

***NÃO É FÁCIL LUTAR DURANTE 20 ANOS
CONTRA O CÂNCER. MAS A CADA DIA TEMOS
MELHORES NOTÍCIAS.***

Desde 1991 estamos ao lado do INCA. E neste tempo todo, temos participado ativamente da evolução do tratamento do câncer. Hoje, o diagnóstico precoce traz a cura em muitos casos, os investimentos em pesquisa aumentaram, o número de fumantes diminuiu e o de doadores de medula cresceu de milhares para milhões. Foram muitos avanços. Seguiremos trabalhando para nos próximos 20 anos continuar trazendo mais boas notícias.



sumário



12

PREVENÇÃO

O gosto amargo do tabaco

16

EDUCAÇÃO

Todos por um

18

CIÊNCIA

Inovação para a oncologia

20

POLÍTICA

Solidariedade organizada

22

CAPA

Racionalizar para salvar vidas

30

ASSISTÊNCIA

Um câncer chamado linfoma

33

REDE

Conhecer para enfrentar



REDE CÂNCER

2011 – Instituto Nacional de Câncer

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

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Chefia da Divisão de Comunicação Social: **Walter Zoss** (interino) | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Claudia Lima e Daniella Daher** | Apoio: **Nemézio Filho** | Comissão Editorial: **Cassilda dos Santos Soares, Leticia Casado, Luiz Felipe Ribeiro Pinto, Marceli de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **SB Comunicação** |

Jornalista responsável: **Simone Beja RP 27416/RJ** | Reportagem: **Bel Levy e Daniele Marinho** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Eduardo Samaruga, Jairo Alt 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



Meta zero: paciente seguro

Prezado leitor,

A segurança do paciente é uma das preocupações básicas de um serviço de saúde. E as seis metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde são o norte da área assistencial do INCA. São diversos os aspectos que devem ser levados em conta desde a entrada do doente na unidade de saúde. O principal deles é a identificação correta do paciente. Outros dizem respeito à administração de medicamentos e à cirurgia segura. A reportagem de capa aborda o desenvolvimento de soluções para a segurança do paciente.

O trabalho dos Registros de Câncer de Base Populacional é o tema da seção Rede. Os RCBPs são responsáveis pelo mapeamento da incidência do câncer no Brasil. E é esse levantamento que subsidia as ações de vigilância, prevenção e controle da doença no país. No final do ano passado, foi lançado o quarto volume da publicação *Câncer no Brasil – Dados dos Registros de Base Populacional*, que apresenta informações atualizadas de incidência de câncer para o período entre 2000 e 2005 em 17 municípios brasileiros.

O novo foco das campanhas de doação de medula óssea, que, após a conquista de 2 milhões de voluntários no país, precisam diversificar o perfil, é abordado na seção Política. Os esforços agora estão sendo concentrados no cadastramento de voluntários das regiões Norte e Nordeste, que atualmente somam 5% e 8%, respectivamente, do total de doadores do Registro Nacional.

Temos ainda uma entrevista com o pediatra José Augusto Taddei, pesquisador da Universidade Federal de São Paulo, que faz um importante alerta sobre a obesidade infantil, que, no Brasil, atinge 8% das crianças e mais de 15% dos adolescentes. Para ele, o grande vilão da obesidade infantil, mais do que o consumo de produtos ricos em açúcar, gordura e sal e o sedentarismo, é o marketing da indústria alimentícia.

Não deixe de ler também o artigo do historiador Luiz Antonio Teixeira, que traça a evolução das campanhas educativas de prevenção do câncer desde a década de 40 do século passado até os dias atuais.

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 ou (21) 2506-6108.

SUGESTÕES

Parabéns a todos da **Revista Rede Câncer**! Sou fisioterapeuta, atuo em PSF e tenho um paciente que se recupera de uma hemiplegia decorrente de um tumor no cérebro. Sugiro matéria sobre diagnóstico precoce de câncer em jovens. Mesmo antes da experiência, já tinha interesse em fazer pós-graduação em oncologia. Gostaria muito de receber em meu endereço a assinatura da revista.

Juliana Sousa, Fazenda Nova, GO

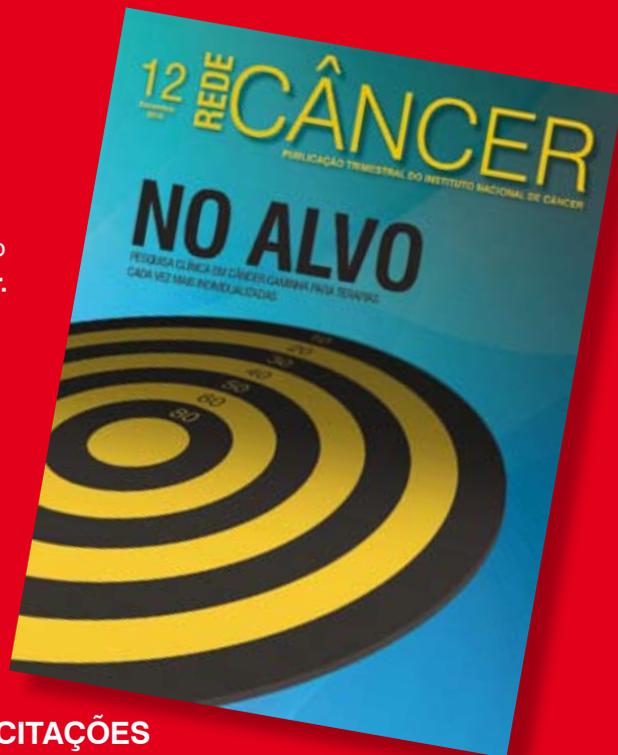
ELOGIOS

Sou enfermeiro recém-formado e trabalho em um hospital no interior de Minas Gerais. Fui classificado em um processo seletivo para trabalhar como enfermeiro em um PSF, também no interior, e as matérias sobre câncer de colo e mama, entre outras, serão de grande valia para mim, atuando no PSF, uma vez que damos ênfase à prevenção e ao diagnóstico precoce. Gostei muito das matérias constantes na revista, pois são de excelente qualidade, até mesmo para leigos.

Alan Rodrigues de Souza, Cristiano Otoni - MG

Olá! Sou estudante universitário, curso Farmácia na Universidade Federal do Maranhão. Estou no 6º período e, desde que participei de uma jornada sobre oncologia, passei a me interessar mais sobre o assunto. Faz pouco tempo que conheço a **Revista Rede Câncer**, que, por sinal, é de excelente qualidade. Toda a equipe da revista está de parabéns, pois, além da parte visual, a parte principal, que é a informação e a divulgação de pesquisas, artigos, ações sobre o assunto e outros relacionados à saúde, mais uma vez, repito, é de qualidade. A atuação do profissional farmacêutico nessa área ainda é pouco discutida e visualizada, pelo menos aqui no meu estado. Por isso, gostaria de receber a **Revista Rede Câncer**, para que eu possa estar sempre por dentro dos assuntos, utilizando-me também desse meio precioso de discussão e fortalecendo minha vontade cada vez maior de atuar nessa área. Muito em breve, espero poder contribuir com a publicação, enviando artigos ou outros meios.

Diogo Nascimento, São Luís, MA



SOLICITAÇÕES

Gostaria de saber como faço para adquirir as publicações da **Revista Rede Câncer**. Sou estudante de radiologia e tive a oportunidade de conhecer a revista em um seminário. Acho o conteúdo muito rico para nós, estudantes. Tenho o exemplar de agosto 2010.

Fernanda Shipper, Porto Alegre, RS

Deixei de receber a **Revista Rede Câncer** desde a 10ª edição. Gostaria de receber novamente e, se possível, as edições restantes. Grato.

Paulo Alberto de Cássio Ribeiro, Rio de Janeiro, RJ

Olá! Sou Aline Vida, estudo psicologia na UEM, último ano, e tenho grande interesse pela área de psico-oncologia. Vi um exemplar da **Revista Rede Câncer** e achei as reportagens muito interessantes - como a matéria sobre o programa Amigo Fiel. Esta revista é por assinatura? Eu, como estudante, posso adquiri-la? Alguma restrição? aguardo resposta.

Aline Vida, Maringá, PR

A Revista Rede Câncer é uma publicação do INCA distribuída gratuitamente para todas as secretarias estaduais e municipais de saúde do país, universidades, Rede BiblioSUS e organizações não governamentais ligadas ao tema câncer. Demais pedidos serão atendidos de acordo com a disponibilidade de exemplares, mas é importante lembrar que a coleção completa pode ser acessada no site www.inca.gov.br/revistaredecancer. As solicitações para recebimento devem ser enviadas para o e-mail comunicacao@inca.gov.br ou serem feitas por meio do telefone (21) 2506-6108.

notas

FÓRUM DEBATE ATENÇÃO PÚBLICA DE EXCELÊNCIA AO CÂNCER JUVENIL



Atenção Integral da Criança e do Adolescente com Câncer: do Diagnóstico Precoce ao Tratamento é o tema do I Fórum de Oncologia Pediátrica do Rio de Janeiro, evento do Unidos pela Cura – uma política pública de diagnóstico precoce do câncer no município do Rio de Janeiro.

O evento vai discutir os desafios para a consolidação de uma rede pública de excelência na atenção ao câncer juvenil.

O fórum, desejo antigo de profissionais de saúde de todo o estado, terá solenidade de abertura no Teatro Carlos Gomes, no dia 13 de junho, e vai ser realizado no dia seguinte, no auditório do BNDES. Aberto a todos os profissionais de saúde que atuam na linha de cuidado à criança e ao jovem com câncer infanto-juvenil, o evento tem inscrições gratuitas.

Mais informações: <http://www.foprio.org.br/home>

MAIS RECURSOS PARA O CONTROLE DO CÂNCER FEMININO

A presidente Dilma Rousseff lançou, em Manaus, plano de ação para fortalecer o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Para implementar as ações, que serão desenvolvidas até 2014, o Governo Federal vai investir R\$ 1,25 bilhão. O plano está inserido num projeto maior, de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, que terá um aporte total de R\$ 4,5 bilhões. Os planos com as ações para fortalecimento da prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer do colo do útero e de mama foram elaborados por profissionais do INCA, em conjunto com técnicos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, e representantes das sociedades científicas do setor. Entre as principais ações estipuladas estão a garantia de acesso ao exame preventivo e com qualidade às brasileiras entre 25 e 59 anos.



GOVERNO E INDÚSTRIA FAZEM ACORDO PARA REDUZIR SÓDIO EM ALIMENTOS

O Ministério da Saúde e representantes de associações dos produtores de alimentos processados assinaram, no dia 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, termo de compromisso para a redução gradual da quantidade de sódio em 16 categorias de alimentos, começando por massas instantâneas, pães e biscoitos. O objetivo é reduzir o consumo excessivo de sal (cerca de 40% do sal é composto de sódio), associado a várias doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, doenças cardiovasculares e renais e câncer.



CAI PARA 15,1% NÚMERO DE FUMANTES NO BRASIL

O número de fumantes no Brasil caiu para 15,1%. A informação consta da Pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde, divulgada em abril. O avanço mais expressivo ocorreu entre os homens: passou de 20,2% para 17,9% entre 2006 e 2010. Entre as mulheres, o índice continua estável em 12,7% no período. Pessoas com menor escolaridade (de zero a oito anos de estudo) fumam mais (18,6%), em relação às pessoas mais escolarizadas (12 anos ou mais de estudo), que fumam 10,2%.

O Vigitel é realizado anualmente pelo Ministério da Saúde em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (NUPENS/USP). Desta vez, foram entrevistados 54.339 adultos residentes nas 27 capitais.

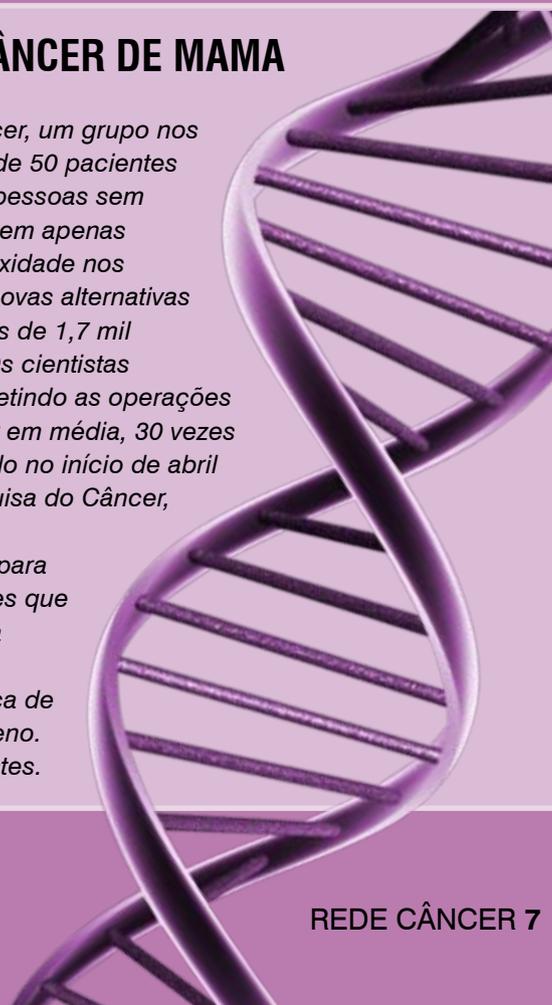
O tabagismo e o consumo exagerado de bebidas alcoólicas são indicadores importantes no monitoramento dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis – como hipertensão arterial, diabetes e câncer. Em 2010, a Organização das Nações Unidas recomendou que seus países-membros incluam essas doenças entre os temas que serão discutidos em sua Assembleia Geral, prevista para setembro de 2011, em Nova York.



AMERICANOS SEQUENCIAM GENOMA DO CÂNCER DE MAMA

Em uma das maiores pesquisas genômicas já feitas sobre o câncer, um grupo nos Estados Unidos sequenciou os genomas completos de tumores de 50 pacientes com câncer de mama e comparou os resultados com o DNA de pessoas sem a doença. A comparação permitiu identificar mutações que ocorrem apenas nas células cancerígenas. A pesquisa revela uma grande complexidade nos genomas dos tumores e poderá auxiliar no desenvolvimento de novas alternativas de tratamento. No total, os tumores analisados apresentaram mais de 1,7 mil mutações, das quais a maior parte era única para cada mulher. Os cientistas sequenciaram mais de 10 trilhões de pares de base de DNA, repetindo as operações para cada tumor e para cada amostra dos voluntários sadios, por em média, 30 vezes para garantir a validade dos resultados. O trabalho foi apresentado no início de abril na 102ª Reunião Anual da Associação Norte-Americana de Pesquisa do Câncer, em Orlando, na Flórida.

Todas as pacientes tinham o chamado câncer de mama positivo para receptor de estrógeno, no qual as células tumorais têm receptores que se ligam ao hormônio e ajudam os tumores a crescer. A pesquisa confirmou que duas mutações são relativamente comuns em mulheres com câncer de mama. A PIK3CA está presente em cerca de 40% dos tumores do tipo que expressam receptores para estrógeno. A TP53, por sua vez, foi encontrada em cerca de 20% das pacientes.



entrevista

JOSÉ AUGUSTO TADDEI,
pesquisador da Universidade Federal de São Paulo.

Risco futuro



Fotos: Paulo Mumia

“O vilão da obesidade infantil é o sedentarismo, associado ao consumo de produtos ricos em açúcar, gorduras e sal, mas o grande vilão é o marketing da indústria alimentícia.”

O marketing da indústria de alimentos é o principal vilão da obesidade infantil no planeta, problema de saúde pública que desencadeia doenças como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia (aumento da taxa de lipídios no sangue). Essas doenças são responsáveis por cerca de 45% das mortes em todo o mundo, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). O alerta é do pediatra José Augusto Taddei, pesquisador da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e integrante do Conselho Criança e Consumo, do Instituto Alana.

Taddei informa que o quadro da doença é mórbido no mundo: cerca de 80% das pessoas obesas na infância serão adultos obesos, com menor expectativa e qualidade de vida. A obesidade na vida adulta é fator de risco para alguns tipos de câncer, como o de intestino e o de mama – este especialmente em mulheres na menopausa. Os hábitos de consumo estão diretamente relacionados a essa dinâmica. *Fast food*, alimentos congelados, refrigerantes e biscoitos recheados, alimentos ricos em açúcar, gordura e sal e pobres em fibras estão na base de uma alimentação geradora de doenças crônicas.

O pesquisador defende uma urgente regulação da propaganda de alimentos, de forma análoga às bem-sucedidas estratégias implementadas para o controle do tabagismo – sobretudo quando esses produtos são direcionados a crianças. As discussões sobre uma nova regulamentação chegaram a ocorrer, por iniciativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a partir de 2006, mas foram interrompidas na Justiça pelas indústrias de alimentos e pelo Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (Conar), no ano passado.

Taddei considera que a propaganda de produtos nocivos à saúde trará consequências econômicas em longo prazo. A população economicamente ativa brasileira, dos 15 aos 65 anos, está em crescimento e, se essas pessoas não tiverem saúde até os 65 anos, vão gerar gastos para a sociedade, em vez de produzir e consumir, na avaliação do estudioso, que tem 60 anos e 40 de profissão. Nesta entrevista, o pediatra adver-

te que os grandes vilões são o lucro e o marketing. Pelos seus cálculos, a indústria de alimentos investe cerca de 4% do seu faturamento em propaganda. O índice seria 500 vezes superior aos investimentos dos governos em educação alimentar.

REDE CÂNCER - A obesidade infantil é um problema de saúde pública no Brasil?

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - A obesidade infantil é um problema crescente no Brasil e no mundo inteiro. Aqui, nós estamos em uma etapa intermediária da epidemia de obesidade. Por um lado, isso pode ser bom, porque, ao contrário dos Estados Unidos, onde o problema já atingiu o ápice, ainda podemos reverter a situação. Mas, por outro, é desanimador, porque a expectativa para as próximas décadas é de aumento da incidência da doença. Em meados da década de 1970, a incidência de obesidade nos dois países oscilava entre 4% e 8% entre crianças dos 2 aos 5 anos e adolescentes. Atualmente, a prevalência da obesidade entre as crianças brasileiras é de 8%, e entre os adolescentes, de mais de 15%. Nos Estados Unidos, a situação é ainda pior: as taxas são superiores a 10% e 18%, respectivamente. O aumento da incidência é exponencial porque é influenciado também pelo crescimento das populações.

REDE CÂNCER - Quais as principais causas?

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - A sociedade de consumo, a busca desenfreada pelo lucro, a cultura *fast food*, que está hoje em todo o planeta. Esse tipo de alimentação surgiu na Segunda Guerra Mundial para atender às tropas americanas, como um alimento de boa qualidade microbiológica, muita caloria, fácil transporte e rápido preparo – não havia sentido fazer isso em casa. Porém, após a guerra, a indústria cresceu em busca de mercados, gerando lucro, como aconteceu com todos os produtos de gêneros supérfluos. O alimento que foi oferecido para aquela sociedade tinha que ser saboroso, de fácil mastigação e consumo, produzido em escala lucrativa. O processo industrial se fundamentou na premissa de

que nós, humanos, gostamos de açúcar e gordura. Quando éramos catadores e coletores, os que não tinham aversão ao azedo e ao amargo sucumbiram, pois, nas frutas e raízes, azedo e amargo representavam veneno. Sobrevivemos nós. Mas o que era uma vantagem evolutiva, hoje nos faz suscetíveis a essa arapuca usada pela tecnologia dos alimentos.

REDE CÂNCER - *Quais os maiores vilões na obesidade infantil?*

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - É o sedentarismo associado ao consumo de produtos ricos em açúcar, gorduras e sal, mas o grande vilão é o marketing da indústria alimentícia. Ele define um novo padrão alimentar e torna as crianças consumidoras. Até os 3 ou 4 anos de idade, a criança não separa a propaganda do desenho animado. Até os 7, a criança não tem discernimento para reconhecer e rejeitar engodo. Não percebe o convencimento pela mentira. A indústria aproveita-se dessas características fisiológicas para incutir na cabeça das crianças a fantasia que as imagens promovem sobre refrigerantes, hambúrgueres, salgadinhos, biscoitos recheados – sem que elas tenham consciência de que isso não faz parte do conto de fadas.

REDE CÂNCER - *Quais as principais consequências da obesidade para a saúde?*

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - A alimentação inadequada, que leva à obesidade, reduz a expectativa e a qualidade de vida por uma série de razões. Por conterem pouca fibra, impedem o bom funcionamento do intestino, ocasionando a constipação. A redução do trânsito intestinal aumenta o contato da mucosa local com agentes potencialmente cancerígenos. A obesidade também está associada ao câncer de mama. Mulheres que entram no processo da menopausa e se tornam obesas desenvolvem a doença com mais frequência que mulheres da mesma faixa etária, mas sem sobrepeso.

REDE CÂNCER - *Então, ser o gordinho simpático da turma é ruim?*

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - A qualidade de vida do obeso é pior: ele tem mais dificuldade de se socializar na infância, de conseguir amigos, namorada, emprego. E, quando consegue, o salário é menor, tem mais dificuldade para casar e, quando casa, tem uma vida sexual menos satisfatória do que teria se não fosse obeso. Há os complexos, a dificuldade para tirar a camisa na frente dos outros, usar roupa de banho.



REDE CÂNCER - *A aculturação em relação às práticas alimentares explica em parte alterações no cardápio do brasileiro? Estamos comendo menos arroz e feijão?*

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - Pela primeira vez na história da humanidade – a não ser em situações de crise de falta de alimentos, como imigrantes que precisam se adaptar à culinária local –, mudou-se um hábito alimentar estabelecido há séculos. O hábito alimentar é o que está enraizado de forma mais profunda na sociedade. Essa mudança foi possível a partir de estratégias muito fortes de marketing, propagando o consumo de alimentos obesogênicos redutores de expectativa e qualidade de vida. Hoje, todo mundo come hambúrguer, mas a verdade é que não faz sentido largarmos o arroz com feijão.

REDE CÂNCER - *Existe no senso comum a ideia de que a obesidade é um problema de famílias com melhores condições econômicas e sociais. Essa premissa procede?*

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - Na história da humanidade, a obesidade foi associada às classes mais abastadas em função do consumo excessivo de alimentos e do sedentarismo. Mas, com o passar do tempo, os alimentos foram barateados e as facilidades da vida moderna trouxeram o sedentarismo para outras classes sociais. Hoje, a obesidade é um problema de saúde pública mais intenso nas classes menos favorecidas, pois os mais abastados se defendem do mercado consumidor regulando alimentos e fazendo atividades físicas. Crianças e adolescentes, porém, independentemente de classe social, não têm essa oportunidade de defesa.

REDE CÂNCER - *A legislação brasileira é bem restritiva em relação ao tabaco. Como essa regulação pode ser comparada às restrições impostas à indústria alimentícia?*

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - A sociedade brasileira está cuidando melhor dos potenciais futuros dependentes de tabaco que dos potenciais futuros obesos. Já compreendemos os males do cigarro, mas ainda não os da obesidade. A legislação brasileira é avançadíssima em relação a normas técnicas na rotulagem. Peca, entretanto, por expressar o consumo médio só para adultos, o percentual de adequação não discrimina a necessidade para crianças. Há dificuldades também de compreensão para a pessoa comum. Exige muitas contas. Esse processo precisa ser acelerado para chegarmos perto do que hoje se faz em relação ao tabagismo.

REDE CÂNCER - *Como essa regulação ocorre em outros países?*

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - A Europa é menos suscetível à alimentação de risco, pois tem mais tradição alimentar. Na Escandinávia, por exemplo, a sociedade já superou a fase do engodo e não aceita mais consumir *fast food*. Os ingleses utilizam a lógica do semáforo para classificar os alimentos: etiquetas vermelhas indicam o risco de obesidade e doenças crônicas, amarelas representam um alerta e nas verdes o sinal é livre. A rotulagem também propõe a associação de “alimentos vermelhos” a “alimentos verdes”, objetivando um melhor equilíbrio nutricional e a redução de risco para a saúde.

REDE CÂNCER - *Como é possível mudar o quadro em relação à propaganda de alimentos?*

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - Houve um movimento liderado pela Anvisa que, a partir de reuniões e debates com todos os agentes envolvidos no processo, concluiu pela necessidade de restringir a propaganda de alimentos em horários específicos, em programas com público formado por até 40% abaixo dos 12 anos. Formatou-se o decreto-lei em 2006. As indústrias e o Conar [Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária], através de associações de classe, inviabilizaram em 2010 a regulamentação na Justiça, argumentando que não era atribuição da Anvisa, e sim do Congresso Nacional. Em relação à propaganda, no Brasil, a raposa toma conta das galinhas.

REDE CÂNCER - *Que conselhos o senhor daria para pais que enfrentam a máquina da propaganda da indústria alimentícia?*

JOSÉ AUGUSTO TADDEI - Nenhum alimento deve ser proibido. Alimento não é veneno, mas precisamos resgatar a nossa cultura alimentar. Quer saber o que dar para seu filho para evitar obesidade e doenças crônicas? Pergunte à sua avó. Ela sabe. A sociedade de consumo está tão confusa que esqueceu o que consumia quando criança. Dê para o seu filho o que você comia quando criança. Quando perdemos a cultura, perdemos a humanidade, a troca de afeto. O convívio de sentar em torno da mesa, estar próximo. Hoje, não se sabe de onde vem o alimento, não se sabe quem o preparou. De repente, você abre um pacote e come aquilo. |

prevenção

TRATADO INTERNACIONAL PARA CONTROLE DO TABAGISMO RECOMENDA PROIBIÇÃO DO USO DE FLAVORIZANTES E AROMATIZANTES EM PRODUTOS FUMÍGENOS

O GOSTO AMARGO DO TABACO

Revelar o gosto desagradável do tabaco na primeira tragada, sem o disfarce de sabores adocicados ou mentolados. Essa é a estratégia da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco visando reduzir o índice de adesão ao tabagismo após a experimentação, principalmente entre adolescentes. A convenção é o primeiro tratado internacional de saúde pública, assinado por 172 países, sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS). A diretriz foi aprovada com outras recomendações em abril de 2010, durante a 4ª sessão da Conferência das Partes (COP 4) – instância com poder decisório que se reúne regularmente para acompanhar a implementação da convenção. Somente no Brasil, o tabagismo causa a morte de 200 mil pessoas, segundo levantamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Realizada no Uruguai, a COP 4 reuniu os países que ratificaram o tratado para discutir as ações em desenvolvimento e definir as diretrizes a serem implementadas pelos países signatários nos próximos anos. Além da proibição de aditivos nos produtos do tabaco, a COP 4 aprovou a adoção de outras medidas, que visam ao aumento dos índices de cessação do tabagismo, à ampliação do acesso ao tratamento de dependentes, à conscientização da população sobre os riscos associados ao tabaco e ao fomento de alternativas à fumicultura.



Tânia Cavalcante, secretária executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro (Conicq), coordenada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), explica que a regulação dos conteúdos dos produtos do tabaco, incluindo aditivos como aromatizantes e flavorizantes, é uma questão complexa. “Não há diretrizes totalmente estabelecidas para esse tipo de controle. Mas já existem orientações bastante claras, formuladas por um grupo de especialistas da OMS que estuda o tema desde 2001. E a recomendação é a proibição de aditivos nos produtos do tabaco”, apresenta a pesquisadora.

Entre as evidências que pautam a decisão, Tânia destaca a influência dos flavorizantes e aromatizantes na facilitação da experimentação do tabaco e na expansão do consumo do produto. “Estudos apontam que 90% dos fumantes se tornam dependentes do tabaco na adolescência. A indústria tabagista produz pesquisas consistentes sobre o hábito de fumar e reconhece a importância de desenvolver estratégias para agradar ao público jovem – que é atraído por sabores adocicados. Por isso, a proibição dos aditivos é tão importante”, revela.

O diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e ex-ministro da Saúde, José Agenor Álvares, informa que, além do cigarro tradicional, a proibição deve estender-se a outros produtos que vêm sendo introduzidos no Brasil com forte apelo entre os jovens, como cigarros de bali (à base de cravo), tabaco para uso em narguilé e cigarrilhas aromatizadas. “O país não pode permanecer alheio às inovações tecnológicas e mercadológicas promovidas pela indústria do tabaco. A atualização das normas vigentes é essencial para promover a cessação do tabagismo e reduzir a sua iniciação, sobretudo entre crianças e adolescentes, que são o principal alvo da indústria”, considera Álvares.

Responsável pela regulamentação do setor no país, a Anvisa disponibilizou, entre novembro de 2010 e março de 2011, consulta pública sobre a proibição da adição de sabores e aromatizantes aos produtos derivados do tabaco. Álvares explica que a consulta pública é importante para que toda a sociedade, incluindo os cidadãos que são contra a medida, participe do debate. Encerrada essa etapa, uma audiência pública dará à sociedade civil a oportunidade de defender seus pontos de vista presencialmente. “Independentemente dos resultados da consulta e da audiência públicas, será estabelecido um período para a adequação do setor às normas aprovadas”, informa Álvares.

Diante desse cenário, a indústria do tabaco investe em justificativas para desarticular a iniciativa global que defende a proibição do uso de aromatizantes e flavorizantes em seus produtos. Uma delas sustenta a hi-

“Estudos apontam que 90% dos fumantes se tornam dependentes do tabaco na adolescência – o público jovem é atraído por sabores adocicados. Por isso, a proibição dos aditivos é tão importante”.

TÂNIA CAVALCANTE, secretária executiva da Conicq.

pótese de que um determinado tipo de fumo – o *burley* – não poderia ser usado na fabricação de cigarros sem aditivos e isso prejudicaria os fumicultores. “Trata-se de uma falácia. Existem cigarros fabricados com o tabaco *burley* sem aditivos no Brasil e nos Estados Unidos”, dispara Tânia.

Outra justificativa versa a respeito do suposto impacto da medida sobre a exportação do fumo nacional. A engenheira agrônoma Christianne Belinzoni, consultora do Ministério de Desenvolvimento Agrário, esclarece que o argumento não procede. “Hoje, 85% da produção nacional de fumo é exportada. A proibição da adição de aromatizantes e flavorizantes ao tabaco não impactará o comércio internacional, porque o Brasil exporta somente as folhas desidratadas do fumo – em estado *in natura* e sem a adição de qualquer aditivo. O tratamento químico modificaria a classificação do fumo natural para produto manufaturado e alteraria toda a dinâmica da comercialização”, informa a especialista.

A partir de evidências como essas, a Conicq tem conseguido avançar nos processos que transformam em leis brasileiras as diretrizes da Convenção-Quadro. “A implementação de tais recomendações é obrigatória para os países signatários do tratado, que se comprometeram a aplicar as suas diretrizes com força de lei em seus territórios. O Brasil tornou-se Estado-Parte da iniciativa em 2005, com a ratificação da adesão do Poder Executivo à Convenção-Quadro pelo Congresso Nacional”, informa Tânia.

O Brasil é um dos líderes na regulação e no controle do tabaco no mundo. “A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco é o primeiro tratado global de saúde pública. Constitui um marco histórico na área, do qual o Brasil faz parte e no qual tem papel de destaque. O país foi eleito em consenso pelos 192 membros da OMS para presidir o órgão de negociação do tratado”, contextualiza Tânia.

SAÚDE PÚBLICA X LIVRE COMÉRCIO

A COP 4 também aprovou outros artigos da Convenção-Quadro, que abordam a questão mercadológica e a linha de produção do tabaco. “A conferência reagiu de forma bastante contundente às estratégias das companhias transacionais de fumo de confrontar as diretrizes do tratado global com acordos de livre comércio”, observa Tânia. Isso porque, no ano passado, uma multinacional pressionou o governo uruguaio a retroceder em relação a medidas adotadas pelo país. De acordo com Tânia, a postura da COP 4 foi fundamental para coibir futuras ações desse tipo no continente por parte da indústria do tabaco.

Para responder a essa nova empreitada da indústria do tabaco, a secretaria executiva da Convenção-Quadro abriu negociação com a Organização Mundial do Comércio (OMC), a fim de definir o tabaco como um produto que deve receber tratamento diferenciado dos demais bens de consumo nos acordos internacionais de livre comércio – como já ocorre com agrotóxicos e armas.

A linha de produção do tabaco também é contemplada pelas novas diretrizes da Convenção-Quadro, que reforçam a importância do investimento em alternativas ao cultivo do fumo. “Com a redução dos índices de tabagismo no Brasil, a demanda nacional pelo produto vem-se tornando cada vez menor – e o mesmo deve acontecer com o consumo internacional”, afirma Christianne Belinzi. “Essa mudança impactará as lavouras brasileiras e, conseqüentemente, o pequeno agricultor familiar envolvido nessa cadeia produtiva, que muitas vezes assume dívidas impagáveis junto às empresas investidoras do setor”, expõe.

Para lidar com esse problema, o Ministério de Desenvolvimento Agrário lançou, em 2005, o Programa de Diversificação de Lavouras, que já financiou mais de 60 iniciativas para substituição do cultivo do fumo no país, sobretudo nas áreas de fruticultura e horticultura. “No Rio Grande do Sul, já encontramos extensa produção de uvas em substituição ao fumo. Em Santa Catarina, está crescendo a produção do leite de pasto – o leite orgânico”, exemplifica Christianne.

Outro aspecto abordado pelos artigos da Convenção-Quadro aprovados pela COP 4 diz respeito à saúde dos trabalhadores envolvidos na cadeia produtiva do tabaco. Recentemente, a Secretaria de Vigilância em Saúde do

“O país não pode permanecer alheio às inovações tecnológicas e mercadológicas promovidas pela indústria do tabaco. A atualização das normas vigentes é essencial para promover a cessação do tabagismo.”

JOSÉ AGENOR ÁLVARES, diretor da Anvisa.

Ministério da Saúde (SVS/MS) detectou, pela primeira vez no Brasil, a ocorrência de intoxicação aguda pela nicotina em fumicultores. A chamada “doença da folha verde do tabaco” pode gerar arritmias cardíacas e incapacitações físicas. “Nesse contexto, é importante ressaltar que a fumiicultura é uma atividade da agricultura familiar que envolve homens, mulheres, muitas vezes grávidas, crianças e idosos – e expõe todos eles a graves problemas de saúde”, avalia Tânia.

A médica ressalta que esse é um setor econômico extremamente danoso para as sociedades e informa que o Conselho Social e Econômico das Nações Unidas reconhece, em seu relatório de 2006, que tabaco e pobreza formam um ciclo vicioso, sob as perspectivas do consumo e da produção. “Essa relação expõe claramente a incompatibilidade entre produção de fumo, tabagismo e desenvolvimento sustentável”, declara a secretaria executiva da Conicq.



Três maneiras de salvar vidas

A **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco** é um tratado internacional criado em resposta à epidemia do tabaco, que mata cerca de 6 milhões de pessoas a cada ano. Já adotada por mais de 170 países, é a nossa ferramenta mais poderosa para proteger a população.

Informe-se! www.inca.gov.br

31 de maio: **Dia Mundial Sem Tabaco**



g-dés

educação

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA APRIMORA CUIDADO COM O PACIENTE

Todos por um

Articular o conhecimento de várias especialidades para cuidar melhor do paciente. Essa é a prática da Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA) – curso de especialização *lato sensu* criado em 2009 por portaria interministerial, que recebe sua segunda turma este ano. Enfermagem, odontologia, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social são as áreas do conhecimento que integram o curso. “A Residência Multiprofissional em Oncologia articula diversas especialidades em um único curso com a intenção de oferecer ao profissional de saúde um olhar multidisciplinar e integral sobre o paciente, superando a visão fragmentada por abordagens

específicas e isoladas”, resume o coordenador de Educação do INCA, Luiz Claudio Santos Thuler.

Thuler avalia que a atenção integral ao paciente é uma tendência da medicina moderna e que representa uma importante mudança de paradigma na atenção à saúde e no cuidado ao paciente. “O compartilhamento de experiências e saberes abre novas perspectivas para o olhar do profissional de saúde e o ajuda a entender melhor a complexidade do câncer. Nesse sentido, a formalização de residências multiprofissionais em oncologia é um grande passo em direção ao aprimoramento do cuidado ao paciente”, defende o coordenador de Educação do INCA.



Pioneiro no país na oferta de cursos multiprofissionais em saúde, o Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, dispõe de quatro áreas de ênfase em sua Residência Integrada em Saúde: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental, Atenção ao Paciente Crítico e, mais recentemente, Oncologia/Hematologia. Participam dos cursos profissionais de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Para a assistente social Maria Cristina Nunes de Barros, coordenadora da ênfase Oncologia/Hematologia da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, a articulação de diferentes especialidades traz benefícios para todos os envolvidos no sistema de saúde. “A interdisciplinaridade e a humanização do cuidado são importantes para os usuários, que passam a ser compreendidos em sua integralidade; para os profissionais de saúde em formação, que desenvolvem a capacidade de diálogo para alcançar o entendimento ampliado da realidade; e para os preceptores e orientadores das residências multiprofissionais, que podem ampliar as possibilidades educativo-participativas do trabalho em saúde”, considera Maria Cristina.

A abordagem integral da Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA contempla toda a linha de cuidado do câncer – da atenção básica à assistência de média e alta complexidades. A chefe da Divisão de Ensino do INCA, Anke Bergmann, explica que a estratégia é fundamental para preparar os profissionais para acompanhar o paciente desde a sua entrada no serviço de saúde, na atenção básica, até o atendimento nos hospitais especializados em câncer.

“A atenção oncológica está inserida na assistência de alta complexidade, que engloba procedimentos como quimioterapia e radioterapia, mas também inclui ações de prevenção e educação em saúde, realizadas nas unidades básicas. O profissional de saúde deve estar preparado para atuar em todas essas etapas”, defende Anke. Para garantir a trajetória do profissional em formação pelos diversos níveis da atenção à saúde, o INCA trabalha em parceria com outras instituições. Em vias de formalização, o

“A interação com profissionais de outras especialidades torna o curso uma constante descoberta e valoriza o trabalho em equipe.”

SUELEN VALADARES, enfermeira residente e representante do corpo discente da Comissão de Residência Multiprofissional do INCA (Coremu)

convênio com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) viabilizará a atuação de residentes na rede de atenção básica em saúde.

A Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA tem carga horária de 60 horas semanais. As disciplinas são organizadas em dois eixos: o transversal – que

inclui módulos práticos e teóricos de disciplinas comuns a todos os alunos – e o especializado, composto por atividades específicas. “Nas atividades conjuntas, alunos de diferentes formações têm a oportunidade de trocar experiências e conhecimentos. A tendência é que as disciplinas especializadas também sejam compartilhadas, pois o curso propicia um constante ambiente de troca”, descreve Anke. O processo seletivo ocorre entre agosto e novembro.

“O curso forma o profissional diferenciado de que o SUS precisa: especializado, qualificado, mas com uma visão holística da saúde. Por isso, os ministérios da Saúde e da Educação vêm investindo em residências multiprofissionais”, justifica Thuler. O coordenador de Educação do INCA reforça que uma das preocupações da instituição é formar profissionais especializados em oncologia para todo o país. Por isso, oferece bolsas e acomodação estudantil para alunos de outros estados.

Os resultados da iniciativa já começam a aparecer. “Diretores de hospitais constataram mudanças no comportamento dos profissionais de saúde que cursam a Residência Multiprofissional em Oncologia durante as discussões das sessões clínicas. Agora, todos participam dos debates e trazem contribuições específicas de sua área de atuação, com o viés da integralidade”, conta Thuler.

A enfermeira residente Suelen Valadares, representante do corpo discente da Comissão de Residência Multiprofissional do INCA (Coremu), concorda. “A interação com profissionais de outras especialidades torna o curso uma constante descoberta e valoriza o trabalho em equipe. Com acesso a conhecimentos de outras áreas, me sinto mais preparada e segura para realizar um atendimento integral e humanizado ao paciente”, observa a aluna. ■

ciência

FIOCRUZ E INCA FORMALIZAM PARCERIA PARA PRODUÇÃO NACIONAL DE ONCOLÓGICOS

Inovação para a oncologia

Expandir o acesso à promoção, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer; definir protocolos para a atenção oncológica; identificar, avaliar e desenvolver produtos e serviços estratégicos em oncologia; viabilizar a produção nacional de bens e serviços na área; mobilizar setores públicos e privados para o enfrentamento do câncer. Objetivos ambiciosos – e essenciais ao aprimoramento da atenção oncológica no Sistema Único de Saúde (SUS) – dão a tônica do Programa Interinstitucional de Produção e Inovação em Oncológicos, estabelecido entre o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que entra em vigor este ano.

“O programa é um convênio que abrange aspectos técnicos, tecnológicos e institucionais para o fortalecimento das ações de controle do câncer no país. Para isso, engloba o desenvolvimento de novas drogas para o tratamento e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes; a produção nacional de fármacos e de kits de diagnóstico; a avaliação de programas de saúde pública; e ações de prevenção e de educação em saúde”, define o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini.



A parceria entre o INCA e a Fiocruz é de longo prazo e inclui projetos de pesquisa básica e aplicada, além de iniciativas como o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para o Controle do Câncer (INCT-Câncer). A criação do Programa Interinstitucional de Produção e Inovação em Oncológicos formaliza essa colaboração e abre caminho para o desenvolvimento

de novas iniciativas, envolvendo toda a linha de cuidado do câncer. Firmado em agosto de 2010, o programa está em fase de estruturação e suas atividades terão início no primeiro semestre deste ano. O plano de ação está sendo elaborado por um Comitê Gestor, formado por dois representantes e dois suplentes de cada instituição, e por comitês técnicos temáticos, que tratarão de áreas específicas.

“O INCA e a Fiocruz são duas instituições do Ministério da Saúde com reconhecimento nacional e internacional em suas respectivas áreas de atuação. O INCA integra pesquisa, ensino e assistência na área da oncologia. A Fiocruz tem tradição em produção de insumos biotecnológicos”, considera o assessor da vice-presidência de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz, Jorge Costa. “São *expertises* complementares que, juntas, certamente aprimorarão o controle do câncer no país”, afirma.

Para o coordenador de Pesquisa Clínica do INCA, Carlos Gil Moreira Ferreira, a mobilização de toda a cadeia produtiva do setor da saúde é fundamental para atingir os objetivos esperados. “A iniciativa envolve todo o Complexo Econômico Industrial da Saúde e prevê a articulação de centros nacionais e internacionais de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, hospitais de referência em câncer, agências reguladoras e de fomento, indústria farmacêutica, organizações não governamentais e atores de política setorial”, relaciona Carlos Gil.

O pesquisador explica que o grande objetivo da iniciativa é atender ao SUS, às demandas da população brasileira. “Na área de medicamentos, por exemplo, isso pode acontecer de duas maneiras: pela produção nacional de fármacos com patente internacional, que representam elevado custo para o Ministério da Saúde, e, em longo prazo, pelo desenvolvimento de uma molécula brasileira, a ser produzida e comercializada por preço muito mais acessível para o mercado nacional”, expõe.

Jorge Costa ressalta a importância da articulação entre o INCA, a Fiocruz e o Ministério da Saúde para garantir a sustentabilidade das ações para o controle do câncer no país. “Hoje, o Ministério da Saúde repassa para os hospitais especializados um determinado valor para a execução dos procedimentos que compõem o tratamento oncológico. Cada hospital administra seu orçamento e executa suas compras. Esse processo pode ser racionalizado pela produção nacional dos medicamentos e pela centralização de sua distribuição pelo Ministério da Saúde”, compara.

“O Programa Interinstitucional de Produção e Inovação em Oncológicos é um convênio que abrange aspectos técnicos, tecnológicos e institucionais para o fortalecimento das ações de controle do câncer no país”

LUIZ ANTONIO SANTINI, diretor-geral do INCA

O Programa Interinstitucional de Produção e Inovação em Oncológicos já estuda a viabilidade da produção nacional de medicamentos relevantes para o tratamento do câncer, que hoje precisam ser importados. Introduzir a produção desses medicamentos no Brasil, mantendo a qualidade e reduzindo o custo para o Ministério da Saúde, será um grande avanço para o controle da doença no país, pois garantirá a ampliação do acesso ao tratamento.

“São medicamentos importados utilizados pelo SUS. Três deles estão protegidos por patentes, no Brasil e no exterior. Estamos em negociação com o laboratório estrangeiro, detentor das patentes, que, após tomar conhecimento da formalização do programa, se candidatou espontaneamente para essa parceria, expressando interesse na cooperação para transferência de tecnologia para o Brasil”, adianta Jorge Costa, acrescentando que, no momento, a iniciativa está em fase de estabelecimento do acordo de sigilo.

A previsão é que ainda este ano tenha início a fase de transferência de tecnologia para a produção nacional dos medicamentos. Assim, é provável que em 2012 seja possível substituir algumas drogas por fármacos de produção nacional. “A expectativa é que essa ação signifique uma economia de cerca de 30% para o Ministério da Saúde”, prevê Jorge Costa. ■

política

CONTROLE DAS CAMPANHAS PARA CAPTAÇÃO DE DOADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA GARANTE MAIOR EFETIVIDADE ÀS INICIATIVAS

SOLIDARIEDADE ORGANIZADA

A doação voluntária de medula óssea é um ato de solidariedade. Para garantir a efetividade de iniciativas que promovem a mobilização social em torno da causa, o Ministério da Saúde conferiu ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) – por meio da portaria 2.600, de 2009 – a responsabilidade de determinar tecnicamente a realização de campanhas para recrutamento de doadores voluntários de medula óssea. O objetivo é evitar o desperdício de recursos e canalizar esforços para a realização de campanhas em regiões do país ainda pouco representadas no banco de doadores.

“Regulamentar as campanhas de captação de doadores é uma atividade estratégica para otimizar o atendimento a pacientes com indicação para transplante de medula óssea”, afirma Luis Fernando Bouzas, diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) do INCA. Para o médico, essa centralização é essencial para garantir a qualificação do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome). “O controle das campanhas colabora para a qualificação do registro ao determinar em que cenários e circunstâncias é necessário promover essas iniciativas. O objetivo principal é garantir que os novos perfis cadastrados contribuam para ampliar a diversidade genética do Redome, aumentando as possibilidades de doação”, justifica Bouzas, que também coordena o registro.



Nesse sentido, o INCA é responsável por determinar as regiões onde as campanhas devem ser realizadas e as estratégias para a captação de doadores. “São Paulo, Paraná, Minas Gerais e Rio de Janeiro, por exemplo, já estão muito bem representados no Redome. Para ampliar a diversidade genética do Registro e contemplar a miscigenação da população brasileira, é preciso investir em outras áreas”, explica Bouzas. O trabalho inclui encontros anuais com hemocentros e laboratórios de todo o país, capacitação de profissionais, elaboração e distribuição de materiais informativos, definição da infraestrutura necessária para realização de uma campanha e acompanhamento das atividades.

Os resultados dessa organização estratégica começam a aparecer: o Hemocentro de Goiás já atingiu a marca de 80 mil doadores cadastrados no Redome. “Estabelecer um protocolo para realização de campanhas é fundamental para otimizar as iniciativas. Somos procurados por empresas, faculdades, igrejas e associações e encaminhamos suas propostas ao

“Regulamentar as campanhas de captação de doadores é uma atividade estratégica para otimizar o atendimento a pacientes com indicação para transplante de medula óssea”.

LUIS FERNANDO BOUZAS, coordenador do Redome.

INCA, que, após aprovar o projeto, acompanha todo o seu desenvolvimento, desde o planejamento até a operacionalização da campanha, passando pela divulgação”, explica a diretora técnica do Hemocentro de Goiás, Lorena Bernardes Arroyo.

O Rio Grande do Norte é outro exemplo. “As diretrizes e orientações do INCA conduzem à melhor organização das campanhas, priorizando locais e perfis genéticos ainda não contemplados pelo Redome”, avalia o biomédico Glauco Willcox, diretor técnico do Laboratório de Histocompatibilidade do Grupo Hemovida, de Natal (RN).

“Novas campanhas têm sido solicitadas para o Rio Grande do Norte, o que é fundamental para a sensibilização da população sobre o tema e o incremento do cadastro de doadores voluntários dessa região”, informa.

CONFIABILIDADE E FIDELIZAÇÃO

De acordo com o INCA, 70% dos pacientes com indicação para transplante de medula óssea não encontram doador na família e dependem de voluntários. A estimativa brasileira para 2011 é de 10 mil novos casos de leucemia, dos quais de 50% a 60% receberão indicação para o procedimento. Nesse cenário, ter uma ferramenta capaz de armazenar, identificar e localizar doadores voluntários é imprescindível.

O Redome é o terceiro maior registro de doadores de medula óssea do mundo. Em janeiro de 2011, somava 2 milhões de cadastros. “Administrar esse enorme banco de dados não é tarefa trivial. O fracasso no contato com o voluntário cadastrado gera desperdício de recursos, retrabalho e é um sinal de que o registro não funciona corretamente”, alerta Bouzas. Para evitar esse tipo de desfecho, o Redome investe na comunicação com hemocentros, laboratórios e voluntários cadastrados. Bouzas destaca o cartão do doador, o envio regular de correspondência e o boletim eletrônico MedulaNET, destinado aos hemocentros. Este ano, foi criado um formulário virtual (www.inca.gov.br/doador) dentro do portal do INCA, através do qual os doadores podem atualizar seus dados cadastrais. Até então, a atualização era feita apenas por telefone.

O Programa de Fidelização de Doadores, da Associação da Medula Óssea (Ameo), foi a solução para a Santa Casa de São Paulo aprimorar o contato com os voluntários cadastrados. Mensalmente, 10 mil cartões do doador são enviados, para lembrar os participantes de sua responsabilidade. “É preciso manter as pessoas constantemente informadas, para que elas estejam atentas ao compromisso que assumiram e possam cumpri-lo”, sugere a hematologista Carmen Vergueiro, presidente da Ameo.

A interação público-privada também tem sido crucial para garantir a confiabilidade do Redome. A promoção de campanhas de comunicação para o público interno de grandes empresas - com palestras de profissionais, produção e distribuição de material informativo - estimula o cadastro de profissionais bem informados e comprometidos. Entre 2005 e 2008, as campanhas promovidas pela mineradora ArcelorMittal estimularam o cadastro de 45 mil voluntários em Minas Gerais. Também em 2005, a Telmar, atual Oi, promoveu atividades em Teresina, Fortaleza, São Luís e Manaus, conquistando 9 mil novos cadastrados.

No Rio, também promoveram campanhas instituições como Petrobras, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Embratel e TV Globo, entre muitas outras. O esforço conjunto e permanente para aumentar o número de doadores voluntários bem informados no Redome faz com que o índice de indisponibilidade do Redome seja pequeno. Em 2010, 12% dos voluntários contatados não foram encontrados. Nos Estados Unidos, onde se concentra o maior registro de doadores de medula óssea do mundo, com 7,5 milhões de cadastros, este índice chega a 70%. ■

Racionalizar para salvar vidas

Criar mecanismos e ações que melhorem a segurança do paciente. Com essa proposta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou, em 2005, a Aliança Internacional para Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação, entre elas o desenvolvimento de soluções para a segurança do paciente. O objetivo é que hospitais de todo o mundo adotem uma série de protocolos a serem aplicados antes, durante e após as cirurgias, reduzindo a margem de erros em medicina, tanto em relação à administração de medicamentos como no que diz respeito aos procedimentos realizados nos centros cirúrgicos.

Essas seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente são soluções cuja finalidade é promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência: identificar os pacientes corretamente (Meta 1); melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência (Meta 2); melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (Meta 3); assegurar cirurgias com local de intervenção correto,

procedimento correto e paciente correto (Meta 4); reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde (Meta 5); e reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas (Meta 6).

Estima-se que 234 milhões de cirurgias importantes sejam realizadas em todo o mundo a cada ano, o que corresponde a uma operação para cada 25 pessoas. Anualmente, cerca de 60 milhões de pessoas passam por tratamento cirúrgico devido a lesões traumáticas, e 31 milhões por tratamento



de neoplasias. Os dados estão no relatório de 2008 da OMS sobre segurança do paciente.

A falta de acesso aos cuidados de elevada qualidade cirúrgica ainda continua a ser um problema significativo em muitas partes do mundo. Especialistas internacionais revelaram que ocorrem cerca de 195 mil mortes por ano nos Estados Unidos devido a erros que poderiam ser prevenidos, principalmente aqueles referentes a erros de medicação e a eventos sentinela (ocorrência inesperada ou risco envolvendo óbitos, lesões físicas ou psicológicas sérias) ocasionados por falhas nas distintas fases do gerenciamento e uso de medicamentos.

De acordo com Edmundo Ferraz, um dos coordenadores do programa Cirurgia Segura junto à Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), desde 2007 existe todo um esforço para a redução da incidência de infecção no centro cirúrgico, que automaticamente se associa à redução da mortalidade. No Brasil, segundo ele, que também é professor da Universidade Federal de Pernambuco, tem-se observado grande adesão das instituições de saúde. “O Ministério da Saúde e a OPAS têm comandado isso de perto. O Instituto Nacional de Câncer (INCA), por exemplo, é um lugar muito bom e eficiente para mensurarmos e compararmos com os hospitais que estão fazendo isso”, avalia.

Quanto a essas metas chegarem a ser realidade nos hospitais brasileiros, o coordenador acredita que esse futuro não está muito longe. “Acredito que não haja nenhum empecilho para estabelecer um programa e começá-lo. Imagino que isso vá ser feito num grande número de hospitais, particularmente nos públicos”, opina, acrescentando que o processo de acreditação será extremamente importante para que esse processo ocorra. “Precisamos estar preparados para essa mudança de mentalidade. É realmente necessária uma mudança de comportamento, de atitude, de qualificação e treinamento para as metas se tornarem realidade”, completa.

Para Heleno Costa Jr., coordenador de Educação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), representante exclusivo da Joint Commission International (JCI) no Brasil, a acreditação tem total importância na implementação dessas diretrizes, uma vez que todo o seu escopo, no caso da metodologia da JCI, vem ao encontro das principais campanhas e iniciativas desenvolvidas com a OMS. “A JCI é o principal parceiro do Centro Colaborador de Segurança do Paciente, implantado pela OMS, para elaborar e desenvolver essas diretrizes de segurança em todos

“Existe todo um esforço para a redução da incidência de infecção no centro cirúrgico, que automaticamente se associa à redução da mortalidade.”

EDMUNDO FERRAZ, coordenador do programa Cirurgia Segura, da OPAS

os países-membros da organização. Portanto, todos os padrões utilizados pela JCI em seus manuais internacionais têm alinhamento com essas diretrizes e são aplicáveis em todos os países onde a JCI atua, incluindo o Brasil”, explica.

No que se refere aos hospitais acreditados pelo CBA/JCI, explica Costa, através de indicadores de monitoramento dos programas de cirurgia segura e de dados divulgados em eventos específicos da área, a melhoria inicial observada gira em torno de 50% a 60%. “Esse percentual se explica pelo fato de que os hospitais não têm, antes de iniciar o processo de acreditação, quaisquer protocolos ou ações relacionados à cirurgia segura. Quando os padrões da acreditação passam a definir os requerimentos específicos, os hospitais implementam programas estruturados para garantir a cirurgia segura e, dessa forma, os índices de conformidade tendem a crescer progressivamente, alcançando, em média, os percentuais citados acima”, diz.

Todos os anos, a Aliança Internacional para a Segurança do Paciente organiza programas que abrangem sistêmica e tecnicamente aspectos para melhorar a segurança dos doentes em todo o mundo. Um elemento central do trabalho da aliança é a formulação do Global Patient Safety, cujo desafio é, a cada dois anos, formular e estimular o compromisso global e ações que abranjam uma das metas de segurança do paciente. O primeiro desafio, em 2006, foi focado na infecção associada aos cuidados de saúde, enquanto a cirurgia segura foi o tema escolhido para a segunda Global Patient Safety Challenge, em 2008.

METAS SEGURANÇA DO PACIENTE:

Quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Internacional para a Segurança do Paciente, em 2005, identificou seis áreas de atuação, entre elas o desenvolvimento de soluções para a segurança do paciente. Essas seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente são soluções cuja finalidade é promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência.

Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente. O objetivo é evitar falhas no processo de identificação dos pacientes, que podem causar erros graves, como a administração de medicamentos e cirurgias em pacientes “errados”. Recomenda-se utilizar pelo menos, duas formas de identificação do paciente, por exemplo, nome completo e conferência da pulseira de identificação.

Meta 2 - Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência, certificando-se de que o profissional que recebeu uma ordem verbal ou telefônica tenha compreendido todas as orientações. A finalidade é diminuir erros de comunicação entre os profissionais da assistência que possam causar danos aos pacientes.

Meta 3 - Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (high-alert medications). A ideia é que sejam adotadas práticas que garantam a utilização correta de medicações classificadas como de alto risco, como as soluções de eletrólitos em altas concentrações para uso endovenoso.

Meta 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto. A aplicação de um checklist antes e após a cirurgia corrige falhas e erros previsíveis, que ocorrem decorrentes de falhas na comunicação e na informação.

Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde. A OMS estima que entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem uma ou mais infecções. Uma estratégia simples, de baixo custo e alto impacto, é o correto e permanente ato de higienizar as mãos, que deve ser executado por todos os profissionais de saúde.

Meta 6 - Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas. Alteração do estado mental, distúrbio neurológico, prejuízo do equilíbrio, déficit sensitivo, queda anterior, urgência urinária ou intestinal, medicamentos que alteram o sistema nervoso central, e pacientes infantis ou com idade superior a 60 anos são fatores que podem contribuir para o risco de quedas. A equipe multidisciplinar deve reconhecer as situações de risco, colaborar na orientação dos pacientes e acompanhantes e adotar medidas para prevenir a ocorrência de quedas. Avaliar o paciente quanto ao risco de queda e registrar no prontuário diariamente, além de intensificar a atenção aos pacientes que estão em uso de sedativos, são algumas das medidas de prevenção.

CIRURGIA SEGURA SALVA VIDAS

Dados da OMS estimam que 7 milhões de procedimentos - entre 234 milhões de cirurgias realizadas por ano em todo o mundo - resultam em complicações - 50% destas evitáveis. Ou seja, em torno de 3,5 milhões de pessoas passam desnecessariamente por dificuldades pós-operatórias. Uma das propostas do programa Segurança do Paciente é o Cirurgia Segura Salva Vidas, cujo objetivo é melhorar os índices de segurança das cirurgias por meio da adoção de um *checklist*, realizado em três etapas: antes da in-

dução anestésica, antes do momento da incisão e antes de o paciente deixar a sala de cirurgia. A ideia é que sejam corrigidas falhas e erros considerados previsíveis, decorrentes de falhas na comunicação e na informação.

O programa tem sido implementado em hospitais no mundo inteiro e, no Brasil, desde 2008, no Instituto Nacional de Câncer (INCA). A primeira unidade a implementar o programa, há três anos, foi o Hospital do Câncer II, especializado no tratamento do câncer



ginecológico. Dois anos depois, foi a vez do Hospital do Câncer I, a mais complexa unidade do instituto, responsável pelo tratamento de todos os tipos de câncer, à exceção dos ginecológicos e os de mama. “Estamos desenvolvendo o mesmo trabalho no Hospital do Câncer III, voltado para o câncer de mama. Embora a unidade ainda não tenha a certificação do processo de cirurgia segura, já aplica o método em função do tipo de operação realizado”, explica Mario Luiz Ferreira, assistente da Assessoria de Gestão da Qualidade do INCA.

Em dois anos, o Hospital do Câncer II contabiliza um saldo positivo. De acordo com Mario Luiz, desde a implementação do checklist, nenhum caso de erro médico em cirurgias foi registrado. “Algumas práticas e rotinas que não se faziam antes, hoje estão sendo feitas. Adotar o *checklist* é fundamental, porque obriga a equipe a verificar todos os pontos que podem gerar problemas em um ato cirúrgico”, alerta o especialista.

“Quando os padrões da acreditação passam a definir os requerimentos específicos, os hospitais implementam programas estruturados para garantir a cirurgia segura.”

HELENO COSTA JR., coordenador de Educação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)

O roteiro que a OMS e cada unidade do INCA adotam atenta para pontos importantes, como identificação do paciente, assinatura do consentimento de cirurgia, necessidade de administração de antibiótico antes da cirurgia, exames e prontuário disponíveis na sala de cirurgia, indicação de alergia e identificação do local correto onde será realizada a intervenção.

No Hospital do Câncer I, onde o programa foi implementado em 2010, além dos diversos mecanismos de segurança, em razão da característica do hospital, existe um diferencial na abordagem dos pacientes e dos níveis de prioridade. “Trata-se da unidade mais complexa do INCA, pois integra diversas clínicas e especialidades”, esclarece José Adalberto Oliveira, chefe da Divisão Cirúrgica e vice-diretor do HC I. Por conta disso, a unidade criou processos normatizados, que tornam acessível para todo o hospital todas as normas e procedimentos operacionais, determinando como cada atividade deve ser realizada. “Na área de segurança do paciente, há várias etapas: identificação, administração de medicamentos, controle de cirurgias seguras, etapa de comunicação, pesquisa e controle dos eventos adversos e eventuais

“Na área de segurança do paciente, há várias etapas: identificação, administração de medicamentos, controle de cirurgias seguras, etapa de comunicação, pesquisa e controle dos eventos adversos e eventuais falhas.”

MARIO LUIZ FERREIRA, assistente da Assessoria de Gestão da Qualidade do INCA.

falhas”, detalha. “Existem várias comissões de controle - comissão de prontuário, de óbito, de ética, de pesquisa. Então, o acervo de controle de qualidade e segurança é muito grande”, informa José Adalberto.

Além do programa Cirurgia Segura Salva Vidas, as unidades do INCA utilizam outras ações preconizadas pela OMS para garantir a segurança do paciente. Um exemplo é o controle dos medicamentos, que começa na prescrição, passa pela Divisão de Farmácia, até chegar à enfermaria, que verifica se o que está sendo dispensado corresponde ao que foi prescrito. Outro cuidado diz respeito à administração da medicação, para garantir a aplicação do medicamento adequado, no paciente correto e na hora certa.

“Quanto mais atentos estivermos para essa realidade de controle e cuidado, menor será a chance de erros e de complicações”, observa José Adalberto. Desde que o programa foi implementado, a gerência de risco da instituição vem observando aumento no índice de segurança do paciente. “Estamos infinitamente abaixo dos índices externos de complicação e dentro do que a literatura mundial estabelece como plausível”, completa o vice-diretor do HC I.

No Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, a adoção do *checklist* em 2010 vem resultando numa importante redução do uso indiscriminado de antibióticos. “Eu diria que diminui mais do que 50% o uso de antibióticos por mais de 24 horas. No *checklist*, existe um compromisso de suspender o an-



tibiótico com 24 horas, quando é uma cirurgia limpa, evitando que se crie resistência”, afirma Antonio Luiz de Vasconcelos Macedo, presidente do Conselho de Oncologia do hospital.

Nas cirurgias oncológicas realizadas no hospital paulista, um dos protocolos adotados com a implantação do programa Cirurgia Segura Salva Vidas é o de deixar disponíveis todos os exames de imagem dos pacientes durante o procedimento, para serem utilizados como guia pelos médicos. “Essas informações são preciosas: funcionam como um GPS, que pode garantir a remoção completa do tumor sem a remoção desnecessária de tecidos saudáveis”, descreve Macedo. “Muitas vezes, um radiologista integra a equipe cirúrgica, para realizar uma ultrassonografia durante a cirurgia e estudar a relação do tumor com os vasos sanguíneos, bem como a sua extensão e se há alguma invasão não detectada”, exemplifica.

Com esses cuidados, as cirurgias se tornaram mais rápidas, reduzindo o tempo anestésico e, consequentemente, o período de internação na UTI. “A área oncológica é crítica, por se tratar de uma cirurgia muito delicada e perigosa”, aponta Macedo. Com a redução do tempo cirúrgico e do sangramento intraoperatório, que já é mapeado por exames antes da cirurgia, o resultado é uma cirurgia mais bem dirigida e mais segura. O resultado tem sido tão satisfatório que o Hospital Israelita Albert Einstein tem como meta colocar na sala cirúrgica aparelhos para a realização de



exames de ressonância magnética, tomografia e ultrassonografia. A ideia é que, logo após a retirada do tumor, seja feito um ultrassom para verificar se sobrou algum resíduo do tecido canceroso ou se, durante o procedimento, houve dano que precise ser corrigido.

Wilson Pollara, do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, onde o programa de cirurgia segura foi implementado há um ano, conta que, além de adotar as recomendações “paciente certo, cirurgia certa e equipe certa”, foram criadas pequenas particularidades, como o quadro de avisos dentro da sala de cirurgia, enumerando o nome do paciente e do cirurgião, o procedimento a ser realizado e as alergias do paciente, como mais uma forma de auxiliar a realização do *checklist*. “De maneira geral, o programa é muito semelhante ao que a OMS preconiza. Essas medidas são essenciais, sobretudo em hospitais de câncer, onde há retirada de órgãos, e em hospitais públicos, onde o movimento intenso de pacientes propicia o erro”, considera Pollara.

Desde 2008, o INCA já realizou quatro fóruns sobre segurança do paciente, promovidos pelo Núcleo de Desenvolvimento Tecnológico e Terapêutico do Hospital do Câncer I. Os resultados dessas discussões vêm produzindo ações positivas, como a reflexão sobre a questão do erro médico, assim como na identificação e comunicação dos eventos. “Esses fóruns se desdobram para dentro do INCA, por meio de comissões de controle. E quando os

eventos são identificados e comunicados, desenvolvemos uma trajetória para apurar o evento”, explica José Adalberto.

“Os fóruns abordam também outros aspectos, como a segurança do paciente, e acabam sendo espaços de reflexão e levantamento literário e de experiências compartilhadas com outras instituições, já que ali são apresentadas nossa realidade e as observações das realidades de outras instituições”, diz o médico.

Como tudo o que é novo, a maior barreira nas instituições ainda tem sido sensibilizar as equipes a adotarem os protocolos. “Ainda mais quando as pessoas acham que é burocracia, exagero”, avalia Mario Luiz. Para garantir o sucesso do programa no INCA, foi distribuído folheto educativo e informativo sobre as metas internacionais, seguido de um trabalho diário dentro dos centros cirúrgicos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE CRIA CENTRO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Com o objetivo de aprimorar as práticas de saúde e aperfeiçoar o cuidado ao paciente, o Centro Colaborador do Ministério da Saúde para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Pró-Qualis) investiu em informação e comunicação. Com essa estratégia, liderada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict), da Fiocruz, a iniciativa visa facilitar o acesso de gestores, profissionais, pacientes e de todos os cidadãos brasileiros ao conhecimento científico e às novas tecnologias na área da saúde.

Desenvolvido em parceria com a Biblioteca Regional de Medicina da Organização Pan-americana de Saúde (Bireme/Opas), o portal está disponível desde julho de 2009 e, a partir deste ano, deverá conduzir o aperfeiçoamento tecnológico, a manutenção e a gestão da ferramenta.

Segundo a coordenadora geral do Pró-Qualis, a pesquisadora Cláudia Travassos, disponibilizar informação qualificada e atualizada para todos os envolvidos na dinâmica de cuidado ao paciente é fundamental para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Para ela, além de subsidiar a atuação dos profissionais por meio de informação científica relevante, a iniciativa contribui para a formulação de políticas públicas mais bem estruturadas e para o aprimoramento da gerência de risco em unidades de saúde.



“Quanto mais atentos estivermos para essa realidade de controle e cuidado, menor será a chance de erros e de complicações.”

JOSÉ ADALBERTO OLIVEIRA, vice-diretor do HC I

A seleção de experiências que deram certo e a possibilidade de divulgá-las para gestores e profissionais de saúde é outra ação estratégica que contribui para aperfeiçoar o cuidado. “É preciso disponibilizar o conhecimento científico para que ele seja adotado na prática pelos serviços de saúde, garantindo qualidade e segurança ao manejo do paciente”, avalia o coordenador executivo do portal Pró-Qualis, o médico Victor Grabois.

Para o coordenador adjunto do Pró-Qualis, o médico José Noronha, a iniciativa está alinhada à missão institucional do ICICT. “O programa trata essencialmente da identificação, organização e disseminação de informações em saúde, por meio de modernas tecnologias da informação e da comunicação”, ressalta.

O portal Pró-Qualis está organizado em duas grandes áreas: os subportais Informação Clínica e Segurança do Paciente. O primeiro, gerido em parceria com o Centro de Ciências da Saúde da UFRJ, aborda diretrizes clínicas pautadas por evidências científicas

que orientam profissionais de saúde sobre como promover o cuidado ao paciente. O subportal Segurança do Paciente é coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e reúne informações sobre práticas seguras e métodos para a capacitação de equipes, direcionadas para profissionais de saúde e gestores de hospitais. As informações estão organizadas em três eixos temáticos: Iniciativas Globais, Experiências Brasileiras e Medicamentos, que versa sobre a segurança no manejo de drogas.

Para viabilizar a divulgação de informações relevantes nas diferentes áreas do conhecimento que compõem o campo da Saúde Coletiva, o portal Pró-Qualis investe em um sistema de produção colaborativa de conteúdo. Cada seção temática é coordenada por um especialista, que recebe, avalia e seleciona o material a ser publicado. Participam da iniciativa a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o Instituto do Coração (InCor), o Hospital Israelita Albert Einstein, o Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a Universidade de São Paulo (USP), o Hospital Samaritano, o Hospital da Força Aérea do Galeão (HFAG) e o Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch.

O Pró-Qualis também disponibiliza artigos, diretrizes clínicas, protocolos, manuais, aulas, vídeos, notícias e outros materiais informativos relevantes para o público através do endereço www.proqualis.net. Essa seria uma forma de apoio do Brasil à Iniciativa Global para a Segurança do Paciente, protagonizada pela OMS, favorecendo a avaliação da qualidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). ■



14th World Congress of Cervical Pathology and Colposcopy - IFCPC

JULY 4 - 7, 2011 - Rio de Janeiro - Brazil

O Rio de Janeiro vai sediar o 14º Congresso Mundial de Patologia Cervical e Colposcopia, entre os dias 4 e 7 de julho. Durante o evento, 49 convidados internacionais e 47 convidados nacionais farão 151 apresentações, sendo 118 por convidados estrangeiros de 28 países. O Congresso vai acontecer no Windsor Barra, na Barra da Tijuca.

Prazo para temas livres, somente on line, até 6 de Maio de 2011. Antecipe sua inscrição e garanta valores promocionais. Consulte o site:

www.colposcopy2011.com.br

Promoção

Apoio



www.colposcopy.org.br



International Federation
for Cervical Pathology
and Colposcopy

www.ifcpc.org



www.inca.gov.br



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia
www.febRASCO.org.br



www.sogesp.com.br

Organização

Agencia de
Turismo Oficial

Transportadora Oficial



assistência

POUCO CONHECIDA NO BRASIL, DOENÇA TEM ELEVADAS CHANCES DE CURA, COM DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO ADEQUADO



Um câncer chamado linfoma

Os linfomas são um grupo de doenças pouco conhecidas, com causas e fatores de risco ainda indefinidos. Em 2009, atingiram quase 12 mil brasileiros e são responsáveis pela morte de 3 mil pessoas por ano no país, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA). Esse é um tipo de tumor maligno e tem origem em gânglios do sistema linfático, um importante componente do sistema imunológico envolvido na produção de células de defesa, chamadas linfócitos. Determinadas alterações genéticas – provocadas por motivos ainda desconhecidos – podem gerar a reprodução desordenada desses linfócitos, levando à ocorrência de linfomas. Apesar do tratamento eficaz, a doença é a quinta causa de morte por câncer no mundo.

O crescimento da incidência de linfomas na população mundial alerta para a importância do diagnóstico precoce – que aumenta as chances de cura e confere maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos pacientes. Os linfomas são classificados em dois grupos principais: de Hodgkin e Não-Hodgkin. O primeiro, mais comum em pessoas entre 15 e 40 anos, afeta células do sistema imunológico responsáveis por defender o organismo de infecções por bactérias, vírus, fungos e outros agentes patogênicos.

O linfoma de Hodgkin surge quando um linfócito sofre uma alteração em seu DNA, transformando-se em uma célula maligna, capaz de crescer descontroladamente e disseminar-se para tecidos

“O diagnóstico precoce é essencial para garantir o sucesso do tratamento. Por isso, ao apresentar crescimento contínuo de gânglios, por um período superior a 20 dias, é recomendável procurar orientação médica”

GUILHERME PERINE, hematologista.

próximos, podendo atingir outras partes do corpo. Os linfomas não-Hodgkin incluem mais de 40 formas da doença e vêm-se tornando cada vez mais comuns em pessoas com mais de 60 anos, por motivos ainda não esclarecidos. Podem ser indolentes (de baixo grau de agressividade) ou agressivos – e de crescimento rápido.

O hematologista Guilherme Perine, do Hospital Israelita Albert Einstein, explica que os sintomas são basicamente os mesmos para todos os tipos da doença: aumento dos gânglios, que podem estar localizados no pescoço, virilha, axilas, pelve, abdome e tórax; perda de peso; febre e sudorese noturnas. A diferenciação dos tipos de linfoma, fundamental para a prescrição adequada do tratamento, é feita por biópsia e por análise de amostras de tecido.

O hematologista alerta que não há medidas para prevenir a ocorrência de linfomas, além da manutenção de hábitos de vida saudáveis, pois ainda não foram estabelecidos fatores de risco associados ao desenvolvimento da doença. “O diagnóstico precoce é essencial para garantir o sucesso do tratamento. Por isso, ao apresentar contínuo crescimento de gânglios, por um período superior a 20 dias, é recomendável procurar orientação médica”, sinaliza Perine.

Nos últimos anos, os linfomas tornaram-se mais conhecidos pela população, devido a personalidades que tornaram público o enfrentamento

da doença, como a presidente Dilma Rousseff e a autora de novelas Glória Perez. No entanto, pesquisa do Instituto DataFolha divulgada em 2009 revela que metade dos brasileiros nunca teve acesso a informações sobre a doença e que 71% das pessoas que já ouviram falar sobre linfomas não conhecem os seus sintomas. A conscientização da população sobre o tema é um dos objetivos da Associação Brasileira de Leucemia e Linfoma (Abrale), que promove a campanha Se Toca, no Dia Mundial de Conscientização sobre Linfomas, 15 de setembro. A edição de 2010 foi protagonizada pela atriz Drica Moraes, vítima de leucemia, com o slogan *Se toca. Quanto antes você descobrir, melhor*. A iniciativa informa os sintomas da doença e esclarece a importância do diagnóstico precoce e as formas de tratamento.

Perine informa que três tipos de terapia podem ser administrados no tratamento de linfomas. “A quimioterapia é a primeira linha de tratamento, indicada a quase todos os pacientes. Dependendo do estadiamento da doença, os linfomas de Hodgkin tratados com quimioterapia podem atingir até 90% de chances de cura”, esclarece o especialista. Perine ressalta que outros tipos da doença, com característica celular específica, podem ser tratados com uma nova droga - um anticorpo monoclonal que, associado à quimioterapia, multiplica as chances de cura. A terceira modalidade terapêutica, indicada a pacientes que voltam a apresentar a doença após um longo período, é o transplante autólogo de medula óssea, feito com células do próprio paciente.

O promissor tratamento com o novo medicamento tem gerado polêmica na saúde pública brasileira. Até o ano passado, a droga não estava disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e o acesso ao medicamento era restrito aos pacientes da rede suplementar de saúde. Em agosto de 2010, o Ministério da Saúde aprovou a inclusão de nove novos procedimentos e medicamentos para a atenção oncológica no SUS, incluindo o rituximab. Atuante no controle social de políticas públicas que envolvem o controle e o tratamento dos linfomas, a Abrale participou da reivindicação por essa medida e desenvolve um trabalho de *advocacy*, promovendo a defesa da causa nas instâncias governamentais competentes.

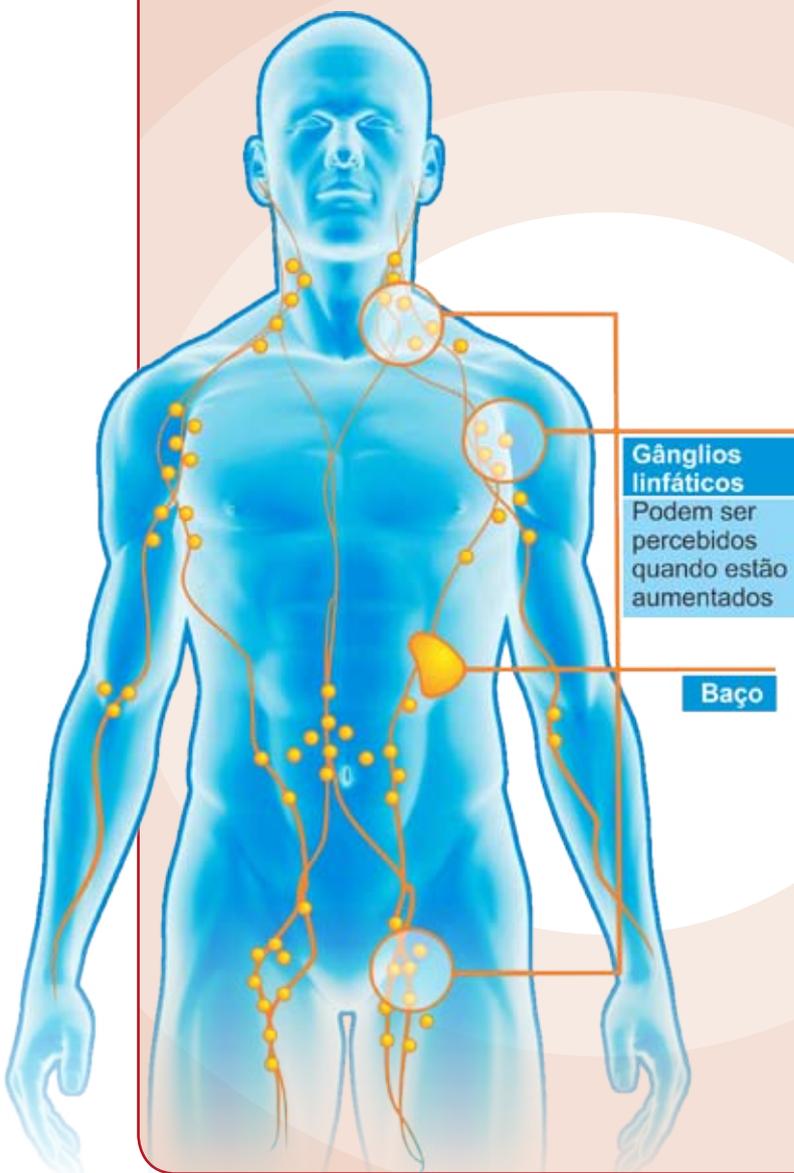
A advogada Sylvie Boechat, gerente de apoio ao paciente e defesa de políticas públicas da Abrale, conta que a entidade protagoniza a elaboração de documentos e abaixo-assinados da sociedade

civil para a disponibilização de medicamentos e procedimentos de alta complexidade no SUS. “O acesso ao tratamento dos linfomas é prejudicado pelo alto custo dos medicamentos, muitas vezes disponíveis somente na rede privada de saúde. Orientamos os pacientes a buscarem na Justiça o direito à vida e à saúde, garantidos pela Constituição Federal. As ações judiciais geralmente são favoráveis ao paciente e possibilitam o tratamento”, defende Sylvie.

A advogada reconhece que a recente inclusão de novos procedimentos e medicamentos no SUS significa um avanço importante na área, mas destaca que muito ainda precisa ser feito. “Agora, o medicamento é liberado na rede pública somente para pessoas com um determinado tipo de linfoma. Outros pacientes ainda precisam recorrer à Justiça ou à rede privada de saúde para receber o melhor tratamento”, expõe Sylvie.■

O SISTEMA LINFÁTICO

O sistema linfático faz parte da defesa natural do organismo contra infecções. É composto por inúmeros gânglios linfáticos, conectados entre si pelos vasos linfáticos.



GÂNGLIOS LINFÁTICOS

São glândulas do tamanho de um grão de feijão, que podem ser encontradas em todo o corpo. Os gânglios linfáticos funcionam como filtros, retirando da circulação restos de células que passam por eles.

Localização: os gânglios linfáticos acumulam-se em áreas como pescoço, axilas, peito, abdome e virilha. Internamente, são encontrados, sobretudo, no tórax e abdome. As amígdalas, o fígado e o baço também fazem parte do sistema linfático.

LINFÓCITOS

São tipos de glóbulo branco. Acumulam-se nos gânglios linfáticos.

VASOS LINFÁTICOS

Conectam os gânglios. Contêm linfa, um fluido claro que circula pelo corpo e transporta as células chamadas linfócitos.

Se, por exemplo, você tem dor de garganta, poderá notar que os gânglios do seu pescoço poderão estar aumentados. Isso é um sinal de que seu organismo está combatendo a infecção.

LINFOMAS

Por motivos ainda desconhecidos, em algum momento os linfócitos começam a multiplicar-se e a crescer de forma desordenada, dando origem a um tipo de câncer denominado linfoma. Podem espalhar-se por meio do sistema linfático para muitas áreas do organismo e circular no sangue.



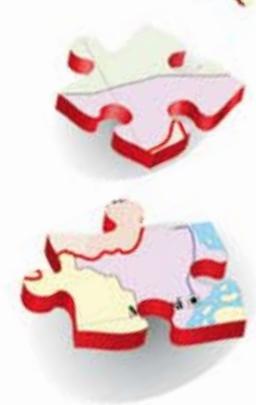
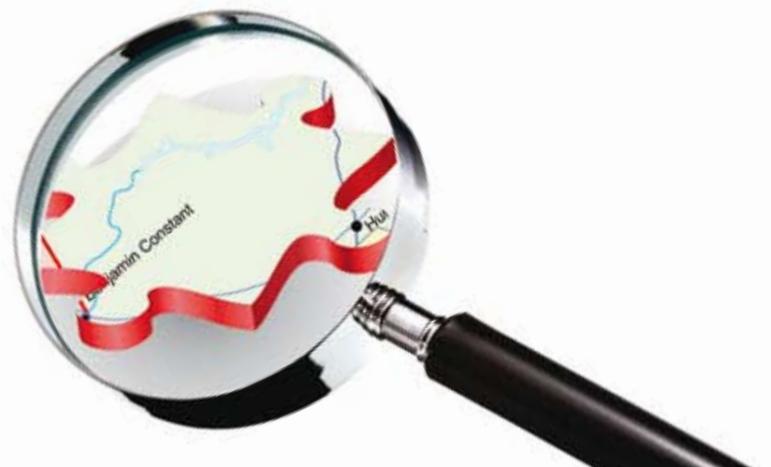
rede

MAPEAMENTO DA INCIDÊNCIA DE CÂNCER NO BRASIL SUBSIDIA AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA DOENÇA NO PAÍS

CONHECER PARA ENFRENTAR

O câncer é uma doença multifatorial, com centenas de formas de apresentação clínica e muitas peculiaridades. Entender como diferentes tipos de câncer se comportam em cenários distintos é crucial para o planejamento de políticas e ações para o enfrentamento da doença. Em um país tão grande e diverso como o Brasil, esse desafio se torna ainda maior. Para superá-lo, é preciso conhecer o perfil do câncer na população, em cada região geográfica. Esse é o trabalho dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBPs), coordenados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), que há 20 anos investigam a ocorrência de novos casos da doença para compor um mapa da incidência de câncer no Brasil.

Diferentemente das doenças de notificação compulsória, como a dengue, cuja ocorrência é informada obrigatoriamente para as secretarias estaduais ou municipais, as informações sobre novos casos de câncer estão dispersas. O paciente pode ser atendido no consultório de um dermatologista, fazer uma biopsia que identifique um câncer de pele em estágio inicial e ser tratado ali mesmo. Um outro



“As informações reforçam a necessidade de intensificar ações de prevenção na Região Norte, onde o câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres”.

CLAUDIO NORONHA, coordenador-geral de Ações Estratégicas.

tipo de tumor em estágio avançado poderá ser registrado numa clínica ou através de um exame laboratorial, como o citopatológico do colo do útero (papanicolaou) ou de sangue oculto nas fezes (sintoma de um possível câncer de intestino).

Como há muitos tipos de tumor, com formas de identificação diversas, os profissionais dos Registros de Câncer precisam buscar as notificações dos casos e verificar cada informação para não haver duplicidade de registro. A partir do cadastro de estabelecimentos de saúde de cada município, são investigados hospitais especializados, clínicas, laboratórios, casas de apoio e asilos. Também são fontes de dados outros Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, como o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e os Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM), do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e do Câncer de Mama (Sismama).

Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBPs) operam como uma rede e estão localizados nas principais capitais do país. São centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de novos casos de câncer em uma determinada área de cobertura. A consolidação dessas informações produz um retrato bastante fiel do perfil epidemiológico da doença no país, como mostra o quarto volume da série Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Base Populacional, publicado em novembro de 2010. A publicação apresenta informações de 17 registros, referentes ao período de 2000 a 2005, que permitem avaliar o impacto de ações desenvolvidas na última década e propor novas estratégias de enfrentamento do câncer.

A supervisora de programas de controle de câncer da Divisão de Informação da Coordenação

de Prevenção e Vigilância (Conprev), do INCA, a estatística Marcell Santos, explica que a presença dos RCBPs, pelo menos nas principais capitais, é estratégica para mapear e compreender as disparidades da doença no país. “O perfil do câncer é totalmente diferente em cada região do Brasil. A atitude de um gestor de saúde do Norte não pode ser a mesma de um gestor de saúde do Sul”, explica. “No Norte, os principais desafios são os tumores do colo do útero e do estômago; no Sul, as prioridades são os cânceres de mama e de pulmão”, observa.

Além de subsidiar a elaboração de novas políticas públicas de saúde, as informações dos RCBPs são importantes para a avaliação de ações desenvolvidas no passado. Entre as informações da última publicação, Marcell destaca o resultado das ações para prevenção do câncer do colo do útero. “Nas localidades onde as ações para prevenção do câncer de colo do útero foram implementadas há mais tempo, já é possível perceber o aumento de casos de câncer do colo do útero *in situ*, isto é, diagnosticados em fase inicial, e uma tendência à redução do índice de tumores invasivos”, destaca. “Essa conquista é resultado do Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero”, afirma Marcell. O programa começou como projeto piloto em 1997 e foi intensificado em campanhas realizadas nos anos de 1998 e 2002.

Em Fortaleza, a série histórica compilada desde a década de 1990 também aponta correlação entre a incidência de câncer do colo do útero e o desenvolvimento de ações de prevenção. Para a médica Miren Uribe, coordenadora do RCBP de Fortaleza, as informações de fato sugerem o impacto positivo do Programa Viva Mulher. “Até 2001, foi verificado o aumento dos carcinomas *in situ* e a redução de tumores invasivos – o que pode estar associado ao maior número de diagnósticos precoces”, analisa. A partir de 2002, os dois tipos apresentam tendência à redução. A pesquisadora teme que a queda no registro de casos em estágio inicial resulte na identificação tardia de tumores avançados nos próximos anos.

As informações apontadas pelos RCBPs reforçam as recomendações do Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero, lançado em novembro de 2010. “As informações apontam a necessidade de intensificar ações de prevenção na Região Norte, onde o câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres”, afirma Cláudio Noronha, coordenador geral de Ações Estratégicas do INCA. O plano tem como meta reduzir em 70% a incidência de câncer do colo do útero naquela região nos próximos dez anos.

Os registros brasileiros seguem padrão internacional, definido pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, na sigla em inglês), ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS). “A publicação mais recente da IARC, intitulada *A Incidência de Câncer nos Cinco Continentes - CI5*, vol. IX, é referente ao período 1998-2002”, informa Marcell dos Santos. Essa defasagem de tempo na divulgação das informações dos Registros não compromete o olhar sobre a epidemiologia do câncer no Brasil. “O câncer é uma doença crônica e sem perfil de epidemia. É muito provável que as taxas registradas há cinco anos sejam bem próximas do quadro atual. O mais importante é observar as séries temporais de novos casos, para desenvolver estudos de tendências”, esclarece a supervisora.

Os Registros de Câncer de Base Populacional também são peças-chave para o cálculo da Estimativa da Incidência de Câncer - previsão do número de novos casos da doença na população, em um determinado período de tempo. “A estimativa oferece uma informação pontual para planejamento de gestão em um período específico. Com os RCBPs, tem-se acesso ao histórico e às tendências da incidência de câncer no país. São informações complementares, essenciais para o enfrentamento estratégico do câncer”, contextualiza Marcell.

POR DENTRO DOS RCBPs

Os Registros Hospitalares de Câncer - que atuam nas unidades hospitalares e coletam informações detalhadas dos pacientes com diagnóstico confirmado de câncer - são o pilar para os Registros de Câncer de Base Populacional. “Como os sistemas dos dois registros são desenvolvidos pelo INCA, há compatibilidade entre as tecnologias utilizadas, para que seja possível exportar informações dos registros hospitalares para os de base populacional. Essa dinâmica otimiza o trabalho dos registradores e acelera a compilação das informações, conferindo mais atualidade a elas”, afirma Marcell. A especialista informa que o sistema está em fase de migração para uma plataforma web, que aprimorará a interface entre os diversos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Além de desenvolver e disponibilizar os sistemas de informação, o INCA é responsável por elaborar e distribuir manuais técnicos, traduzir material didático da IARC, promover o treinamento anual de registradores e capacitações descentralizadas, a partir da demanda das secretarias de saúde. O principal desafio ao funcionamento dos RCBPs no Brasil e na América Latina é a continuidade do trabalho, interrompido muitas vezes por falta de recursos e de profissionais especializados. Hoje, o Brasil tem 31

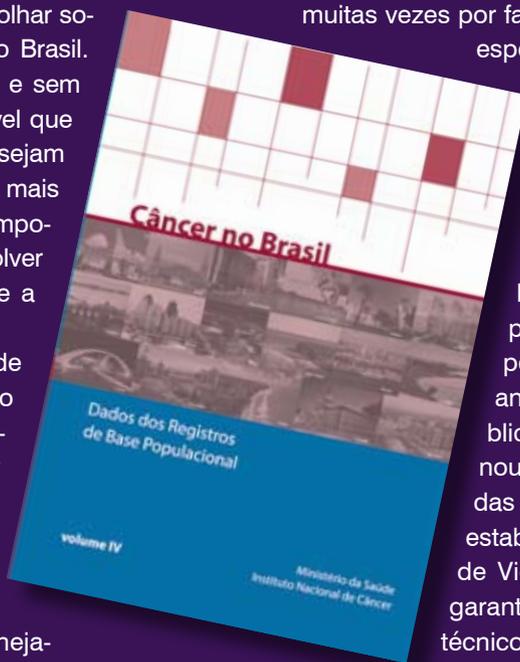
RCBPs em diferentes condições de funcionamento, sendo dois inativos e outros dois em fase de implantação.

Reconhecendo a importância da iniciativa, desde 2005 o Ministério da Saúde garante o repasse de recursos para os RCBPs, por meio de portarias renovadas anualmente. No fim de 2010, a publicação da portaria nº 3.662 destinou R\$ 1,422 milhão para o custeio das atividades dos RCBPs. A diretriz estabelece que o INCA e a Secretária de Vigilância em Saúde (SVS) devem garantir apoio, treinamento e supervisão técnico-operacional, monitoramento e avaliação dos RCBPs.

Para Miren Uribe, uma importante lacuna a ser preenchida é a profissionalização da função do registrador de câncer. “O ideal seria oferecer um curso profissionalizante na área. Além de aprimorar o treinamento e contribuir para a melhoria da qualidade dos registros, a formação profissional resultaria em melhores condições de trabalho e renda e, conseqüentemente, na permanência dos técnicos na função”, sugere.

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A expertise brasileira em RCBPs rendeu ao país cooperação técnica com o Canadá, para troca de informações e experiências na área. No fim de 2010, a delegação canadense esteve no INCA para conhecer o funcionamento dos RCBPs no Brasil. A expectativa é realizar ainda no primeiro semestre de 2011 um encontro técnico, para planejar ações conjuntas para o aprimoramento dos registros brasileiros e canadenses. ■



personagem

NEGUINHO DA BEIJA-FLORE CONTA COMO ENFRENTOU O CÂNCER DE INTESTINO COM PERSEVERANÇA, CORAGEM E ALEGRIA

Na cadência da vida

Uma das vozes mais conhecidas do carnaval brasileiro, Neguinho da Beija-Flor, intérprete da escola de samba Beija-Flor de Nilópolis desde 1976, emocionou o país quando descobriu que estava com câncer de intestino. Na época, prestes a se tornar pai da filha temporã com a sua companheira Elaine Reis, então grávida de sete meses, decidiu tornar pública sua história e comemorar a vida. Enfrentou

o tratamento e casou-se em plena Avenida Marquês de Sapucaí, a Passarela do Samba, na madrugada da segunda-feira de carnaval de 2009. A pequena Luiza Flor, já com cinco meses, acompanhou a cerimônia realizada por um juiz de paz pouco antes de Neguinho desfilar puxando o samba da azul-e-branca em cima do carro de som.

“O mais sensacional é que me casei diante de um milhão de

“Para enfrentar o câncer, é preciso estar envolvido apenas com sentimentos e experiências positivas”

telespectadores e de cerca de cem mil convidados”, disse à época Neguinho, que aproveitou as entrevistas para falar sobre a importância da prevenção do câncer.

A doença levou o cantor, nascido Luiz Antônio Feliciano Marcondes e desde 2008 rebatizado oficialmente como Luiz Antônio Feliciano Neguinho da Beija-Flor Marcondes, a diminuir o ritmo de trabalho, adiar planos profissionais e refletir sobre a vida. Hoje, Neguinho se diz uma pessoa de mais fé. Quando fala das motivações que o fizeram ter forças para enfrentar o tratamento, o intérprete, que assistiu ao parto de sua filha, cita a importância de se dedicar e dar valor às pequenas coisas da vida. “Fui operado no dia 23 de julho e minha filha nasceu no dia 15 de setembro. Para enfrentar o câncer, é preciso estar envolvido apenas com sentimentos e experiências positivas, como um casamento, o nascimento de um filho, a vitória do seu time de coração, estar com os amigos. Tudo isso ajuda a superar o período de tratamento”, avalia o cantor.

Perseverança, coragem e força para enfrentar e acreditar no tratamento e seguir todas as orientações médicas são as recomendações do músico. “Em aproximadamente um ano, fui submetido a uma cirurgia que retirou 40 centímetros do meu intestino, 53 sessões de radioterapia e 12 de quimioterapia”, relata. O cantor conta que o depoimento de pessoas que enfrentaram e superaram tumores ainda mais graves e que o relato de pacientes também famosos, como Ana Maria Braga, lhe deram força para continuar o tratamento.

A doença foi descoberta em junho de 2008, quando Neguinho da Beija-Flor tinha 58 anos. O cantor foi alarmado por um sangramento e levado pela mulher ao proctologista. “O médico detectou um tumor maligno de intestino, que já estava lá havia, pelo menos, dois anos”, conta o intérprete. Foi preciso operar o mais rápido possível. “O tumor dele é

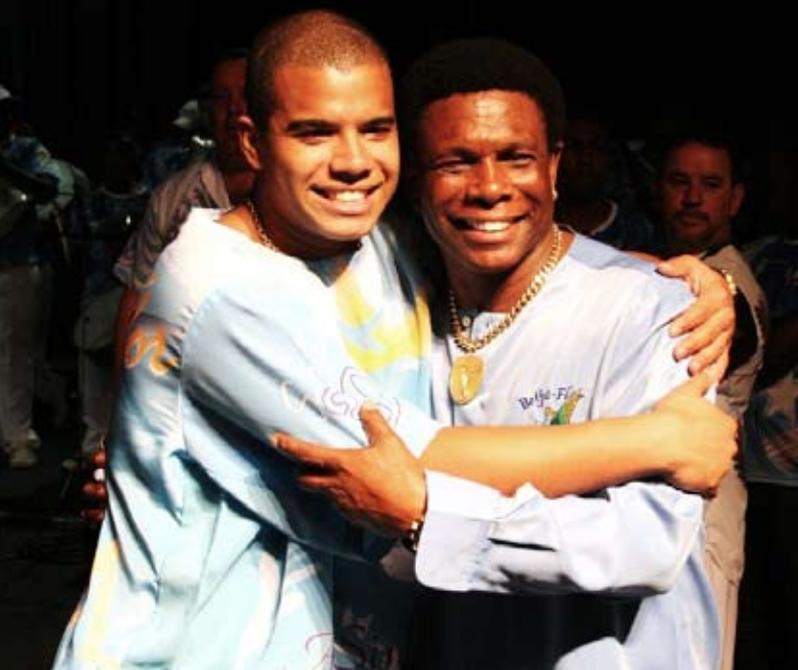


classificado como estágio 3, quando já ultrapassa a mucosa e vai até junto da parede do intestino, sem atingir órgãos vizinhos”, explica João de Aguiar Pupo-Neto, cirurgião colorretal que tratou Neguinho desde o início da doença.

O médico acompanhou o paciente na avenida. “Me emocionou muito o fato de Neguinho, ainda fazendo quimioterapia, sair na escola de samba. Fui no carro de som com ele e foi emocionante, porque toda a avenida o homenageou”, diz. “Ele teve muita coragem para fazer isso, dando todo o gás dele ali”, relembra Pupo-Neto.

Foram muitas as homenagens. Em fevereiro de 2009, o intérprete também recebeu o carinho da escola de samba Vila Isabel, que preparou uma festa para ele na quadra da agremiação. E foi às lágrimas durante um programa de TV gravado na Cidade do Samba, que reuniu sambistas como Arlindo Cruz, Beth Carvalho e Zeca Pagodinho.

Não é difícil imaginar o quanto a vida do cantor mudou após o diagnóstico. Neguinho da Beija-Flor reconhece que, durante o enfrentamento da doença, chegou a pensar que não cantaria mais na Marquês de Sapucaí. “O câncer é assustador. A palavra câncer é assustadora. Quando recebi o diagnóstico, meu mundo caiu, tombou. Pensei: vou morrer”, desabafa o cantor, que teve que cancelar shows no Brasil e na Europa por conta da doença. “Eu corria o risco de não poder cantar. Fui ao desfile oficial com o meu médico ao lado. Graças a Deus, tudo correu bem. Não



“O médico detectou um tumor maligno de intestino, que já estava lá havia, pelo menos, dois anos”

fui ao desfile das campeãs, porque meus médicos proibiram”, lembra.

Com a progressão do tratamento, Neguinho percebeu que, apesar da agressividade do câncer, havia esperança. O intérprete tornou pública a sua doença motivado por outras personalidades. “Me inspirei na experiência da Patrícia Pillar, uma pessoa pública, que serviu de exemplo para todos e contribuiu para a recuperação de muitos pacientes”, considera. E isso é o que vem acontecendo. Neguinho da Beija-Flor conta que, hoje, encontra pessoas que estão com a mesma doença e que perguntam sobre os sintomas. “É importante esclarecer, porque às vezes as pessoas são salvas sem precisar se submeter à cirurgia”, alerta o cantor.

Como não sentia dores ou nenhum outro sintoma, Neguinho da Beija-Flor acredita que tenha sido esse o motivo para o diagnóstico da doença já em estágio avançado. “Justamente por isso o câncer de intestino é traiçoeiro. Ele mata porque a pessoa não sente dor, não sente nada”, avalia.

A NOVA FASE DE NEGUINHO DA BEIJA-FLORE

Frequentemente, Neguinho concede depoimentos sobre sua experiência a emissoras de rádio e televisão. Nas ruas, é reconhecido por pacientes que afirmam tê-lo como exemplo de recuperação. “Já ouvi o relato de pessoas que reconheceram os sintomas do câncer de intestino ao assistirem às minhas entrevistas. Elas dizem: ‘Você salvou a minha vida, tenho certeza de que também vou me curar’. E isso é

muito bom”, declara o cantor, emocionado. Por duas vezes, o intérprete foi padrinho da campanha Laços de Esperança, promovida pela Associação Brasileira do Câncer e pela Associação Brasileira de Prevenção ao Câncer de Intestino.

Neguinho da Beija-Flor permanece em acompanhamento médico. Faz consultas regulares com o proctologista e é adepto da medicina ortomolecular. “Como não uso nenhum tipo de droga, álcool ou cigarro, isso ajudou muito”, avalia. E completa que segue à risca a recomendação médica de evitar carne de porco – sua única restrição alimentar.

Concluído o tratamento, Neguinho da Beija-Flor retomou a vida profissional, iniciada no bloco Leão de Iguazu, em 1970, com o lançamento do CD e DVD *Nos Braços da Comunidade – Ao Vivo*, gravado na quadra da Beija-Flor, em 2009. O projeto havia sido adiado pela doença e trouxe ao cantor novamente a alegria de viver. Sua agenda de shows no Brasil e na Europa voltou a ficar lotada. O compositor, que durante o tratamento chegou a cantar por apenas 20 minutos, porque se cansava com facilidade, acredita ter retomado o fôlego para soltar a voz na avenida por três horas seguidas. Tudo para ver sua Beija-Flor novamente campeã.

O Carnaval de 2011 trouxe novas emoções ao intérprete. Sua escola voltou a ganhar o título de campeã e, desta vez, tendo seu filho JR Beija-Flor como um dos compositores do samba-enredo em homenagem a Roberto Carlos. Alegria em dose dupla: além de cantar a composição do próprio filho, Neguinho da Beija-Flor homenageou um ídolo. Pai de quatro filhos e avô de quatro netos, aos 61 anos, 35 deles dedicados à Beija-Flor de Nilópolis, Neguinho é exemplo de superação. ■

artigo

LUIZ ANTONIO TEIXEIRA

Historiador e pesquisador em história da saúde, da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz)

As campanhas educativas e a prevenção do câncer: um pouco de História

As campanhas educativas de prevenção do câncer, tão comuns em nossos dias, desde muito tempo constituem um dos principais instrumentos da saúde pública para o controle da doença. A cada ano são elaboradas campanhas contra o fumo, de estímulo a hábitos alimentares saudáveis, de restrição à exposição ao sol em determinados horários e de incentivo à prática de exames ginecológicos periódicos. Essas ações objetivam mobilizar a sociedade para participar da prevenção e intervir de forma dinâmica em suas formas de vida a partir do questionamento e, conseqüentemente, a mudança de comportamentos.

Coordenadas e, em parte, executadas pelo Instituto Nacional de Câncer, as campanhas educativas partem da concepção de que o controle do câncer repousa sobre dois pilares: a prevenção, através da utilização de exames específicos para cânceres evitáveis e da adoção de hábitos saudáveis, que reduzem o risco de desenvolver a doença; e o diagnóstico precoce, pois, quanto mais cedo a doença for diagnosticada, maiores serão as chances de êxito no tratamento. A noção de prevenção está ligada ao câncer desde o século XVIII, quando as ações relacionadas ao meio



ambiente, às condições de trabalho e a hábitos saudáveis foram consideradas centrais para diminuir o risco de desenvolver a doença. No século XIX e início do XX, a inexistência de tratamentos eficazes fez com que as medidas de prevenção e diagnóstico precoce permanecessem como as únicas formas de proteção contra a doença.

As primeiras ações educativas sistemáticas em relação ao câncer surgiram na década de 1940, quando médicos como Mario Kroeff e Antônio Prudente transformaram essa atividade na razão de suas vidas. Kroeff ficou imortalizado na história da nossa medicina por ter criado e por muito tempo dirigido o Centro de Cancerologia, hoje Instituto Nacional de Câncer. Prudente foi presidente da Associação Paulista de Combate ao Câncer e criador do Hospital AC Camargo. Os dois foram responsáveis por diversas campanhas contra a doença no Rio (então Distrito Fe-

deral) e em São Paulo, fazendo largo uso de material gráfico e exposições. Também vieram a dirigir o Serviço Nacional de Câncer, onde utilizaram o que havia de mais moderno no campo da comunicação e da informação, como o rádio, o cinema e a imprensa, para divulgar as noções médicas de prevenção à doença.

Naquele momento, as campanhas educativas buscavam inculcar no público as noções de proteção contra a doença através do medo e da preocupação. O caranguejo, símbolo do câncer e uma das imagens mais usadas, era apresentado aterrorizando suas vítimas. Imagens bélicas, relacionadas ao clima de guerra dos anos 40, também eram muito utilizadas. Várias peças de propaganda faziam da prevenção uma batalha contra a doença, comparando o trabalho dos médicos ou do organismo às atividades dos soldados durante um combate. Várias fotografias de doentes e suas mazelas eram usadas para estimular a população a consultar os médicos.

Outro aspecto interessante dessas campanhas é a frequente representação das mulheres. Nesse período, elas eram o público-alvo para os exames de prevenção ao câncer do colo do útero, efetuados nos consultórios e postos ginecológicos. Entretanto, eram sempre mostradas como vítimas impotentes e aterrorizadas, não apresentando nenhuma ação no sentido de se proteger contra a doença, o que refletia o papel a elas definido por uma sociedade com princípios de cidadania ainda pouco inclusivos.

A propaganda relacionada ao câncer também tinha o objetivo de ampliar as doações a entidades filantrópicas que mantinham centros de tratamento, pois poucas instituições públicas lidavam com a doença. Apesar da característica amedrontadora dessas campanhas, entre o final da década de 1930 e os anos 1950, a ação dos cancerologistas em relação à divulgação da doença e das formas de se proteger dela foi fundamental para a criação de uma tradição de uso das campanhas educativas em nossa saúde pública.

Nos anos 1960, as campanhas de educação em saúde ganharam novas formas. Em lugar do medo,



passaram a levar ao público informações sobre tratamento e para a prevenção. As ações nesse sentido ainda eram poucas, pois a prevenção tinha um papel secundário frente às ações curativas efetuadas na rede hospitalar. Nesse período, a medicina previdenciária tinha nos tratamentos cirúrgicos e radioterápicos as principais formas de tratar o câncer, e a saúde pública, com recursos escassos, pouco podia fazer no campo da prevenção.

Nos anos 1990, essa situação começou a mudar. O movimento pela saúde, que levou à criação do SUS e à noção de saúde como obrigação do Estado e direito do cidadão, trouxe para o centro dos programas de saúde a ideia da prevenção,

mostrando como pode ser mais barato e eficaz evitar uma doença que tratá-la. Nesse contexto, as campanhas educativas relacionadas a cânceres detectáveis precocemente por exames ou evitáveis por mudanças de hábitos passaram a ser os principais alvos da saúde pública. Aliada de ações de prevenção realizadas em datas específicas, como o Dia Mundial sem Tabaco (29 de agosto), ou de campanhas para a realização de exames preventivos de câncer do colo do útero, a propaganda educativa teria papel de destaque na conscientização do público.

No início do século XXI, a noção de saúde se ampliou, passando a englobar novos elementos, como padrões saudáveis de alimentação e nutrição; formas adequadas de habitação e saneamento; trabalho em condições dignas; acesso à educação; limpeza ambiental; acesso a serviços de saúde de qualidade etc. Enfim, condições dignas de sobrevivência e um estilo de vida responsável passaram a ser vistos como fatores determinantes para boas condições de saúde. As ações educativas em relação ao câncer incorporaram estratégias que procuravam envolver indivíduos e coletividades na busca por melhores condições de vida e na responsabilidade de conduzi-la de uma forma saudável. Alimentação saudável, ambientes livres da poluição ambiental do cigarro e agenda de exames em dia, passam à ordem do dia dessa nova propaganda. Definitivamente, o medo deu lugar à valorização da vida. ■

internas



PACIENTES MIRINS CONHECEM PORTA-AVIÕES

O INCAvoluntário e a Marinha do Brasil levaram um grupo de 11 crianças, e seus respectivos acompanhantes, para conhecer o porta-aviões São Paulo, o maior do Hemisfério Sul. O comandante do navio, capitão de mar e guerra José Renato de Oliveira, recebeu os visitantes e distribuiu um boné com o desenho da embarcação. Pacientes e acompanhantes visitaram as instalações, tiraram fotos e receberam um lanche, oferecido pela tripulação. Já no ônibus, preparadas para retornar ao hospital, as crianças tiveram uma surpresa: o capitão-tenente Márcio André foi se despedir. “Deixo aqui minha mensagem para que vocês não parem de acreditar e sempre tenham esperança no que está por vir”, disse o militar.

INCA DOA 125 COMPUTADORES PARA O RIOSOLIDARIO

O INCA doou 125 computadores usados para o Riosolidario, obra social do governo estadual. A entrega foi feita através de um cheque estilizado, que informava a quantidade de equipamentos entregues. A diretora-presidente do Riosolidario, Daniela Pedras, agradeceu ao diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, em nome da primeira-dama do estado do Rio, Adriana Anselmo. Em visita ao instituto, em março, Adriana manifestou desejo de que o INCA e o Riosolidario fizessem uma parceria. “Esperamos que essa nossa doação seja útil, que o Riosolidario possa desenvolver muitas atividades através desses computadores”, disse Santini. Daniela, por sua vez, informou que o banco de dados do Riosolidario já conta com 500 instituições cadastradas que se beneficiam de doações como as feitas pelo INCA. “São instituições muito carentes. Todas as doações são aproveitadas em sua totalidade. Quando há pequenos defeitos, nós mandamos arrumar. Quando não há como consertar, os equipamentos são encaminhados ao Comitê para Democratização da Informática, para uso em formação de mão de obra em comunidades carentes”, observou Daniela.



MULHERES SÃO MAIORIA ENTRE OS DOADORES DE MEDULA ÓSSEA

O Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome), gerenciado pelo Instituto Nacional de Câncer, traçou o perfil dos 2 milhões dos doadores voluntários no Brasil. O levantamento revelou que as mulheres lideram o cadastro como voluntárias (56%) e que 88% dos doadores têm menos de 45 anos, o que amplia a permanência dos voluntários no cadastro. A pesquisa também apontou que a Região Sudeste possui 48% dos doadores, seguidos por 25% do Sul e 14% do Nordeste. No Centro-Oeste, o total é de 8% e no Norte estão 5% dos cadastrados do país.

Ainda que o Sudeste continue a ter o maior número de doadores de medula óssea no Brasil, já se detecta uma tendência ao equilíbrio: Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo e Minas Gerais agora possuem menos da metade dos cadastrados no Redome. Há cinco anos, a região era responsável por 57% dos doadores. “O levantamento é importante para sabermos em quais regiões é necessário um reforço nas campanhas, tendo em vista que a diversidade genética da população brasileira é muito vasta”, esclarece o diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea do INCA e coordenador do Redome, Luís Fernando Bouzas.

Pensando no aprimoramento na área de transplantes de medula óssea – cada vez mais em expansão –, um novo sistema de cadastramento no Redome está sendo implantado em todo o Brasil. Desenvolvido pela equipe de Tecnologia da Informação da Fundação do Câncer, o sistema vai utilizar a tecnologia web e será gerenciado pelos hemocentros e laboratórios de histocompatibilidade (responsáveis pelos exames de compatibilidade). O sistema vai evitar que haja duplicidade de entrada de doadores e será possível atualização do cadastro pelos profissionais dos hemocentros.



QUARTA TURMA DO PROJETO NOTÍCIAS DIFÍCEIS

Mais de 170 profissionais da área de saúde participaram das Oficinas de Simulação Realística realizadas pela equipe do Hospital Israelita Albert Einstein no Rio. O evento deu início à quarta turma do projeto Atenção ao Vínculo e Comunicação de Notícias Difíceis no Tratamento, proposto e coordenado pela Humanização do INCA. A capacitação reúne participantes das cinco unidades do INCA e mais 14 hospitais da rede SUS no Rio de Janeiro. Realizado com recursos das contribuições sociais da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, por meio de convênio com o Ministério da Saúde, o projeto já capacitou perto de 500 profissionais da rede hospitalar do Rio, desde 2009. A experiência deste primeiro ano do projeto foi transformada no livro Comunicação de Notícias Difíceis: Compartilhando Desafios na Atenção à Saúde.

A capacitação terá continuidade até o final de junho, com 10 grupos de trabalho, que se reúnem semanalmente por três horas em sala de aula e têm o apoio de fóruns de discussão e bibliografia pela plataforma de Ensino a Distância do INCA. Os grupos discutem com base em casos clínicos que envolvem situações difíceis que estão sendo vividas pelos profissionais na comunicação com pacientes e familiares e na relação com a equipe. São analisadas as melhores formas de abordagem com base no protocolo Spikes e na experiência dos diferentes profissionais, com o apoio de textos teóricos. No início de julho será realizado encontro de intercâmbio e conclusões, com todos os participantes da turma e a presença dos gestores dos hospitais envolvidos.

PALAVRAS CRUZADAS INFORMATIVAS

Para quem gosta de passatempos instrutivos, será lançada uma edição especial da revista Exatas Saúde, cujo tema é a prevenção do câncer. Os textos utilizados como base para os risqué-palavras foram extraídos do portal do Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão que auxilia o Ministério da Saúde no desenvolvimento e na coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Entre os pontos abordados na edição temática estão a importância de uma dieta pobre em gorduras e alimentos industrializados e rica em cereais, frutas, legumes e verduras para a prevenção de diferentes tipos de câncer. Também há destaque para os principais fatores de risco que podem ser evitados, como o fumo, o consumo exagerado de álcool e o excesso de peso. A revista é da editora LR, traz 28 passatempos e custa R\$ 2,50.



ARTIGO EM THE BREAST APONTA SISMAMA COMO INOVAÇÃO

Um artigo assinado por profissionais do INCA sobre o Sismama (Sistema de Informação sobre o Câncer de Mama) foi publicado no periódico The Breast. O artigo "Sismama – Implementação de um sistema de informações para os programas de detecção precoce do câncer de mama no Brasil" argumenta que, à medida que os sistemas nacionais de saúde buscam aplicar as recomendações de rastreamento do câncer de mama, o volume de exames de rastreamento e investigações diagnósticas provenientes de resultados anormais crescerão dramaticamente, assim como o custo associado a eles.

O artigo descreve em detalhes como o desenvolvimento e a implementação de um sistema de informações para o programa brasileiro de detecção precoce do câncer de mama foram realizados com a contribuição de diversas partes interessadas.

Também são apresentadas as descobertas preliminares do primeiro 1,5 milhão de mamografias para demonstrar o tipo de informações de gerenciamento que o Sismama pode produzir em um período de tempo relativamente curto. Assinam o artigo Leigh J. Passman, Ana Maria Ramalho Ortigão Farias, Jeane Gláucia Tomazelli, Dolores Maria Franco de Abreu, Maria Beatriz Kneipp Dias, Mônica de Assis, Patty Fidellis de Almeida, Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva e Luiz Antonio Santini. Consulte o artigo em www.elsevier.com/brst.



6 de abril

Dia mundial da Atividade Física

Faça 30 minutos diários de atividade física.
Uma vida ativa e com exercícios regulares
é uma vida com muito mais qualidade.



Ministério da
Saúde





Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



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