

# 14 REDE CÂNCER

Julho  
2011

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

## ATENÇÃO TOTAL PARA A MULHER

CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA É UM DOS QUATRO COMPROMISSOS DO GOVERNO FEDERAL NA ÁREA DA SAÚDE





Prevenção e tratamento  
do câncer de colo de útero  
e de mama.  
Um cuidado que vale para toda vida.

# O cuidado é uma prova de amor

“Minha mãe me ensinou  
a valorizar a vida.”

“Minha filha nunca me  
deixou esquecer isso.”

O câncer do colo  
do útero pode  
ser evitado com a  
realização do exame  
preventivo.  
Se você tem entre 25  
e 64 anos, lembre-se  
de fazer seu exame a  
cada três anos.

# sumário



6

## CIÊNCIA

*Saúde do trabalhador em foco*

8

## ENTREVISTA

*Uma vida dedicada à Oncologia*

15

## POLÍTICA

*Sinal vermelho para o sal*

18

## EDUCAÇÃO

*Sorriso saudável*

20

## CAPA

*Marco para a saúde feminina*

30

## PERSONAGEM

*O deserto de Allyson*

34

## ARTIGO

*O dilema ético de priorizar recursos escassos*

36

## ASSISTÊNCIA

*Diversificando horizontes*

40

## REDE

*Uma política pública para cuidados paliativos*



## 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: **Franco Thomé** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Daniella Daher** | Editor assistente: **Nemézio Amaral Filho** | Redator: **Marcio Albuquerque** |

Comissão Editorial: **Cassilda dos Santos Soares, Letícia 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, Maria Cristina Miguez, Daniele Marinho e Rose Oliveira** | 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





Prevenção e tratamento  
do câncer de colo de útero  
e de mama.  
Um cuidado que vale para toda vida.

# É tempo de se cuidar

Se você tem  
mais de 50 anos,  
lembre-se de fazer  
mamografia a cada  
dois anos.



www.inca.gov.br

## Controle do câncer como prioridade de governo

Prezado leitor,

Em março, participei, em Manaus, do lançamento do Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama. Fiquei completamente emocionado com a atitude da presidente Dilma Rousseff. Ela se comprometeu profundamente com a prevenção, a detecção precoce e o tratamento do câncer das mulheres brasileiras. Poucos países do mundo podem dizer que seu presidente elegeu uma política nacional de câncer como prioridade. Na reportagem de capa, mostramos os principais eixos do plano, as estratégias previstas até 2014 e as primeiras ações já implementadas, como o lançamento das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero e a auditoria de todos os mamógrafos que atendem pacientes do SUS.

As novas oportunidades para os enfermeiros – que cada vez mais se destacam na gestão e no planejamento da Saúde, além de atuar em funções até bem pouco tempo completamente inéditas, como na coleta de sangue de cordão umbilical e na captação de doadores para o Banco Nacional de Tumores – são o tema da seção Assistência.

As consequências da exposição dos trabalhadores de postos de combustíveis ao benzeno são objeto de pesquisa que está sendo desenvolvida em escala piloto no Rio de Janeiro, pelo INCA e pela Fundação Oswaldo Cruz. O assunto é abordado na seção Ciência.

Nossa entrevistada nesta edição é a médica Maria Inez Gadelha, que, com seus mais de 30 anos dedicados à Oncologia e à saúde pública, é uma das mais profundas conhecedoras do assunto no país.

Boa leitura!

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

# ciência

INICIATIVA PROPÕE METODOLOGIA PARA VIGILÂNCIA DA EXPOSIÇÃO AO BENZENO EM FUNCIONÁRIOS DE POSTOS DE COMBUSTÍVEIS

## Saúde do trabalhador em foco

Um contingente de 1 milhão e 300 mil trabalhadores de postos de combustíveis no país – considerando apenas os profissionais registrados na Previdência Social – é submetido diariamente à exposição ao benzeno, substância reconhecida internacionalmente como carcinogênica para humanos. A constatação levou o Ministério da Saúde a intensificar as ações para o controle e a restrição do uso do solvente no Brasil - desenvolvidas desde a década de 1980 - por meio de articulação interinstitucional que promoverá a avaliação do funcionamento dos postos de combustíveis e do estado de saúde dos trabalhadores do setor, além do acolhimento dos indivíduos afetados pela substância.

Desenvolvido em escala piloto no Rio de Janeiro, sob coordenação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Projeto de Avaliação da Exposição ao Benzeno em Postos de Combustíveis pretende estabelecer uma metodologia para a vigilância em Saúde do Trabalhador e em



Saúde Ambiental que se converte em fluxo de trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciativa é realizada com o apoio da Universidade Federal Fluminense (UFF), da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, do Sindicato dos Empregados em Postos de Serviços de Combustíveis e Derivados de Petróleo do Estado do Rio de Janeiro (Sinpospetro-RJ), da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, da Comissão Nacional Permanente do Benzeno (CNPBz) e da Secretaria Regional do Trabalho e Emprego da Bahia.

“O projeto de pesquisa busca propor para o SUS um modelo de vigilância em saúde dos trabalhadores de postos de combustíveis expostos ao benzeno. A primeira etapa consiste na avaliação desses espaços, o que inclui o nível de exposição dos trabalhadores ao solvente; a possível contaminação do ar, do solo e da água pela substância; o posicionamento dos tanques; e a existência ou não de medidas de proteção à

“A inalação ou absorção do benzeno provoca alterações moleculares nas células sanguíneas, que podem levar à redução de componentes responsáveis pelo funcionamento do sistema imunológico”

UBIRANI OTERO, responsável pela Área de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho e ao Ambiente do INCA

saúde do trabalhador, entre outros aspectos”, descreve a epidemiologista Ubirani Otero, responsável pela Área de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho e ao Ambiente do INCA.

Além desse mapeamento, a iniciativa prevê os exames clínico e laboratorial dos trabalhadores para diagnosticar possíveis alterações genéticas provocadas pela inalação ou absorção do solvente e identificar os casos de doenças relacionadas ao trabalho – que serão notificados ao Ministério da Saúde. Os pacientes diagnosticados serão encaminhados aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, em âmbito municipal, estadual ou regional, para acolhimento e acompanhamento por uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde. No Rio de Janeiro, seis postos de combustíveis foram selecionados para o projeto piloto e o objetivo é que a experiência seja nacionalizada, através das Secretarias de Estado de Saúde e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Ubirani explica que os principais riscos de exposição ao benzeno estão associados à ocorrência de cânceres hematológicos, sobretudo leucemia mieloide aguda e linfoma não-Hodking. “O benzeno é um agente mielotóxico, e sua inalação ou absorção provoca alterações moleculares nas células sanguíneas, que podem levar à redução de componentes como plaquetas, leucócitos e eosinófilos, responsáveis pelo funcionamento do sistema imunológico”, esclarece a epidemiologista.

De acordo com a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, na sigla em inglês), vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS), o benzeno é um agente carcinogênico e está inserido no grupo

1 da classificação de risco oncológico para humanos, ao lado de substâncias como o tabaco e o arsênico e de agentes patogênicos, como aflotoxinas e os vírus da hepatite C e o papiloma humano (HPV). A classificação da IARC é composta por mais quatro categorias: grupo 2A (provavelmente carcinogênico para humanos); grupo 2B (possivelmente carcinogênico para humanos); grupo 3 (não classificável em relação à carcinogenicidade para humanos); e grupo 4 (provavelmente não carcinogênico para humanos).

## PROBLEMA NACIONAL DE SAÚDE

No Brasil, o uso do benzeno é controlado e restrito à atividade industrial. Por isso, pessoas que trabalham nos setores de siderurgia e petroquímica são as principais vítimas desse tipo de intoxicação, e as doenças associadas à exposição ao benzeno são consideradas pelo Ministério da Saúde agravos relacionados ao trabalho.

Ubirani destaca que, entre os profissionais expostos ao benzeno em sua atividade laboral, os funcionários de postos de combustíveis estão entre os que se encontram sob maior vulnerabilidade, pois desconhecem os riscos da exposição ao benzeno e lidam com esse agente continuamente, em decorrência do próprio processo de trabalho. Daí, a necessidade de desenvolver um projeto de pesquisa para a avaliação dessa exposição nesse grupo específico.

“No Brasil, o trabalhador de postos de combustíveis permanece vulnerável ao benzeno em diversas situações: durante o abastecimento dos automóveis, na recepção do combustível e na conferência da qualidade do produto a ser adquirido, sem contar os riscos acidentais”, elenca Ubirani. A epidemiologista destaca outra peculiaridade do país: cada vez mais mulheres em idade fértil são empregadas em postos de combustíveis – e a exposição ao benzeno também é um risco para a saúde reprodutiva.

Jorge Machado assessor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, afirma que o benzeno é reconhecidamente um problema nacional de saúde pública, que vem sendo enfrentado há 30 anos por meio de ações sistemáticas de restrição e controle. “O benzeno é uma ameaça à saúde do trabalhador e ambiental. A atuação nos postos de combustíveis é estratégica e deve impulsionar ações em outras categorias profissionais, como mecânicos, caminhoneiros e trabalhadores de indústrias que utilizam o solvente”, adianta Machado. ■

# entrevista

MARIA INEZ GADELHA,  
*médica oncologista*

## Uma vida dedicada à Oncologia



**N**ascida na cidade de Sousa, na Paraíba, a médica oncologista Maria Inez Gadelha atua na saúde pública e na área do câncer há cerca de 30 anos e é hoje uma das maiores conhecedoras da Oncologia no país. Atualmente respondendo pela Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, Maria Inez integrou, desde o princípio, o Programa de Oncologia do INCA (Pro-Onco, hoje Conprev), participando da coordenação, do desenvolvimento e da implementação de diversos cursos e programas na instituição.

Nesta entrevista, a médica, que de início quis ser professora, defende a importância de as escolas de Medicina ensinarem a fazer o diagnóstico de câncer, fala sobre sua passagem pelo INCA e pelos setores da saúde pública, traça um panorama da evolução da Oncologia no Brasil e aponta que o principal desafio do país ainda é integrar os serviços de saúde.

“As escolas devem dar foco ao diagnóstico diferencial. Existe uma falha no ensino nesse sentido, de não ensinar o aluno a fazer um diagnóstico”

**REDE CÂNCER – A senhora praticamente dedicou toda a sua vida médica à área oncológica. Como começou?**

MARIA INEZ GADELHA – Cursei Medicina na Paraíba, onde me formei em 1974, embora quisesse ser professora. No entanto, fiz meu estágio curricular em Hematologia e fui para o Rio de Janeiro para uma avaliação no Instituto Estadual de Hematologia, mas não passei no crivo de “cultura geral”, ou seja, não médica. Então, regressei à Paraíba, e meu professor de Hematologia falou para que eu voltasse ao Rio e tentasse o Instituto Nacional de Câncer. Cheguei ao Rio no final de 1974, passei na prova e fui residente do INCA de 1975 a 1976.

**REDE CÂNCER – A senhora começou sua carreira no INCA?**

MARIA INEZ GADELHA – Na verdade, comecei na Paraíba, no final do curso de Medicina, e fiz residência no INCA, que naquela época ainda não tinha serviço de Hematologia. O que havia era um acordo entre o INCA e o Instituto Estadual de Hematologia. Por isso, acabei focando a Oncologia Clínica, e, a partir daí, nunca mais abandonei a área de câncer.

**REDE CÂNCER – Podemos dizer que a senhora se apaixonou pela Oncologia?**

MARIA INEZ GADELHA – Sim. Porque é muito empolgante. A cancerologia tem muito a ver com toda a Medicina, até com cirurgia cardíaca, por exemplo, porque câncer de coração é raríssimo, mas existe.

**REDE CÂNCER – Depois da residência, a senhora retornou à instituição, coordenando diversos programas. Como foi sua atuação no INCA e o que mudou daquele tempo até os dias atuais?**

MARIA INEZ GADELHA – Fiquei algum tempo fora do INCA. Mas, por muitos anos, dividi minha vida profissional entre o INCA e o Hospital Naval Marcílio Dias, onde ajudei a estruturar o serviço de Oncologia. Quando fui chamada para a chefia de gabinete do INCA, em 1997, passei a ter dedicação exclusiva ao INCA. De 1974 até esses últimos anos, sem dúvida, a política de gestão do INCA favoreceu muito o crescimento da Oncologia e, em minha opinião, houve duas mudanças importantes no instituto: a primeira foi valorizar o usuário, que passou a ter condição de bem-estar e qualidade no atendimento; a segunda foi a ação do INCA na estruturação da assistência oncológica no SUS, dando orientação técnica e apoio para as secretarias estaduais e municipais estruturarem suas redes de serviço.

**REDE CÂNCER – A senhora acha que a Oncologia deveria fazer parte da graduação em Medicina?**

MARIA INEZ GADELHA – Não, porque é uma área muito especializada. O médico não pode começar na profissão sendo oncologista. Ele pode fazer mais tarde uma pós-graduação na área. O que acredito é que as escolas de Medicina devem dar foco ao diagnóstico diferencial do câncer. Existe uma falha no ensino nesse sentido. As faculdades não ensinam o aluno a fazer o diagnóstico precoce de câncer, e acaba que muitos casos de câncer são confundidos durante muito tempo com outras doenças.

**REDE CÂNCER – Quais são os principais desafios no ensino da Cancerologia?**

MARIA INEZ GADELHA – São muitos. Quando começamos na Campanha Nacional de Combate ao Câncer, em 1986, por exemplo, tínhamos o Programa de Oncologia (Pro-Onco), que era um convênio entre



“Tudo no Brasil nos anos 1980 tinha como referência os Estados Unidos. Com o tempo, fomos vendo que a nossa produção de dados nacionais começava a ser citada”

a campanha e o extinto Inamps. Um desses programas, que foi coordenado por mim, era a Educação em Cancerologia nas escolas médicas. Durante algum tempo, desenvolvemos todo o currículo de prevenção e promoção de saúde e de diagnóstico diferencial, incluindo material didático, composto de três edições de um livro e material audiovisual. Saíamos por todas as escolas médicas do país fazendo um grande movimento para que fosse ensinado esse diagnóstico diferencial. O objetivo era ressaltar a importância do histórico pessoal e familiar do doente, do exame físico e da adequada utilização de exames complementares para chegar a um diagnóstico.

Quando a campanha foi extinta, em 1991, o Pro-Onco foi incorporado à estrutura do INCA e passou a se chamar Conprev [Coordenação de Prevenção e

Epidemiologia]. Nessa época, desenvolvemos uma série de atividades na área da Cancerologia, como os Registros de Câncer de Base Populacional e Hospitalar e o fortalecimento do programa de controle do tabagismo, que hoje é referência mundial, e do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Fizemos esse trabalho com uma visão mais abrangente do controle do câncer, não só da ótica do tratamento. Evoluímos nas áreas de informação, promoção da saúde e prevenção do câncer, além da mobilização social, que também fazia parte do Pro-Onco, tanto na área de informação para leigos quanto para profissionais de saúde.

#### **REDE CÂNCER – E como se encontrava essa área de informação no Brasil?**

MARIA INEZ GADELHA – Tudo no Brasil nos anos 1980 tinha como referência os Estados Unidos. Com o tempo, fomos vendo que a produção de dados nacionais começava a ser citada nos artigos de revistas especializadas e na imprensa, sendo hoje uma ocorrência comum, já estabelecida. Podemos dizer que é mais uma conquista. As datas nacionais, como as dos dias de combate ao tabagismo e de combate ao câncer, estabelecidas formalmente no calendário nacional, também foram muito importantes para fortalecer esse trabalho.

#### **REDE CÂNCER – O que de melhor aconteceu nesses mais de 30 anos no campo da Oncologia no Brasil?**

MARIA INEZ GADELHA - Em primeiro lugar, a disseminação do conhecimento. Foi fantástico, porque a Oncologia, como ciência, começou nos anos 1960. Mas no Brasil, foi a partir dos anos 1970, e nos

“Atualmente temos uma qualidade de especialistas em todas as áreas (da Oncologia), desde a área da promoção até a área da reabilitação”

desenvolvemos com uma velocidade que, para mim, foi estonteante. Atualmente, temos especialistas de qualidade em todas as frentes, desde a promoção da saúde até a reabilitação dos doentes. Isso me impressionou muito. Em segundo lugar, o próprio Sistema Único de Saúde (SUS). O surgimento do SUS trouxe para o país uma expansão no acesso ao atendimento em saúde que casou muito com a evolução técnico-científica do ponto de vista do conhecimento, da qualificação dos profissionais. Então, o SUS proporcionou não só o acesso dos doentes ao tratamento, que é o mais importante, mas o acesso a profissionais qualificados na área da Oncologia.

**REDE CÂNCER - Na opinião da senhora, a Política Nacional de Atenção Oncológica já está plenamente implantada ou falta algo?**

MARIA INEZ GADELHA - Faltar sempre vai. Quando começamos a organização da assistência oncológica, em 1993, os gestores estaduais e municipais resistiram uns dois anos a assumir a Alta Complexidade. Belo Horizonte foi a primeira cidade a assumir essa responsabilidade. Somente após a expansão para os outros estados é que se começou a entender a oncologia. E, por ser uma área muito especializada, muito complexa e com o conhecimento restrito a poucos profissionais, foi pedida ajuda ao INCA. Então, passei de coordenadora do Programa de Educação em Cancerologia para o Programa de Controle e Avaliação da Assistência Oncológica no SUS. Implantamos um programa piloto em Campos,

no Rio de Janeiro, avançando em seguida para Juiz de Fora e Belo Horizonte (MG). A estruturação da assistência oncológica foi completada em 1998, com a Portaria GM/MS 3.535 (que estabeleceu critérios para credenciamento e habilitação dos estabelecimentos de saúde em oncologia) e com a Portaria GM/MS 3.536 (que definiu as normas de autorização e a codificação dos procedimentos de quimioterapia e radioterapia, no âmbito do SUS), ficando estruturada a assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

**REDE CÂNCER – Essas portarias ajudaram a integração dos serviços de Oncologia?**

MARIA INEZ GADELHA – Para se ter uma ideia, tínhamos cento e poucos serviços habilitados a prestar atendimento na área do câncer e 91 eram serviços isolados de radioterapia ou de quimioterapia. Vimos que havia duplicidade de serviços. Um hospital de uma Santa Casa da Misericórdia com serviço de radioterapia, por exemplo, poderia estar listado três vezes (como o próprio hospital – para a cirurgia oncológica - e como dois serviços isolados, de radio- e de quimioterapia – geralmente terceirizados). Então, não era a quantidade total que se imaginava ter. Foi quando partimos para um processo de unificação, integrando esses serviços isolados à responsabilidade dos hospitais. Ainda temos de avançar nisso, porque muitos, apesar de integrados, ainda continuam funcionando isoladamente. O importante é que houve uma política de continuidade, dando uma consolidação técnica e conceitual bastante forte. Hoje, temos 284 estabelecimentos de saúde envolvidos em 265 habilitações, com apenas 14 serviços isolados residuais, de radioterapia.

Em 2005, foi feita a revisão da organização da Assistência Oncológica e criada a Política Nacional de Atenção Oncológica – com o INCA sempre participando de tudo. Notamos que a organização da Assistência Oncológica tinha de ser ampliada, porque ela estava muito focada na Alta Complexidade. Foi estabelecido o Pacto pela Saúde e pela Vida e criados os indicadores para os municípios. Os exames preventivos para o câncer do colo do útero e de detecção precoce do câncer de mama tiveram um avanço espetacular e passaram a demandar a estruturação de outros serviços complementares, de diagnóstico e terapêuticos. A área de gestão também melhorou muito, embora ainda tenha problemas a serem resolvidos. Em 1999, estimávamos que havia 50 mil pacientes por ano em tratamento oncológico no SUS. Hoje, estimamos mais de 350 mil.



**REDE CÂNCER – Com relação ao preconceito em torno da doença, as campanhas de prevenção têm um papel importante na mudança desse paradigma?**

MARIA INEZ GADELHA – A questão do preconceito melhorou muito. Mas é interessante, porque a Oncologia, como ciência, evoluiu muito, mas a percepção das pessoas evolui mais devagar. O medo e a negação são processos psicológicos que fazem com que as pessoas reajam ainda de forma negativa ao câncer. Mas acho que isso tem melhorado. A disseminação do conhecimento e a divulgação de notícias, além das pessoas notórias que se expõem sem preconceito, mostrando que a vida pode continuar normalmente apesar do câncer, têm ajudado muito.

**REDE CÂNCER – Ainda falta no Brasil uma política de prevenção e diagnóstico precoce?**

MARIA INEZ GADELHA – O Brasil tem política de prevenção e controle do câncer. Inclusive, este ano, está fortalecendo as ações de prevenção e diagnósti-

co precoce dos cânceres do colo uterino e de mama, além do tratamento do câncer em geral. Prevenir e detectar precocemente ajudam, mas não adianta mobilizar sem dar a estrutura adequada, porque pode levar ao contrário, à desmobilização. Então, tudo tem de andar conjuntamente.

**REDE CÂNCER – De todas as funções que a senhora já desempenhou na Oncologia e na saúde pública, tem carinho especial por alguma?**

MARIA INEZ GADELHA – Tenho, pela Oncologia Pediátrica. Foi impressionante como, nos anos 1980, com a criação da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica, o Brasil pôde avançar de forma mais madura e consistente nessa área. A Oncologia Pediátrica começou de forma muito mais bem estruturada, muito mais bem casada com o sistema de saúde. Então, hoje vemos nitidamente que, muitas vezes, mais do que para os adultos, o tratamento de crianças com câncer se dá de forma protocolar. Os médicos conversam, se reúnem, estabelecem, avaliam e ajustam protocolos nacionais.

**REDE CÂNCER – Como a senhora avalia o acesso ao tratamento e diagnóstico de câncer nas redes pública e privada?**

MARIA INEZ GADELHA – Existe um mito no Brasil de que o privado é melhor do que o público, mas isso não corresponde à verdade. Em primeiro lugar, porque a maior parte dos prestadores de serviços oncológicos ao SUS, de uma maneira geral, e de outras áreas especializadas, são os mesmos. O SUS, em minha opinião, tem uma vantagem, porque é muito mais sistematizado e protocolado do que o sistema de saúde complementar e outros que subsistem no sistema de saúde brasileiro e dispõem de dados e informações consolidados.

**REDE CÂNCER – Qual seria o maior desafio que se vem impondo mais recentemente, já que o aumento da longevidade implica o aumento de doenças crônicas, entre elas o câncer?**

MARIA INEZ GADELHA – Hoje, o desafio maior é a ampliação da prestação de serviços com qualidade. Porém, para o controle do câncer, faz-se essencial a integração dos serviços. E, no sistema de saúde complementar, é mais grave, porque o atendimento é mais pulverizado do que no SUS. ■

# internas



## CONICQ LANÇA OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO

Por ocasião do Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq) lançou o site Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco ([http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/)).

O site será atualizado permanentemente à medida que determinações da Convenção-Quadro sejam implementadas no Brasil. O INCA ocupa a secretaria executiva da Conicq.

## MCDIA FELIZ SERÁ EM 27 DE AGOSTO

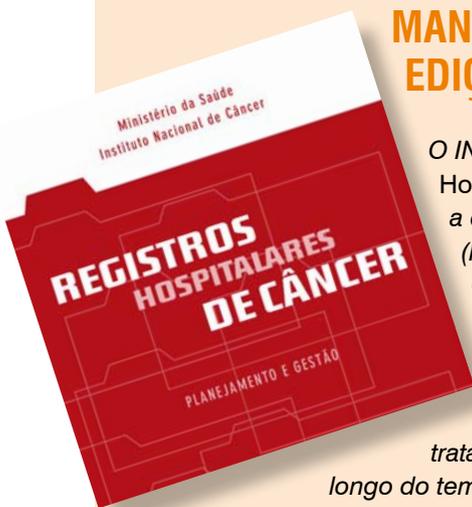
A Fundação do Câncer lançou a campanha de pré-venda de sanduíches do McDia Feliz. Neste ano, os recursos arrecadados serão destinados a projetos de pesquisa do câncer pediátrico. Para aderir à campanha, basta comprar o tíquete, no valor unitário de R\$ 9,75. O cupom poderá ser trocado por um Big Mac nas lojas McDonald's participantes no dia 27 de agosto.



## MANUAL REGISTROS HOSPITALARES DE CÂNCER GANHA EDIÇÃO ATUALIZADA

O INCA lançou a segunda edição – revista e atualizada – do manual Registros Hospitalares de Câncer – Planejamento e Gestão. A publicação é importante para a consolidação e a permanente atualização dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) no Brasil.

O manual dá suporte à implantação da quinta versão da Ficha de Registro de Tumores dos RHC e orienta os registradores na sua atividade diária. Os dados oriundos dos RHC têm sido usados para aprimorar a assistência prestada aos pacientes com câncer, pois traçam o perfil da clientela, evidenciam aspectos demográficos, mostram os recursos que são usados no diagnóstico e no tratamento e acompanham a evolução da doença e o estado geral dos pacientes ao longo do tempo.





## CURSO ON-LINE ENSINA ASPECTOS BÁSICOS DO CÂNCER

Profissionais de saúde não especialistas em oncologia podem fazer o curso on-line *Abordagens Básicas para o Controle do Câncer – ABC do Câncer*. O conteúdo, dirigido a profissionais de nível superior, foi criado pela Coordenação de Educação do INCA e validado por especialistas do instituto. São cinco módulos: O que é câncer; Magnitude do problema; Ações de controle; Integração das ações; e Políticas para o controle do câncer. Ao final de cada um, há cinco questões de autoavaliação. Após o último módulo, há, ainda, um caso clínico com 10 questões. O curso deve ser completado em 30 horas. “O recomendado é, pelo menos, uma hora de estudo por dia, durante um mês, para que o aprendizado seja mais eficiente”, indica o coordenador de Educação, Luiz Claudio Thuler. “O aluno que obtiver, pelo menos, 70% de acerto receberá um certificado on-line”, completa. Mais informações e inscrições em: [https://inscricaoonline.inca.gov.br/ie\\_eventos/eventos\\_hotsite.asp?id=205&ID\\_IDIOMA=1](https://inscricaoonline.inca.gov.br/ie_eventos/eventos_hotsite.asp?id=205&ID_IDIOMA=1)

## DIRETOR-GERAL DO INCA PARTICIPA DE MISSÃO NA COLÔMBIA

O diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini (2º à dir.), participou, a convite da Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), de uma missão do Programa de Ação para a Terapia do Câncer (PACT, na sigla em inglês), realizada no início de julho, em Bogotá, na Colômbia. Ele atuou como consultor técnico na área de gerenciamento do controle do câncer.



## INCA APRESENTA NOVO SISTEMA DE CADASTRO DE DOADORES DE MEDULA NO CONGRESSO DA SBTMO

No estande do INCA no XV Congresso da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO) será oferecido treinamento para o novo sistema REDOME-Net, de cadastramento de doadores de medula óssea. O congresso, que reúne especialistas de países integrantes do Mercosul e da União das Nações Sul-Americanas (Unasul), estimula a cooperação e a troca de experiências, fortalecendo a atividade de transplante no continente sul-americano. O evento será realizado no Rio de Janeiro de 11 a 14 de agosto.



# política

MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTABELECE PRAZOS PARA  
REDUÇÃO DE SÓDIO EM ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

## SINAL VERMELHO PARA O SAL

**A**mplamente utilizado à mesa, no preparo caseiro de alimentos e pela indústria alimentícia, o sal é uma reconhecida ameaça à saúde humana – o consumo excessivo da substância está associado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, problemas renais, hipertensão arterial e diversos tipos de câncer, sobretudo o de estômago. Na tentativa de reduzir a ingestão de sódio pela população brasileira e de minimizar os índices de incidência e mortalidade dessas doenças, o Ministério da Saúde vem investindo em medidas para regulação do uso do tempero no país.

Em abril, termo de cooperação firmado entre o Ministério da Saúde e associações que representam os produtores de alimentos processados estabeleceu um plano de redução gradual da quantidade de sódio em 16 categorias de produto. O acordo define o teor máximo da substância por cada 100 gramas de alimentos industrializados e impõe metas para o setor produtivo, a serem cumpridas até 2012 e 2014. A expectativa é implementar, até 2020, a diretriz da Organização Mundial da Saúde (OMS), que limita em 5 gramas o consumo diário de sal por pessoa. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira consome, em média, 9,6 gramas diários de sal – quase o dobro da quantidade recomendada pela OMS.



“A bem-sucedida experiência de controle do tabaco é um norte para o desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável e uma forma de sensibilizar gestores sobre a necessidade de regulação da indústria alimentícia no Brasil.”

FÁBIO GOMES, da Área de Nutrição do INCA

Para a oncologista clínica Carla Ismael, presidente da Sociedade Franco-Brasileira de Oncologia, a mudança desse padrão alimentar é urgente. “Não há dúvida na comunidade científica sobre a correlação entre o consumo excessivo de sal e o desenvolvimento de diferentes tipos de neoplasia”, afirma a médica. O nutricionista Fabio Gomes, da Área de Alimentação, Nutrição e Câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA), explica que “o sal agride a mucosa do estômago, provocando uma resposta inflamatória exacerbada que pode transformar células saudáveis em células precursoras de câncer, desencadeando uma multiplicação desordenada”.

Num primeiro momento, o acordo será aplicado a massas instantâneas, pães de forma e biscoitos. Em seguida, será estendido ao pão francês, bolos prontos, misturas para bolos, salgadinhos de milho e batatas fritas. Até o final do ano, a medida contemplará biscoitos recheados, de maisena e do tipo cream cracker; embutidos, como salsicha, presunto, linguiça, salame e mortadela; hambúrgueres e

empanados; caldos e temperos; margarinas e maioneses; derivados de cereais; laticínios; e refeições prontas para o consumo, como pizzas, lasanhas, papinhas infantis e sopas.

Fabio Gomes explica que o foco do acordo em alimentos ultraprocessados é estratégico, pois esses produtos apresentam outros riscos à saúde – mesmo em suas versões com redução de sódio. Ele lembra que o sal é um eficiente conservante e está presente também em produtos doces, como refrigerantes diet e light, ricos em sódio. “Alimentos processados e embutidos são compostos por diversos elementos agressivos ao estômago, como sal, açúcares, gorduras e conservantes. As concentrações são tão elevadas que pessoas acostumadas a consumir esse tipo de produto perdem a sensibilidade do paladar e não reconhecem sensorialmente a presença exacerbada desses elementos. Por isso, a atenta leitura dos rótulos e a busca por informações nutricionais são cuidados importantes que o consumidor deve ter ao empreender suas escolhas”, alerta o especialista.

Gomes argumenta que o controle político da composição de alimentos ultraprocessados deve ser acompanhado da regulação do estímulo ao consumo desses produtos. A preocupação consiste na falsa impressão de que a reformulação dos alimentos ultraprocessados pode gerar nos consumidores. “O interesse da indústria em aumentar a venda desses produtos e a força da publicidade podem difundir a ideia equivocada de que os alimentos processados com teor reduzido de sódio tornaram-se saudáveis. O risco é o aumento do consumo desses produtos, o que levaria à maior ingestão de sal pela população”, pondera o nutricionista.

No entanto, a regulação da publicidade de produtos alimentícios é uma luta política que ainda está emperrada no Brasil: atualmente, não há nenhum mecanismo legal para a regulação da publicidade desse tipo de produto no país. Em dezembro de 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou uma resolução com novas regras para a publicidade e a promoção comercial de bebidas com baixo teor nutricional e de alimentos com elevadas quantidades de açúcar, de gorduras saturadas ou trans e de sódio. Mas uma liminar concedida às associações da indústria alimentícia impede que o órgão autue as empresas que não cumprirem tais recomendações.

“Enfrentamos desafios análogos aos encontrados – e superados – pelo movimento antitabagista, como o lobby da indústria e a falta de consenso entre a população sobre a necessidade de regular o setor.

A bem-sucedida experiência de controle do tabaco é um norte para o desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável e uma forma de sensibilizar gestores sobre a necessidade de regulação da indústria alimentícia no Brasil”, sugere Gomes.

## A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

A oncologista clínica Carla Ismael destaca que experiências internacionais na área têm conquistado resultados positivos na redução da ingestão de sal e da incidência de neoplasias do trato gastrointestinal. “A tradição alimentar japonesa inclui componentes extremamente salgados, como peixes em conserva e o molho de soja. Devido a esse costume, o país apresentava as maiores incidências de tumores gástricos do mundo. Nos últimos anos, a regulação da composição de produtos industrializados e o investimento em campanhas para a diminuição do consumo de sal e para a realização de exames para detecção precoce do câncer de estômago contribuíram para a significativa redução do problema”, relata a especialista.

Corroborando a experiência japonesa, estudo desenvolvido recentemente na Austrália confirma que a redução do teor de sódio em alimentos ultraprocessados é efetiva para reduzir a ingestão de sal pela população. “A pesquisa tem uma abordagem interessante porque compara os resultados da adoção voluntária da medida pela indústria alimentícia, como vem acontecendo no Brasil, e da imposição de uma política restritiva pelo Estado”, explica o nutricionista Fábio Gomes, do INCA.

O estudo australiano aponta que o resultado da política de redução do índice de sódio em alimentos industrializados é 20 vezes menos efetivo quando a adesão ao acordo é voluntária e a indústria participa da escolha dos produtos a serem reformulados e da definição de aspectos, como o índice de redução da substância e do tempo para adequação às novas normas. Segundo a pesquisa, a iniciativa é mais eficiente quando as metas de redução são definidas pelos governos, a partir do perfil epidemiológico e cultural da população – e não pelos interesses da indústria.

Outro aspecto a ser considerado na aplicação da política de redução de sódio em alimentos industrializados é o padrão alimentar da população. Estudos internacionais apontam que a medida é mais eficaz em países onde o consumo de produtos ultraprocessados corresponde à quase totalidade da alimentação da população, como os Estados Unidos e o Reino Unido, onde essa proporção chega a 80%. No Brasil, esse índice é de 28% e, portanto, o impacto da reformulação de produtos alimentícios industrializados na ingestão de sal pela população tende a ser proporcionalmente menor.

“O padrão alimentar da população brasileira é composto majoritariamente pela chamada dieta tradicional, composta mais por elementos naturais e menos por produtos industrializados. Nesse cenário, regular a pequena parcela de alimentos ultraprocessados consumidos pela sociedade é muito importante, mas também é fundamental garantir a manutenção e a ampliação da alimentação natural, rica em frutas, legumes e verduras”, conclui Gomes. ■

### CONHEÇA AS METAS PARA REDUÇÃO DO ÍNDICE DE SÓDIO EM ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS:



Massas instantâneas: reduzir a concentração de sódio para até 1,9 g por cada 100 g de produto até 2012 (redução anual de 30% na concentração de sódio)

Pães de forma: reduzir a concentração de sódio para até 645 mg por cada 100 g de produto até 2012 e para até 522 mg por cada 100 g de produto até 2014 (redução anual de 10% na concentração de sódio)

Bisnaguinhas: reduzir a concentração de sódio para até 531 mg por cada 100 g de produto até 2012 e para até 430 mg por cada 100 g de produto até 2014 (redução anual de 10% na concentração de sódio)

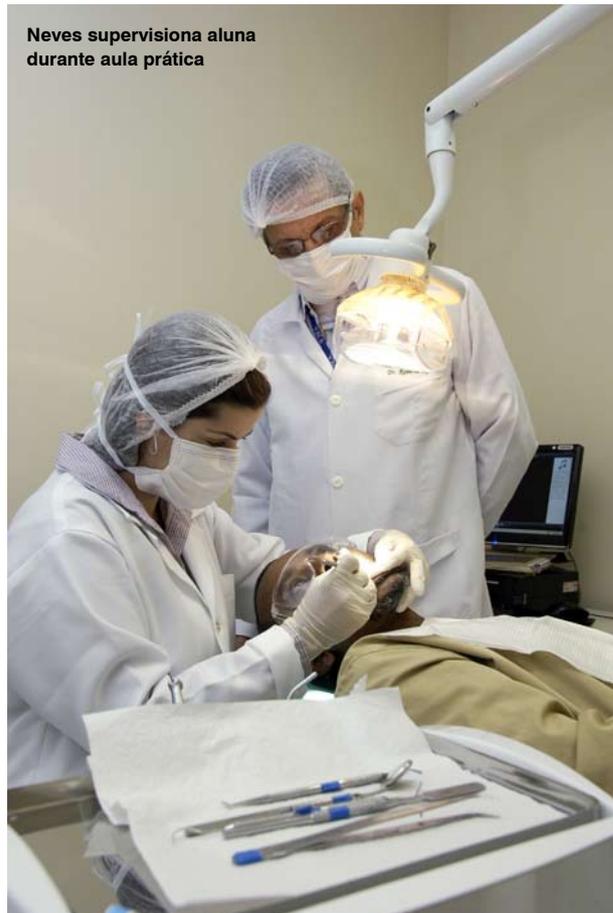
# educação

PROJETO CAPACITA DENTISTAS DO INTERIOR DO RIO PARA ATENDER PACIENTES COM CÂNCER E DESCENTRALIZAR ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

## Sorriso saudável

A saúde bucal dos brasileiros está melhorando. A conclusão é da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010, realizada pelo Ministério da Saúde, que revelou a redução em 30% na prevalência de cáries e o aumento em 70% no número de dentes tratados entre os adultos, levando o Brasil a ser classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um país com baixa prevalência de cárie. No entanto, o tratamento odontológico de pacientes com câncer ainda sofre com a falta de profissionais especializados. A principal lacuna diz respeito à atenção à saúde bucal de pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço, que requerem atendimento especial, principalmente depois de submetidos a sessões de radioterapia.

Cirurgião-dentista do Hospital do Câncer I (HC I), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Roberto Neves explica que pacientes com câncer de cabeça e pescoço necessitam de cuidados especiais em relação à saúde bucal, independentemente de o tumor ser neurológico, oftalmológico ou oral. “Entre os pacientes submetidos à quimioterapia e à radioterapia é comum o aumento da incidência de cáries, por conta da baixa quantidade de saliva, fluido responsável por proteger a boca e os dentes da ação das bactérias. Além disso, por receber radiação nos ossos maxilares, o paciente deve permanecer sob acompanhamento odontológico contínuo, para ad-



Neves supervisiona aluna durante aula prática

ministrar possíveis sequelas, como maior propensão ao desenvolvimento de cárie e/ou osteorradionecrose, quando os tecidos moles que recobrem os ossos da cavidade bucal são rompidos, deixando-os à mostra”, esclarece.

Neves ressalta que a capacitação de dentistas em Oncologia é fundamental para minimizar danos. “O tratamento de radioterapia de altas doses na região de cabeça e pescoço pode deixar sequelas graves. Nesses pacientes, uma simples extração dentária pode levar à mutilação da mandíbula”, explica o especialista.

Visando preencher essa lacuna, a Seção de Odontologia do INCA, em parceria com o Governo Federal, por meio do Programa Brasil Sorridente,

# “O objetivo é tratar esses pacientes em suas próprias cidades, sem necessidade de deslocamento para a capital”

ROBERTO NEVES, cirurgião-dentista

da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e de seis municípios fluminenses, elaborou projeto piloto com o objetivo de capacitar dentistas do interior do Estado para o atendimento especializado a esses pacientes.

A iniciativa teve início em abril, com a abertura das duas primeiras turmas do Curso de Aperfeiçoamento de Odontologia em Oncologia. “O objetivo é descentralizar a atenção à saúde bucal e tratar esses pacientes em suas próprias cidades, sem necessidade de deslocamento para a capital”, resume Neves, idealizador do projeto. A expectativa é que, no futuro, seja criada uma rede odontológica de atendimento ao paciente com câncer, nos mesmos moldes, em todo o país. Por isso, um dos pré-requisitos para a participação no curso é que os alunos estejam vinculados a um hospital público ou a instituições filantrópicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Estruturado sobre três bases – a área técnica, sob a responsabilidade de Neves; o suporte pedagógico, em parceria com a Coordenação de Educação e Divulgação Científica do INCA; e o apoio do governo estadual, responsável por analisar as necessidades dos municípios –, o Curso de Aperfeiçoamento de Odontologia em Oncologia atualmente conta com oito alunos dos municípios de Volta Redonda, Campos dos Goytacazes, Itaperuna, Niterói, Petrópolis e Nova Iguaçu.

Mara Cristina Demier Freire Ribeiro, assessora da Superintendência de Atenção Básica do Estado do Rio de Janeiro, explica que o câncer de cabeça e pescoço requer muita atenção. Por isso, para

serem credenciados, os Centros de Especialidade Odontológica (CEO) – no país são 859 unidades em funcionamento –, ligados ao Programa Brasil Sorridente, precisam ter, pelo menos, um estomatologista, dentista especialista em prevenir, diagnosticar e acompanhar o paciente com câncer de boca, antes, durante e após o tratamento. “Como no Rio de Janeiro temos o INCA, procuramos o Roberto Neves, que tinha esse projeto de qualificar dentistas do interior do estado”, revela. Com a formação de núcleos em outros municípios do estado e o suporte do INCA, o aluno capacitado se torna um multiplicador. “Queremos descentralizar o tratamento, para que esse tipo de atendimento não seja exclusividade da capital”, pondera Maria Cristina.

Antes de colocar o projeto piloto em prática, a equipe responsável fez o mapeamento dos municípios sem acesso à atenção à saúde bucal para pacientes com câncer. As cidades selecionadas contam com instituições de saúde que oferecem tratamento de quimioterapia e radioterapia para portadores de neoplasias de cabeça e pescoço.

A dentista Fernanda Luna, que atua em Campos dos Goytacazes (no Norte do RJ), embora já tenha alguma experiência com portadores de neoplasias, acredita que, após o aperfeiçoamento, ficará mais segura ao lidar com esses pacientes. “Os profissionais da Odontologia não têm vivência em cancerologia. Então, é uma área carente de pessoal especializado, uma área que ainda estamos descobrindo. Após o curso, estaremos capacitados para tratar esses pacientes, sem medo, sem dúvida. E além disso, teremos acesso e uma linha direta com o INCA”, ressalta.

Para a dentista Nilza Martins Silva, que trabalha há 24 anos na Fundação Municipal de Saúde de Niterói (região metropolitana do RJ), a proposta vai facilitar a vida do paciente, já que o tratamento vai ficar mais próximo dele. Marcos Mendes, aluno da segunda turma e que atende há um ano num hospital estadual em Itaperuna (Noroeste fluminense) conta que, assim que soube do curso, quis fazê-lo. “É uma área que me interessa”, diz.

Roberto Neves revela que, apesar de existir um curso de residência multiprofissional em Oncologia no INCA, no qual os cirurgiões-dentistas estão contemplados, não há garantias de que o profissional formado vá atuar na rede pública, porque, segundo Neves, nem todos têm vínculo com alguma instituição pública. “A formação completa deve unir teoria e prática. Daí a ideia de desenvolver esse projeto piloto”, finaliza. ■

# capoa

PLANO TEM AÇÕES INTEGRADAS E 4,5 BILHÕES PARA ENFRENTAR OS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA

# Marco para a saúde feminina



**R**educir a incidência e a mortalidade do câncer do colo do útero e aprimorar a atenção às pacientes com esse tipo de tumor ou câncer da mama. Este é o objetivo do Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, lançado em março pela presidente Dilma Rousseff. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa para 2011 é de 18 mil novos casos de

câncer do colo do útero e de quase 50 mil novos casos de câncer de mama em todo o país. Para enfrentar esse desafio, o novo plano define metas e ações específicas a serem implementadas até 2014 e receberá do Governo Federal investimento total de R\$ 4,5 bilhões. “A iniciativa é fundamental para garantir o cumprimento dos objetivos propostos para o controle do câncer”, declarou a presidente Dilma durante o lançamento.



A presidente Dilma lançou o plano em março

Foto: Aecom/MS

O plano é composto por eixos estruturantes e ações transversais, estratégicas para a implementação da política e do bom funcionamento dos programas nacionais para o controle desses tumores. Os eixos estruturantes correspondem ao fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, que receberão, respectivamente, investimento de R\$ 394,4 milhões e de R\$ 879,3 milhões, e à ampliação e ao fortalecimento da rede oncológica, etapa que somará R\$ 3,2 bilhões.

As diretrizes transversais são direcionadas à reorganização da rede de assistência, o que inclui a melhoria da capacidade de gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde e a descentralização das ações; a revisão do modelo de financiamento das estratégias de rastreamento das neoplasias, de forma a garantir sua sustentabilidade no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS); a qualificação permanente de profissionais de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária; e o aprimoramento dos sistemas de informação e vigilância do câncer do Ministério da Saúde. Também estão previstas ações de mobilização social para a conscientização da população sobre a prevenção e o tratamento desses tipos de câncer e o empoderamento das instâncias de controle social do SUS.

“O envolvimento direto da presidente Dilma Rousseff e o reconhecimento do câncer do colo do útero e de mama como prioridades de governo dão novo impulso à atenção à saúde da mulher”

ANA RAMALHO, chefe da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica do INCA

As estratégias para a melhoria da atenção à saúde da mulher são respaldadas também pela Portaria Nº 1.473 do Ministério da Saúde, publicada em 24 de junho de 2011, que reconhece os quatro compromissos prioritários do Governo Federal na área da saúde – entre eles, o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer

“A revisão das diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil atualiza normas e procedimentos e traz novas informações para a prática clínica. O objetivo é garantir atendimento com qualidade e segurança”

FÁBIO RUSSOMANO, vice-diretor de Ensino do IFF/ Fiocruz

de colo de útero e mama. Os outros compromissos estão relacionados às redes Cegonha, de Urgência e Emergência e de Atenção Psicossocial e de Cuidados aos Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas.

Para a médica sanitária Ana Ramalho, chefe da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica (DARAO) do INCA, o momento político é um marco no enfrentamento dos cânceres do colo do útero e de mama no país. “O Ministério da Saúde investe em ações contínuas para a melhoria da atenção à saúde da mulher desde a década de 1970. Agora, o envolvimento direto da presidente Dilma Rousseff e o reconhecimento dos cânceres do colo do útero e de mama como prioridades de governo dão novo impulso a essas ações”, opina.

O plano traça estratégias para o aprimoramento da gestão regionalizada dos programas nacionais do colo e de mama, como a mudança do modelo de financiamento das ações de rastreamento e de diagnóstico. Ana Ramalho informa que está em estudo no Ministério da Saúde proposta de financiamento que incorpore incentivos para a organização da gestão e o desenvolvimento de programas de gestão de qualidade dos exames de rastreamento de câncer do colo do útero e de mama. “Atualmente, a realização de mamografias e exames citopatológicos é custeada pelo mesmo recurso que financia exames laboratoriais e de radiologia de pacientes já diagnosticadas. É preciso garantir recursos distintos para as duas áreas,



para que não haja uma competição entre assistência e rastreamento”, sugere a médica.

O processo de construção do plano contou com a participação de profissionais da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica e da Diretoria de Planejamento do INCA e do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (MS); de técnicos de outras secretarias do MS; e de representantes das sociedades científicas. Ana Ramalho reconhece que a participação de diferentes setores da sociedade e do Ministério da Saúde foi fundamental para estabelecer metas exequíveis e condizentes com as diferentes realidades do país. “A qualidade é um processo contínuo, e o Brasil está dando um grande passo em relação ao aprimoramento dos programas voltados à saúde da mulher. Antes, o objetivo primordial era a ampliação dos programas e do acesso aos serviços de saúde. Hoje, o foco é a qualidade da atenção à saúde da mulher, em todos os níveis, em toda a linha de cuidado do câncer”, avalia a médica.



## NOVAS ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

As estratégias para o controle do câncer do colo do útero no Brasil tiveram início nos anos 1970 e foram intensificadas nas décadas seguintes com a ampliação e qualificação dos serviços de saúde envolvidos na atenção primária e secundária. Apesar dos significativos avanços no controle da doença – entre eles o aumento do índice de detecção da lesão precursora –, desafios importantes ainda se impõem, sobretudo na Região Norte do país.

O quarto volume da publicação *Câncer no Brasil – Dados dos Registros de Câncer de Base Populacional*, lançado em 2010, confirma que a ampliação do acesso das mulheres ao exame citopatológico para o rastreamento de tumores cervicais – o Papanicolau, popularmente conhecido como preventivo – tem sido eficiente para o controle da doença. De acordo com o relatório, o índice de detecção da lesão precursora do câncer do colo do útero subiu de 30% para 44% nos últimos 30 anos, como resultado dessa política. Por outro lado, a

publicação indica a necessidade de intensificar atividades de prevenção na Região Norte, onde a neoplasia cervical é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres e a maioria dos tumores é diagnosticada em estágio avançado.

De acordo com as diretrizes apontadas pelo plano, a intensificação das ações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero visa a dois objetivos principais: a garantia do acesso ao exame preventivo com qualidade a todas as mulheres entre 25 e 64 anos e a qualificação do diagnóstico e do tratamento das lesões precursoras. Para isso, o plano organiza as ações relativas à neoplasia cervical em quatro componentes: o fortalecimento da gestão descentralizada do Programa Nacional e o acompanhamento e monitoramento de suas ações; a qualificação das equipes da Atenção Básica para o rastreamento da doença; a gestão da qualidade dos exames de citopatologia; e a garantia da confirmação diagnóstica e do tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

Como parte dessas ações, foi lançada em julho, durante o 14º Congresso Mundial de Patologia Cervical e Colposcopia, no Rio de Janeiro, a revisão das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento



Ana Ramalho, Fábio Russomano e o secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Magalhães Jr. com um exemplar das Diretrizes 2011

do Câncer do Colo do Útero. O trabalho é resultado de parceria do INCA com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), o Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Para o ginecologista Fábio Russomano, vice-diretor de Ensino do IFF e coordenador do trabalho, recomendações atualizadas e padronizadas são imprescindíveis para um programa de saúde organizado e eficiente. “A revisão das diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil atualiza normas e procedimentos e traz novas informações para a prática clínica. O objetivo é garantir atendimento com qualidade e segurança”, resume Russomano.

O documento traz novas diretrizes a serem incorporadas por serviços e profissionais de saúde. A faixa etária para a realização do exame preventivo – que antes era de 25 a 59 anos – agora inclui mulheres até 64 anos. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames com resultado negativos, com intervalo anual.

A iniciativa também promoverá a capacitação de ginecologistas para a confirmação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, de acordo com as novas diretrizes. Complementando esse esforço, está previsto para agosto o lançamento do Manual de Controle de Qualidade para a Citopatologia, organizado pelo INCA, para garantir a qualidade dos exames de rastreamento no âmbito do SUS.

“O mamógrafo é um equipamento de alto custo e deve ter índices de produtividade compatíveis com o investimento que requer”

ADALBERTO FULGÊNCIO, diretor do DenaSUS

A ginecologista Flávia Miranda, técnica da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica do INCA, afirma que o documento será um importante instrumento de gestão para os laboratórios que prestam serviços ao SUS: “O objetivo é qualificar o funcionamento dos laboratórios que analisam o material clínico colhido nas unidades de saúde”, resume. Para isso, o manual disponibilizará para gestores e profissionais de saúde uma lista de verificação para o monitoramento interno dos laboratórios e as diretrizes e recomendações para o processo de monitoramento externo. “A expectativa é que o monitoramento interno e externo dos laboratórios padronize a qualidade dos exames e aponte para as secretarias municipais e estaduais de saúde as unidades aptas a realizar os exames com qualidade e segurança e ser credenciadas como prestadoras de serviços para o SUS”, completa.

O plano também prevê, até o final de 2014, a estruturação de 20 serviços de referência para o diagnóstico e o tratamento de lesões precursoras. “A prioridade será a Região Norte. Para os próximos 10 anos, o objetivo é reduzir em 70% a incidência do câncer do colo do útero na região”, expõe Ana Ramalho.



## MAIS QUALIDADE PARA AS MAMOGRAFIAS DO SUS

Excluindo-se o câncer de pele não melanoma, o tumor de mama é a neoplasia mais incidente entre as mulheres brasileiras. Segundo o Ministério da Saúde, a doença, em 2008, foi responsável por quase 12 mil mortes, o que representa uma taxa de 11,5 óbitos por 100 mil mulheres. Para responder a esse desafio, o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama propõe a intensificação das estratégias para o controle do câncer de mama a partir de três objetivos principais: a ampliação do acesso de mulheres com idades entre 50 e 69 anos ao exame de rastreamento e o monitoramento da qualidade das mamografias; a garantia de acesso de todas as mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento; e a qualificação da rede de atenção para o controle do câncer de mama.

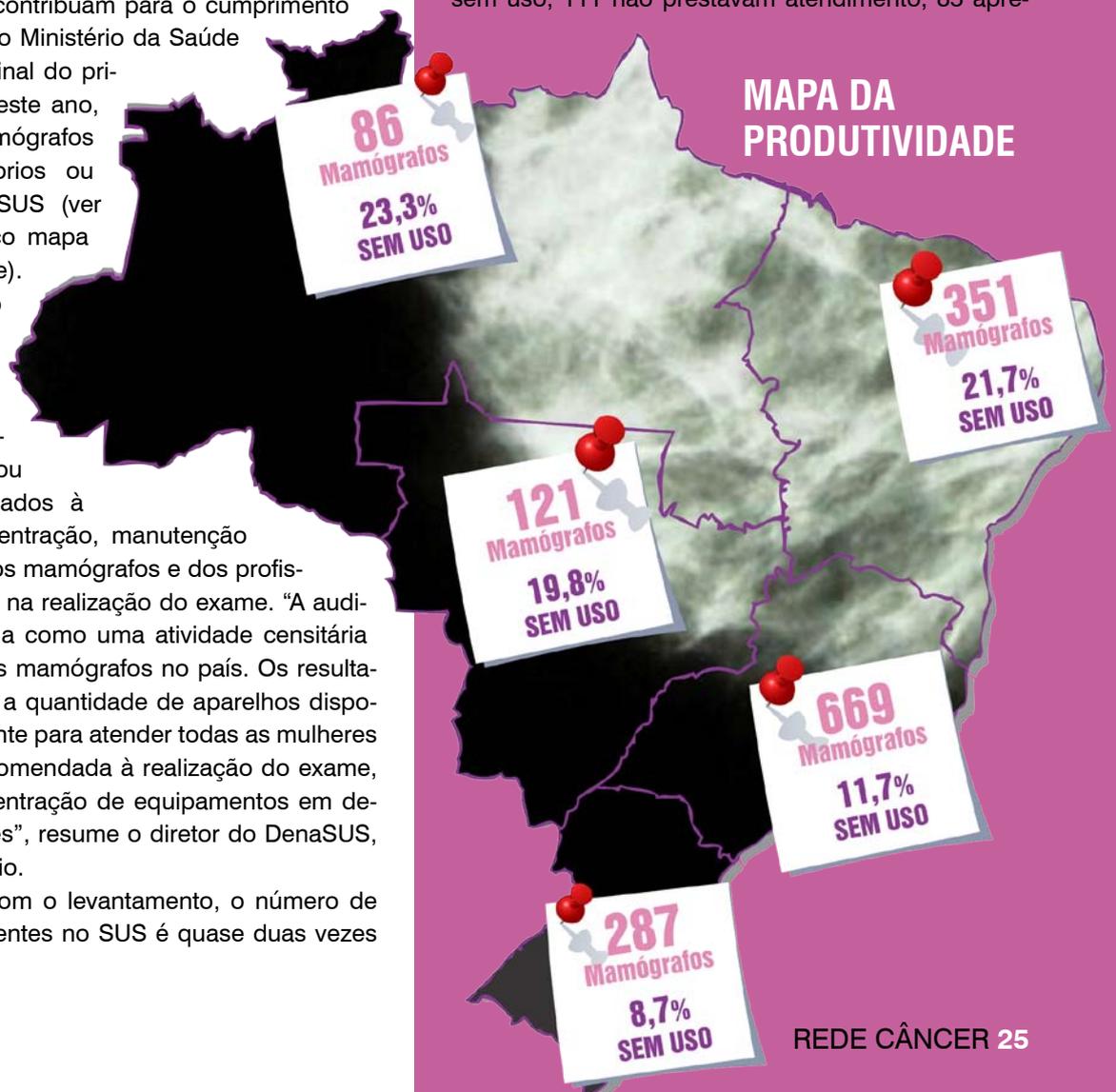
Para subsidiar o desenvolvimento de políticas e ações que contribuam para o cumprimento desses objetivos, o Ministério da Saúde empreendeu, no final do primeiro semestre deste ano, auditoria dos mamógrafos de serviços próprios ou conveniados ao SUS (ver mais no infográfico mapa da produtividade). Coordenada pelo Departamento Nacional de Auditorias do SUS (DenaSUS), a iniciativa investigou aspectos relacionados à distribuição, concentração, manutenção e produtividade dos mamógrafos e dos profissionais envolvidos na realização do exame. “A auditoria foi organizada como uma atividade censitária para avaliação dos mamógrafos no país. Os resultados apontam que a quantidade de aparelhos disponíveis seria suficiente para atender todas as mulheres na faixa etária recomendada à realização do exame, não fosse a concentração de equipamentos em determinadas cidades”, resume o diretor do DenaSUS, Adalberto Fulgêncio.

De acordo com o levantamento, o número de mamógrafos existentes no SUS é quase duas vezes

“A expectativa é que, até setembro, uma portaria do Ministério da Saúde seja publicada para criar o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia”

RONALDO CORREA, técnico da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica do INCA

maior que o necessário para cobrir toda a população brasileira, conforme parâmetro do INCA, que é de um aparelho para cada 240 mil habitantes. No entanto, a distribuição geográfica - cerca de 44% dos aparelhos estão no Sudeste - e o baixo nível de produtividade são entraves à plena oferta do exame. Entre os 15% sem uso, 111 não prestavam atendimento, 85 apre-





sentavam defeito e 27 ainda estavam na embalagem. Problemas como ausência de manutenção (22,7%), deficiência de recursos humanos (18,8%) e falta de insumos (14,7%) provocam a baixa produtividade dos aparelhos.

A ação contemplou todos os municípios que têm ao menos um mamógrafo que atenda pacientes do SUS – um universo de 1.514 aparelhos – e subsidiará a elaboração de novas políticas públicas para ampliação do acesso ao exame de rastreamento do câncer de mama. “Os resultados desse mapeamento são essenciais para a elaboração de uma política de descentralização do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, para a redistribuição de mamógrafos e a qualificação de recursos humanos para atuar na área”, avalia Fulgêncio.

Para realizar o inquérito, o DenaSUS trabalhou em parceria com unidades de auditoria do Ministério da Saúde nos estados e municípios. Somente em São Paulo, o levantamento foi realizado em 182 cidades, totalizando 427 mamógrafos. “A auditoria é um instrumento de controle e uma importante ferramenta de gestão para o SUS. Essa força-tarefa é fundamental para que a iniciativa tenha a capilaridade necessária. O mamógrafo é um equipamento de alto custo e deve ter índices de produtividade compatíveis com o investimento que requer”, conclui o diretor do DenaSUS.

Nesse contexto, o INCA propôs ao Ministério da Saúde a criação do Programa Nacional de Qualidade

em Mamografia. A iniciativa começou em 2007, a partir de projeto piloto realizado em parceria com a Anvisa, o Instituto Avon e o Colégio Brasileiro de Radiologia, para a avaliação da qualidade desses exames em quatro regiões do país.

“Em 18 meses de trabalho, foram avaliados 53 serviços conveniados ao SUS que oferecem o exame, nos municípios de Belo Horizonte, Goiânia e Porto Alegre e no Estado da Paraíba, onde já estava instituído o Programa Estadual de Controle da Qualidade de Mamografias. O objetivo foi a validação de uma metodologia para o controle de qualidade dos equipamentos e da atuação dos radiologistas, a ser implantada em todo o país”, sintetiza Ronaldo Correa, técnico da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica.

De 2009 a 2011, nove estados adotaram a metodologia de avaliação da qualidade dos serviços de mamografia. A proposta para a criação do Programa Nacional está em fase de avaliação no Ministério da Saúde, por meio de grupo de trabalho instituído este ano especialmente para esse fim. “A expectativa é que, até setembro, seja publicada portaria do Ministério da Saúde criando uma portaria que regulamenta o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia”, adianta Ronaldo. “A metodologia proposta pelo programa assegura que a dose, a imagem radiológica e a interpretação das mamografias estejam em conformidade com padrões internacionais de qualidade. Para obter esse resultado, será preciso estabelecer

# “Atualmente, o rastreamento do câncer de mama no Brasil é feito de forma oportunística”

RONALDO CORREA, técnico da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica do INCA



parcerias com a Anvisa, as Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais e o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR)”.

O principal diferencial da metodologia proposta pelo projeto piloto do INCA consiste na periodicidade da realização dos testes para o controle da qualidade e o aproveitamento dos dados obtidos. “A imagem do simulador de mama é verificada a cada três meses, enquanto a dose de radiação emitida pelo aparelho e a imagem clínica são avaliadas anualmente”, diz Ronaldo.

Segundo o especialista, no âmbito do projeto piloto, o monitoramento da dose e da imagem do simulador, além das correções eventuais, propiciaram

a melhoria da qualidade da mamografia. Esse fato também é observado nos nove estados que mantêm atividades de controle de qualidade da mamografia.

O INCA também está envolvido em um projeto no município de Curitiba. A participação do instituto busca aprimorar as ações de rastreamento organizado do câncer de mama em Curitiba e adquirir *expertise* para a implantação do rastreamento organizado em outros locais do país.

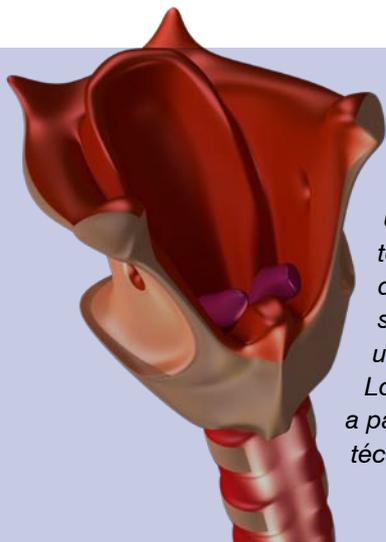
A iniciativa prioriza quatro eixos de atuação: monitoramento da qualidade das mamografias; gerenciamento das ações de rastreamento por meio dos sistemas de informação e do acompanhamento das mulheres com exames alterados; estratégias de comunicação para mobilizar a população para a realização dos exames de rastreamento; e apoio à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba na realização de projetos de pesquisa relacionados ao rastreamento do câncer de mama.

O rastreamento organizado do câncer de mama, consiste na busca ativa das mulheres na faixa etária recomendada para a realização do exame – de 50 a 69 anos. “Atualmente, o rastreamento do câncer de mama no Brasil é feito de forma oportunística, pela abordagem de mulheres com mais de 50 anos que comparecem a uma unidade de saúde por outras razões. Dessa maneira, somente mulheres que já frequentam uma unidade de saúde são aconselhadas à realização do exame – o que não corresponde a uma cobertura populacional significativa”, comenta Ronaldo.

A estratégia de rastreamento organizado em Curitiba define como meta uma cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo. “Estudos apontam que, mantendo esse nível de cobertura na faixa etária de 50 a 69 anos, com a realização de mamografias a cada dois anos, é possível reduzir em até 35% a mortalidade por câncer de mama”, afirma Ronaldo.

“As curitibanas nessa faixa etária cadastradas pelas equipes de atenção primária recebem um convite no mês de aniversário para que compareçam à unidade básica de saúde, onde serão sensibilizadas para fazer a mamografia, entre outras recomendações”, descreve o técnico da DARAO.

Ele ressalta que esse é um projeto de longo prazo e que os resultados devem começar a aparecer em cerca de 10 anos. “O objetivo das ações de rastreamento é a redução da mortalidade – o que só acontecerá em seis ou oito anos depois de o programa atingir cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo”, conclui. ■



## TRAQUEIA ARTIFICIAL SALVA PACIENTE COM CÂNCER

Uma traqueia artificial, confeccionada com o uso de nanotecnologia e engenharia de tecidos, salvou a vida de um paciente com câncer no órgão natural. O tumor, do tamanho de uma bola de golfe, sufocaria o paciente, um geólogo africano de 36 anos, mas, ao ser retirado, destruiria sua traqueia. Para substituir o órgão, os especialistas produziram uma imagem tridimensional da traqueia. Depois, uma equipe da University College de Londres desenvolveu o “esqueleto” da traqueia sintética. O novo órgão foi construído a partir de células-tronco. A cirurgia foi realizada na Suécia, sob coordenação italiana. A técnica será usada em uma criança com problema semelhante ainda este ano.

## REDE DE SOLIDARIEDADE SE REÚNE NO RIO

Pela primeira vez no Brasil, um paciente e seu doador de medula óssea se encontraram. Djailson Alves da Silva doou a medula que, em 2006, salvou a vida de Gustavo Oliveira de Paula, hoje com 12 anos. Os dois se conheceram durante o 4º Encontro Internacional sobre Registro de Doadores de Medula Óssea e Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical, realizado em junho.



Divulgação/INCA

## MODERADOR DE APETITE NOS CIGARROS

Pesquisa publicada na edição de maio do **The European Journal of Public Health** comprova que as seis maiores companhias de cigarro dos EUA e da Inglaterra (American Tobacco, Phillip Morris, RJ Reynolds, Lorillard, Brown & Williamson and British America Tobacco) usaram aditivos químicos para reduzir o apetite de fumantes. A pesquisa prova que o aumento de peso é mais do que um efeito psicológico colateral em quem deixa de fumar. Em nome da “boa forma”, muitos fumantes podem ter preferido manter a dependência temendo engordar.

Os redutores de apetite mais encontrados foram anfetamina e efedrina. Também se identificaram gás do riso e ácido tartárico. Os aditivos foram usados de 1949 a 1999. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Convenção-Quadro do Controle do Tabaco defendem uma regulamentação rigorosa dos cigarros como parte da luta contra o tabagismo.



## CRIADA A REDE DE INSTITUTOS NACIONAIS DE CÂNCER DA UNASUL



**RINC**  
REDE DE INSTITUTOS  
NACIONAIS DE CÂNCER

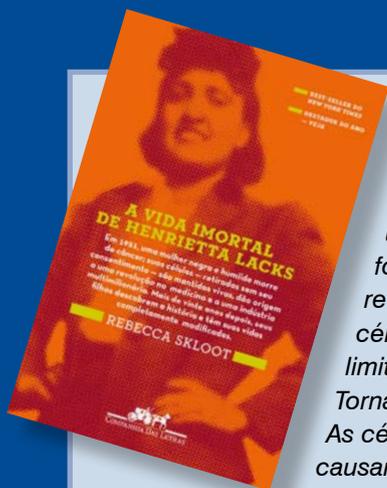


No dia 26 de julho, será lançada a Rede Nacional de Institutos Nacionais de Câncer da União das Nações

Sul-Americanas (Unasul Saúde). Formada por representantes de Brasil, Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, México, Nicarágua, Peru e Uruguai, a RINC tem entre seus principais objetivos a incorporação das linhas de trabalho dos países-membros, a implantação de registros de câncer e a elaboração de projetos baseados em prioridades nacionais. Ao mesmo tempo, busca-se o desenvolvimento dos Institutos Nacionais do Câncer da Unasul e a capacitação de recursos humanos.

## INSTITUIÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER APRESENTAM PROPOSTA À PRESIDENTE DILMA

A presidente Dilma Rousseff recebeu, em junho, proposta de criação de benefícios fiscais a empresas que ajudarem instituições com projetos de auxílio a pacientes com câncer e a pessoas com deficiência. A proposta foi apresentada pelos presidentes da Fundação do Câncer, que apoia o Instituto Nacional de Câncer (INCA), Marcos Moraes; do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Paulo Marcelo Hoff; e da Associação Brasileira das Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (Abificc), Aristides Maltez. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que participou da reunião e concorda com a proposta, foi incumbido pela presidente de discutir o assunto com o Ministério da Fazenda.



### AS CÉLULAS IMORTAIS DE HENRIETTA LACKS

Em 1951, morreu, em consequência de um tumor cervical agressivo, Henrietta Lacks, uma humilde dona de casa americana. Durante o tratamento, suas células cancerígenas foram retiradas, sem o seu consentimento, e mantidas vivas, provocando uma verdadeira revolução na medicina e nos estudos do câncer. Após as tentativas usuais de manter as células sobrevivendo em cultura, descobriu-se que elas eram capazes de se expandir sem limites, superando a capacidade de todas as outras usadas antes na mesma pesquisa.

Tornaram-se as primeiras células humanas a se reproduzir em laboratório.

As células HeLa, iniciais de Henrietta Lacks, fizeram parte de pesquisas dos genes que causam câncer e daqueles que o eliminam. Por meio delas, foi possível desenvolver tratamentos para herpes, leucemia, gripe, hemofilia e várias outras doenças, além da vacina contra poliomielite, quimioterapia e fertilização in vitro. As células foram vendidas e enviadas

para experimentos no mundo inteiro e integraram as primeiras missões espaciais para estudos em gravidade zero. Todas as grandes pesquisas científicas e/ou biológicas da história desde os anos 50 precisaram das células de Henrietta. A escritora de não ficção Rebecca Skloot levou dez anos para escrever o livro, recém-publicado no Brasil, A Vida Imortal de Henrietta Lacks (Companhia das Letras).

A história mistura passado e presente, direitos dos pacientes, questões raciais e o uso de cobaias humanas em experiências científicas. A autora revela o nascimento daquilo que hoje é conhecido como bioética e conta como foi o surgimento dos laboratórios de manipulação e reprodução de células em cultura. O livro foi eleito um dos dez melhores de 2010 por mais de 60 publicações. Tornou-se um best-seller imediato, com tradução para mais de 20 idiomas. Será adaptado para a televisão pela HBO, com produção de Oprah Winfrey e Alan Ball. Parte do lucro das vendas segue para a fundação Henrietta Lacks ([henrietalacksfoundation.org](http://henrietalacksfoundation.org)).

# O deserto de Allyson

Quem acompanhou as tempestades de areia, as miragens e as areias movediças, hoje tem certeza de que Allyson Firme atravessou o seu deserto. O adolescente – que, com sete anos, recebeu o diagnóstico de leucemia – enfrenta, com coragem admirável, todos os pormenores que envolvem o tratamento da doença e as consequências do transplante de medula óssea, superando as expectativas clínicas. Seis anos depois, em meio às sequelas do processo terapêutico, Allyson decidiu escrever o livro *O Meu Deserto*, que retrata passo a passo seu tratamento e é dedicado a todos que estão trilhando um deserto pessoal. Atualmente com 14 anos e uma probabilidade de cura de 90%, o jovem sustenta que o apoio da família e dos amigos foi essencial para sua recuperação.

Allyson era uma criança como qualquer outra e esbanjava saúde. Até nasceu com um pé torto, mas o tratamento foi iniciado logo, e aos cinco meses de vida ele passou por uma cirurgia que não deixou nenhuma complicação. Nascido em Rondônia, o menino ocupava as tardes após as aulas com brincadeiras ao ar livre, como caçar morcegos, lançar madeira para ver quem cravava mais longe na grama e tomar banho de represa. Seus maiores prazeres eram brincar de apostar corrida, pega-pega e esconde-esconde com os irmãos Alice e Ademir. Também adorava pegar frutas do pomar de casa para saboreá-las com os amigos. Mas todo esse paraíso infantil foi interrompido por dores misteriosas, que passaram a afetá-lo dia e noite.



Tudo começou depois de um dia inteiro de atividades com o Clube de Desbravadores – sociedade de escotismo para meninos e meninas, da qual Allyson fazia parte. No meio da noite, começaram as dores nos ossos e uma febre alta. Ao chegar ao hospital, o diagnóstico do médico foi o seguinte: dores do crescimento, comuns na infância. Mas, infelizmente, esse não era o caso do desbravador. E foi nessa época, em agosto de 2005, que Allyson descobriu seu deserto e começou a atravessá-lo.

Foram seis meses, duas mudanças de estado, consultas a diversos especialistas, idas a diferentes hospitais, além de diagnósticos equivocados, até descobrirem que Allyson tinha leucemia. “Meus pais me levaram a vários médicos, mas nenhum conseguia descobrir o que eu realmente tinha. Receita-



Allyson bebê, com os irmãos e o pai antes da descoberta da leucemia

“Os ossos dos meus dedos doíam muito, como se estivessem entrando agulhas”

ALLYSON FREIRE

vam anti-inflamatórios e analgésicos e me mandavam para casa”, lembra. No começo, as dores eram nas pernas. Depois, mudaram para os joelhos e as mãos. “Os ossos dos meus dedos doíam muito, como se estivessem entrando agulhas”, conta Allyson. Não conseguia dormir, deixou de ir ao colégio e perdeu muito peso.

Quatro meses depois do primeiro sintoma, a doença já havia comprometido sua capacidade motora. A família levou o menino para Mato Grosso do Sul, em busca de uma hematologista pediátrica, que recomendou consulta com um onco-hematologista. Adjane e Ademir Firme, pais de Allyson, tomaram um susto: jamais haviam cogitado da possibilidade de o filho ter câncer. “No meio de toda a nossa busca, o onco-hematologista concluiu que a doença de Allyson era psicológica. Fiquei apavorada com esse diagnóstico, porque eu sabia que estava acontecendo alguma coisa que precisava ser tratada e, com certeza não era um problema psicológico. Nesse momento, tive a certeza de que, se ficasse ali, poderia perder meu filho sem nem saber o que ele tinha”, desabafa Adjane.

Sempre com palavras de incentivo para o filho não desanimar e acreditar no aprendizado que poderia extrair do sofrimento, os pais levaram Allyson ao Rio de Janeiro. Ainda no aeroporto, foram recebidos por uma junta médica do Hospital Adventista Silvestre. Novos exames foram realizados, e os resultados, enviados para o Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). A investigação apontou a presença de células cancerígenas, mas os especialistas não conseguiam identificar sua origem. Diante disso, Adjane e Ademir foram comunicados de que o estado de Allyson era gravíssimo e que o filho tinha poucos dias de vida.

No livro, Allyson conta que foram feitos exames de sangue, raios X, tomografia, mielograma e punção

“Demos graças a Deus porque a doença foi descoberta, já que, só assim, ele teria o tratamento necessário. Com os cuidados prestados, nossa esperança de que tudo terminaria bem foi redobrada”

ADJANE FIRME, mãe de Allyson Firme

lombar, entre outros, mas os médicos não concluíam o que ele tinha. Até que um dos médicos que estudavam o caso chegou ao diagnóstico de leucemia linfóide aguda. Apesar de todo o sofrimento, a notícia trouxe alegria para a família. “Diante do que estávamos vivendo, demos graças a Deus porque a doença foi descoberta, já que, só assim, ele teria o tratamento necessário. Com os cuidados prestados, nossa esperança de que tudo terminaria bem foi redobrada”, lembra a mãe.

O passo seguinte foi iniciar a quimioterapia. A previsão era que durasse três anos. Apesar dos enjoos, da indisposição e da queda dos cabelos, a reação de Allyson superou a expectativa da equipe. Nessa época, a família e os amigos foram fundamentais, pois se reuniam em torno dele para transmitir pensamentos positivos e festejar a descoberta do diagnóstico e a possível cura.

No final do segundo ano de quimioterapia, Allyson começou a apresentar um quadro diferente. “Meu filho estava recuperado, as pessoas olhavam para ele e viam uma criança saudável. Mas ele sentia muita dor de cabeça e no pescoço. O médico dizia que era normal, mas a dor era muito intensa. Também começou a engordar cerca de três quilos

por semana. De uma criança magrinha, ele se tornou obeso, e chegou a pesar 74 kg, com 10 anos. E começou uma nova batalha para descobrir o porquê daquilo tudo”, recorda Adjane. A família resolveu buscar ajuda com um outro médico que, ao colher material da medula óssea de Allyson, descobriu que a leucemia tinha voltado.

Dessa vez, o menino foi encaminhado ao INCA, e o tratamento reiniciado com duas novidades: além da quimioterapia com doses para adulto, Allyson foi submetido à radioterapia e recebeu indicação para fazer transplante de medula óssea. Começou, então, a busca por um doador compatível, primeiramente entre os irmãos, grupo no qual a chance de compatibilidade é de 25%. Prontamente, Alice e Ademir Jr. fizeram os exames, emocionados com a possibilidade de proporcionar a cura ao irmão. Os testes indicaram alta compatibilidade entre Allyson e Alice e as crianças foram transferidas para o Hospital das Clínicas, em São Paulo. A operação foi um sucesso. “Sempre dizíamos que esse era um deserto que estávamos atravessando juntos – e que todo deserto tem fim. Tentávamos incentivá-lo de todas as maneiras para não perder a fé na cura”, lembra Adjane.

Dez dias após o procedimento, Allyson começou a apresentar reação ao transplante. “Comecei a sentir coceiras muito fortes por todo o corpo, que se tornaram placas vermelhas e logo escureceram, formando bolhas como de queimadura, que estouravam e ficavam em carne viva. A roupa colava no meu corpo e meus movimentos estavam tão limitados que precisei fazer uso novamente de cadeira de rodas”, conta.

O quadro clínico, chamado doença do enxerto contra o hospedeiro, ocorre quando os glóbulos brancos do doador reconhecem como estranho o organismo do receptor e passam a agredi-lo. A reação atinge principalmente a pele, o trato gastrointestinal e o fígado e acontece porque a medula óssea produz glóbulos brancos (linfócitos) treinados para reconhecer o que é estranho ao nosso organismo e defendê-lo dos invasores (bactérias, fungos e vírus). Para tratar a doença, Allyson foi encaminhado ao INCA, onde faz até hoje uma terapia celular chamada fotofereze. O tratamento tem demonstrado eficácia e segurança em pacientes portadores de doenças autoimunes, mas o estado de Allyson era tão grave que os médicos acreditavam que ele só tinha 30% de chances de sobreviver.

Mesmo assim, a família não desanimou. “Sempre passávamos muito otimismo para ele, muita con-



“A roupa colava no meu corpo e meus movimentos estavam tão limitados que precisei fazer uso novamente de cadeira de rodas”

ALLYSON FIRME



fiança, muita esperança. Nunca chorávamos perto dele, praticávamos muitas atividades no hospital, sempre buscando dinâmicas interessantes para distraí-lo, embora passasse por momentos difíceis de dor”, salienta Adjane. Em *O Meu Deserto*, Allyson explica que, além de fazer a terapia celular, era necessário intercalar o tratamento com pomadas e óleos, várias vezes ao dia, a fim de amenizar a dor e diminuir a hipersensibilidade na pele.

A ideia de escrever o livro surgiu após as primeiras semanas de tratamento com a terapia celular, quando o alívio das dores já podia ser sentido. “Dessa forma, pude reavaliar todo o aprendizado que consegui extrair em meio a tanto sofrimento. Sofri, minha família e meus amigos sofreram também, mas em nenhum momento deixamos de acreditar que o meu deserto teria um fim e que sairíamos fortalecidos e cada vez mais certos do poder da perseverança”, afirma.

O livro foi publicado um ano antes de ele receber alta da internação, em 2010, e é um sucesso entre todos que querem conhecer a história desse jovem vencedor. Perguntado sobre o que quer ser quando crescer, Allyson apresenta vários planos. “Posso ser engenheiro mecatrônico, químico ou até pastor, como o meu pai. Quero estar sempre atualizado e estudar o quanto puder. Esse é um exercício importantíssimo para o cérebro”, ensina o jovem, que não perdeu nenhum ano letivo nem deixou de estudar por um período sequer durante todos os anos do tratamento. Sobre se tem vontade de escrever outro livro, Allyson é taxativo. “Tenho vontade, sim, mas agora quero escrever sobre coisas boas.” ■



De criança saudável, Allyson ficou obeso (centro, ao lado da mãe) quando a leucemia voltou. Durante a internação, aprendeu como fazer diferentes tipos de nó (abaixo)



# artigo

PAULO ANTONIO DE CARVALHO FORTES

*Médico pediatra e sanitarista. Professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2009-2011)*

## O dilema ético de priorizar recursos escassos

Com a reconhecida escassez de recursos financeiros, humanos e materiais para dar conta de todas as necessidades atuais do sistema, os gestores do SUS necessitam estabelecer prioridades na sua alocação. Disso resultam consequências na atenção à saúde desenvolvida nos diferentes serviços: hospitalares, ambulatoriais ou relacionados à atenção primária. São decisões de natureza ética que afetam os indivíduos, as instituições e a coletividade.

Por exemplo, quando da introdução de um novo equipamento de radioterapia ou de novos quimioterápicos, considerados mais eficazes e seguros para o tratamento de enfermidades neoplásicas, os gestores e os profissionais de saúde terão que assumir critérios de priorização, sabendo que não poderão atender a todas as necessidades de todas os pacientes. Trata-se, às vezes, da questão ética de decidir quem vai viver, de quem vai ter melhora de

seu estado de saúde, de quem vai se beneficiar do escasso recurso.

É recente o caso da distribuição e da priorização de medicamentos contra o vírus influenza A (H1N1), em que inicialmente o próprio Ministério da Saúde advertia que não havia condições de atender a todas as pessoas potencialmente sujeitas à infecção, tendo elaborado critérios selecionadores, mas restritivos, à dispensação dos fármacos.

A isso se denomina microalocação de recursos escassos, referente à seleção individualizada de beneficiários de recursos disponíveis, em que se podem identificar os beneficiados e os que não serão beneficiados.

Assim sendo, uma importante pergunta nos é posta: "Quais seriam os critérios éticos orientadores de uma justa priorização de recursos referentes aos cuidados de saúde?". Existem diversos critérios para

a tomada de decisão, envolvendo valores e princípios éticos que podem se completar ou se confrontar.

Entendemos que profissionais de saúde e pacientes almejariam que houvesse critérios objetivos, de natureza técnica, para a tomada de decisão a ser fundamentada na vulnerabilidade individual à doença, na gravidade dos casos, na probabilidade de



# “Quais seriam os critérios éticos orientadores de uma justa priorização de recursos referentes aos cuidados de saúde?”

adoecimento e/ou de morte ou complicações ou na presença de comorbidades. Eficácia clínica, efetividade e eficiência também deveriam fazer parte desses critérios. Todavia, os critérios de objetividade técnico-científica não são desprovidos de valores éticos, não são eticamente neutros.

Todavia, nem sempre se consegue decidir baseando-se nesse tipo de critério e lançando-se mão de outros, como:

A) o critério da fila ou lista de espera, que se baseia na noção da igualdade entre as pessoas. Foi o adotado pela Lei Federal 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que regulamentou a doação de órgãos e a realização de transplantes em nosso país, oferecendo os órgãos disponíveis às primeiras pessoas que estejam inscritas nas listas oficiais de receptores, ou seja, por ordem de chegada;

B) o critério de aleatoriedade na escolha dos beneficiários dos escassos recursos parte do fundamento de que as vidas humanas são igualmente valiosas e que as pessoas devem ter iguais oportunidades. Afirma-se que a “loteria ética” não afetaria a confiança estabelecida entre os profissionais de saúde e sua clientela e eliminaria a necessidade de comitês para a tomada de decisão de escolher. Contudo, como desvantagem, afirma-se que um sorteio não incluiria outros fatores de relevância na tomada de decisão e poderia trazer angústias para as pessoas, por não terem certeza de que em algum momento seriam beneficiadas pelos recursos escassos, como acontece com as filas ou listas de espera;

C) o critério da idade, que pode utilizar a idade tanto como fator positivo quanto negativo para a priorização de recursos. Os estadunidenses Emanuel e Wertheimer (2006), discutindo sobre a priorização de vacinas contra a gripe aviária (influenza A H1 N5), defendem claramente o princípio de alocação baseado em ciclos de vida, entendendo que os adolescentes

e adultos jovens devam ser priorizados (13-40 anos), e não crianças e idosos, como no caso brasileiro, aliando a noção de prevalência da doença e da possibilidade de anos de vivência. Todavia, a exclusão por idade para fornecimento de cuidados nos parece errônea, pois se baseia apenas em estatísticas artificiais, que não levam em conta as individualidades; D) o critério do mérito ou da contribuição social por vezes é utilizado. A noção de mérito implica que as pessoas são merecedoras em virtude de traços de caráter ou de ações virtuosas praticadas no passado ou de possíveis contribuições no futuro. Contudo, não é fácil estabelecer uma linha demarcatória do que seja uma conduta social que deva ser negativamente valorizada, de quando uma pessoa não age de forma “politicamente correta”. Essa avaliação não pode sempre ser feita tendo por base um senso comum ou seguindo as posições hegemônicas na sociedade, por poder levar a situações injustas. Por exemplo, uma pessoa não deveria ser priorizada para o tratamento de um câncer de pulmão caso fosse um fumante inveterado?

Atualmente, pode-se considerar entre pessoas que estariam levando estilos de vida tidos como não saudáveis: fumantes, alcoólatras, usuários de drogas ilícitas, comedores de excesso de sal ou gordura, sedentários ou ainda pessoas que fazem sexo sem preservativos. Contudo, condutas de vida consideradas, neste momento histórico, como sendo não saudáveis não o eram até há poucos anos.

Finalizando, alocar recursos escassos é uma decisão de natureza ética e deve levar em conta: fatos, princípios, valores, emoções, ideias e crenças ocorrentes na sociedade. Em uma sociedade que tem como característica o pluralismo de valores morais, é necessário que as decisões públicas promovam o engajamento dos cidadãos e dos profissionais de saúde, que sejam transparentes para que todos tenham confiança nos serviços e nos profissionais de saúde. ■

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Emanuel EJ, Wertheimer A. Who should get influenza vaccine when not all can? *Science* 2006; 312 (5775): 854-855.
- Fleischacker S. Uma breve história da justiça distributiva. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cadernos Saúde Pública* 2008; 24(3): 696-701.
- Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *www.thelancet.com* 2009; 373:423-431.

# assistência

ENFERMEIROS TAMBÉM SE DESTACAM NA GESTÃO, NO ENSINO E NO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

## Diversificando horizontes

**E**las enfrentaram barreiras, preconceitos e até a guerra por um objetivo em comum: cuidar do outro. A ítalo-inglesa Florence Nightingale e a brasileira Anna Nery são o retrato de uma profissão que atravessa dois séculos com a mesma missão: a de assistir com dedicação e carinho a quem precisa de cuidado. O Brasil conta hoje com 1,5 milhão de profissionais da Enfermagem, que atuam nas áreas assistencial e administrativa, segundo dados da Associação Brasileira

de Enfermagem (Aben-RJ). Nesse universo composto por atendentes (1,54%), auxiliares (37,6%) e técnicos de enfermagem (42,5%), ainda há carência de enfermeiros (18,36%), principalmente para atuar na área administrativa das unidades de saúde.

Se a função primeira dos enfermeiros é assistir, é preciso quem planeje essa assistência e assuma algumas funções gerenciais e de supervisão em áreas como Higiene e Limpeza, Auditoria, Hotelaria,

Foto: Maurilo Claretto



Parte da equipe da superintendência de atendimento e operações do Hospital Sírio Libanês. Ivana Siqueira (2ª à esq.) e suas enfermeiras-gerentes

# “A formação e a visão do cuidado integral do enfermeiro proporcionam conhecimentos e habilidades para uma atuação profissional abrangente dentro do Sistema de Saúde”

FÁTIMA MEIRELLES, analista da Área de Ensino Técnico/INCA

trole de Infecção Hospitalar, Educação e Consultoria, entre outras. Svetlana Margaret Cvirkun e Heleno Costa Júnior são exemplos de que enfermeiros ocupam lugar de destaque, atuando além da assistência básica. Os dois fazem parte do seleto grupo de profissionais da área que se dedica à administração em saúde – pela estimativa da Aben-RJ, menos de 5% dos enfermeiros do País atuam no setor.

Svetlana, gerente técnico-administrativa do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), pertencente ao Complexo Hospitalar Santa Casa, de Porto Alegre, iniciou sua trajetória profissional como técnica de enfermagem do Hospital Santa Rita, unidade da Santa Casa especializada em Oncologia. Dois anos depois, concluiu a faculdade de Enfermagem, acumulou experiências como enfermeira clínica, supervisora e chefe de enfermagem, docente no curso técnico de Enfermagem da instituição, até chegar à gerente técnico-administrativa, cargo que ocupa há 15 anos.

Outro que iniciou a carreira como técnico foi Heleno Costa Júnior, atual coordenador de Educação e diretor de Relações Institucionais do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), representante exclusivo no Brasil da Joint Commission International, maior agência acreditadora em saúde do mundo. Depois de se graduar, atuar por cerca de 10 anos como enfermeiro nas redes pública e privada e obter especialização em Administração Hospitalar e Gestão de Serviços de Saúde, Heleno resolveu trocar de vez a área assistencial pela de gestão de serviços.

Assim como Heleno, muitos profissionais da classe vêm buscando atuar na área da acreditação. A

prova está no próprio quadro de avaliadores do CBA, 60% dele constituído por enfermeiros. “O interesse dos enfermeiros está, assim como no meu caso, na clara identificação com uma tarefa real e capaz de promover a melhoria da qualidade e segurança dos serviços prestados ao paciente em uma instituição de saúde”, aponta.

## VASTO CAMPO

O Hospital Sírio-Libanês (SP) é um exemplo da valorização da profissão de enfermeiro dentro do ambiente hospitalar, a começar por sua superintendente de atendimento e operações, Ivana Siqueira. Sua história profissional no Sírio-Libanês começou em 1985. Até chegar ao cargo que ocupa hoje, atuou como enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), coordenadora do pronto-atendimento, assistente e gerente de enfermagem.

Para Ivana, o enfermeiro é um profissional multifacetado que possui uma visão mais sistêmica da assistência, o que é positivo. Devido às noções sobre estratégias, liderança, operações e processos, várias funções administrativas importantes são desempenhadas por esses profissionais no Sírio-Libanês, incluindo o *call center* e as chefias de atendimento. Dos 390 enfermeiros que trabalham no hospital, mais de 10% estão na área administrativa, muitos ocupando funções gerenciais. “O que eles fazem é administrar as áreas: custos, despesas e recursos. Esses enfermeiros-administradores funcionam como gerentes de negócios”, revela.

## APERFEIÇOAR O PRESENTE

Para encarar esses desafios, a atualização permanente é fundamental aos enfermeiros. No INCA, cabe à Coordenação de Educação (CEDC) elaborar ações que visam à qualificação de profissionais de saúde para a Rede de Atenção Oncológica, além de planejar, coordenar e supervisionar a implementação e a avaliação de programas de ensino e eventos científicos promovidos pela Instituição.

Fátima Meirelles, Vânia Teixeira e Luiza Nogueira, enfermeiras que já atuaram na área assistencial e atualmente estão na CEDC, veem o trabalho que realizam como fundamental para a melhoria do atendimento direto. “Na assistência, o foco está direcionado ao paciente, com a sua dor pelo diagnóstico de um câncer que é muito traumático. Pensamos na qualifi-



Marina Izu mostra uma bolsa com sangue coletado de cordão umbilical, que pode salvar uma vida

cação dos profissionais, que precisam estar bem preparados para que o paciente tenha um atendimento de excelência. Na CEDC, cuidamos educando”, reforça Luiza Nogueira, especialista em Enfermagem Oncológica, mestre em Enfermagem e que está há 25 anos no INCA.

Vânia Teixeira, responsável pela Área de Ensino Técnico da CEDC, adianta que o setor (em parceria com a Escola de Formação em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos) está elaborando o plano do curso de especialização para os técnicos de Enfermagem atuantes nas unidades da Rede de Atenção Oncológica no Estado do Rio. “Temos o compromisso de promover a qualificação de equipes multiprofissionais, com perfis ajustados ao trabalho, para atuação em todos os níveis de cuidado na rede”, afirma.

A carreira da enfermeira Fátima Meirelles soma experiências em cinco áreas: cuidado/assistência, gestão, ensino, controle social e pesquisa. No INCA, onde hoje é analista na Área de Ensino Técnico, desenvolve políticas educacionais e de desenvolvimento de recursos humanos em saúde de trabalhadores de nível médio - formação e especialização -, orien-

“É bom saber que, apesar de não estar diretamente na assistência, realizo uma atividade de suma importância para as pesquisas que vão aprimorar os estudos de diversos tipos de câncer”

MARY MIRIAM, enfermeira do BNT/INCA

tada ao controle do câncer. Fátima sublinha que “a formação e a visão do cuidado integral do enfermeiro proporcionam conhecimentos e habilidades para uma atuação profissional abrangente dentro do Sistema de Saúde.”

## VISLUMBRANDO O FUTURO

“Muito ainda se pode descobrir em relação à aplicabilidade da utilização das células-tronco presentes no sangue de cordão umbilical. A contribuição do meu trabalho para o futuro dessa área se dá na participação no desenvolvimento de pesquisas, na coleta do material (sangue de cordão, placenta, cordão umbilical e líquido amniótico) e no aprimoramento da técnica de coleta e desenvolvimento de materiais e métodos.” Essa é a visão da enfermeira Marina Izu, que trabalha no Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP), do INCA, e que tem como função selecionar e capacitar gestantes para doação de sangue do cordão umbilical, além de fazer a consulta de retorno, promover palestras para sensibilização sobre a doação e treinar enfermeiros da Rede BrasilCord – que reúne os bancos públicos de sangue de cordão umbilical e placentário do país.

Marina, que está há quase 10 anos no INCA, não vê diferença entre o trabalho assistencial direto e o que realiza no BSCUP, já que cuidar faz parte da vida do ser humano.

A mesma sensação de colaborar com o futuro tem a enfermeira Mary Miriam, que realiza as entrevistas dos pacientes para serem incluídos no Banco Nacional de Tumores e DNA (BNT) do INCA. “É bom saber que, apesar de não estar diretamente na assistência, realizo uma atividade de suma importância para as pesquisas que vão aprimorar os estudos de diversos tipos de câncer”, diz a enfermeira, que está no INCA desde 1999 e já atuou em vários setores no Hospital do Câncer II.

Enfermeira responsável pela coordenação da captação e inclusão de doadores no biobanco do INCA desde 2006, Teresa Guedes conta que o objetivo principal do BNT é a formação de uma rede nacional e latino-americana para coleta de amostras e troca de informações, de modo a reunir dados para traçar o perfil genético da população brasileira e da América Latina, possibilitando estudos voltados ao aprimoramento do tratamento de portadores de câncer. Ela afirma que a inclusão de enfermeiros nesse trabalho deu-se por conta das características prementes desse tipo de profissional: foco no capital humano, visão sistêmica, forte identidade institucional, tolerância a adversidades e experimentações, ser comunicativo e, principalmente, por “sermos os únicos a conhecer integralmente todos os processos e fluxos de trabalho de diferentes setores de uma instituição de saúde. Aspectos vitais para a operacionalização do biobanco dentro da instituição”, considera.

“Inicialmente, a proposta de trabalho envolvendo enfermeiros previa apenas a obtenção do consentimento e a entrevista para coleta de dados epidemiológicos dos doadores”, conta. Teresa, que trabalha no INCA desde 1983, diz que a atuação do enfermeiro abrange aspectos do planejamento, da coordenação e da implantação das atividades do banco dentro das unidades do INCA, além da educação de profissionais que participam desse processo, trabalho que mostra que o biobanco é um novo campo de atuação para os enfermeiros do Brasil e do mundo.

É essa capacitação constante que a enfermeira e presidente da Aben-RJ, Sônia Alves, aponta ser fundamental para o profissional da Enfermagem. Com 40 anos de carreira, boa parte deles dedicados à educação, a presidente da associação garante que os indicadores da área de trabalho ainda incluem a Enfermagem como uma profissão do futuro. “Há demanda de profissionais capacitados para as áreas de gestão em saúde e para planejar a assistência. É preciso ter enfermeiros com esse perfil da responsabilidade técnica. Por isso, é preciso estar preparado”, sentencia Sônia Alves. ■

“Há demanda de profissionais capacitados para as áreas de gestão em saúde e para planejar a assistência. Por isso, é preciso estar preparado”

SÔNIA ALVES, presidente da Aben-RJ

## MUSEU DA ENFERMAGEM

*Criado em maio de 2010 pelo Conselho Federal de Enfermagem, o Museu Nacional de Enfermagem Anna Nery (MuNEAN) tem como objetivo pesquisar, preservar, comunicar a história da Enfermagem e valorizar o profissional da Enfermagem nas suas diversas áreas de atuação. Para isso, está dividido em duas categorias: operacional (projetos culturais, educativos e científicos, além de pesquisas textuais e fotográficas sobre a história da Enfermagem) e institucional (exposição de peças e fotografias com personagens da Enfermagem).*

*Em pleno Pelourinho, em Salvador, o MuNEAN recebeu mais de 6.500 visitantes presenciais e cerca de 2 milhões de visitantes virtuais desde sua fundação, em maio do ano passado, informou Osvaldina César Soares, gerente de Museologia do local.*

*Visite o MuNEAN: [www.munean.com](http://www.munean.com)*



Sala de exposição do MuNEAN retratando a Enfermagem no mundo e no Brasil

# rede

CRIAÇÃO DE REDE NACIONAL PRETENDE ALIVIAR O SOFRIMENTO E GARANTIR MELHOR QUALIDADE DE VIDA E DE MORTE A DOENTES CRÔNICOS

## UMA POLÍTICA PÚBLICA PARA CUIDADOS PALIATIVOS

**G**arantir o acesso aos cuidados paliativos a pacientes com câncer e outras doenças crônicas é o objetivo da força-tarefa nacional que envolve representantes de diversas instituições da saúde para a construção de uma política pública nacional na área. O primeiro passo, sob a coordenação do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), tem por objetivo a criação da Rede Nacional de Expansão de Cuidados Paliativos, de forma a contemplar todo o país.

Cláudia Naylor, diretora do Hospital do Câncer (HC) IV, do INCA, referência no Brasil em Cuidados Paliativos, explica que a iniciativa é resultado do esforço da comunidade técnico-científica em levar conhecimento e acesso a cuidados paliativos a todas as regiões do país. “Embora já existam alguns polos de cuidados paliativos no Brasil, a maioria está concentrada na Região Sudeste. Por isso, apenas uma pequena parcela da população tem acesso a esse tipo de serviço. Ampliar o acesso aos cuida-



dos paliativos é um desafio para o Brasil, que tem dimensões continentais e integra diferentes realidades em um mesmo território. Por isso, a criação de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos é estratégica”, pontua.

A médica reconhece que é preciso considerar as disparidades socioeconômicas do Brasil, que dificultam a introdução de um mesmo modelo de cuidados paliativos em todas as regiões. Para Cláudia, a solução é adaptar a prática à realidade de cada localidade, fornecendo instrumentos para que os profissionais estejam aptos a estruturar o serviço de acordo com as possibilidades locais.

Cláudia conta que a mobilização para a construção de uma política pública para criar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos teve início em 2010, no Rio de Janeiro, em evento que reuniu 95 representantes de instituições de saúde públicas e privadas de todo o país para discutir a questão sob a ótica das diversas especialidades. “O envelhecimento da população e o aumento da incidência de doenças crônicas, entre elas o câncer, colocam os cuidados paliativos no topo das prioridades da agenda de saúde. A Rede Nacional de Cuidados Paliativos será um esforço interdisciplinar e intersetorial para a construção de políticas públicas, para a educação de profissionais de saúde e a integração dos serviços”, sintetiza Cláudia.

A coordenadora da Rede Nacional de Expansão de Cuidados Paliativos, Sílvia Maria de Macedo Barbosa, que também coordena a Unidade de Dor e Cuidados Paliativos do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), destaca que um dos desafios da rede é conscientizar profissionais de saúde e pacientes sobre a importância desses cuidados para todos os portadores de doenças crônicas – e não apenas para os pacientes com câncer. “Embora 85% dos pacientes em cuidados paliativos no Brasil sejam oncológicos, é fundamental ressaltar que a prática é recomendada a todos os portadores de doenças crônicas e que o acesso a esse serviço é um direito que deve ser assegurado a todos que precisam”, esclarece a médica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são uma forma de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares na prevenção e no alívio do sofrimento. Na prática, isso significa identificar e dar acesso ao tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicológica e espiritual relacionados ao desenvolvimento

de doenças. Para a coordenadora da Rede Nacional, colocar a diretriz da OMS em prática requer a construção de uma política pública específica para o tema, que deve contemplar as diferenças socioeconômicas e culturais do país. “É preciso desmistificar, para profissionais de saúde e pacientes, a ideia de que os cuidados paliativos são empregados apenas no final da vida. Ao contrário; o paciente deve ser acompanhado nesse segmento desde o diagnóstico da doença, de forma a reduzir seu sofrimento e aumentar sua qualidade de vida”, alerta Sílvia.

As especialistas ressaltam que ainda há um longo caminho a percorrer. Há um ano, pesquisa realizada pela Economist Intelligence Unit, empresa de consultoria do mesmo grupo da revista *The Economist*, classificou 40 países em um ranking de qualidade de morte. O Brasil ocupou a 38ª posição, à frente somente de Uganda e Índia. Segundo o inquérito, entre os fatores que contribuem para a melhor qualidade da morte estão os cuidados prestados aos pacientes no fim da vida e a quantidade de analgésicos disponíveis para o controle da dor. O resultado chama a atenção para a realidade brasileira em relação aos portadores de doenças crônicas, principalmente aqueles que não têm mais chances de cura: a falta de uma política pública que institua os cuidados paliativos como direito do paciente.

No topo do ranking, a Inglaterra recebeu a pontuação máxima, devido ao amplo acesso dos pacientes a medicamentos para o controle da dor e a programas de cuidados paliativos. Surpreendentemente, países desenvolvidos, como a Dinamarca e a Finlândia, reconhecidos por seus sistemas de saúde gratuitos e universais, não obtiveram boa classificação. O motivo: ambos se preocupam mais com a prevenção de doenças e menos com o alívio do sofrimento dos pacientes.

## REDE SERÁ TAMBÉM CANAL DE COMUNICAÇÃO

Os esforços para a construção de uma política pública nacional de cuidados paliativos incluem a revisão de uma série de documentos técnicos e políticos, para publicação de portaria sobre o tema. O trabalho, em fase de conclusão, teve início há dois anos e envolve representantes de sociedades especializadas em oncologia que compõem o Conselho Consultivo do INCA (Consinca) e o Conselho Nacio-

nal de Saúde (CNS). O objetivo é contemplar não só o paciente com neoplasia, mas também portadores de doenças crônicas benignas.

Segundo a médica Teresa Reis, diretora da Divisão Técnico-Assistencial do HC IV, a intenção é que a portaria seja aplicada nas cinco regiões do Brasil, considerando-se suas diversidades e particularidades. “A portaria deve garantir a homogeneidade no acesso a medicamentos e serviços de saúde, de forma alinhada ao princípio da equidade. Isso significa que a mesma cesta básica de medicamentos usada no Rio de Janeiro deve estar disponível nos estados do Norte e do Nordeste. Não pode haver disparidade entre as medicações utilizadas nas Regiões Sul e Sudeste e o resto do país”, analisa Teresa.

Um dos pontos críticos da discussão sobre a cesta básica de medicamentos é o acesso aos opioides, como a morfina, utilizados para o alívio da dor. Cláudia Naylor informa que o padrão de tratamento para dor oncológica é pautado pela administração dessas drogas, que devem estar disponíveis para todos os usuários do SUS. No Brasil, segundo Silvia Barbosa, grande parte dos pacientes ainda não tem acesso a essa classe de medicamentos.

Para a OMS, o acesso a analgésicos opioides é fundamental para que se alcance o controle de sintomas da doença, alívio da dor e melhora na qualidade de vida. A pesquisa feita pela Economist Intelligence Unit demonstrou que 5 bilhões de pessoas no mundo não têm acesso à quantidade apropriada de morfina e outros opioides.

Outras prioridades da rede são a integração das unidades de saúde que já oferecem o serviço, para que o compartilhamento de conhecimentos e experiências possa aprimorar a atenção ao paciente. “A Rede Nacional de Cuidados Paliativos também funcionará como um canal de comunicação, tanto para o público leigo como para os profissionais de saúde. Por meio dela, serão disponibilizadas informações importantes, como os endereços das unidades de saúde que prestam o serviço e conteúdos didáticos sobre o tema”, completa Cláudia.

A diretora do HC IV ressalta, ainda, que a implantação de uma política pública de cuidados paliativos resultará na redução de custos associados à assistência de pacientes crônicos. “A exemplo da experiência de outros países, o cuidado paliativo reduz custos e evita a chamada futilidade terapêutica, quando são empregadas ações e procedimentos que, no fim das contas, não vão trazer nenhum benefício ao paciente, como interná-lo no Centro de Tratamento

Intensivo ou submetê-lo à quimioterapia, embora já não responda mais ao tratamento, em vez de aplicar um cuidado paliativo. Além do custo elevado, pode significar péssima qualidade de morte para esse paciente, que passaria por procedimentos invasivos sem necessidade”, pondera a médica.

O paciente submetido aos cuidados paliativos tem a qualidade de vida aumentada, que muitas vezes se traduz em aumento da sobrevivência. “Cuidado paliativo nunca foi instituído para aumentar a sobrevivência. No entanto, pela qualidade que dá, os pacientes estão vivendo mais”, afirma Cláudia.

Outro desafio para a construção da Rede Nacional de Cuidados Paliativos é a formação de equipes multidisciplinares para atenção integral ao paciente. “Muitas vezes, não é necessário um batalhão de profissionais de saúde para oferecer cuidados paliativos de qualidade. Uma equipe formada por médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro está apta a realizar um bom trabalho”, avalia a diretora do HC IV.

Apesar dos desafios, Silvia Barbosa acredita em um cenário favorável à expansão do acesso aos cuidados paliativos e à melhoria da qualidade de vida e de morte de pacientes crônicos. “Além da criação de políticas públicas, é preciso investir na conscientização de profissionais e gestores de saúde e da população e na integração do ensino das escolas médicas e de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição. Com a construção de uma agenda de prioridades e a realização de ações positivas, em médio prazo conseguiremos alterar a posição do Brasil no ranking sobre a qualidade de morte”, finaliza. ■

Divulgação/INCA



Teresa, Cláudia e Silvia defendem que os cuidados paliativos estejam em todo o país, respeitando-se as particularidades de cada região

# ESSA CORRENTE PRECISA DE VOCÊ. DOE SANGUE.



Nada substitui o sangue. Por isso, quando uma pessoa precisa de sangue, ela precisa de você. Essa corrente é para fazer da doação um hábito, para que esse ato de solidariedade alcance cada vez mais pessoas e chegue até quem precisa.

**Seja um doador. Um grande ato incentivado e apoiado pelo SUS. Procure o hemocentro mais próximo.**



Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA





Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER**  
**Divisão de Comunicação Social**  
**Rua Marquês de Pombal, 125 - 4º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ**  
**CEP: 20230-240**

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