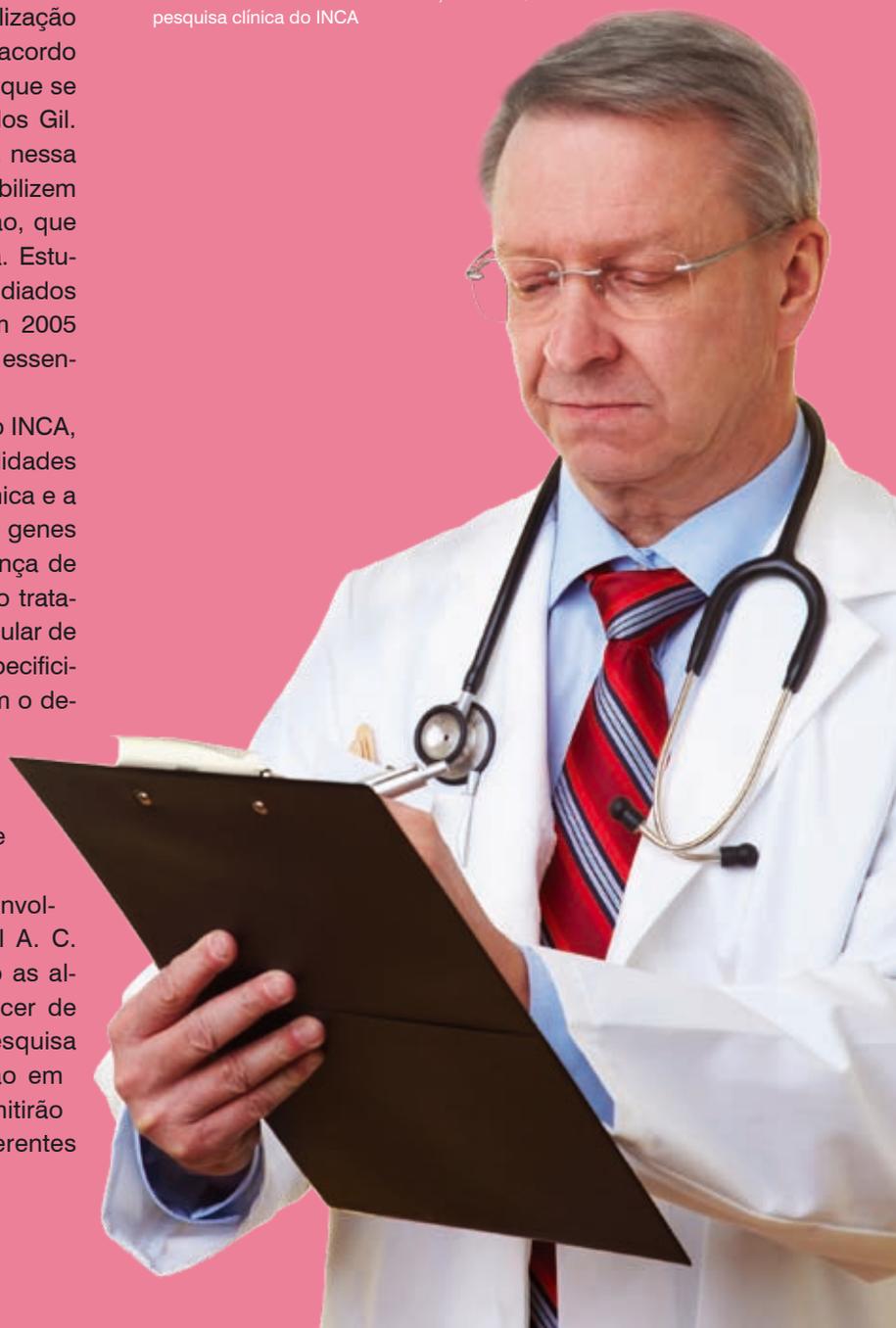
“Em âmbito internacional, a individualização do mecanismo de ação de novas drogas, de acordo com a alteração genética da célula de câncer que se pretende atingir, já é realidade”, informa Carlos Gil. “O Brasil ainda se posiciona de forma tímida nessa área, e é preciso desenvolver estudos que viabilizem a aplicação da estratégia em nossa população, que apresenta alta diversidade genética”, ressalta. Estudos brasileiros preliminares na área são subsidiados pelo Banco Nacional de Tumores, criado em 2005 pelo INCA, que reúne a diversidade genética essencial para esse tipo de estudo.

O coordenador-geral técnico-científico do INCA, Luiz Augusto Maltoni, acredita que as possibilidades abertas por novas tecnologias, como a genômica e a proteômica, que permitem a investigação dos genes e proteínas das células, sinalizam uma mudança de paradigma para o diagnóstico de tumores e o tratamento de pacientes. “A subclassificação molecular de tumores é fundamental para conhecer as especificidades de cada caso. Esses recursos permitem o desenvolvimento de abordagens cada vez mais individualizadas e a criação de drogas-alvo, a partir da identificação de alterações específicas no DNA de cada paciente”, descreve Maltoni.

Sob essa perspectiva, um estudo desenvolvido pelo INCA em parceria com o Hospital A. C. Camargo, de São Paulo, investiga quais são as alterações moleculares características do câncer de pulmão no Brasil. Em fase preliminar, a pesquisa considera a ocorrência de câncer de pulmão em fumantes e não fumantes. Os resultados permitirão comparar as características genéticas dos diferentes

“O cenário de pesquisa clínica em câncer no Brasil vai mudar, porque não basta ser um centro de inclusão de pacientes em estudos internacionais. É preciso desenvolver estudos alinhados aos interesses nacionais.”

CARLOS GIL MOREIRA FERREIRA, coordenador de pesquisa clínica do INCA



## “oncologista deve respirar o ambiente de pesquisa clínica”

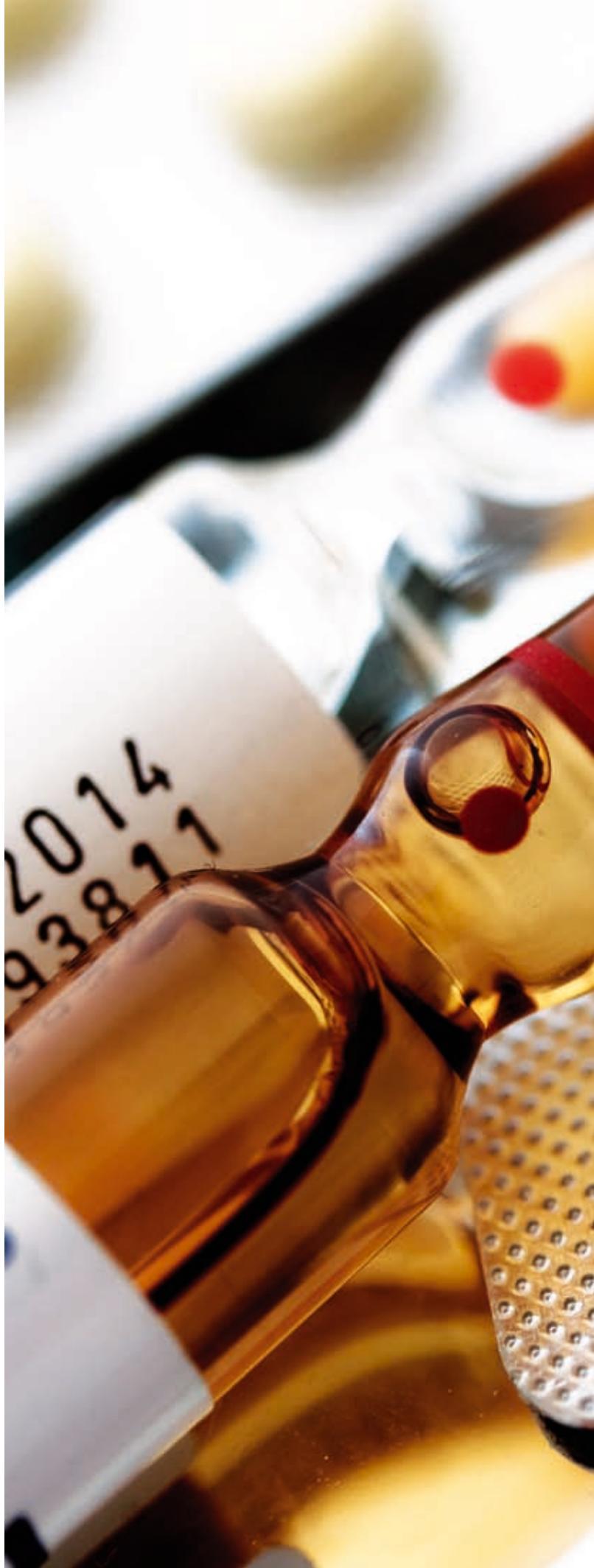
CARLOS GIL MOREIRA FERREIRA, coordenador de pesquisa clínica do INCA

perfis de pacientes com câncer de pulmão. Em outra fase do estudo, as informações obtidas em São Paulo serão comparadas a outros dados. “Um dos objetivos é entender se as alterações moleculares que provocam câncer de pulmão no Brasil são as mesmas em outros países”, resume Carlos Gil.

A abordagem molecular também é utilizada na investigação de linfomas, para o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e medicamentos. “Em âmbito internacional, os quimioterápicos vêm sendo desenvolvidos com base nas alterações moleculares que desencadeiam os linfomas. No Brasil, dados sobre esse tipo de câncer são escassos e é essencial conhecer suas especificidades na população brasileira, para que possamos nos posicionar em relação ao uso ou não desses medicamentos”, pondera.

O INCA ocupa papel de destaque no cenário nacional de pesquisa clínica em câncer – é o mais avançado centro de pesquisa brasileiro na área, o único capaz de desenvolver simultaneamente estudos de fases I, II e III em humanos. Na fase I, a abordagem estudada em animais passa a ser avaliada em humanos, em testes de segurança que têm o objetivo de determinar a dose máxima da substância em questão. A fase II constitui o teste de eficácia, para avaliar se a iniciativa traz resultados positivos ao tratamento do paciente, como a melhora de sintomas ou a redução de tumores. E a fase III representa a comparação da nova estratégia terapêutica com os modelos de tratamento já utilizados. “A pesquisa clínica não resulta apenas em medicamentos, mas em estratégias terapêuticas que contribuam para o controle de uma doença. Em câncer, isso pode significar quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou outras modalidades que a pesquisa proponha”, explica ainda Carlos Gil.

A posição de destaque do INCA no cenário nacional foi conquistada por meio de importantes parcerias com a indústria farmacêutica internacional – a chamada *big farm*. Esse modelo, consolidado nos últimos 10 anos, aponta o Brasil como um campo fértil para a pesquisa na área de câncer, que abriga investigadores competentes, centros de pesquisa or-





ganizados e grande número de pacientes. Ao mesmo tempo, para atender demandas específicas do Sistema Único de Saúde, o INCA desenvolve protocolos de pesquisa próprios, que não são encomendados pela *big farm*. “Os projetos de pesquisa e aportes financeiros oriundos da indústria farmacêutica são importantes para a pesquisa clínica, mas não podem ser os fatores determinantes para a atuação de uma instituição pública, que deve atender prioritariamente às necessidades da população brasileira e do SUS”, afirma Maltoni.

Para responder a essa demanda, o INCA protagoniza a criação da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPC-Câncer), com lançamento previsto para 2011. A instância funcionará como sub-rede da Rede Nacional de Pesquisa Clínica, lançada em 2005 pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde, em parceria com a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), para investimento em hospitais de ensino do Brasil que promovam pesquisas clínicas de interesse do SUS. O INCA será responsável por selecionar e treinar os demais centros de pesquisa da rede. “A RNPC-Câncer vai equilibrar os interesses da *big farm* e as demandas do SUS. No Brasil, grande parte da pesquisa clínica oncológica ainda é financiada pela indústria farmacêutica”, afirma Carlos Gil. A partir da criação da rede, o financiamento passará a ser feito pelo Ministério da Saúde, por meio de editais, o que identificará as demandas de saúde da população brasileira. O coordenador de pesquisa clínica do INCA delimita o papel dos estudos financiados pela indústria farmacêutica internacional. “São estudos de vanguarda, que permitem aos pacientes brasileiros ter acesso a medicamentos de ponta, mas essas demandas serão equilibradas com as nossas”, explica.

No entanto, Carlos Gil ressalta que participar de um protocolo de pesquisa não significa um passaporte para a cura do câncer. “Muitos estudos colaboram para o enfrentamento da doença e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, mas a efetividade dos ensaios clínicos não é uma regra”, pondera o pesquisador. Uma das atribuições da RNPC-Câncer será induzir a pesquisa clínica oncológica a partir das prioridades da saúde pública brasileira, definidas pelo Ministério da Saúde, pela Política Nacional de Atenção Oncológica e por programas como o Mais Saúde. “As prioridades devem ser definidas de acordo com a frequência e prevalência de tumores na população brasileira e a história natural da doença”, avalia Maltoni.

Nessa linha, duas pesquisas clínicas essencialmente nacionais têm previsão de início para dezembro de 2010, no INCA. Os estudos buscam encontrar métodos mais eficazes para o tratamento de câncer uterino e de endométrio e serão desenvolvidas em fases I e II, respectivamente. A primeira avaliará a ação de uma droga que poderá gerar um medicamento capaz de inibir a molécula mTOR, responsável pela proliferação de células cancerosas do útero. “O efeito inibidor de mTOR da substância estudada já foi registrado *in vitro*. Agora, queremos determinar a dose máxima da medicação em esquemas terapêuticos de quimioterapia e radioterapia”, observa a pesquisadora responsável pelo estudo, a oncologista Andréia Melo.

A iniciativa traz abordagem inédita para o país. “Esse é o primeiro estudo oncológico a realizar toda a etapa de farmacocinética no Brasil, com infraestrutura e recursos humanos nacionais. É um avanço importante que confirma a excelência brasileira na área”, comemora Andréia. A farmacocinética é o estudo da atuação do medicamento no organismo humano, incluindo os processos de absorção, distribuição, biotransformação e excreção. O outro estudo, dedicado ao câncer de endométrio, desenvolve estratégia semelhante ao avaliar substâncias inibidoras de duas moléculas responsáveis pela proliferação de células cancerosas: a mTOR e a AKT.

O objetivo é confirmar se o efeito terapêutico positivo registrado *in vitro* ocorre também *in vivo*. Para isso, a pesquisa recrutará mulheres com tumores de endométrio em fase avançada, que serão divididas em dois grupos de investigação. Cada um receberá o esquema quimioterápico tradicional, combinado com o inibidor de mTOR ou de AKT. “Vamos acompanhar a evolução das taxas de resposta, para inferir o desempenho das duas combinações na redução do tumor”, adianta Andréia. Se o efeito inibidor das substâncias for confirmado e o esquema terapêutico experimental não apresentar riscos para as pacientes, o estudo seguirá para a fase III, quando será comparado ao tratamento convencional.

## PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA

A pesquisa clínica não envolve somente investigações moleculares e bioquímicas. Abordagens epidemiológicas também são frequentes em estudos com seres humanos. Por isso, os conceitos da bioética e as recomendações dos CEPs e da Conep devem ser aplicados em todos os protocolos envol-

vendo pacientes. Um exemplo é um estudo do Hospital A.C. Camargo, que avaliou a opção por esquemas terapêuticos tradicionais e alternativos em pacientes idosos com câncer de cabeça e pescoço, atendidos na unidade de saúde entre 1993 e 2003.

A iniciativa analisou registros clínicos de 312 pacientes com mais de 70 anos, considerando fatores

“Os projetos de pesquisa e aportes financeiros oriundos da indústria farmacêutica são importantes para a pesquisa clínica, mas não podem ser os fatores determinantes para a atuação de uma instituição pública.”

LUIZ AUGUSTO MALTONI, coordenador-geral técnico-científico do INCA

como idade, comorbidades, localização do tumor e estágio clínico da doença. O objetivo foi identificar os fatores que levaram à administração de tratamentos não padronizados para avaliar o impacto dessa opção sobre o prognóstico dos pacientes. “Fatores como a idade e a presença de comorbidades podem influenciar a prescrição de tratamento em pacientes com diversos tipos de tumor, como os ginecológicos, urológicos e pulmonares”, avalia o diretor do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital A. C. Camargo, o oncologista Luiz Paulo Kowalski. “No entanto, o impacto desses aspectos sobre a seleção de terapias para câncer de cabeça e pescoço ainda não havia sido profundamente estudado”, afirma.

Kowalski explica que a definição do primeiro esquema terapêutico é um importante fator para um prognóstico positivo, e a escolha de um tratamento não padronizado pode significar a perda de qualidade de vida para os idosos e o prolongamento de custos com a saúde. “Como os fatores de comorbidade, idade, estágio clínico e localização do tumor são relevantes para a definição da terapia a ser adotada no tratamento de outros tipos de tumor, identificar o

impacto desses fatores sobre o câncer de cabeça e pescoço também é fundamental”, justifica.

O estudo considerou padronizados os tratamentos com intenção curativa administrados como primeira opção terapêutica: cirurgia ou radioterapia, dependendo da localização do tumor e do estágio clínico do paciente. Entre os pacientes incluídos no estudo, 18,7% receberam tratamento não padronizado, em razão da presença de comorbidades (6,9%), escolha pessoal ou familiar (4,6%), efeitos adversos (1,6%) e razões não especificadas (5,6%). Os resultados mostram que, considerando óbitos ocasionados por outras comorbidades e especificamente pelo câncer, pacientes submetidos ao tratamento padronizado obtiveram maior sobrevivência.

“O estudo contribui para o aprimoramento da atenção a pacientes idosos com câncer de cabeça e pescoço ao apontar que a seleção de tratamentos não padronizados é razoável em casos de comorbidades graves e estágios clínicos avançados, mas que a escolha desse tipo de tratamento a partir de fatores como idade ou localização do tumor piora o prognóstico do paciente”, conclui Kowalski.

## ESTUDOS FUTUROS

Como campos de conhecimento científico que compõem o horizonte da pesquisa clínica em oncologia no Brasil, Luiz Augusto Maltoni destaca a medicina nuclear e a área de imagem molecular. “A medicina nuclear ainda é incipiente no Brasil e estudos impor-

tantes estão sendo desenvolvidos no INCA, com o objetivo de alavancar a abordagem em parceria com outros centros de pesquisa. No entanto, os protocolos ainda não incluem o desenvolvimento de novos radiofármacos”, exemplifica.

O Laboratório de Imagem Molecular do INCA é um projeto para o *campus* integrado do instituto, que começará a ser construído em 2011, com previsão de conclusão para 2014. “A linha de pesquisa que envolve a área de imagem molecular é estratégica para a oncologia. Os novos laboratórios incluem biotérios e estarão preparados para desenvolver pesquisas para identificar biomarcadores. Essa identificação é fundamental para aperfeiçoar a detecção precoce de tumores e promover o acompanhamento de pacientes com maior especificidade”, declara Maltoni.

O novo espaço integrará todas as unidades de assistência e pesquisa do INCA em um só endereço para consolidar a sua função estratégica como de centro de excelência em pesquisa clínica oncológica, que ofereça tratamento integral a pacientes e promova ações de prevenção e controle do câncer. O coordenador de pesquisa clínica do INCA, Carlos Gil Moreira Ferreira, ressalta que, no novo contexto, a instituição assumirá um papel ainda mais estratégico: de executor de pesquisa clínica oncológica, o INCA se tornará formulador de políticas públicas na área. “O INCA de hoje é uma instituição basicamente assistencial, que faz pesquisa clínica de qualidade. O desejo por trás do novo *campus* é tornar o INCA uma instituição de pesquisa clínica, que tem um hospital de ponta como suporte”, conclui. ■



# Prevenir é bonito e saudável

PARA REDUZIR A MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO BRASIL,  
O INCA RECOMENDA QUE:

1

Toda mulher tenha amplo acesso à informação com base científica e de fácil compreensão sobre o câncer de mama.

3

Toda mulher com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas tenha direito a receber diagnóstico no prazo máximo de 60 dias.

2

Toda mulher fique alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama e procure avaliação médica.

4

Toda mulher de 50 a 69 anos faça mamografia a cada dois anos.



5

Todo serviço de mamografia participe de Programa de Qualidade em Mamografia. A qualificação, quando obtida, deve ser exibida em local visível às usuárias.

7

A terapia de reposição hormonal, quando indicada na pós-menopausa, seja feita sob rigoroso acompanhamento médico, pois aumenta o risco de câncer de mama.

6

Toda mulher saiba que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de prevenir o câncer de mama.

O INCA convida as organizações governamentais e não governamentais, as entidades representativas de profissionais, o setor privado e toda a sociedade civil a apoiar as recomendações para a redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil.

**Participe!**  
[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)



Ministério  
da Saúde



# rede

O PAPEL DAS SOCIEDADES TÉCNICO-CIENTÍFICAS NO CONTROLE DO CÂNCER

## Especialidade: câncer

**O**rganizar médicos e profissionais de saúde em grupos definidos pela área de atuação e reunir essas entidades em uma instância política participativa é uma estratégia que se tem mostrado bastante eficaz para o controle do câncer no Brasil. A integração das sociedades técnico-científicas especializadas em oncologia viabiliza uma visão ampliada sobre os desafios para o enfrentamento da doença e fomenta a criação de soluções multidisciplinares. A atuação das sociedades é diversa: laudos e pareceres esclarecedores; normatização de protocolos de atendimento e da formação de especialistas; identificação de demandas; e a proposição e avaliação de políticas públicas.

A diretora de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, Maria Inez Gadelha, afirma que essas instituições contribuem para a proposição de normas de estruturação de serviços, para a organização do sistema assistencial e para a atualização dos procedimentos oncológicos cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos. “A participação das sociedades médicas impulsionou os programas de residência médica em cancerologia, a colaboração nos programas nacionais de controle do câncer de mama e do colo uterino e a definição das Diretrizes para o Atendimento Radioterápico no Brasil”, exemplifica.



“A importância do Consinca não é só a de garantir a participação das sociedades organizadas, mas de fazer isso num contexto em que se compartilham as diferentes visões e se tem a percepção de urgência e de prioridade.”

LUIZ ANTONIO SANTINI, diretor-geral do INCA

A integração dessas entidades é tão importante que o Instituto Nacional de Câncer (INCA) mantém um Conselho Consultivo, o Consinca - integrado por representantes das sociedades técnico-científicas, do Fórum Nacional de Portadores de Patologias, e do Conselho Nacional de Saúde, além de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e prestadores de serviço. “A composição do conselho foi modificada em 2003 para representar todo o espectro dos setores envolvidos na atenção ao câncer no Brasil”, explica o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini.

O trabalho do grupo resultou na portaria que deu origem à Política Nacional de Atenção Oncológica, publicada em 2005 e que trata toda a linha de atenção à saúde, da promoção aos cuidados paliativos. “A importância do Consinca não é só a de garantir a participação das sociedades organizadas, mas de fazer isso num contexto em que se compartilham as diferentes visões e se tem a percepção de urgência e de prioridade”, ressalta Santini. “Esse é um mecanismo de gestão da política extremamente importante e que se tem mostrado eficiente.”

Integrante do conselho, o presidente da Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT), Carlos Manoel Mendonça Araújo, considera como prioridade a implementação das Diretrizes para o Atendimento Radioterápico no Brasil. Para respaldar suas ações, a sociedade realiza pesquisas sobre a distribuição e qualidade dos serviços de radioterapia no Brasil, que mostram déficit da oferta regional. “A radioterapia representa 60% da assistência em alta complexidade para pacientes com neoplasias malignas no Brasil. No entanto, o alto custo e a complexidade tecnológica do tratamento comprometem sua acessibilidade e sustentabilidade”, afirma.

A SBRT propõe uma série de ações estratégicas, como a criação de serviços, melhor aproveitamento da capacidade instalada, reavaliação da tabela de procedimentos e integração dos serviços isolados. Discutidas no Consinca, muitas das proposições ganham forma, como ressalta o diretor-geral do INCA. “Foi criado um grupo de trabalho no conselho, que apresentou uma série de análises e propostas que resultou na reformulação da tabela de pagamento da radioterapia”, afirma. Santini cita também como resultado da ação integrada no conselho a Portaria 420, publicada em agosto pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), que aumentou os valores pagos e incluiu procedimentos para tratamento do câncer.

Outro fruto da participação das sociedades técnico-científicas na formulação de políticas públicas é o Fórum Permanente de Atenção à Criança e ao Adolescente com Câncer, criado em 2008. Protagonizada pela Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (Sobope), a iniciativa soma esforços de instâncias governamentais, entidades científicas e organizações não governamentais para o diagnóstico e o tratamento de neoplasias infantis. O fórum coordena a implantação de projetos pilotos que valorizam a qualificação dos profissionais da atenção básica como principal estratégia para a identificação precoce da doença. “A Sobope foi criada com o objetivo de transformar uma doença considerada incurável em um agravo tratável e potencialmente curável. E para isso o diagnóstico precoce é essencial”, resume o presidente da Sobope, o oncologista Renato Melaragno.

O acesso de pacientes ao melhor tratamento oncológico, adequado às práticas internacionais, é a principal bandeira da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Sboc). Por meio do Consinca, a entidade atua na elaboração de propostas para o aprimoramento da atenção ao paciente com câncer no SUS e no setor de saúde suplementar. “Desde 2004, reivindicamos a reformulação da tabela para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade no SUS, para ampliar o acesso ao tratamento sistêmico em oncologia clínica e onco-hematologia”, afirma, o presidente da Sboc, o oncologista Enaldo Melo de Lima. A Sboc também defende, no Congresso Nacional, a realização de campanhas de combate ao tabagismo e a restrição do cultivo do tabaco e apoia a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na avaliação de novas terapêuticas oncológicas.

## FORMAÇÃO E ESPECIALIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Além de contribuir para a Política Nacional de Atenção Oncológica, as sociedades técnico-científicas têm importante atuação na regulamentação das especialidades médicas. Elas colaboram para obter melhores condições de trabalho e remuneração, promovem congressos, seminários e outras estratégias de educação continuada e certificam a formação de especialistas, por meio da aplicação de exames de titulação. Entre as atribuições da SboC está a elaboração anual do Título de Especialista em Cancerologia, em parceria com a Sociedade Brasileira de Cancerologia, e a formulação e atualização do Programa de Residência Médica em Cancerologia Clínica.

A preocupação com a formação de recursos humanos é compartilhada pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (Sbeo), responsável por realizar os exames para titulação de especialistas na área e pela definição do currículo mínimo para enfermeiros que atuam em cuidados paliativos. A presidente da Sbeo, Ângela Coé Camargo da Silva, explica que, para ser especialista em enfermagem oncológica, é imprescindível uma formação generalista. “A assistência em enfermagem oncológica é holística. O profissional deve estar apto a assistir o paciente da prevenção aos cuidados paliativos e para isso é preciso dominar diferentes especialidades, como bioética, prevenção, radioterapia, oncologia clínica e cirúrgica, entre outras”, descreve.

A Sbeo também está empenhada em difundir a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) na área de oncologia. Ângela explica que esse processo normatiza o trabalho de enfermeiros e propõe um roteiro sobre todas as fases do atendimento, reduzindo a possibilidade de erros. “Incentivamos as unidades de saúde a desenvolver seu modelo de sistematização. Cada serviço está inserido em um contexto próprio e é importante que o modelo proposto por nós seja adequado às diferentes realidades”, considera a presidente da Sbeo.

Apesar de não ser reconhecida como especialidade médica, a área de cuidados paliativos tem ganhado cada vez mais importância na assistência a portadores de doenças crônicas, como o câncer. A psicóloga Ana Georgia Cavalcanti de Melo, fundadora da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), relata que a entidade foi criada no fim da década de 1990, a partir da constatação do aumento do número desses pacientes.

“A participação das sociedades médicas impulsionou os programas de residência médica em cancerologia, a colaboração nos programas nacionais de controle do câncer de mama e do colo uterino e a definição das Diretrizes para o Atendimento Radioterápico no Brasil.”

MARIA INEZ GADELHA, diretora de Atenção Especializada do Ministério da Saúde

A terapia de cuidados paliativos tem o objetivo de aliviar a dor, controlar os sintomas e prover melhor qualidade de vida a pacientes crônicos e seus familiares. A psicóloga explica que o conceito resgata a essência da medicina e amplia a abordagem focada na cura. “Trata-se de cuidar e não necessariamente curar. O avanço da medicina e da tecnologia afastou médicos, profissionais de saúde e toda a sociedade do processo de adoecimento e da morte. E todos devem estar preparados para enfrentá-los”, considera.

Em dezembro de 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. A câmara reúne representantes das secretarias de Atenção à Saúde e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do INCA, dos conselhos nacionais de secretários de Saúde e de secretários municipais de Saúde, das sociedades brasileiras para o Estudo da Dor, de Anestesiologia e de Neurocirurgia e da ABCP. Entre as principais propostas da instância estão a regulamentação da área de cuidados paliativos como especialidade médica e a criação da Residência Médica em Medicina Paliativa. “Essas resoluções permitirão credenciar centros de treinamento em cuidados paliativos e definirão critérios para a concessão de título de especialista na área”, aposta Ana Georgia. ■

# política

FATOR DE RISCO PARA O CÂNCER DE BEXIGA, O ADOÇANTE ARTIFICIAL É PROIBIDO EM DIVERSOS PAÍSES E GERA POLÊMICA NO BRASIL

## Tolerância zero

A dotado pela indústria alimentícia para substituir o açúcar em alimentos e bebidas de baixa caloria – como os populares refrigerantes zero –, o ciclamato de sódio é condenado pela comunidade científica internacional por estar associado ao desenvolvimento de câncer no trato urinário. A substância já foi proibida em diversos países, como Estados Unidos, Inglaterra e Venezuela. No Brasil, o uso do ciclamato de sódio é controlado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e está restrito a concentrações limitadas. Recentemente, a polêmica sobre o uso indiscriminado do edulcorante tem ganhado força e fomentado uma questão de saúde que assume contornos políticos: existem níveis seguros para o consumo dessa substância?

O site da Coca-Cola Brasil informa que “os resultados de cerca de 80 estudos científicos demonstram que o ciclamato não oferece risco para a saúde humana nas condições normais de consumo” e aponta normas internacionais para a comercialização do edulcorante. Para esclarecer a controvérsia, o Ministério Público solicitou ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) nota técnica sobre a associação entre o consumo do adoçante artificial e o desenvolvimento de neoplasias.

O documento informa que “pequenas doses diárias de ciclamato de sódio não têm provocado aumento no risco a curto prazo, mas diversos estudos têm indicado que pequenas doses a longo prazo, atuando ou não em sinergismo com outros fatores cancerígenos usualmente presentes no organismo, podem provocar um aumento do risco de desenvolvimento de câncer em animais e humanos”.



O nutricionista Fábio Gomes, da Área de Nutrição do INCA, explica que a metabolização do ciclamato de sódio pelo organismo humano gera um produto tóxico, caracterizado como uma substância cancerígena. “Estudos internacionais demonstram que o ciclamato de sódio está associado ao desenvolvimento de neoplasias do trato urinário, sobretudo o câncer de bexiga”, afirma. “As pesquisas sugerem que o consumo em longo prazo de bebidas contendo o adoçante artificial, como duas latas de refrigerante zero por dia durante dez anos, é suficiente para aumentar em até três vezes o risco da doença”, alerta o pesquisador.

“No Brasil, o uso da substância é controlado pela Anvisa, que autoriza a sua comercialização com o limite máximo de 0,04 g de ciclamato de sódio para cada 100 g de alimento ou 100 ml de bebida.”

Os resultados científicos ainda considerados preliminares motivaram países como Reino Unido, Canadá e Austrália a banir o adoçante das prateleiras dos supermercados. No Brasil, o uso da substância é controlado pela Anvisa, que autoriza a sua comercialização com o limite máximo de 0,04 g de ciclamato de sódio para cada 100 g de alimento ou 100 ml de bebida. A Anvisa informa que o limite foi estabelecido com base em avaliações toxicológicas de instâncias internacionais, como o Comitê Especialista em Aditivos Alimentares (JECFA, na sigla em inglês), vinculado à Organização para Alimentos e Agricultura das Nações Unidas (FAO/ONU) e à Organização Mundial da Saúde (OMS).

A diretora da Anvisa, a farmacêutica Maria Cecília Brito, justifica que a principal referência para o uso de aditivos em alimentos é a Ingestão Diária Aceitável (IDA), estabelecida pelo JECFA. “A IDA é a estimativa da quantidade máxima que uma substância pode ser ingerida por dia e durante toda a vida de uma pessoa, sem oferecer risco à saúde”, afirma Maria Cecília. No entanto, pesquisadores do INCA ponderam que os limites impostos pela Anvisa foram definidos a partir de avaliações toxicológicas realizadas em um contexto diverso do atual consumo do ciclamato de sódio pela população brasileira.

“Quando essas pesquisas foram desenvolvidas, o ciclamato de sódio era consumido por um grupo restrito, ou seja, pessoas que não podem comer açúcar. Mas a substância ganhou dimensão comercial e hoje está presente em produtos alimentícios destinados a toda a população”, contextualiza Fábio. “Diante desse novo cenário, são necessários estudos epidemiológicos que avaliem o impacto da ingestão do ciclamato de sódio em escala populacional. Abordagens segmentadas também são importantes, como a avaliação do consumo do adoçante por crianças”, resume.

Para o nutricionista do INCA, as proibições internacionais diferem da conduta brasileira principalmente no que os pesquisadores chamam de princípio da precaução. “Alguns países optaram pela proibição preventiva de um composto químico que, depois de metabolizado, gera uma substância tóxica no organismo humano. As evidências ainda não foram plenamente esclarecidas, mas a proibição permanece até que a segurança do produto em questão seja comprovada cientificamente”, comenta Fábio. No Brasil, o benefício da dúvida tem sido aplicado a essa e outras substâncias que, a longo prazo, podem prejudicar a saúde da população. Além dos refrigerantes zero, o ciclamato de sódio está presente em muitos outros alimentos e bebidas de baixa caloria e pode ser comprado separadamente, como adoçante de mesa. “Os cidadãos devem ler atentamente os rótulos dos produtos alimentícios para efetuar escolhas conscientes”, orienta.

Sem desconsiderar a importância de campanhas educativas em prol do consumo consciente, o pesquisador do INCA defende que, diante do possível risco epidemiológico associado ao ciclamato de sódio, o controle do adoçante requer medidas políticas mais rígidas. “Proteger a população de um composto químico que, em longo prazo, pode ser nocivo à saúde é uma questão política que deve ser tratada por meio de legislação específica”, afirma. Para ele, tornar o ambiente mais favorável à saúde é um dever do Estado. “Não é prudente responsabilizar somente o cidadão por escolhas tão importantes”, avalia o nutricionista.

Motivado pela demanda do Ministério Público, o INCA está desenvolvendo estudos para atualizar o conhecimento científico na área. Ainda em fase preliminar, uma pesquisa identificou na literatura científica um composto natural com elevado poder adoçante que, por ser de origem vegetal, não apresenta associação com o desenvolvimento de doenças. Estudos complementares serão desenvolvidos para investigar a segurança da substância.

“Estudos internacionais demonstram que o ciclamato de sódio está associado ao desenvolvimento de neoplasias do trato urinário, sobretudo o câncer de bexiga.”

FÁBIO GOMES, nutricionista do INCA

## ADOÇANTE EMAGRECE?

Os adoçantes artificiais surgiram como uma alternativa para pessoas com problemas de saúde e restrições alimentares impostas principalmente pelo diabetes. Com o passar do tempo, uma deturpação cultural provocada pela mesma ditadura da magreza que inventa dietas milagrosas ampliou o uso dessas substâncias a toda a população, incluindo pessoas saudáveis que podem consumir açúcar moderadamente. “Não devemos consumir açúcar em excesso, mas de nada adianta substituir o produto natural por compostos químicos de gosto semelhante e efeitos ainda duvidosos sobre a saúde”, afirma Fábio. A melhor opção é incluir na alimentação frutas e temperos naturais com poder adoçante.

O aumento do consumo de adoçantes artificiais ilustra a tendência global de valorização de produtos industrializados e processados em detrimento de alimentos naturais. Na cesta básica do consumidor moderno, o refrigerante substitui a água e, para não engordar, a opção pela bebida de zero caloria parece ser a preferida da população. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) comprova: em 30 anos, entre 1974 e 2003, o consumo de refrigerantes cresceu 400% no país, incluindo as versões calóricas, *light* e *diet* da bebida.

Sobre a preferência pelos refrigerantes zero, Fábio afirma que uma sátira bastante comum sobre a alimentação tem sido comprovada pela ciência. De acordo com o nutricionista, pesquisas internacionais demonstram que, em geral, pessoas que consomem bebidas dietéticas estão com sobrepeso. Certamente, muitos desses indivíduos estão tentando perder peso e por isso recorrem a alimentos e bebidas com



baixo teor calórico. Mas o que os estudos evidenciam é que os consumidores acreditam que apenas essa adaptação no cardápio é suficiente para compor uma dieta equilibrada, que proporcionará a perda de peso. Do ponto de vista nutricional, o risco dessa ilusão é ainda maior. “Os refrigerantes – independentemente de calóricos, zero ou *light* – são compostos por fosfatos, que inibem a absorção de nutrientes. Quando consumidas com a alimentação, essas bebidas bloqueiam a absorção de vitaminas e minerais presentes no arroz, no feijão, na salada e nas frutas”, alerta Fábio.

Diante das evidências científicas que condenam o consumo de refrigerantes, a indústria alimentícia investe em estratégias de marketing inovadoras – e perigosas. Recentemente, uma nova classe de refrigerantes chegou ao mercado, vendendo a falsa impressão de serem águas gaseificadas ou vitaminadas. “Essas bebidas vendem a ideia de saúde, hidratação e frescor para se contrapor à imagem maléfica associada aos refrigerantes. No entanto, contêm açúcar, ciclamato de sódio e outras substâncias nocivas à saúde”, observa o nutricionista do INCA.

“As pessoas precisam refletir sobre qual é a vantagem de consumir refrigerante zero, *light* ou calórico. É uma necessidade, um valor que foi construído por quem quer vender o produto. Tirando esse aspecto, não existe nenhuma vantagem em consumir refrigerante, com açúcar ou adoçante”, garante o especialista. ■

# educação

PLANEJAMENTO EDITORIAL OTIMIZA PRODUÇÃO DE PUBLICAÇÕES SOBRE SAÚDE E PERMITE MAIOR ACESSO DA POPULAÇÃO ÀS INFORMAÇÕES

## Produção em série

**E**m 2009, foram 49 livros sobre oncologia – o equivalente a quatro publicações por mês ou a uma por semana. O crescimento em relação a 2008, quando foram produzidos 38 livros, tende a se repetir em 2010. A previsão é sustentada pelo trabalho diário dos profissionais que compõem o Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica da Coordenação de Educação do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Desde 2009, a atuação do setor é estruturada pelo Comitê Editorial do INCA, com o objetivo de organizar, aprimorar e agilizar a produção editorial em oncologia. A instância é formada por profissionais de diversas áreas técnicas do instituto, incluindo as coordenações gerais Técnico-Científica e de Gestão Assistencial, as coordenações de Prevenção e Vigilância e de Educação e as divisões da Rede de Atenção Oncológica e de Comunicação.

A jornalista Taís Fernandes Facina, representante do Comitê Editorial do INCA no Ministério da Saúde, explica que a integração entre diferentes áreas técnicas é fundamental para a institucionalização da política editorial. “Antes da criação do Comitê Editorial do INCA, cada área do instituto era responsável por sua produção editorial – não havia uma diretriz institucional para coordenar o processo”, recorda Taís. Como fruto do trabalho do comitê, a jornalista destaca a organização dos fluxos de trabalho, a otimização de recursos e a criação de uma política editorial com foco institucional.

O trabalho é pautado pelo Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Coned), que a cada dois meses reúne representantes de diferentes unidades do ministério para traçar as diretrizes da

# “Antes da criação do Comitê Editorial do INCA, cada área do instituto era responsável por sua produção editorial.”

TAÍS FERNANDES FACINA, jornalista representante do Comitê Editorial do INCA

política editorial em saúde. Entre os princípios da política nacional estabelecida pelo Coned, a coordenadora-geral de documentação e informação do Ministério da Saúde, a bibliotecária Eliane Pereira dos Santos, destaca a economicidade da produção. “Trabalhamos para conferir maior eficiência à produção editorial do Ministério da Saúde e de suas unidades e para colocá-la à disposição do público, por meio de uma distribuição equitativa, homogênea e integrada”, resume.

Taís explica que, seguindo a orientação do Coned, o primeiro passo para o estabelecimento de uma política editorial no instituto foi a organização dos processos que envolvem a publicação de livros, cartilhas, fôlderes e todo tipo de material com conteúdo técnico-científico. “Adotamos um planejamento editorial que tem início com a especificação da publicação que se pretende produzir, por meio de um formulário”, explica. O documento aborda aspectos como o objetivo da publicação, a tiragem pretendida, o público-alvo, se há parceria com outra unidade do Ministério da Saúde ou cooperação internacional.

Essa dinâmica é estratégica para otimizar a produção editorial do INCA, seguindo o princípio da economicidade estabelecido pelo Coned. “A avaliação da proposta busca identificar, por exemplo, se o tema escolhido corresponde às prioridades da Política Nacional de Atenção Oncológica ou se já existe outro produto editorial que contemple a demanda da publicação candidata”, aponta Taís. A jornalista ressalta que os temas abordados pelas publicações devem estar alinhados às prioridades do Ministério da Saúde, definidas por programas

como o PAC da Saúde ou o Mais Saúde, e às iniciativas promovidas pelo INCA, como campanhas ou ações institucionais. A partir da aprovação do projeto, tem início o processo editorial da nova publicação, que inclui revisão gramatical, adequação do texto, copidesque, estruturação e hierarquia do texto. Concluída essa etapa, têm início o projeto gráfico e a diagramação e, por fim, a revisão de referências bibliográficas.

Taís avalia que, desde a sua criação, o Comitê Editorial do INCA tem conquistado a aprovação dos autores das publicações. “No início, foi preciso praticar um processo de sensibilização, para demonstrar a importância de um projeto editorial integrado para toda a instituição. De maneira geral, a receptividade foi positiva, pois a produção editorial se tornou mais organizada e produtiva”, considera. “Para aprimorar o planejamento editorial, estão previstos estudos sobre os temas abordados pelas publicações e o mapeamento sobre o que já foi produzido, para identificar livros com tiragem esgotada ou cujo conteúdo precisa ser atualizado”, adianta. ■

## CONHECIMENTO ABERTO

*Para democratizar a distribuição e o acesso da população à produção editorial em saúde, o Ministério da Saúde investe na interface com ambientes virtuais para proporcionar o acesso aberto ao conhecimento público gerado no Sistema Único de Saúde (SUS).*

*Hoje, o Brasil é o país com maior participação na Rede de Bibliotecas Virtuais de Saúde (Rede BVS). “Na esfera do SUS, que inclui o Ministério da Saúde e suas unidades, não existe um plano de venda de publicações. O acesso à informação em saúde deve contemplar toda a população e, para isso, o conhecimento não pode estar disponível apenas em mídia impressa”, afirma Eliane Pereira dos Santos. “Toda publicação institucional do SUS deve estar disponível na biblioteca virtual do Ministério da Saúde”, resume a bibliotecária.*

*Todas as publicações do INCA estão disponíveis em [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br) e na Área*

*Temática de Controle do Câncer da BVS. Saiba mais em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/control\\_cancer](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/control_cancer).*

# assistência

PET TERAPIA ALEGRA E LEVA ESPERANÇA A HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

## Amigo fiel

**E**les são conhecidos por seus nomes simpáticos, trazem alegria e ajudam a construir histórias de superação. *Paçoca, Jujuba, Botafogo e Bóia-fria* são alguns dos cães que quinzenalmente visitam os pacientes internados no Hospital do Câncer IV (HC IV), unidade de cuidados paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Frequente em hospitais da Europa e dos Estados Unidos, o uso de animais como estratégia para humanizar o tratamento ainda é novidade no Brasil. No HC IV, a prática conhecida como Cinoterapia ou Pet terapia recebeu o apelido carinhoso de Amigo Fiel. Há dois anos, os cachorros levados pela Sociedade União Internacional de Proteção aos Animais (Suipa) são responsáveis por substituir a dor e a tristeza dos pacientes por um pouco mais de esperança.

O objetivo da iniciativa é humanizar o tratamento dos pacientes com câncer por meio do contato e da aproximação com os animais, aumentando a autoestima e a confiança e reduzindo o estresse, a ansiedade e a tristeza causados pela doença. A médica Lúcia Cerqueira Gomes, clínica-geral do HC IV, é testemunha do resultado positivo dessas visitas. “Os cães proporcionam aos pacientes uma troca de afeto muito importante, que contribui diretamente para a sua recuperação”, considera. Lúcia ex-



# “Animal de estimação é um doador incondicional de carinho e preenche a falta de afeto que muitos pacientes internados apresentam.”

BIANCA OIZMAN, psicóloga da internação do HC IV.

plica que a sensação de bem-estar vai além dos momentos em que os animais permanecem no hospital. “Percebemos claramente como os pacientes ficam felizes durante e após as visitas. Por um momento, é possível tirar o foco da doença e do sofrimento”, afirma a médica.

A psicóloga da internação do HC IV, Bianca Oizman, observa que o contato com animais ajuda os pacientes a resgatarem lembranças e sentimentos positivos de suas vidas. “O animal de estimação é um doador incondicional de carinho e preenche a falta de afeto que muitos pacientes internados apresentam. E isso é muito importante para quem está passando por uma situação tão delicada”, afirma Bianca. A psicóloga conta que muitos se recordam dos animais de estimação que deixaram em casa; outros se lembram de alguma história ou momento importante que viveram ao lado do seu bicho de estimação.

Um exemplo dessa relação de afeto ocorre entre o paciente Josué Cardoso da Silva e o cãozinho Juca – xodó da unidade, batizado por Josué em sua primeira visita. “Sempre cuidei de animais abandonados. Dou vacina e às vezes remédios aos bichinhos que encontro na minha rua ou próximos ao meu trabalho”, conta. Josué se emociona ao lembrar do *poodle* Dodge, que deixou em casa. Outra paciente encantada com o programa Amigo Fiel é Isabel, recém-internada no HC IV: “Eu já sabia da visita, mas me surpreendi. Não esperava um cãozinho tão fofo. Adorei, porque levanta o astral”, resume a paciente, que também associa o momento de felicidade ao cão que deixou em casa. “*Spike* é muito grande, seria difícil trazê-lo”, avalia Isabel.

De acordo com a administradora do HC IV, Patrícia Medeiros, o programa Amigo Fiel, do HC IV, vem atingindo resultados tão positivos em relação à humanização do tratamento das pessoas com câncer, que a unidade também proporciona aos pacientes a visita

de seus animais de estimação durante o período de internação. “Os pacientes que ficam muito tempo internados e têm bichinhos em casa sentem muita falta deles”, explica. “Uma vez, uma senhora internada havia muito tempo pediu para que a neta trouxesse o seu porquinho-da-índia para visitá-la no hospital. Ela estava com muita saudade dele. Agendei um horário especial e a neta trouxe o bichinho. Dias depois, a paciente melhorou significativamente”, conta Patrícia.

Não é apenas pela capacidade de transmitir amor incondicional que os cães são lembrados. Alguns têm uma condição especial, como a limitação dos movimentos. “Como são cães abandonados, alguns não têm uma orelha, patinha ou rabinho, e os pacientes se emocionam com a condição do animal”, conta Patrícia. “Uma vez recebemos uma cadela *bas-set* em cadeira de rodas. Ela utilizava um andador e isso comoveu muito os pacientes, porque eles associam a dor que sentem à dos animais e se solidarizam”, compara.

As visitas quinzenais duram cerca de duas horas e ocorrem sempre no início da tarde. Os “amiguinhos” percorrem os quatro andares de internação do hospital, que abrigam 14 leitos cada um. Para que o programa Amigo Fiel dê certo, uma equipe de veterinários voluntários da Suipa e outra do HC IV acompanham a visita dos cães durante todo o tempo em que os animais permanecem no hospital. A cada seção, são trazidos de quatro a cinco cachorros, previamente vacinados, vermifugados, castrados e, é claro, com o banho em dia.

Na manhã do dia programado para a visita, a equipe do hospital encarregada de acompanhar o grupo de animais cadastra os pacientes interessados no programa. A administradora acompanha essa rotina de perto e informa que nenhuma visita é realizada sem a prévia autorização do paciente. “Depois de visitar o setor de internação, levamos os cães até o ambulatório, para interagir também com os pacientes que estão aguardando consulta”, observa Patrícia.

A implantação do programa só foi possível devido à parceria do INCA com a Suipa, que mantém um programa similar, chamado Rabinho Feliz, em outras unidades hospitalares do Rio de Janeiro, entre elas o Hospital Psiquiátrico Pinel. A proposta é a mesma: humanizar os hospitais visando à recuperação mais rápida do paciente. Segundo a presidente da Suipa, Isabel Cristina Nascimento, o convite de levar a atividade ao HC IV foi aceito na hora. “Acompanhei algumas visitas e percebi que a receptividade é muito calorosa e positiva”, finaliza. ■

# personagem

LEUCEMIA DA FILHA FAZ EXECUTIVO TRANSFORMAR EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA EM MOTIVAÇÃO PARA AJUDAR OUTROS PACIENTES

## A vida é bela

Casados há 17 anos, Rodrigo Capistrano e sua mulher, Isabel, viveram uma reviravolta em sua vida familiar quando a filha caçula, Isabela, recebeu o diagnóstico de leucemia. Em vez de paralisados pelo drama, decidiram enfrentar a jornada de maneira positiva, realista e solidária. Com persistência e grande capacidade de articulação, o executivo promoveu um conjunto de iniciativas que fez diferença na vida de outros pacientes e no envolvimento de muitas instituições.

Campanhas para a doação de sangue e medula óssea, a simplificação da importação de um quimioterápico, a tradução para o português de um livro so-

bre leucemia e o apoio a iniciativas como o Aquário Carioca, que leva vida e cor aos centros de oncologia pediátrica, são algumas realizações de Rodrigo. Tão gratificantes quanto a recuperação de sua filha, que concluiu o tratamento em maio de 2010, no Dia das Mães.

A trajetória da família Capistrano contra o câncer teve início em janeiro de 2008, quando foi feito o diagnóstico de Bela, então com 1 ano e 10 meses. “A sensação era que tínhamos entrado no ônibus errado. Uma vez lá, precisávamos fazer daquela viagem – e sobretudo a viagem da nossa filha – a menos dolorosa e mais agradável possível”, relembra Rodrigo. “Nós



vivemos dois anos e meio de tratamento e decidimos fazer dessa estrada uma via para que outras pessoas com problemas semelhantes pudessem viver melhor”, conta.

Isabel parou de trabalhar para se dedicar exclusivamente à Bela. O apoio em tempo integral foi fundamental para transformar dias duros em uma rotina menos agressiva. “Minha esposa teve papel central na condução dessa abordagem. Costumo dizer que ela nos transportou para o filme *A Vida é Bela*. Quando nossa filha ia para as sessões de quimioterapia, levava desenhos para as enfermeiras”, descreve Rodrigo. A outra filha do casal, Mariana, também foi uma grande aliada. Dois anos mais velha que Bela, Nana tem hoje 6 anos. Na época do tratamento, demonstrou total solidariedade à irmã. “Nana foi a nossa doutora Alegria. Nos momentos mais difíceis, conseguiu tirar um tímido sorriso da irmã”, orgulha-se o pai.

Até receber o diagnóstico de Bela, Rodrigo e Isabel nunca tinham participado de redes sociais. Para fortalecer a comunicação com parentes e amigos, o casal criou o blogue Todos com a Bela – um diário romanceado do tratamento, com informações sobre a aplicação de quimioterápicos, a transfusão de hemácias e plaquetas e o estado de saúde da menina. Rodrigo conta que o casal foi instruído a não falar de doença perto da filha, mesmo que ela ainda fosse muito pequena para compreender as palavras. Ao mesmo tempo, os pais precisavam manter informados todos que os apoiavam. E mais: precisavam desabafar. “Escrever é falar. O coração sai na ponta do dedo”, relata Rodrigo, emocionado. Hoje, ele mantém o *twitter* Doe vida em vida, que incentiva a doação de medula óssea e reúne informações sobre o tema.

## MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Rodrigo é diretor administrativo de uma grande gerenciadora de centros comerciais do Rio de Janeiro, a Ancar Ivanhoe Shopping Centers. Há oito anos na empresa, o executivo explica que a responsabilidade social é um dos valores da instituição: “A Ancar valoriza a integração dos funcionários com o terceiro setor e apoia iniciativas que contribuem para o desenvolvimento de jovens, como a ONG Junior Achievement, da qual sou diretor”, informa.

A percepção de que a experiência de sua família poderia beneficiar outras pessoas que enfrentam o câncer motivou Rodrigo a se envolver ainda mais com o terceiro setor, para prover melhores meios de tratamento a todos que precisam. “Parecia que estáva-

“Nós vivemos dois anos e meio de tratamento e decidimos fazer dessa estrada uma via para que outras pessoas com problemas semelhantes pudessem viver melhor.”

Rodrigo Capistrano

mos na Terra e tínhamos sido abduzidos pelo Planeta Leucemia. Percebi que era preciso inventar uma forma mais humana de enfrentar o câncer”, resume.

Quando descobriu a doença da filha, o casal foi informado de que precisaria de muito sangue. Bela passaria por constantes transfusões e seria preciso repor o estoque do hemocentro. “Ainda no hospital, preparamos um e-mail e o enviamos aos nossos colegas de trabalho, que o encaminharam para outras pessoas, numa proporção multiplicadora. Em uma semana, reunimos quase mil doadores”, calcula Rodrigo. Em pouco tempo, a família Capistrano conseguiu levar ao hemocentro três ou quatro doadores por dia, que garantiam o tratamento de muitos outros pacientes. “Nesse momento, notamos que a nossa filha já começava a ajudar outras pessoas”, lembra o pai.

O livro *You and Leuchemia – A Day at a Time (Você e a Leucemia – Um Dia de Cada Vez)*, indicado a Rodrigo e Isabel pelo pediatra de Bela, motivou mais uma ação social. A publicação é dirigida a leigos e reúne informações sobre a doença e o tratamento em linguagem acessível, com desenhos e exemplos cotidianos. “Eu li o livro inteiro em um dia. Foi um suporte muito importante e eu pensei como ele poderia orientar outras pessoas que enfrentam o mesmo desafio que nós, mas não tiveram a oportunidade de aprender inglês”, recorda o pai. Rodrigo procurou empresários, conseguiu patrocínio, entrou em contato com a autora do livro. Em breve, milhares de exemplares estarão nas livrarias brasileiras, em português.

O ímpeto de proporcionar aos outros vitórias pessoais na luta contra a leucemia motivou Rodrigo a articular a solução para um problema relacionado a

importações. Bela apresentou reação alérgica a um quimioterápico e precisou substituí-lo. A outra droga era mais cara e precisava ser importada, em um processo que levava meses – o que a tornava inacessível a muitas crianças. Na primeira aplicação do novo quimioterápico, Rodrigo foi informado de que somente uma parte da ampola seria necessária.

Para não desperdiçar o medicamento, o executivo buscou outras crianças na mesma fase de tratamento, com quadro clínico e perfil imunológico semelhantes aos de sua filha. E encontrou. O excedente da ampola de Bela permitiu dar continuidade ao tratamento de mais duas crianças. Rodrigo reuniu-se com a representante comercial da indústria farmacêutica responsável pela importação do quimioterápico e explicou a ela a importância do medicamento. Hoje, o laboratório mantém em estoque brasileiro cinco ampolas do medicamento, suficientes para um ciclo de tratamento.

Bela foi tratada na rede privada de saúde e Rodrigo passou a conhecer melhor o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o sistema público quando sua filha precisou buscar um doador de medula óssea. O transplante não foi necessário, mas a busca por um doador apresentou à família Capistrano o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) e o Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea (Rereme). Rodrigo e Isabel tornaram-se doadores. Apostando na importância de conhecer as pessoas certas para conquistar os melhores resultados, Rodrigo reuniu-se com a direção do Hemorio para entender o funcionamento dos bancos de sangue e identificar como poderia ajudar.

Aproveitando o mote de antiga campanha, Doe Vida em Vida, foram idealizadas novas ações para captação de doadores de medula óssea em *shopping centers* do Rio de Janeiro administrados por sua empresa. As primeiras edições ocorreram no Shopping Nova América, em 2008, e no Botafogo Praia Shopping, em 2009, quando foi atingido o índice de uma doação por minuto. Na avaliação dos resultados, foi identificada a necessidade de expandir a campanha

para outros estados, para contemplar maior diversidade genética de doadores. A experiência foi replicada nos *shoppings centers* da Ancar em Cuiabá (MT), Porto Velho (RO) e Natal (RN), em parceria com os hemocentros locais.

Nessa trajetória, Rodrigo aproximou-se pouco a pouco do INCA. A cada visita, novas necessidades eram identificadas - uma delas relativa à ação de relacionamento com os doadores. O instituto envia a cada voluntário cadastrado no Redome o cartão do doador, similar a um cartão de crédito, com os contatos do registro. A primeira tiragem do produto – de 300 mil unidades – resultou da doação de uma indústria siderúrgica, mas já estava esgotada. Conversando com o presidente da empresa em que trabalha,

Rodrigo percebeu que a melhor forma de obter o cartão seria em parceria direta com uma empresa que fabricasse o produto. O executivo promoveu uma reunião entre representantes do INCA e o diretor industrial da fábrica de cartões AB Note, que sugeriu um outro tipo de material, de custo menor, e se comprometeu a doar ao instituto outras 300 mil unidades.

E Rodrigo ainda quer mais. O executivo está ajudando a articular projeto do INCA para a criação de um sistema itinerante de captação de doadores de medula

óssea. “A ideia é equipar um ônibus e colocá-lo para correr o Brasil, captando doadores de diversos estados”, conta. Para tornar esse sonho realidade, Rodrigo apresentou o projeto a um representante comercial de uma grande indústria de automóvel. Os próximos passos serão negociados diretamente com o INCA.

Outro objetivo é multiplicar o Aquário Carioca, idealizado pelo Instituto Desiderata. A iniciativa transforma o espaço físico de uma sala de quimioterapia no mundo mágico do fundo do mar. Isso é possível pelo cenário criado por Gringo Cardia. Rodrigo já articulou a instalação do projeto no Hospital da Lagoa, no Rio de Janeiro, e sua meta é que todos os centros de oncologia pediátrica – públicos e privados – sejam contemplados pelo projeto. O caminho do executivo, que poderia ter terminado com o fim do tratamento da filha, promete ainda tornar bela a vida de muita gente. ■



# internas

## ARQUITETURA PREMIADA

O Campus Integrado do INCA, que vai reunir os 18 endereços do instituto em um único local, ainda nem foi construído e já ganhou um prêmio internacional. Em setembro, o projeto de arquitetura do empreendimento foi premiado pelo Instituto Americano de Arquitetos (AIA, na sigla em inglês), na categoria obra não construída, nível local. A autoria do projeto é do consórcio MHA/RAF, com a consultoria da empresa americana Cannon Design. O jantar de premiação ocorreu no dia 24 de setembro. Segundo os organizadores do prêmio, o projeto do Campus Integrado foi escolhido pelos jurados pela simplicidade e elegância da solução arquitetônica para uma construção tão complexa. A maquete do empreendimento está exposta no térreo do prédio-sede do instituto, perto dos elevadores principais. O AIA tem o maior programa de arquitetura dos Estados Unidos e também o mais prestigiado. Os projetos que concorrem à premiação no nível local são elaborados por empresas da cidade de St. Louis e arredores, como é o caso da Cannon Design.



## QUALIDADE RECONHECIDA



Pesquisa promovida pelo Ibope, em setembro, com profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes de pacientes do INCA confirmou que a instituição é considerada referência nacional no tratamento do câncer por 98% dos entrevistados. Entre os pacientes, o índice chega a 99%. O inquérito foi realizado em pontos de grande circulação nas Zonas Sul, Norte e Oeste do Rio, Baixada Fluminense, Niterói e São Gonçalo. Médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas que não trabalham no INCA foram contatados por telefone. Pacientes e acompanhantes foram entrevistados nas cinco unidades assistenciais do INCA. Ao todo, foram realizadas 763 entrevistas: 250 com pacientes e acompanhantes, 250 com profissionais de saúde e 263 com pessoas que conhecem o INCA pelo menos de ouvir falar. Para 93% dos pacientes e acompanhantes, o INCA não se parece com outros hospitais públicos. A nota média do instituto, segundo pacientes e acompanhantes, foi 9,51. Entre os profissionais de saúde, a nota média dada ao instituto foi 8,56 – 75% consideram o INCA referência nacional no tratamento do câncer e 14%, referência mundial.

## OUTUBRO ROSA

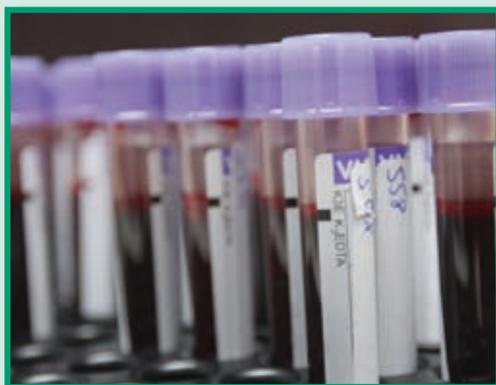
O lançamento das Recomendações do INCA para reduzir a mortalidade por câncer de mama marcou o movimento Outubro Rosa, inaugurado com a iluminação colorida do Cristo Redentor, no dia 5 de outubro. É a terceira vez que o Rio de Janeiro adere ao movimento, criado em 1997 na Califórnia para conscientizar as mulheres sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama. A programação do Outubro Rosa incluiu também participação do INCA em três eventos: o Congresso Brasileiro de Radiologia, realizado de 9 a 11 de outubro no Riocentro; o Seminário Grupo de Trabalho de Mama, promovido nos dias 15 e 16 no Hotel Novo Mundo; e a Corrida-Caminhada Unidos pela Cura, no dia 24, patrocinada pela Sociedade Franco-Brasileira de Oncologia e pela Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama), com arrecadação beneficente.



## ACREDITAÇÃO COMPLETA

Em junho, o INCA comemorou a Acreditação Hospitalar dos Hospitais do Câncer I, II, III e IV e do Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo). A maior e mais complexa unidade do INCA, o HC I obteve a Acreditação Hospitalar em abril, após ter sido analisado em 1.215 aspectos e cumprido seis metas internacionais de segurança. Todas as unidades do INCA foram credenciadas pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), representante brasileiro da

principal comissão acreditadora dos Estados Unidos, a Joint Commission International (JCI). Um dos fatores que contribuíram para que todos alcançassem os padrões de excelência preconizados pela JCI foi a liderança exercida com dedicação pelos diretores de cada unidade. Por isso, cada um deles recebeu uma homenagem das mãos do diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, e da superintendente do CBA, Maria Manuela dos Santos. Também foram homenageados pela direção do INCA os funcionários diretamente responsáveis por orientar o processo de acreditação nos quatro hospitais e no Cemo, bem como o assessor de Qualidade do INCA, Mário Luiz Pinto Ferreira.



## DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO

O Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo), do INCA, é a instituição eleita pelo National Institute of Health (NIH), dos Estados Unidos, para liderar estudo sobre a doença do enxerto contra hospedeiro (DECHc) – principal complicação no pós-transplante de medula óssea. A iniciativa integra consórcio criado pela instituição norte-americana que envolve parceiros em todo o mundo para unificar os protocolos de tratamento. Para aderir à proposta, o INCA criou um grupo multidisciplinar que inclui profissionais das áreas de Medicina, Fisioterapia, Odontologia e Enfermagem do Cemo, do Hospital Clementino Fraga Filho, da UFRJ, do Hemocentro da Unicamp, do Hospital da Universidade Federal do Paraná

e do Hospital Amaral Carvalho, de Jaú. Entre os parceiros internacionais está o Fred Hutchinson Cancer Research Center, em Seattle (EUA), pioneiro no transplante de medula óssea, onde trabalha há mais de 20 anos a brasileira Mary Evelyn Flowers, fundadora do Cemo.

## BIOBANCOS

O INCA foi eleito sede para a coordenação geral da Rede de Biobancos da Aliança Latinoamericana e do Caribe para o Controle do Câncer (ALACCC), durante reunião do grupo em Cancún, no México, nos dias 3 e 4 do mês de agosto. A instituição orientará a elaboração conjunta do Estatuto da Rede de Biobancos da ALACCC e das diretrizes para o estabelecimento de biobancos com finalidade de pesquisa nos países que integram a rede. O Brasil vem contribuindo para a consolidação da Rede de Biobancos da ALACCC, fornecendo know-how e treinamento para a estruturação dos biobancos. “Alguns países já contam com bancos de tumores para pesquisa, mas outros ainda estão em fase de organização. É um momento

único que nos permite promover a normatização de processos e estruturas dos biobancos da América Latina”, explica Gustavo Stefanoff, do Banco Nacional de Tumores (BNT)/INCA. Do INCA, também participaram do encontro Ailse Rodrigues Bittencourt, chefe da Divisão de Enfermagem do HCI, que falou sobre O papel do gestor no Banco Nacional de Tumores (BNT), e Paulo Camanho, supervisor da Divisão de Tecnologia da Informação.



 II Corrida e caminhada  
**com você, pela vida**

DOE MEDULA ÓSSEA



# Corrida e Caminhada com você, pela Vida

Doação de medula óssea

**12** de Dezembro às **8h30**

Distância: 6 Km

Praia de Copacabana

## Informações

<http://www.cancer.org.br/corridaecaminhada/2010>

(21) 2223-2773

(21) 7840-7583



Ministério  
da Saúde



**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](http://www.redecancer.org.br)