

03 REDE CÂNCER

Novembro 2007

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



Cooperação global concretizada

REDE LATINO-AMERICANA PARA O CONTROLE DO CÂNCER
É LANÇADA OFICIALMENTE NA EDIÇÃO BRASILEIRA DO ICC

Prêmio

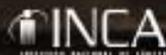
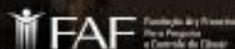
INCA

**Ary Frauzino
de Jornalismo**

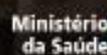
**Jornalista: sua informação
pode salvar vidas.
Escreva matérias sobre câncer.**

**Inscrições abertas até 31 de janeiro de 2008
Consulte o regulamento no site www.inca.gov.br**

Apoio:



Realização:



sumário



12

PREVENÇÃO
*Brasil unido
contra a ameaça
do amianto*

16

CAPA
*Colaboração
de países latinos
é destaque no 2º
ICCC*

21

POLÍTICA
*Brasil reforça
a luta contra o
tabagismo*

24

SOCIAL
*Empresas fazem
a diferença na
prevenção*

27

PERSONAGEM
*A lição de vida de
Ana Maria Braga*

30

REDE
*Gestão participativa
ganha espaço
na Saúde*

32

ASSISTÊNCIA
*Brasilcord
caminha para a
auto-suficiência*

35

EDUCAÇÃO
*A importância
da divulgação
científica*



REDE CÂNCER

2007 – Instituto Nacional de Câncer

A **Revista Rede Câncer** é uma publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer. 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: **Cristina Ruas** | Coordenação-geral do Projeto: **Claudia Lima e Cristina Ruas** | Edição: **Jacqueline Boechat, Regina Castro e Rodrigo Feijó** | Apoio editorial: **Todas as áreas técnicas do INCA** | Produção: **Informe Comunicação e Marketing** | Jornalista responsável: **Rodrigo Costa JP 4112 DF** | Reportagem: **Karenina Moss, Rodrigo Costa e Thaís Ribeiro** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Impressão: **Gráfica Brasil** | Tiragem: **10.000 exemplares**

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

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



anos de luta pela vida
1 9 3 7 - 2 0 0 7



Ministério
da Saúde



O reconhecimento internacional

Prezado leitor,

Nossa terceira edição chega às vésperas do início do segundo Congresso Internacional de Controle do Câncer, que reúne especialistas e autoridades em controle de câncer de todo o mundo para consolidar uma rede de cooperação internacional nessa área.

O evento, que movimentará o Centro de Convenções do Windsor Barra entre os dias 25 e 28 de novembro, no Rio de Janeiro, representa muito para o INCA e para o País. Para o instituto, é a coroação dos seus 70 anos. Mais que isso, é o reconhecimento da comunidade científica internacional ao potencial e a capacidade do INCA de executor de uma Política Nacional de Controle do Câncer. O INCA assume definitivamente uma posição de arti-

culador, fortalecendo o vínculo com os países da América Latina a partir do apoio, incentivo e subsídio técnico e teórico para implementação das políticas integradas e mais efetivas de controle dessa doença.

Compartilho com todo o Brasil a gratificação de cumprir missão de tamanha importância: a realização de um evento internacional desse porte. Com vocês, nossos leitores, compartilho mais uma série de reportagens sobre temas atuais e relevantes para a saúde pública brasileira, especialmente os relacionados ao câncer.

Nosso objetivo é, mais uma vez, estimular a reflexão e a participação de toda a sociedade no incremento da saúde dentro e fora do país.

Boa leitura!



LUIZ ANTONIO SANTINI
Diretor-Geral do INCA

notas

'FUMAR É CAFONA'

Divulgação



Completo 20 anos, a campanha pioneira assinada pelo cartunista Ziraldo contra o falso glamour do cigarro explorado pela indústria do tabaco livremente a época do lançamento, em 1987. A parceria com o INCA resultou em cinco pôsteres bem-humorados que, pela primeira vez, atacavam o comportamento do consumidor com os slogans “fumar é cafona”, “fumar é careta” “fumar é de mau gosto”, “fumar é patético”, e “fumar é brega”. Encomendada

pelo Pro-Onco, ex-Programa de Oncologia e atual Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA, a campanha abriu as portas para a construção de uma avançada legislação antitabaco no Brasil, nove anos depois. A campanha foi premiada pela OMS graças a sua originalidade ao extrapolar as tradicionais figuras de caveiras, revólveres e caixões tão comuns às campanhas, e de pouco impacto na população. A recepção positiva do público levou o cartunista a largar o vício do cigarro, que mantinha há 37 anos. “Eu era um escravo dessa porcaria”, confessa.

SISMAMA EM TODO O PAÍS

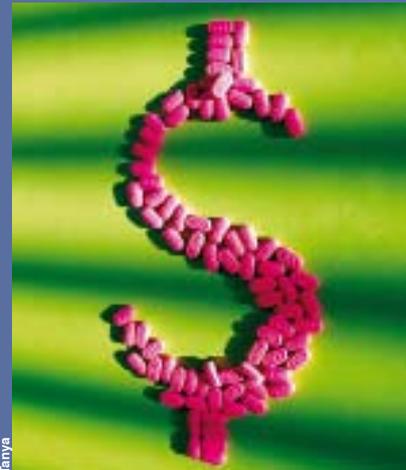


O INCA começou a articular junto aos estados e municípios a implementação do sistema informatizado que permite a integração e padronização dos

registros de todas as fases do tratamento do câncer de mama. Para isso, o Instituto promoveu no início de outubro o seminário “SISMAMA: primeira etapa no processo de implantação”, direcionado aos coordenadores da área de todos os estados brasileiros para, a partir da capacitação deles, estruturar o treinamento dos gestores da saúde por toda a rede do SUS. A meta é capacitar clínicas radiológicas e laboratórios credenciados ao SUS, além de técnicos e gerentes estaduais e municipais. O SISMAMA proporciona o monitoramento de todas as fases do atendimento, como consultas, exames e procedimentos diversos de tratamento da doença. Segundo a técnica da Divisão de Atenção Oncológica, Maria Beatriz Kneipp, a capacitação dos gestores promoverá a descentralização da atenção oncológica e a integração do sistema a nível nacional, viabilizando melhorias no diagnóstico precoce e no tratamento conforme as necessidades de cada localidade.

NOVA TABELA DO SUS

O ministro José Gomes Temporão apresentou ao Conselho Consultivo do INCA (CONSINCA) as últimas mudanças ocorridas na tabela de procedimentos do SUS, incluindo o aumento no orçamento de procedimentos de alta e média complexidade que será anunciado até o início do próximo ano. Ainda em setembro, o Ministério da Saúde liberou R\$ 1,2 bilhão para reajuste de quase mil procedimentos da tabela do SUS e aumento no limite de gastos com saúde em todo o país, o que deve provocar um impacto financeiro de R\$ 4 bilhões no Orçamento da União para 2008. Durante a reunião em Brasília, o ministro destacou os esforços que vêm sendo empreendidos pelo governo para resolver o que chamou de “desatualização crônica do financiamento em saúde”.



Tanya

O TABAGISMO ENTRE OS UNIVERSITÁRIOS

Como parte das comemorações do Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), o INCA divulgou o resultado de um inquérito sobre tabagismo com estudantes do terceiro ano dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina e odontologia. Ao todo, foram ouvidos 3.189 universitários de escolas públicas e particulares nas cidades de Campo Grande, Florianópolis, João Pessoa e Rio de Janeiro. A pesquisa iniciada em 2006 demonstrou, por exemplo, que a maioria dos estudantes conhece uma norma contra o fumo nos prédios das universidades. Em Florianópolis, esse resultado chega a 90 % dos entrevistados. Isso demonstra que os estabelecimentos de ensino têm se preocupado em observar a lei 9294/96 que proíbe o fumo em ambientes fechados. Mas apenas os alunos de medicina de Campo Grande (90%), afirmaram que elas são efetivamente cumpridas. Nas demais cidades, menos da metade têm esse tipo de concepção. Para sua coordenadora, Liz Almeida, os resultados orientarão o trabalho de conscientização para transformar esses futuros profissionais em promotores da saúde.

Carlos Praes



Philippe Ramakers

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A Agência Internacional para a Pesquisa do Câncer (IARC) irá reforçar a luta para o controle do câncer de colo de útero, que atinge 19 mil mulheres por ano, no Brasil. O apoio foi prometido pelo médico René Lambert, da equipe de rastreamento da IARC, durante visita ao INCA para conhecer a situação atual e as ações brasileiras de controle desse tipo de câncer. Segundo Cláudio Noronha, da Coordenação de Prevenção e Vigilância, a cooperação técnica entre as duas instituições permitirá aprimorar a qualidade das ações de controle, da qualidade do diagnóstico à terapêutica adequada. Lambert comprometeu-se à disponibilizar sua experiência e profissionais da agência ao INCA, mas destacou que “o país já tem tecnologia e expertise suficientes”.

UM BEIJO PELA VIDA

O Instituto Avon comemora o sucesso de mais uma edição do Dia do Beijo pela Vida (29 de setembro).

Nesta data, eventos por todo o País marcam a campanha promovida em mais de 50 países para a promoção da detecção precoce do câncer de mama. Na edição 2007, a capital gaúcha centralizou as ações por tratar-se do estado com maior índice de mortalidade por câncer de mama no Brasil. Um dos momentos marcantes foi a passagem do Laço Rosa, que roda o mundo, passando das mãos de uma mulher que venceu a doença a outra. Neste ano, a revendedora Lara Giusti recebeu o laço rosa da italiana Milva Cavedoni. Outras cidades, como Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo, Maceió e Teresina, também mobilizaram revendedores, instituições parceiras e a população em geral. Desde a sua criação em 2003, a campanha já apoiou 59 projetos de promoção da detecção precoce do câncer de mama, totalizando mais de R\$ 10,5 milhões e sensibilizando mais de 750 mil mulheres em todo o país.

Ricardo Giusti - PMPA



Câncer: a **INFORMAÇÃO**
pode **SALVAR VIDAS**

CÂNCER DE PELE



Evite exposição prolongada ao sol entre 10h e 16h, e use sempre proteção adequada, como chapéu, barraca e protetor solar.

Converse com seu médico sobre qualquer alteração que perceber na pele.

Mais Informações:
www.inca.gov.br

Cooperação para o controle do câncer

Às vésperas da realização do segundo Congresso Internacional de Controle do Câncer (International Cancer Control Congress - ICCC), no Rio de Janeiro, nossa equipe de reportagem conversou com os dois maiores responsáveis pela organização e consolidação deste que promete ser o maior e mais abrangente evento internacional na área de políticas de controle da doença: o brasileiro Luiz Antonio Santini e o canadense Simon Sutcliffe.

Próximo de completar dois anos na direção-geral do INCA, o primeiro, um fluminense de 61 anos, dedica atenção especial ao fortalecimento da Rede de Atenção Oncológica, que surge como principal mecanismo de operacionalização da política nacional, baseada na prevenção, na descentralização e na informação. Internacionalmente, tem liderado as negociações para a construção de uma rede de colaboração técnica e científica, abrangendo toda a América Latina, que viabilizará a integração de pesquisas, bancos de tumores e de doadores, entre outras ações possíveis e necessárias. Segundo Santini, este será o resultado mais esperado da edição brasileira do ICCC.

Médico inglês formado pelo Hospital St. Bartholomew's, em Londres, com doutorado em Oncologia Radioterápica pela Faculdade de Medicina Albert Einstein, de Nova York, Sutcliffe é hoje o presidente da B.C. Câncer Agency, maior instituto de estudo e combate ao câncer do Canadá. Chefiou a primeira



Entre uma viagem e outra e uma agenda cheia de compromissos, Simon Sutcliffe fez questão de participar de nosso bate-papo sobre a edição brasileira do ICCC por telefone.

incursão do governo canadense na adoção de uma estratégia nacional de controle do câncer. Graças ao sucesso deste programa, decidiu ampliar o debate e a troca de experiência a nível mundial, organizando a primeira edição do ICCC, em 2005, em Vancouver. Autor de muitos artigos especializados sobre o tratamento de linfomas, leucemia e tumores endócrinos malignos, fertilidade em pacientes com câncer e imunodeficiência celular, Sutcliffe defende o intercâmbio de ações e de conhecimento para o avanço no controle do câncer.

“Nosso desafio é estabelecer a correta proporção de investimentos entre as ações preventivas e as de tratamento, e ainda adequar isso tudo aos recursos disponíveis e à realidade de cada país”

SUTCLIFFE

Rede Câncer - *Quando e como surgiu a idéia de realizar (trazer para o Brasil) o Congresso Internacional de Controle do Câncer?*

Santini – A idéia de trazer o evento para o Brasil surgiu durante a primeira edição, em 2005, lá no Canadá, quando fizemos essa proposta ao Simon (Sutcliffe), presidente daquele evento, por ter havido uma identificação muito grande entre uma série de questões apresentadas por lá e as iniciativas de nossa política de controle do câncer. Então, nossa sugestão foi encaminhada e aprovada pelo comitê científico e organizador do congresso.

Sutcliffe – O Congresso surgiu com uma iniciativa para unificarmos a política de controle do câncer em nosso país. Ainda no final da década de 90, havia muita diversidade na abordagem da doença entre os estados canadenses. Era preciso deixar de agir individualmente para sermos mais efetivos no controle. A partir daí, a pesquisa por melhores estratégias nos aproximou de outros países que já adotavam políticas semelhantes para, então, buscarmos em conjunto estratégias globais mais eficazes. Hoje, a liderança que o Brasil exerce na América Latina e os 70 anos do INCA foram decisivos para apoiarmos a realização do evento por aqui, por ser um exemplo de comprometimento histórico com o tema. E isso veio ao

encontro ao que ficou decidido durante o primeiro ICCC. Havia um consenso de que a edição seguinte deveria acontecer em um país do hemisfério sul e, de preferência, em um país em desenvolvimento.

RC – *Este não é um congresso médico tradicional. O que o difere de outros eventos da área?*

Santini – Especialmente na área do câncer, ele difere bastante dos demais que tratam especificamente de questões relacionadas ao tratamento da doença, como novas técnicas e tecnologias. O foco do nosso evento é abordar o câncer como um problema de saúde pública. Abordamos muito mais as políticas e suas prioridades, os modelos de gestão, o financiamento, os recursos da comunicação, a articulação e a mobilização da sociedade, entre outros temas que extrapolam as questões meramente científicas.

Sutcliffe – Nossa preocupação é a disseminação de medidas globalizadas para o controle de câncer, especialmente nos países em desenvolvimento. Dessa forma, estimulamos a troca de experiências com os países que já adotam uma política nacional e a conscientização do maior número de parceiros para a construção de uma abordagem unificada, por ser ela, comprovadamente, mais eficiente.

RC – *Quais as principais falhas ou deficiências na abordagem do câncer? Como o evento pode contribuir para saná-las?*

Sutcliffe – Por falta de políticas consistentes de prevenção, a maioria dos casos de câncer ainda é diagnosticada quando a doença já está em um estágio mais avançado, o que limita a probabilidade de cura. O congresso é a oportunidade de diferentes países apresentarem resultados, discutirem soluções e ajudarem uns aos outros no controle do câncer. A primeira ação efetiva é a de conscientizar que as ações voltadas para a prevenção dos fatores de risco universais, como o tabagismo, tendem a ser bem mais econômicas. A segunda é o intercâmbio de informações, que auxilia os países a identificar as prioridades e ações viáveis.



Duda Vian

“A comunicação é um elemento chave para o controle global e efetivo do câncer”

SANTINI

Santini – Acho que a principal falha é justamente restringir a abordagem do câncer às questões científicas. É ver o câncer apenas como um problema de alta complexidade médica, o que inevitavelmente limita sua abordagem. Uma visão ultrapassada para dar conta de uma doença que há muito deixou de ser fatal. A melhor forma de se abordar o câncer é evitar que os casos cheguem a esse estágio avançado. Para isso, precisamos primeiramente focar na comunicação e na educação para levar a informação sobre os fatores de risco e disseminar hábitos saudáveis no dia-a-dia da população, como a alimentação e a prática de exercícios.

RC – *Como implementar uma estratégia global eficaz respeitando-se as diferenças e as particularidades de cada país ou região, como perfil político, econômico, social e cultural?*

Sutcliffe – Ao se falar de Controle de Câncer, estamos na verdade falando de um processo que começa na identificação dos fatores de risco e das caracterís-

ticas da doença em cada região. É preciso focar as diversidades étnicas, de acesso à tratamento, características geográficas, além dos fatores sócio-econômicos. O Congresso é uma importante ferramenta ao viabilizar essa troca de experiências entre países mais e menos desenvolvidos. A estrutura do evento distribuída em pequenos grupos internacionais de discussão de casos reais tem auxiliado na elaboração de planos e programas nacionais de abordagem do câncer.

Santini – Esse é o tema de nosso segundo congresso e o principal desafio mundial. A primeira orientação que trazemos é que a doença deve ser abordada com foco regional. Não dá pra pensar em colaboração internacional para controle da doença se não identificarmos e respeitarmos as características políticas, econômicas, sociais, culturais e mesmo o perfil da doença que varia de acordo com esse conjunto de fatores. Não podemos pensar em controle global do câncer se não aplicarmos políticas e tecnologias possíveis e necessárias a cada região ou localidade.

RC – *O Congresso é uma continuação da primeira edição realizada no Canadá. De lá pra cá, como evoluiu a abordagem global do câncer?*

Santini – O intervalo de dois anos entre a realização de um congresso e o outro é um

período muito pouco significativo para a avaliação de qualquer impacto das medidas adotadas para o controle do câncer. Apesar disso, só o crescimento do congresso em número de participantes ou de trabalhos inscritos representa um crescimento no interesse pelo tema. Antes, o câncer era um tema quase exclusivo de especialistas médicos. Hoje, o tema envolve diferentes aspectos e atrai diferentes setores da sociedade.

Sutcliffe – Há muito a ser feito no que diz respeito à educação da população e dos profissionais para entender o câncer como um processo. No meu entender, as estratégias de controle do câncer devem estar voltadas para a população como um todo e não apenas aos pacientes já diagnosticados. O desafio é estabelecer a correta proporção de investimento entre ações educativas, preventivas e de tratamento. Ainda é preciso dimensionar isso tudo ao montante de recursos que cada país tem a sua disposição para o controle da doença.

RC – *Quais as regiões ou localidades que mais avançaram?*

Sutcliffe – Os indicadores apontam para os países mais desenvolvidos. Nos países escandinavos, a adoção de planos nacionais de controle do câncer melhoraram não apenas os índices da doença, mas indicadores de saúde pública como um todo. No Reino Unido, foi adotada uma política mais agressiva porque encontrava-se aquém da realidade do resto da Europa. Em países em desenvolvimento, há ótimos exemplos de melhores resultados a partir da cooperação. Por exemplo, os indicadores referentes ao câncer em crianças na América Latina diminuiram bastante naqueles países em que foi observada uma cooperação científica com instituições estrangeiras de combate a doença.

Santini – Isso reforça ainda mais a urgência de viabilizarmos a troca de experiências e de tecnologias. Os resultados podem servir de exemplo ou meta para os países mais atrasados na área. Para se ter uma idéia do que estamos falando, a sobrevivência média de pacientes com câncer nos EUA é de 12 anos. Na América Latina, esse período médio é inferior a dois anos. Nós podemos e devemos melhorar esses indicadores. Se tomarmos como exemplo o câncer de colo do útero, a redução na sua incidência pode ser alcançada desde que se promova o acesso da população feminina ao exame preventivo. De modo

geral, nós podemos propor metas de redução viáveis e factíveis aos países menos desenvolvidos. Para isso, é fundamental a consolidação da colaboração internacional para transferência de conhecimentos, tecnologias e recursos.

RC – *A médio e a longo prazo, o que pode ou deve mudar no controle do câncer no país e na América Latina?*

Sutcliffe – Existe uma diversidade enorme na América Latina. Alguns países têm investido e conquistado melhoras significativas, como Argentina, Brasil e Costa Rica. Por outro lado, existem países onde ainda é necessário melhorar, mas que têm focado no problema, como Uruguai, Chile e México. Há ainda países onde o combate ao câncer é bastante incipiente, como Peru e Bolívia. Eu acredito na consolidação de estratégias adequadas à realidade da região, facilitado pela liderança de países mais avançados nesse sentido, como o Brasil, que tem estimulado a interação entre os países latino-americanos e, de certo modo, direcionado esse grupo. Hoje, o cenário latino-americano é composto por um grupo em franco desenvolvimento, onde o Brasil se destaca, ajudando outros países da região.

Santini – Nosso objetivo é produzir ao final do congresso uma carta compromisso. A Carta do Rio, como a estamos chamando, estabelecerá diretrizes e metas para ações articuladas e coordenadas que envolverão todos os países participantes, visando o controle e, quando possível, a redução da incidência dos casos de câncer. Pretendemos ainda aprimorar a capacidade e a qualidade do diagnóstico precoce, bem como a qualidade dos cuidados paliativos para os casos de câncer já avançados. Hoje, grande parte dos pacientes que necessitam desse tipo de cuidado, especialmente nos países mais pobres da América Latina, não têm acesso aos cuidados mais simples, como o controle da dor. Isso é o mínimo que podemos oferecer. Nossa expectativa é, ao final do congresso, propor ainda realisticamente ações de promoção da saúde. Uma de nossas metas é transferir para os países latinos a nossa experiência no controle do tabagismo, compartilhando e difundindo os resultados positivos que temos conquistado. Tudo isso é possível, é viável. ■

prevenção

BRASIL É UM DOS POUCOS PAÍSES QUE AINDA PERMITE O USO DO AMIANTO

A ameaça invisível

Governo, organizações não-governamentais, pesquisadores, indústrias e revendedoras de produtos manufaturados não se entendem quando o assunto é o amianto. A maioria defende banir seu uso no Brasil, uma árdua tarefa que esbarra em grandes interesses político-econômicos. Do outro lado, com respaldo da legislação vigente sobre o tema, a indústria continua a fabricar produtos à base dessa fibra mineral comprovadamente cancerígena. De acordo com estimativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), há no país cerca de 50 mil trabalhadores expostos ao amianto em atividade ou que passaram por indústrias que usam a fibra.

Abundante e barata, a fibra do amianto, ou asbesto, é utilizada na indústria da construção para produção de telhas, caixas d'água, chapas lisas usadas para forros, pisos e painéis de fechamento. Também servem como isolante térmico e acústico para indústria naval e automotiva, entre outras aplicações. Ao todo, este mineral fibroso é utilizado em mais de 3 mil produtos industriais. Proporcional a sua versatilidade é o risco que oferece à saúde. Trata-se de um reconhecido agente cancerígeno que ameaça todas as pessoas a ele expostas, principalmente os trabalhadores de indústrias que o utilizam como matéria-prima. Mas oferece risco ainda à população em geral, que não dispõe de informações sobre como manipular estes produtos ou é exposta a ele inadvertidamente.

Fátima Sueli, técnica da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) do INCA, alerta que não existe exposição segura a qualquer tipo dessa fibra mineral: o branco (crisotila), o azul, o marrom ou o anfibólio. Este último, proibido desde 1991. Por exemplo, uma perfuração de uma telha composta por esse material expõe a pessoa que está furando à po-

“Os pobres são as maiores vítimas. Afinal, são os trabalhadores e os maiores consumidores de produtos com essa fibra”

FERNANDA GIANNASI,
engenheira civil, uma das fundadoras da Abrea

eira de amianto. As fibras causam a inflamação das células dos alvéolos, evoluindo para uma série de doenças, todas incuráveis e progressivas. E são várias: câncer de pulmão, de laringe, no aparelho digestivo, mesotelioma de pleura e de peritônio (tumor muito agressivo e letal, que acomete os tecidos que revestem o tórax e o abdômen, respectivamente). Tem ainda a asbestose ou pulmão de pedra (que causa o endurecimento do pulmão), doenças pleurais, derrames e espessamentos pleurais e de diafragma.

A pesquisadora alerta: há ainda outros meios de contaminação. Para se ter uma idéia do risco, nas caixas d'água há um atrito normal da água com esse material, que desprende partículas que podem ser inaladas durante um procedimento de limpeza, ou mesmo ingeridas com a água potável distribuída a partir dessa caixa. Nesse caso, as fibras estão associadas ao câncer de estômago, por exemplo. Há ainda casos de contaminação indireta das mulheres que lavam as roupas dos homens que trabalham expostos à poeira de amianto. “Infelizmente ainda não há nenhum estudo sobre contaminação ambiental de asbesto”, lamenta.

O fato é que a melhor forma de prevenção é a substituição da fibra, mesmo que a legislação ainda

CONTAMINAÇÃO POR AMIANTO



1 AMIANTO

O amianto é utilizado na fabricação de caixas d'água, telhas, tubos, adesivos e tintas, entre outros produtos.



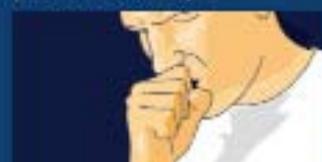
2 FIBRAS DO AMIANTO

Além da aspiração, as fibras podem contaminar pela água e pelo contato direto com a pele.



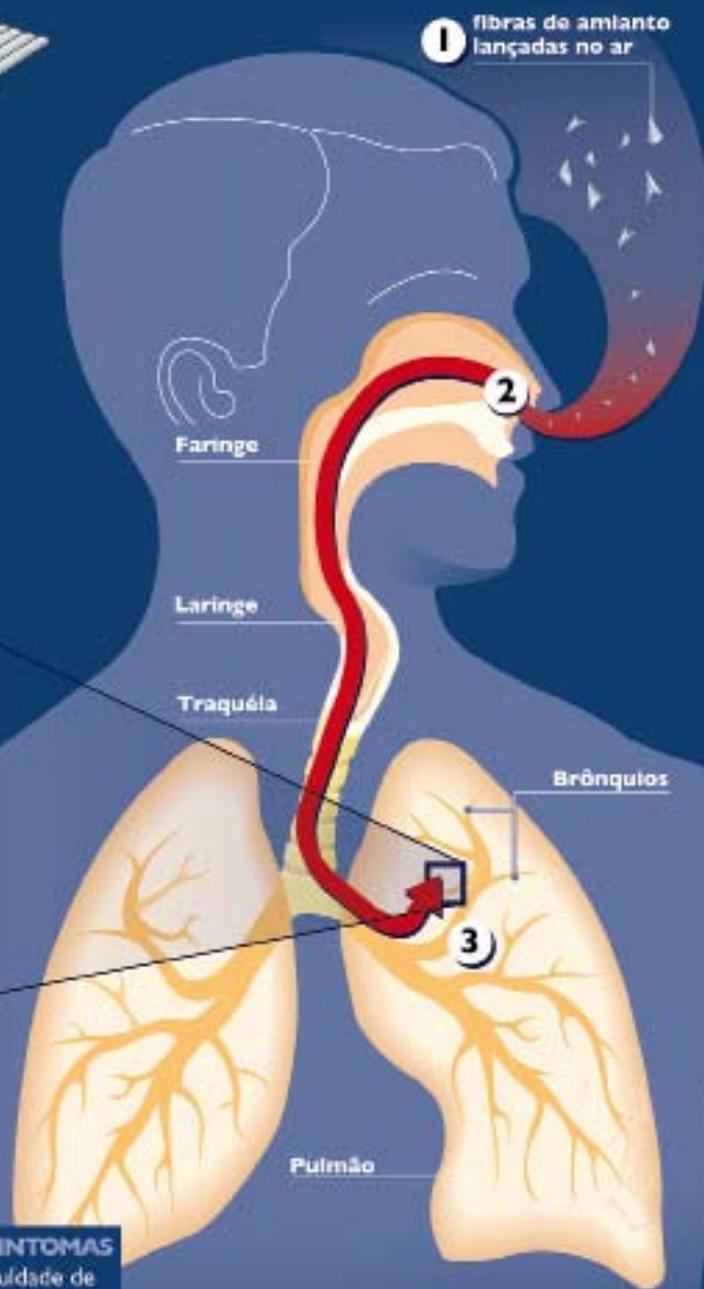
3 ALVÉOLOS

O risco de dano é maior com a fibra do tipo anfíbolio (rígida e pontiaguda) que se fixa nos alvéolos com maior facilidade à do tipo crisotila (maleável e curva).



4 SINTOMAS

Dificuldade de respirar e, em alguns casos, tosse contínua.



PRINCIPAIS DOENÇAS

Asbestose - Reação inflamatória que forma de cicatrizes e impede a troca gasosa.

Adenocarcinoma - Tipo mais frequente de câncer de pulmão.

Mesotelioma - Câncer na membrana que envolve o pulmão, o abdômen e seus órgãos. Em geral, manifesta-se 30 a 40 anos após a exposição.

Áreas de espaçamento, derrames e placas na pleura.

GRUPOS DE RISCO

Trabalhadores e comunidades vizinhas às indústrias que ainda utilizam essa matéria prima



PREVENÇÃO

A melhor forma de prevenção é evitar os produtos com amianto, embora a legislação brasileira ainda permita o seu uso.

A HISTÓRIA QUE SE REPETE

João Baptista Mume tem 78 anos. Em 1997, foi diretor de finanças da ABRAE e, hoje, é diretor do patrimônio da associação. Trabalhou com amianto por 32 dois anos, entre 1945 e 1977. Segundo ele, a empresa não oferecia equipamentos de proteção aos trabalhadores durante todo esse período. “Nunca alertaram sobre os males do amianto. Jamais deram laudo médico. Descobri a asbestose 18 anos após minha aposentadoria, em 1996, ao fazer uma tomografia computadorizada”, conta. Em 1998, ganhou na Justiça uma ação por indenização. Em 2000 e 2001, a sentença foi confirmada, mas a empresa recorreu novamente e o processo está parado há seis anos no Supremo Tribunal de Justiça. Ao todo, são 11 anos de briga judicial. Hoje, João mantém uma vida não-sedentária, praticando hidroginástica duas vezes por semana, mas ainda reclama de fortes dores nas pernas e tontura. “Perdi muitos amigos por causa do amianto e, por isso, vou continuar lutando”, promete.

A LEGISLAÇÃO

Em 1991, o Ministério do Trabalho Brasileiro publicou a Portaria nº 1, que, entre outras determinações, proíbe o uso de amianto do tipo anfíbolio e de produtos que o contenham. Em 1995, foi votada a Lei Federal nº 9055 que disciplina a extração, industrialização, utilização, comercialização e transporte do amianto. Apesar de ser uma lei que normaliza o uso, ainda permite uma concentração muito alta de fibras no ambiente. Em 2006, a Portaria nº 1.851 determinou que a indústria do amianto deveria informar anualmente ao SUS a lista de trabalhadores expostos a essa matéria prima, mas foi suspensa por liminar do Superior Tribunal de Justiça (STJ). Em agosto desse ano, uma outra liminar suspendeu os efeitos da Lei 12.684/07 que, desde 26 de julho deste ano, proibia o amianto no Estado de São Paulo. O relator do processo entendeu que a lei paulista, ao proibir indiscriminadamente todos os tipos de amianto, ficou em desacordo com a Lei Federal 9.055/95, que permite o uso, dentro de normas de segurança estabelecidas por lei.

Michał Napartowicz



Não existe exposição segura à poeira do amianto.

permita essa exposição em ambiente de trabalho. Posição também defendida pelo Ministério da Saúde que oficialmente classifica qualquer tipo de amianto como potencial cancerígeno, que deve ser proibido. Ainda no âmbito federal, o Conselho Nacional de Meio Ambiente (Conama) publicou uma resolução que classifica os resíduos desse mineral como lixo perigoso. Com isso, telhas e outras sobras de construção civil que contenham o mineral só poderão ser depositados em aterro sanitário especial para evitar contaminação. A substituição do amianto por outros materiais, como fibras de vidro, lã de rocha, PVC, PVA, lã de vidro, alumínio, fibras de aramida, fibras de celulose, entre outras, é possível e viável. Poucos fabricantes já fizeram essa substituição. A caixa d'água, por exemplo, pode ser feita de fibra de vidro. “Não dá mais para insistir no uso de máscaras e luvas para manipular o amianto. A idéia de uso controlado é uma falácia. Quando o produto chega a uma obra qualquer ou ao consumidor final, perde-se o controle e a segurança”, afirma Fátima Sueli.

Através da Conprev, o INCA desenvolve todo um trabalho de conscientização e prevenção às doenças relacionadas ao amianto. “É nosso papel questionar e alertar sobre a urgência de mudar a legislação brasileira para proibir o uso do amianto”, explica. Mas, segundo ela, uma das maiores dificuldades no trato dos males do amianto é a invisibilidade das doenças, que só costumam manifestar-se anos depois, geralmente de 20 a 40 anos, e distante do local onde foram contraídas. Cabe à população se conscientizar que é preciso evitar esse tipo de produto, afinal o baixo custo e alta lucratividade faz com que a indústria insista na produção baseada na falta de uma legislação específica.

Segundo o presidente da Associação Brasileira de Expostos ao Amianto (Abrea), Eliezer João de Souza, o problema é agravado porque a legislação brasileira é muito permissiva. Desde 1995, essa organização

não-governamental reforça a luta pelo banimento do amianto. Após recente visita à cidadezinha de Minaçu, no norte de Goiás, onde opera a maior mina de amianto do país, o representante da Abrea garante não haver na região nenhum controle ou segurança na exploração do amianto. “Quem não está doente vai adoecer, se não for tomada alguma providência. O problema é que o governo é conivente com essa situação”, acusa.

A engenheira civil Fernanda Giannasi, uma das fundadoras da Abrea, complementa: “a mineradora responsável pela exploração em Minaçu, faz de tudo para desacreditar o trabalho de conscientização e mobilização da Abrea, associando-o à falta de emprego. Desse modo, eles têm garantido a quase subserviência da comunidade”. Há 20 anos nessa luta, Giannasi é a coordenadora da Rede Virtual Cidadã pelo Banimento do Amianto para a América Latina que, desde 1994, promove a troca de experiências e de informações com voluntários de todo o mundo.

A exploração e produção da crisotila só é possível, hoje, no Brasil, Rússia e China. Em todo o mundo, quarenta e oito nações, incluindo toda a União Europeia, Japão e Austrália, além de nossos vizinhos Chile, Argentina e Uruguai, proibiram. Na França, por exemplo, que banuiu o uso há mais de uma década, ainda morrem três pessoas por ano vítimas do amianto.

Aqui, mais de vinte municípios paulistas e cinco estados - São Paulo, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul - proibiram o uso do amianto em obras públicas. Mas em todos eles ainda se extrai o mineral. Além disso, as empresas que fabricam manufaturados continuam a produzir com amianto graças a uma liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Ainda no Legistaltivo, há ainda 65 projetos tramitando em assembleias legislativas de 12 estados estabelecendo que seja proibido o uso do amianto. No Congresso, outros dez projetos semelhantes foram reunidos ao proposto pelo deputado Fernando Gabeira, que defende o banimento do mineral.

O coordenador do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Ensp/Fiocruz, Hermano Castro, acrescenta que é necessário discutir ainda outras questões, como a transferência de risco. Países como a Argentina, Chile e Peru já proibiram o uso, a comercialização e manipulação de amianto em território nacional, mas continuam produzindo para exportação.

A Fiocruz tem desenvolvido estudos que já apontam o crescimento no número de vítimas. Nos últimos 15 anos foram mais de 2.000 vítimas de mesotelioma, por exemplo. Mas o trabalho ainda fica concentrado às capitais, onde é melhor o acesso e registro no SUS.



Divulgação

Maria Júlia de Aquino, do IBC: produtores financiam pesquisa.

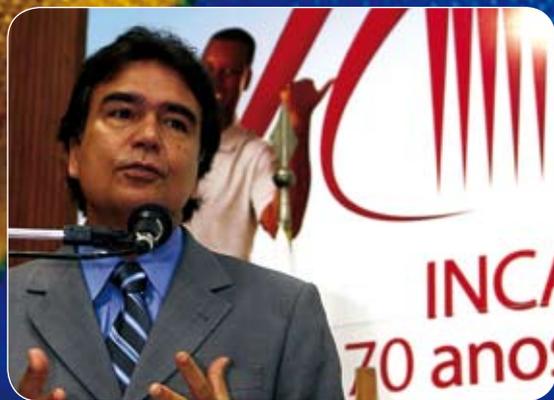
O OUTRO LADO

Em 2005, o governo Federal instituiu uma comissão interministerial, composta por sete ministérios, para rever o uso do amianto. Inicialmente, havia um consenso entre os integrantes da comissão pelo banimento. Mas, após visita às minas e às fábricas do fibrocimento e de fibras alternativas, parte da comissão se posicionou pelo banimento (AMA, MS e MPS) e a outra pela uso controlado (Minas Energia, Indústria e Comércio e Casa Civil). A presidente executiva do Instituto Brasileiro de Crisotila, Marina Júlia de Aquino, alega que as fibras alternativas ainda não substituem completamente o amianto e, além disso, os fabricantes do amianto mantêm o controle ocupacional. “Falta controle ambiental. Moradores próximos ou que moram sob telhado de fibrocimento devem ser investigados”, argumenta. Para reforçar o argumento e a defesa, Nesse sentido, está em andamento um estudo sobre a possível contaminação do amianto em moradores que residem em casas com telhas de amianto, nas principais capitais brasileiras. Sob a coordenação da USP e com parceiros como a UNICESP e UNICAMP e demais Universidades Federais de São Paulo, Goiânia, Rio de Janeiro, Bahia, Salvador e Recife, são avaliados moradores que residem sobre casas de telhas de fibrocimento, sem forro, há, no mínimo 15 anos. O resultado parcial da pesquisa deve sair em março de 2008 e a previsão de conclusão é março de 2009. Detalhe: o estudo é patrocinado pelo governo de Goiás, onde fica a mina de amianto, e pelo Instituto Crisotila, que reúne os representantes do setor. ■

capa

COMEÇA O 2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER (ICCC)

Colaboração global já é realidade



Duda Vian

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, abre o congresso.

D e 25 a 28 de novembro, o Rio de Janeiro será a capital internacional do controle do câncer, dando as boas-vindas a mais de 500 autoridades da saúde e os maiores especialistas na doença que já é a segunda causa de mortes no mundo. Só no último ano, foram registrados 150 mil óbitos e estimados 470 mil casos novos de câncer no Brasil. Um volume maior do que o número de casos de Aids acumulados em 24 anos. É para reforçar o controle dessa doença e tentar melhorar esses indicadores que o INCA está realizando o mais importante encontro mundial sobre políticas na área do câncer, o *2º International Cancer Control Congress (ICCC 2007)*. O objetivo central é reforçar a ótica mundial do câncer como problema de saúde pública e fomentar a criação de políticas globais que ampliem a prevenção e o diagnóstico precoce da doença, racionalizem os gastos públicos, reduzam a incidência de novos casos e melhorem a qualidade de vida de milhões de pacientes.

O evento conta com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a participação dos principais organismos internacionais de combate ao câncer, entre os quais a Associação Nacional de Câncer dos EUA, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a Agência de Saúde Pública do Canadá, o Instituto Nacional de Tumor (Itália), a Fundação de Câncer da China, a Sociedade de Câncer de Nova Zelândia, O Instituto Nacional de Câncer do Egito, entre outros.

Segundo Simon Sutcliffe, presidente da Agência Canadense de Controle e Pesquisa de Câncer

(BC Cancer Agency), a realização da segunda edição do evento no Brasil deve-se à liderança que o INCA exerce na área do câncer e também ao fato do Instituto estar completando 70 anos. “Isso corrobora a qualidade do trabalho que é realizado por aqui e o compromisso do país com o combate à doença”, afirma.

Da primeira edição pra cá, a proposta do evento amadureceu. Para se ter uma idéia, o número de participantes saltou de 370 para 520 na segunda edição, bem como o número de países representados, que subiu de 65 para 80. O número de trabalhos inscritos também é superior. **Foram aprovados 434 trabalhos, sendo 368 de países da América Latina.** Além dos números, a edição brasileira ganha também em qualidade, envolvendo quase exclusivamente, representantes de diferentes países com poder decisório e autoridades na área do câncer. Enquanto a edição canadense concentrou ONGs e formadores de opinião, desta vez os participantes são em sua maioria gestores de saúde, diretores de instituições internacionais especializadas em câncer, autores de importantes estudos em seus países, entre outros perfis de destaque.

O idealizador do primeiro congresso e co-organizador do segundo, o canadense Simon Sutcliffe, admite ter se surpreendido com a proporção que o evento ganhou graças ao potencial de mobilização e integração do INCA que resultou num evento desse porte. “Não tenho dúvidas quanto a isso, até porque 75% das pessoas e dos trabalhos inscritos são da América Latina”, defende.

O cirurgião plástico e um dos organizadores do evento pelo INCA, José Kogut, acredita que, por essa edição focar a América Latina, atraiu o interesse de um continente inteiro predominado por países em desenvolvimento, onde o câncer faz mais vítimas. “Além disso, cá entre nós, é muito mais barato e interessante participar de um evento no Rio de Janeiro do que no Canadá”, brinca. Mas o diretor-geral Luiz Antonio Santini garante que tudo correu conforme a expectativa gerada em dois anos de trabalho. “Desde o início, trabalhamos com metas bem definidas e, embora o número de inscrições tenha superado o limite inicial de 450 inscrições, mantivemos a metodologia, a operacionalização e a qualidade do evento”, afirma.

O crescimento faz parte da sua evolução natural. Em 2005, o foco eram as iniciativas e políticas de controle do câncer dos países participantes. Assim, inevitavelmente, a primeira edição foi de apresentação dessas iniciativas. Houve troca de experiências e debate, mas os próprios participantes recomendaram a valorização e o aprofundamento das discus-

sões entre eles para a construção ou consolidação de ações e estratégias mais efetivas e adequadas à realidade de cada país. A partir dessa avaliação, a comissão internacional responsável pelo evento decidiu reestruturá-lo, ampliando o espaço para a formulação de estratégias.

O número de palestras foi reduzido para evitar que os participantes fiquem muito tempo apenas sentados, recebendo informações. “Esse é um evento onde todos escutarão a todos. Adotamos essa metodologia para evitar uma platéia de meros ouvintes. Todos podem e devem participar com idéias e propostas que futuramente consolidarão uma política para o controle do câncer na América Latina e, por que não, em todo o mundo”, explica Santini.

O diferencial desta edição é estimular o trabalho em rede entre pesquisadores, especialistas e gestores de saúde, que abordarão questões mais concretas ou próximas das características de cada país e suas prioridades para a saúde. Ao adotarmos essa postura, possibilitamos uma avaliação realista dos problemas e dificuldades comuns a diversos países, como, por exemplo, se é mais importante implementar uma ação para determinado tipo de câncer ou para alguma doença infecto-contagiosa.

Mas o que isso representa na prática? Ao retornar aos países de origem, os participantes terão um conhecimento maior de como problemas similares têm sido abordados em outros países, subsídios que facilitarão a implementação de estratégias mais eficientes a sua realidade. Estão previstas ainda sessões de planejamento efetivo de ações para que as autoridades presentes saiam do congresso, ao menos, com um esboço de estratégia ou ação bem adiantado.



Windsor Barra: Durante três dias, sede do encontro internacional.



Na véspera do **Dia Nacional de Combate ao Câncer (26/11)**, INCA apresenta à imprensa a *Estimativa de Câncer 2008-2009 no Brasil*, e lança o Prêmio Inca – Ary Frauzino de Jornalismo, um reconhecimento aos profissionais que se destacaram na cobertura jornalística do câncer em 2007.

Esse é apenas um dos enfoques do evento que inclui ainda o debate de novas tecnologias, equipamento e campanhas de prevenção, além claro do debate de ações nacionais e internacionais necessárias para fortalecer o intercâmbio de ações e conhecimento. Também aborda a produção de indicadores que apontam programas que vêm dando certo e reduzindo a incidência e a mortalidade de câncer. Para o idealizador canadense, o ICCC definitivamente se consolida como um fórum mundial de controle do câncer, o que já representa uma vitória contra a doença. “Esperamos que a terceira edição do evento, que deverá acontecer em 2009 em algum lugar da Ásia ou África, consiga repetir essa mobilização alcançada no Congresso do Rio”, concluiu.

A METODOLOGIA

O evento está organizado em seis sessões diferentes e, em cada, um tema diferente norteará as apresentações e debates: *Semelhanças e diferenças entre o controle de doenças crônicas e o câncer; Estratégias de prevenção do câncer - avanços até a presente data e desafios para implementação; Novas abordagens e tecnologias - adequando esforços renovados às realidades cultural e financeira; Controle do câncer e resultados - uso de indicadores em sistemas de saúde públicos e privados; O valor da proposta em investir no controle do câncer voltado à população; e Mobilização de uma comunidade global comprometida com a prática - promovendo a construção, a complementação e a sinergia das atividades em curso.*

Os temas principais são conduzidos por um ou dois palestrantes. Após as apresentações, é aberta a plenária, com duração prevista de 30 a 40 minutos, quando todos os participantes debatem abertamente. O próximo passo são os workshops. Neles, são constituídos livremente grupos menores de 10 a 12 integrantes, que debatem ações, estratégias, dúvidas e empecilhos referentes aos temas já apresentados. Nesta etapa, os participantes contarão com auxílio de um redator e facilitador, cujo papel é fomentar e coordenar as discussões. O objetivo é esboçar soluções e propostas que poderão integrar o documento final do congresso, a chamada Carta do Rio. Mas, para isso, todos os resumos dos workshops voltam à plenária no último dia, quando são debatidos e definidos junto a todos os participantes o conteúdo dessa carta, resultado final de todo o congresso.

REDE CONSOLIDADA

Entre os resultados do 2º ICCC, o lançamento oficial da Rede Ibero-Americana de Controle do Câncer é sem dúvida o produto final mais esperado. Desde que deu início aos preparativos desta edição, o INCA tem articulado com autoridades de mais de 78 países a instituição de uma rede de colaboração técnica e científica, que integrará pesquisas, bancos de tumores e de doadores, entre outras ações possíveis e necessárias para viabilizar o efetivo controle do câncer na América Latina. Como resultado do congresso, a expectativa é estabelecer metas, programas e instrumentos viáveis de serem operacionalizados e acompanhados por essa rede, que ainda deverá atender as características e demandas de cada região ou país. “O funcionamento da rede é bem complexo e dependerá de uma estrutura abrangente e eficiente de comunicação”, afirma o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini.

Além dos países latinos como Argentina, Cuba, México, Peru e Uruguai, o evento conta com o apoio e a participação dos principais centros de referência no tratamento do câncer, como os EUA e a França. Segundo o diretor, esse comprometimento só foi possível graças ao reconhecimento do trabalho que é realizado pelo INCA, que atraiu países interessados enquanto a proposta era articulada. “Será uma rede de conhecimento que indicará quem está fazendo o quê, e em que país. Isso facilitará o intercâmbio de informações e técnicas, possibilitando o avanço na abordagem do câncer em todo continente americano”, concluiu.

CONHEÇA ALGUNS DOS 450 TRABALHOS APRESENTADOS:

1 Assistência para o controle do câncer

A American Cancer Society adaptou as ferramentas de avaliação do câncer nos EUA à realidade e necessidade de quatro países, Brasil, México, Peru e Uruguai, a partir de entrevistas de gestores e da avaliação das políticas na área durante três meses. A partir desses resultados, foram identificadas duas áreas comuns e carentes de assistência: o desenvolvimento de recursos para o controle da doença e para a construção e manutenção das parcerias. O objetivo é estender a assessoria técnica a outros países interessados.

2 Bons exemplos da sociedade

ONGs latinas, como a FEMAMA do Brasil e a AMESE da Colômbia, têm realizado um trabalho de conscientização da população, dando visibilidade a uma rede de sobreviventes da doença que buscam acabar com o estigma e o preconceito que ainda fazem do câncer uma doença fatal. Um dos maiores obstáculos no controle da doença é a cultura do silêncio que a cerca.

3 Envolvendo a sociedade

O envolvimento da comunidade é fundamental melhorar os resultados na detecção precoce, no tratamento e nos demais indicadores do câncer. Nesse sentido, a American Cancer Society (ACS) oferece treinamento e recursos financeiros à ONGs de países da América Latina para consolidação de projetos de detecção precoce junto às comunidades, estimulando o envolvimento de voluntários, incluindo a avaliação das ações. O Programa também subsidia a criação de redes de comunicação e cooperação na área do câncer.

4 Melhor diagnóstico, melhores resultados

Para melhorar a eficácia do diagnóstico do câncer cervical, a OPAS desenvolve em San Martín, região amazônica do Peru, um programa de capacitação de parteiras para o diagnóstico precoce da doença. Em três anos, 36759 mulheres foram examinadas pelas parteiras locais, sendo que 6473 (17,6%) foram diagnosticadas com câncer.

5 Banco de tumores

Para acelerar a investigação das causas do câncer ou de novas tecnologias de tratamento, o Canadá criou uma rede de bancos de tumores - Canadian Tumor Repository Network (CTRNet). A rede é um consórcio sem fins lucrativos que disponibiliza tecidos humanos para pesquisa e avaliação da doença.

6 Sistema de informações

O INCA apresenta o sistema informatizado que integrará virtualmente todas as unidades de saúde registrando os dados do atendimento do câncer. O objetivo é reunir informações suficientes para o incremento das estratégias e ações de controle da doença a partir do perfil detalhado em cada região ou localidade. O novo sistema (Patologia NET) em breve integrará todos os outros sistemas eletrônicos de registro do câncer, como o SISCOLO (Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero) e o SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama).

7 Evolução dos conceitos

O reconhecimento de agentes infecciosos associados a alguns tipos de câncer, como o HPV, põe em xeque as definições de doenças transmissíveis e não-transmissíveis. Além disso, a evolução das técnicas de tratamento também questiona a idéia do câncer como uma doença crônica. O trabalho desenvolvido no INCA capacita gestores de saúde cientificamente para a formulação de políticas públicas mais eficazes a partir dos recursos disponíveis.

8 Articulação contra o tabagismo

A criação da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ) abriu novas possibilidades para o controle do tabagismo no Brasil, promovendo a intersetorialidade administrativa e legislativa, envolvendo diferentes setores do governo relacionados a diferentes aspectos do tabagismo. Pela primeira vez, o combate ao tabagismo deixa de ser questão de saúde para torna-se questão de estado, o que ainda incrementa todo o mecanismo de financiamento da política nacional de controle do tabaco, agora, subordinada e executada por 16 ministérios.

9 Atlas on-line

O INCA apresenta um aplicativo que fornece informações sobre a mortalidade do câncer usando os seguintes parâmetros: regiões geográficas, site principal, idade, sexo e período. Esse Atlas estará disponível na Internet para acesso público, e os relatórios e gráficos são de fonte oficial de informação, como Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária e DATASUS. A expectativa é que novas e atualizadas evidências possam orientar melhor controle da doença.

10 Prevenção estratégica

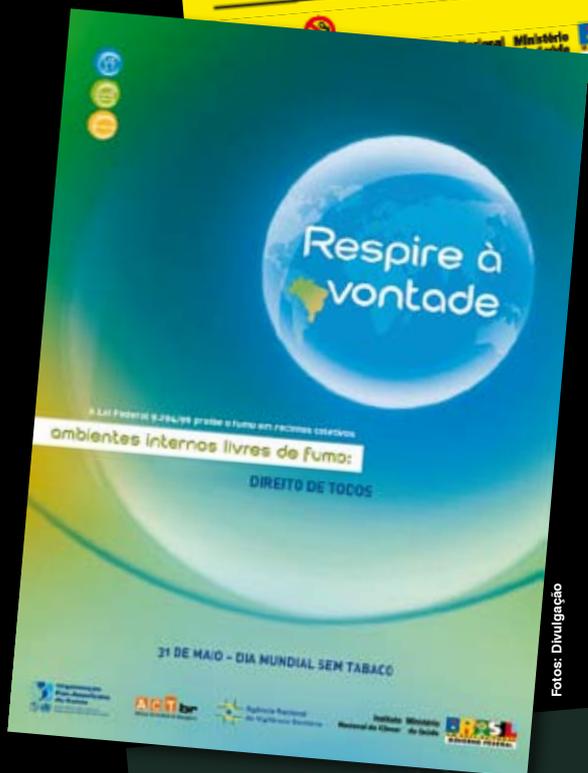
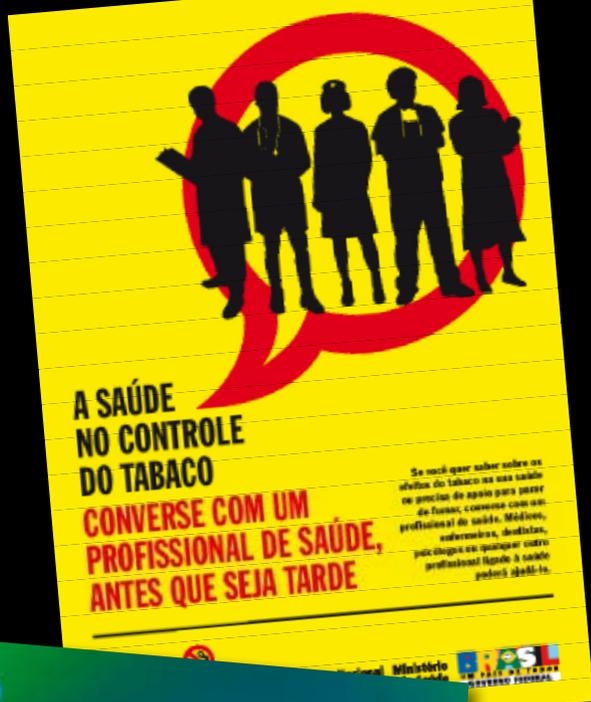
Os programas de prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero devem considerar abordagens específicas para diferentes faixas etárias, aumentando sua eficácia. Essa é a conclusão do estudo apresentado pelo INCA que avaliou a prevalência dos aspectos epidemiológicos e clínicos relacionados a três diferentes grupos de pacientes, de diferentes faixas etárias. A partir de entrevistas e exames foram identificados possíveis fatores de risco e características clínicas semelhantes em cada grupo. ■



Cerco fechado contra o tabaco

Ninguém questiona os riscos e perigos do tabagismo. Trata-se de um vício comprovadamente perigoso e que afeta a sociedade como um todo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 5 milhões de indivíduos morrem anualmente por doenças causadas pelo fumo, sendo 200 mil só no Brasil. O fato é que o tabagismo deve ser tratado como uma epidemia. E, para tentar freá-la, é preciso revisar e incrementar a atual legislação.

O Brasil já conta com um avançado Programa de Controle do Tabagismo e um quadro legislativo amplo, que atende grande parte das obrigações estabelecidas no tratado internacional para controle do tabaco, a Convenção-Quadro, mas a lei que regula o consumo de fumo em ambientes fechados está defasada. De acordo com a Lei Federal n. 9.294/1996, o fumo é proibido em locais fechados, “salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente”. No entanto, segundo a responsável pela Divisão de Controle do Tabagismo do INCA, Tânia Cavalcante, está comprovado que não há meios de garantir o isolamento e a ventilação suficientes para o consumo do tabaco, bem como não há níveis seguros de exposição a sua fumaça. “As áreas para fumantes ou fumódromos na verdade estimulam o consumo e em nada reduzem os riscos de exposição à poluição do tabaco”, explica.



Para seguir a recomendação da OMS de proibir o fumo, o Ministério da Saúde entregará ao Congresso Nacional, ainda este ano, uma proposta de revisão da Lei 9.294/96. Essa primeira proposta, inicialmente, enfoca o artigo 8º da Convenção-Quadro, que estabelece ambientes livres do tabaco, uma das diretrizes acordadas por unanimidade na última convenção das partes que reuniu representantes de todos os 192 países signatários do tratado internacional de saúde pública, sendo 22 só da América. “Essa é uma questão de saúde pública que começa, por exemplo, pela proteção ao bem-estar e à saúde dos não-fumantes”, diz Humberto Coelho Martins, gerente de Produtos Derivados do Tabaco da Anvisa.

Segundo Vera Luiza da Costa, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), é preciso resgatar e garantir o direito de todos ao ar puro. Para isso, entidades, organizações e representantes da sociedade civil estão mobilizados em apoio ao alinhamento da legislação às diretrizes e protocolos da Convenção-Quadro, prevendo inclusive mecanismos de fiscalização educativa e punitiva. Só no Fórum *Tabagismo passivo e legislação sobre ambientes livres de fumo no Brasil*, realizado ainda em setembro, no Rio, mais de 43 entidades assinaram uma carta de apoio à mudança na legislação encaminhada ao presidente da República, ministro da Saúde e presidentes das duas casas que compõem o Congresso Nacional, Senado e Câmara. Além da carta, o fórum propôs a organização de seminário em parceria com a Frente Parlamentar de Saúde sobre o mesmo tema no Congresso, para conquistar o apoio de mais parlamentares e garantir a aprovação da proposta de alteração da lei, e alinhar o discurso da comunicação e das assessorias das entidades, organizações apoiadoras e secretarias de saúde. “É fundamental que todas as sociedades, instituições e organizações apoiadoras disponham de recursos e estratégias para mobilizar todos os seus integrantes e a sociedade em geral”, alertou Tânia Cavalcanti.

Para se ter uma idéia dos riscos do tabagismo passivo, um cigarro comum contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, todas predispondo o organismo a doenças fatais ou causando a morte precoce. Porém, algumas delas, como a amônia, benzeno, monóxido de carbono (CO), nicotina e nitrosaminas, entre outros cancerígenos, podem ser encontradas na fumaça que polui o ambiente em quantidades mais elevadas do que na fumaça tragada pelo próprio fumante.

passivo, a terceira principal causa de morte evitável, perdendo apenas para o tabagismo ativo e o consumo de álcool. Estudos mostram ainda um risco de câncer de pulmão entre não-fumantes expostos à poluição tabagística ambiental 30% maior do que entre os não expostos, e riscos de doenças cardiovasculares entre não fumantes expostos à poluição tabagística ambiental 24% maior do que entre os não expostos. Resumindo: o cigarro faz mal tanto para o fumante quanto para quem apenas convive com a fumaça.

Logo que começou a aumentar a pressão de representantes da sociedade civil pelo banimento do tabaco nos ambientes fechados, a indústria deste setor propôs acordos voluntários, mas que não deram resultados, a redução no consumo não passou de 10%. Mais recentemente, a Associação Americana do Coração publicou um estudo que corrobora os males do tabagismo passivo, e alertou que a indústria do tabaco tem contestado as evidências desses males como parte de uma estratégia contra a implementação de legislação de ambientes livres de fumo e, ao mesmo tempo, para o lançamento de novos produtos que supostamente reduziriam os riscos. Para isso, busca desqualificar estudos científicos para confundir o entendimento da população, como é feito no site da Souza Cruz: "(...) a Souza Cruz acredita que muitas das afirmações envolvendo a fumaça ambiental de cigarros sejam exageradas, (...) os efeitos sobre os supostos fumantes passivos foram superestimados (...)" - http://www.souzacruz.com.br/OneWeb/sites/SOU_5RRP92.nsf/vwPagesWebLive/80256DAD006376DD80256D9D00355E96?opendocument&SID=&DTC.

Uma pesquisa Datafolha feita para a Aliança de Controle do Tabagismo (ACTbr), uma organização não-governamental que defende as restrições ao fumo recomendadas pela OMS, mostra que 85% da população de São Paulo defende que o fumo deve ser banido total ou parcialmente de restaurantes, bares e casas noturnas. Quanto mais alta é a idade do entrevistado, maior é a taxa de reprovação ao fumo nesses ambientes. Para os paulistano acima de 41 anos, o veto ao fumo chega à 88% dos entrevista-



Henrik N.

Respirar livremente o ar puro é um direito de todos.

“As áreas livres de fumo são os meios mais econômicos e efetivos de evitar as conseqüências da exposição à fumaça do tabaco”.

TÂNIA CAVALCANTE
Chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA

dos. A pesquisa revelou ainda que 79% dos fumantes também são favoráveis às restrições ao cigarro.

Diferentes países, como Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Uruguai e Argentina já proibiram totalmente o fumo em ambientes públicos fechados, incluindo bares, centros comerciais, restaurantes e repartições públicas. “Após avançarmos nesse sentido, precisaremos ainda debater e propor ações que abranjam a publicidade, o preço de venda e a taxação (impostos) dos produtos do tabaco, também já previstos na Convenção”, acrescenta Tânia Cavalcante do INCA. ■

Cresce a responsabilidade corporativa

A Responsabilidade Social tem sido constantemente o alvo de análises no meio empresarial, onde se consolidam estratégias empreendedoras num mundo globalizado cada vez mais exigente em relação à dinâmica dos negócios, ao compromisso social e à sustentabilidade empresarial.

Além de melhorar a relação da empresa com o público ou sua imagem, o voluntariado empresarial fortalece os vínculos entre os funcionários, seu comprometimento com a empresa e a comunidade. Internamente, esse tipo de iniciativa torna o ambiente organizacional menos competitivo e mais colaborativo.

Segundo o Instituto Ethos, uma empresa socialmente responsável é aquela que possui a capacidade de ouvir os interesses das diferentes partes (acionistas, funcionários, prestadores de serviço, fornecedores, consumidores, comunidade, governo e meio-ambiente) e conseguir incorporá-los no planejamento de suas atividades, buscando atender às demandas de todos.

De acordo com o *Perfil do Voluntariado Empresarial no Brasil*, de 2007, uma publicação da ONG Riovoluntário, foi a partir de meados dos anos 80, que, no Brasil, uma ampla campanha movida por empresários configurou um novo campo denominado responsabilidade social corporativa. Mas foi na década seguinte que empresas brasileiras começaram a



Já foram distribuídas 27,8 milhões de caixas com dicas para prevenir o câncer de mama.

desenvolver e envolver os funcionários em atividades voluntárias em prol de uma causa, de uma instituição ou de grupos de beneficiários específicos.

O fato é que, a cada ano, cresce o número de empresas que desenvolvem ações voluntárias no país. Dados de um levantamento recente da Riovoluntário, feito com 103 empresas de todo o país, mostram que 45% delas mantêm programas estruturados de voluntariado e 73% estimulam o voluntariado em programas sociais da própria empresa.

As empresas, como parte integrante da sociedade, se conscientizam cada dia mais de que o primeiro setor não é o único responsável pela melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Com isso, cada vez mais, vemos empresas envolvidas na promoção da inclusão social e no resgate da cidadania, não só com a ajuda



Divulgação/Oi

Samara Werner, do Oi Futuro: mais de 2,5 milhões de crianças e jovens beneficiados.



de recursos financeiros, mas também com a motivação dos seus funcionários, parceiros e colaboradores para atividades voluntárias.

Por outro lado, um programa de voluntariado bem estruturado e estrategicamente alinhado com a sua atividade principal é um dos mais vantajosos investimentos que as empresas podem fazer, a custos relativamente baixos em relação aos resultados que podem atingir no reconhecimento de sua marca, produtos ou serviços.

No INCA, por exemplo, a Área de Ações Voluntárias não poderia realizar suas inúmeras atividades de inclusão social e resgate da cidadania de seus pacientes, não fossem as parcerias e o apoio de empresas solidárias e conscientes do seu papel, socialmente responsável. Para Emília Rebelo, supervisora do INCAvoluntário, a sociedade percebeu que o importante é exercer a cidadania e não somente a caridade. “Cabe à empresa promover a participação cidadã. Ao funcionário, entender que ele faz parte de um contexto maior de pobreza, fome e violência. E que a solução não depende apenas do governo, das empresas e das organizações da sociedade civil, mas de cada indivíduo”, conclui.

De modo geral, esse tipo de estratégia se tornou tão valorizada pela sociedade que, hoje, toda empresa reconhece a necessidade de ter seu projeto social. O importante é não confundir responsabilidade social corporativa com relações públicas. Bom exemplo é o que não falta.

Bottero reforça luta contra o câncer de mama -

Mais de 27 milhões de mulheres brasileiras, entre 14 a 39 anos, das classes B e C - o perfil de consumidoras da marca de calçados Bottero - já receberam informações sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama que ilustram as embalagens dos sapatos da empresa de Parobé, no Rio Grande do Sul. Segundo o diretor presidente da Bottero, Paulo Victor Kauer, o que motivou a ação foram os dados alarmantes sobre o câncer de mama no país, o segundo tipo de câncer que mais faz vítimas entre as mulheres brasileiras. Só em 2006, foram 50 mil novos casos registrados.

A marca investe em responsabilidade social desde 1996, por meio do programa Campanha Cidadã, cujo objetivo é difundir informações relevantes para a população, aproveitando o fundo das caixas, até então, sem uso.

A iniciativa, que abrange todo o território nacional, teve início com a orientação do INCA sobre conteúdo e melhor forma de divulgá-lo nas caixas de sapato. Só até junho de 2007, último levantamento feito pela empresa, foram distribuídas 27,8 milhões de caixas com dicas para uma rotina mais saudável e orientações para a realização de exames periódicos.

O resultado é que clientes, incluindo lojistas, abraçaram a campanha atuando como multiplicadores. Muitas lojas utilizam o impresso das caixas para divulgar as informações aos seus consumidores. “Sei que os números mostram que a doença continua em expansão, mas as mensagens de agradecimento de mulheres de todo o país são estímulo suficiente para mantermos a campanha até vencermos a luta contra o câncer”, afirma o diretor.

Oi Futuro - Criado em 2001, o Instituto Oi Futuro é o braço de responsabilidade social da Oi, cujo foco é a educação e a cultura. Segundo a diretora de educação, Samara Werner, o diferencial da empresa é a vocação para o voluntariado dos seus funcionários, o que sempre resulta num volume de adesão e comprometimento surpreendente. Um bom exemplo disso é a ação pró-doação de medula óssea, que surgiu naturalmente a partir de demanda dos próprios funcionários.

Em 2005, surgiu o caso do filho de uma funcionária, do nordeste, que precisava de um transplante de medula óssea. A partir da mobilização dos colegas de trabalho para ajudar a encontrar um doador compatível, a ação ganhou corpo e se expandiu nacionalmente. Isso aproximou o institutodo INCA, do qual tornou-se parceiro voluntário reforçando a campanha nacional de doação de medula óssea. Foram utilizadas peças



Fundação Vale do Rio Doce: R\$ 200 mil para a produção e distribuição gratuita da Rádio INCA.

publicitárias, material educativo distribuído nos ônibus urbanos e cartas enviadas aos prestadores de serviços e fornecedores. Mensagens para celulares (SMS) foram divulgadas para toda nossa rede, buscando conscientizar e mobilizar o maior número possível de pessoas. A Empresa ainda disponibilizou estrutura física para coleta de material e salas de teatro para palestras.

De acordo com dados do INCA, a participação da região nordeste no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) saltou de 5% para 15% após a campanha. Só nos estados do Ceará, Amazonas, Maranhão e Piauí, foram cinco mil novos doadores.

O *Oi Futuro* também seleciona e estabelece parcerias com projetos desenvolvidos por outras organizações de terceiro setor. Basicamente, o instituto disponibiliza tecnologias da informação e comunicação para ações que promovam o desenvolvimento humano nas instituições beneficiadas. Este é o programa *Novos Brasis* que já beneficiou mais de 50 projetos nos estados de atuação da *Oi*, como o Instituto de Pesquisas Boldrini (IPEB). Vinculado ao Centro Infantil Boldrini, referência no tratamento de câncer infantil na América Latina, o projeto promoveu a capacitação de 177 médicos pediatras e enfermeiros da rede pública de todo o país para o diagnóstico precoce de câncer na criança e no adolescente.

Cia. Vale do Rio Doce – Só para o INCA em 2007, a Fundação Vale do Rio Doce doou R\$ 200 mil para a produção e distribuição gratuita dos programas da Rádio INCA para 500 rádios comerciais e comunitárias de todo o País. Inicialmente, são 40 programas, incluindo uma rádio-novela, que destacam a importância do diagnóstico precoce e da adoção

de hábitos saudáveis para a prevenção do câncer. As transmissões duram cerca de sete minutos.

Segundo o gerente administrativo da Fundação, Alexandre Stussi Neves, a motivação para investir nesse tipo de projeto é melhorar a qualidade de vida das pessoas e contribuir para o desenvolvimento das comunidades, especialmente as mais carentes do país. Para isso, a fundação disponibiliza recursos de logística, acompanhamento e avaliação para potencializar resultados e garantir o melhor aproveitamento dos recursos investidos.

Dirija Automóveis – O Grupo de concessionárias de automóveis do Rio de Janeiro começou a investir em campanhas sociais e ambientais em 2006. Em outubro deste ano, firmou uma parceria com o INCA para destinar parte de seu rendimento em vendas às ações de luta e prevenção ao câncer. Durante os meses de outubro e novembro, toda a publicidade da empresa veiculada em jornais anunciará o percentual a ser destinado às unidades do Hospital do Câncer, além de divulgar informações para atrair novas doações dos consumidores e dos leitores em geral.

De acordo com a gerente geral de marketing e recursos humanos do grupo Dirija, Ana Paula Cochiarale, é através de campanhas sociais e conscientizações que o grupo de concessionárias de automóveis se diferencia das outras empresas do mercado. “A Dirija reconhece a necessidade de ajudar algumas instituições e causas importantes para crescimento da empresa, o que ainda traz benefícios à sociedade. Além disso, percebemos que o cliente começou a ver a empresa de forma diferenciada”, afirma. ■

Talento para viver

Há seis anos, Ana Maria Braga viveu um drama ao admitir publicamente que estava com câncer. Mas, apesar do susto do diagnóstico, não se deixou abater. Hoje, a apresentadora explica como a doença mudou sua maneira de ver a vida, principalmente seu jeito para lidar com os problemas. “Eu não sabia se iria sobreviver e essa experiência mudou tudo, o valor de cada dia, de cada minuto. Não me chateio mais por nada. Não tem problema impossível de ser resolvido”, afirma.

Em 2001, um gânglio inchado e ligeiramente dolorido, chamou a atenção do seu ginecologista, que deu início a uma série de exames. Até que, em julho do mesmo ano, o gânglio foi extraído. Uma semana depois, o resultado da biópsia confirmou a suspeita dos médicos: era câncer. Em seu caso, um chamado carcinoma epidermóide anal, causado pelo vírus HPV, com 0,8 cm no estágio 3, numa escala que vai de 1 a 4. Segundo os médicos do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, responsáveis pelo caso, nessa fase o paciente tem de 50% a 70% de chances de se recuperar. Se atinge o nível 4, quase não há possibilidade de cura. Ana conta que a equipe médica foi realista, e apresentou a situação e perspectivas da maneira mais clara possível.

A apresentadora admite momentos de fraqueza. Segundo ela, logo que recebeu a notícia, se entregou à dor de não saber se em um ano estaria viva ou não.



“Tive muita fé, ajuda da família, dos amigos e do público que acreditou e rezou por mim”

Mas imediatamente foi tomada de uma fé e uma força de vontade suficientes para vencer a doença. Então, a notícia veio a público ao vivo, em seu programa matinal. Naquele mesmo momento, todos os 60 integrantes da equipe de seu programa se uniram. Para ela, a mais emocionante demonstração de carinho e uma motivação a mais. “Os amigos e a família foram fundamentais para agüentar tudo o que passei, especialmente quando a fé parecia falhar”, lembra.



Divulgação

“O câncer deixa uma lição: todo dia merece ser vivido com intensidade”

Ana Maria começou o tratamento contra o câncer no dia 26 de julho, que durou quase seis meses. Foram quatro ciclos, dois de quimioterapia e mais dois de quimio e radioterapia combinadas.

Foi um período muito duro e dolorido, graças às reações ao tratamento como enjoos, náuseas, inchaço, prostração e, por conta das sessões de radioterapia, queimaduras. Sofreu também com a mucosite, reação que causa feridas na boca, o que só melhorou nos ciclos seguintes, após ter se submetido a um tratamento preventivo de aplicações de laser com a mesma equipe do Sírio Libanês. “Fica como sugestão, para quem passa pelo mesmo processo, pois o alívio é muito grande, permitindo que a gente se alimente e possa até conversar sem sentir dor”, recomenda. “O cabelo foi a parte mais fácil”, explica. Mantendo a apresentação ao vivo de seu programa, logo surpreendeu novamente seu público com o visual careca.

Sua rotina não mudou muito durante o tratamento. Era normal: casa, trabalho, compromissos pessoais ou profissionais e casa. E começava cedo: às 5h30 da manhã já estava de pé, para as 7h15 estar pronta para mais um programa. Chegou a se afastar da TV por um mês e quatro dias, somente na última etapa do tratamento, que conciliava sessões de quimio e radio. No dia 20 de dezembro daquele mesmo ano, recebeu alta do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, onde se internou para mais um exame de biópsia, quando recebeu seu melhor presente de natal: .

Sobre a cura do câncer, Ana Maria Braga é enfática: “Tive a força da oração de um País inteiro para superar a doença”. A experiência acabou aproximando-a ainda mais dos fãs que a enchem de mensagens de carinho e orações.

Para as pessoas que passam pelo mesmo tipo de tratamento, ela aconselha: “Siga fielmente o que sua equipe médica propõe e tenha muita fé. Só ela é capaz de fazer você agüentar todo o tratamento”. Para todos, adverte: procure os médicos quando perceber algo de errado ou diferente no corpo. Faça exames preventivos, investigue, procure saber. Afinal, o câncer, se avaliado precocemente, tem melhores chances de recuperação. “Eu bobeei. Deveria ter prestado mais atenção em mim”, conclui.

UMA OBSTINADA

*Desde que decidiu encarar publicamente a doença, Ana tornou-se um exemplo de luta contra o câncer e figurou inúmeras campanhas preventivas, como a do câncer de mama. Para se ter uma idéia, durante um leilão promovido por Luciano Huck, em prol do Instituto Criar, foi campeã de doações da festa repleta de milionários. Mas prefere não citar valores nem instituições em especial porque “todas têm trabalhos maravilhosos e merecem destaque”. Além das doações, Ana ajudou a montar a ONG Oficina de Cozinha & Cia, que já beneficiou mais de 1.500 pessoas carentes no Morro Dona Marta, no Rio, onde são oferecidos cursos gratuitos, que vão desde como aproveitar bem os alimentos até especialidades da culinária japonesa. De família pobre, afirma que nunca passou fome, mas aprendeu que não é dever apenas dos mais ricos ajudar. “Basta olhar para os lados: sempre tem alguém que precisa”, diz. Essa paulista de São Joaquim da Barra tem uma história rica. Filha única, passou a infância e a adolescência estudando em internatos no interior de São Paulo. Na adolescência, disposta a fazer faculdade, fugiu de casa e começou a trabalhar para poder se formar bióloga pela Universidade de São Paulo, em São José do Rio Preto. Com o diploma em mãos, Ana Maria veio para São Paulo fazer especialização na sua área, mas, para pagar os estudos, conseguiu um emprego na extinta TV Tupi, onde apresentou telejornais, shows e estreou num programa feminino ao vivo. Disposta a investir na promissora carreira, cursou Jornalismo e chegou ao posto de diretora comercial das revistas femininas da Editora Abril. Em 1992, recebeu convite para voltar à televisão e apresentou durante sete anos o **Note e Anote** na Record, ganhando, nessa época, o título no Guinness Book de maior permanência no ar. Mãe de dois filhos, em 1999 foi convidada para apresentar o **Mais Você** na Globo, que acaba de completar oito anos. ■*

Gestão modelo

A implementação dos processos compartilhados de decisão na administração da Saúde tem garantido importantes avanços na qualidade dos serviços e no melhor aproveitamento dos recursos financeiros. É o caso do modelo de gestão participativa e compartilhada do INCA, que tem garantido maior agilidade nas decisões e melhores resultados. Para o coordenador de Ações Estratégicas do Instituto, Marco Porto, o novo modelo é mais eficiente e mais democrático. “Nada melhor do que as pessoas que vivenciam a rotina da instituição definir qual o melhor caminho a ser seguido”, justifica.

O projeto teve início em 2003, quando o atual Ministro da Saúde assumiu a direção do Instituto. Até então, as decisões ainda eram centralizadas e não havia unidade, nem integração, no planejamento. Mas, logo em seu discurso de posse, o então diretor-geral Temporão conclamou os funcionários: “Tirem seus projetos da gaveta que nós pretendemos inovar e avançar”.

O primeiro passo para a construção do modelo foi a identificado entre os funcionários, instituições parceiras e colaboradores tudo o que se esperava do INCA, suas metas e expectativas, que consolidariam os sete objetivos estratégicos que hoje norteiam todas as ações do instituto. A partir daí, teve início a reeducação institucional. Afinal, não basta regulamentar um novo modelo de gestão, é necessária a consolidação desse mecanismo. É o que garante Marco Porto: “Desde o início, nos esforçamos para superar a resistência cultural. As pessoas achavam que o planejamento seria uma obrigação a mais em sua rotina, mas não é nada disso”.

Tudo começa no planejamento, algo intuitivo no

Fotos: Duda Vian



“A gestão participativa exige engajamento, participação e responsabilidade de todos os funcionários e colaboradores da instituição”

MARCO PORTO,
Coordenador de Ações Estratégicas do INCA

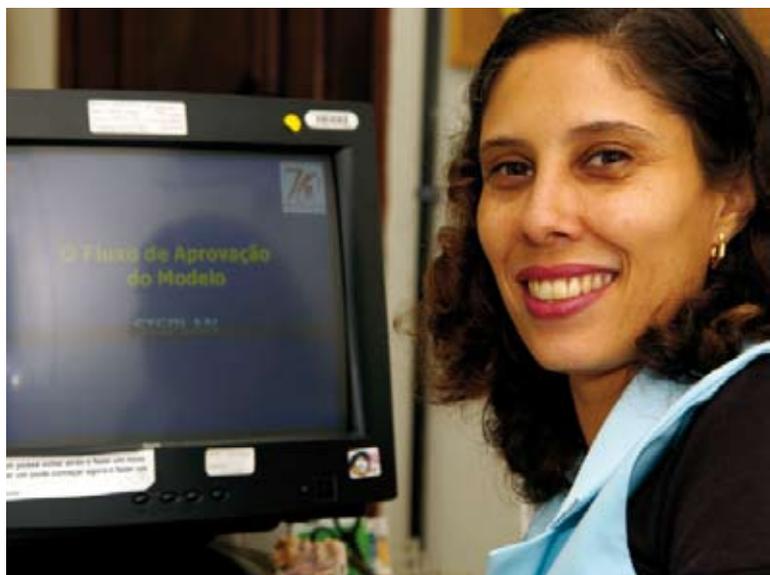
nosso dia-a-dia, como sair de casa para trabalhar. Antes disso, por exemplo, é preciso avaliar as condições do tempo para, só então, optar por essa ou aquela roupa. “Imagine na área da saúde, especialmente do câncer, na qual lidamos com tantos procedimentos complexos, sujeitos a tantas variáveis”, destaca o coordenador.

O atual modelo de gestão segue um fluxo de aprovação com níveis hierárquicos: funcionário (propositor) elabora o projeto ➔ chefia imediata ➔ coordenação da área ➔ CTP (ajustes) ➔ conselho deliberativo (aprovação) ➔ diretoria (execução) ➔ Ministério da Saúde.

Para começar, a idéia ou a demanda constatada por um funcionário deve ser debatida com o superior de sua área. Se aprovada, será inscrita no sistema, onde também passará por diferentes instâncias de aprova-

PRÊMIO SÉRGIO AROUCA

Graças aos bons resultados, o modelo de gestão participativa e compartilhada do INCA foi um dos 20 projetos selecionados entre os mais de 170 inscritos para a terceira edição do Prêmio Sérgio Arouca. A premiação é promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), desde 2005, com o objetivo de incentivar a gestão participativa. Para o coordenador Marco Porto, o prêmio tem um valor simbólico muito grande por homenagear um dos precursores da reforma sanitária que deu origem ao SUS. “É o reconhecimento de um processo cultural histórico absolutamente consolidado dentro da instituição. Além disso, é um orgulho para o INCA servir de modelo ou de inspiração para outras entidades”, conclui.



“Trata-se de um processo de evolução cultural dentro da instituição”

MYRIAN FERNANDES,
técnica da Divisão de Planejamento do INCA

ção. Nessa estrutura, merecem destaque as Câmaras Técnico-Políticas (CTPs), que atuam como conselheiras, da formatação do projeto às decisões finais. Cada uma delas é composta por representantes de diferentes setores e áreas de formação para evitar que se privilegie a visão ou o interesse de determinada área ou perfil profissional. Os temas são direcionados conforme a especialidade da CTP, como a de Desenvolvimento Institucional e de Incorporação Tecnológica, entre outras. Nas Câmaras, as propostas são organizadas numa espécie de ranking de acordo com o grau de importância ou urgência para, só então, seguir para o Conselho Deliberativo, instância máxima dentro do INCA.

O processo segue ainda um cronograma fixo, com duração média de seis meses. A aprovação só acontece no início do ano, quando é liberado o orçamento da instituição. A partir dele, o conselho deliberativo define os projetos que deverão ser implementados, conforme os recursos disponíveis.

Tudo é feito por meio de um sistema informatizado de planejamento disponibilizado aos gestores estaduais e municipais de saúde para integração da Rede de Atenção Oncológica. Com o SISPLAN, todas as etapas

podem ser acompanhadas on-line pelos funcionários envolvidos. O autor pode ainda propor uma apresentação, caso não concorde com a avaliação das CTPs. Se aprovado, o projeto é disponibilizado para todos no ambiente da intranet. Os projetos não-aprovados são ainda arquivados para aguardar novos recursos ou nova avaliação.

Segundo a técnica da Divisão de Planejamento, Myrian Fernandes, houve dois momentos distintos neste processo da implantação da gestão: um inicial, com a pulverização de quase 400 propostas; e outro marcado pelo amadurecimento dos projetos, que passam a abordar prioridades consensuais, com a efetiva adequação de custos e de procedimentos. “Uma vez, fui abordada nos corredores pelo chefe de um setor que me disse radiante: cada funcionário meu inscreveu dez projetos! Mas não funciona assim. É quase impossível gerenciar esse volume de propostas”, conta. Hoje, há uma média anual de 200 projetos avaliados.

Myrian Fernandes garante que, embora não tenha números, o custo de implantação da gestão participativa foi mínimo porque tanto o modelo quanto o sistema informatizado foram construídos internamente, na divisão de planejamento do INCA. ■

assistência

REDE BRASILCORD AVANÇA COM APOIO POLÍTICO E FINANCEIRO

Rumo à auto-suficiência

Coordenada pelo INCA, a Rede Brasileira de Bancos Públicos de Cordão Umbilical, a Brasilcord, continua em expansão. Agora, com respaldo político do Ministério da Saúde e o financiamento do BNDES, a meta é acabar com a dependência da rede internacional de doadores nos próximos três anos, ampliando a capacidade total de armazenamento para 50 mil cordões em 12 centros estrategicamente distribuídos por todo o País. Um investimento estimado em mais de R\$ 26 milhões para a construção e aparelhagem de oito novas unidades: Belo Horizonte (Hemominas), Brasília (Fundação Hemocentro de Brasília), Curitiba (Hemepar), Porto Alegre (Hemorgs), Recife (Hemope), Fortaleza (Hemoce), Belém (Hemopa) e Florianópolis (Hemosc).

Hoje, já estão em funcionamento quatro unidades. Três delas - Albert Einstein, Unicamp e Ribeirão Preto - com capacidade de armazenamento para 4.000 cordões. No INCA, as novas instalações do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) reinauguradas no início de outubro, receberam R\$ 4 milhões do Fundo Social do BNDES, ampliando sua capacidade de 3.000 para 10.340 bolsas de sangue de cordão. Este foi o primeiro passo do projeto de expansão da BrasilCord.

Para os oito novos bancos, os projetos aguardam a aprovação do BNDES. Alguns deles deverão ficar prontos mais rapidamente, e a capacidade de armazenamento vai variar conforme a área disponível de cada unidade. É o caso da unidade do Hospital



Marzena Osiuchowicz

A expansão permitirá o incremento da pesquisa com células tronco.

das Clínicas de Porto Alegre, que deverá ser entregue já nos próximos meses com capacidade prevista para 4.000 cordões, e do Hemocentro de Santa Catarina, previsto para o início de 2008 com capacidade para 3.600 cordões. Para o diretor de Inclusão Social e Crédito do BNDES, Elvio Gaspar, o investimento levará o país a um patamar tecnológico próximo dos países do primeiro mundo. “Enxergamos a Saúde como investimento, não como gasto”, afirmou.

O sangue do cordão umbilical é rico em células-tronco hematopoiéticas, como a medula óssea. Estas células se multiplicam rapidamente e possuem a capacidade de se transformar em qualquer célula do sangue. Por isso, este material é indicado para o tratamento de mais de 60 doenças em diferentes estágios, especialmente as leucemias, anemias e as doenças do sistema imunológico, por ser capaz de regenerar a medula



Duda Vian

Temporão (MS), Gaspar (BNDES), Santini (INCA) e Marcos Moraes (FAF), em demonstração do sistema automatizado que evita contato com o ambiente.

“Doar para a rede pública é uma visão mais coletiva e humanitária”

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro da Saúde

óssea, responsável pela produção dos componentes do sangue. Quando há um paciente com indicação de transplante de medula óssea, suas características genéticas são comparadas com as do sangue dos cordões armazenados em bancos públicos para verificar a compatibilidade. O transplante é semelhante ao realizado quando há um doador, ou seja, o paciente recebe as células-tronco por meio de transfusão.

A expansão da rede de bancos públicos de cordão umbilical é fundamental para facilitar a localização de doadores compatíveis, mais prováveis dentro de uma mesma população. Segundo o diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) do INCA, Luis Fernando Bouzas, a ampliação ajudará a contemplar a diversidade étnica brasileira, que dificulta a compatibilidade. Por isso, o INCA estima atingir a marca de 70% dos transplantes feitos a partir do cadastro nacional ao atingir um milhão de doadores cadastrados no REDOME. Criado em 1993, o registro saltou de 30 mil doadores em 2003 para mais de meio milhão em 2007. Hoje, é o quinto maior registro de doadores do mundo.

Atualmente, o sistema nacional realiza 1.600 transplantes ao ano, sendo que 64% dos casos ainda são realizados a partir da busca em bancos internacio-

nais. Por outro lado, Bouzas destaca que o percentual de aproveitamento do acervo brasileiro é de 2,5%, superior à média internacional de 1%. Segundo ele, o desenvolvimento de novas técnicas tem garantido melhor aproveitamento e melhores resultados no uso das células-tronco. Um exemplo é a técnica do duplo transplante, que permite a obtenção da quantidade de células suficiente para transplantar um adulto pela união de cordões diferentes, mas com compatibilidade intermediária. “O interessante é que apenas um tipo prevalecerá. O volume de células de outra linhagem funciona apenas como estímulo, e o resultado é a mais rápida recuperação do paciente”, explica.

As doações para a Rede BrasilCord são voluntárias. Os bancos públicos mantêm convênio com maternidades, onde há equipes treinadas para realizar a coleta do material no momento do nascimento, desde que autorizada pelos pais. O procedimento é simples e sem riscos para mãe e bebê: o cordão umbilical é pinçado e cortado, interrompendo a ligação entre o bebê e a placenta. A quantidade de sangue (de 70 a 100 ml) que permanece no cordão é, então, congelada e armazenada.

Para o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, é fundamental alertar a sociedade, especialmente



Duda Vian

Bioarquivo: maior economia e capacidade para 3.600 cordões.

os pais, sobre a importância de se doar o sangue do cordão e da placenta aos bancos públicos, o que beneficiará milhares de pessoas. Não há comprovação científica de nenhum benefício futuro que justifique o armazenamento em bancos privados, que lucram mensalmente com o serviço. E o custo é alto: cerca de R\$ 5 mil para a coleta, processamento e armazenamento do sangue e, em média, R\$ 1 mil ao ano de manutenção. Apesar disso, muitas famílias optam por contratar uma empresa privada para colher e armazenar o material, por acreditar que desta forma estão fazendo um seguro de vida para a criança e para toda a família. Segundo o diretor do CEMO, Luis Fernando Bouzas, a falta de informação e a propaganda enganosa preocupam. A maioria dos bancos particulares associa o serviço à possibilidade de estocagem privada e familiar, o que não garante a qualidade do material para uso futuro. “Como saber se o sangue colhido foi suficiente, se ele foi transportado adequadamente e criopreservado (congelado) nos padrões corretos? Qualquer falha condena o material e o dinheiro é jogado fora”, questiona.

A LUZ NO FIM DO TÚNEL

O sangue de cordão umbilical e placenta ainda é jogado fora, quando poderia salvar milhares de vidas. A prova disso é a história de personagens como a estudante de serviço social, Elaine Cristina Toledo Quintana, de 25 anos. Ela recebeu o diagnóstico de leucemia em 2001, aos 19 anos. A partir daí, sua mãe Valdilia Amorim Toledo, hoje com 46 anos, deu início a uma busca incansável para encontrar um doador compatível. Natural de Caxambú, região sul de Minas Gerais, essa mineira fez campanha em todos os municípios da região. Ela garante que levou mais de 15 mil pessoas a fazer o teste de compatibilidade. Mas foi só a partir de um cordão umbilical que, quatro anos mais tarde, encontrou o que procurava. Em 19 de fevereiro de 2004, o transplante foi realizado e, hoje, sua filha está curada. “Essa porçãozinha de sangue foi a nossa salvação. Mas é ainda a luz no fundo do túnel para muita gente que ainda precisa de um doador”, emociona-se. André Salaroli, hoje saudável aos 8 anos, teve leucemia logo no terceiro ano de vida. E só foi curado após encontrar um doador em banco internacional. Sua mãe, Vanessa Salaroli faz um apelo para conscientizar os pais: “Há muita criança na fila de espera. E, do mesmo modo que passei por esse susto e sofrimento, pode acontecer com qualquer um. É uma situação muito difícil que pode ser superada com a colaboração de todos”.

A experiência científica mundial no uso das células-tronco de cordão umbilical é alogênica, ou seja, uma pessoa recebe o sangue de outra. A probabilidade de uso autólogo, quando a pessoa armazena o material para uso próprio, é de uma para 20 mil durante seus primeiros 20 anos. Bouzas afirma que só os bancos públicos estão preparados para garantir a segurança e a qualidade do serviço. Para isso, os padrões de qualidade e os critérios de seleção são rígidos: tanto gestante quanto o bebê são acompanhados clinicamente e com exames antes e após o parto, até seis meses. “Por mais que se façam testes, há ainda o risco de transmissão de doenças infecciosas e genéticas, como a hepatite”, argumenta. ■

educação

POPULARIZAÇÃO DO CONHECIMENTO FAVORECE O DESENVOLVIMENTO



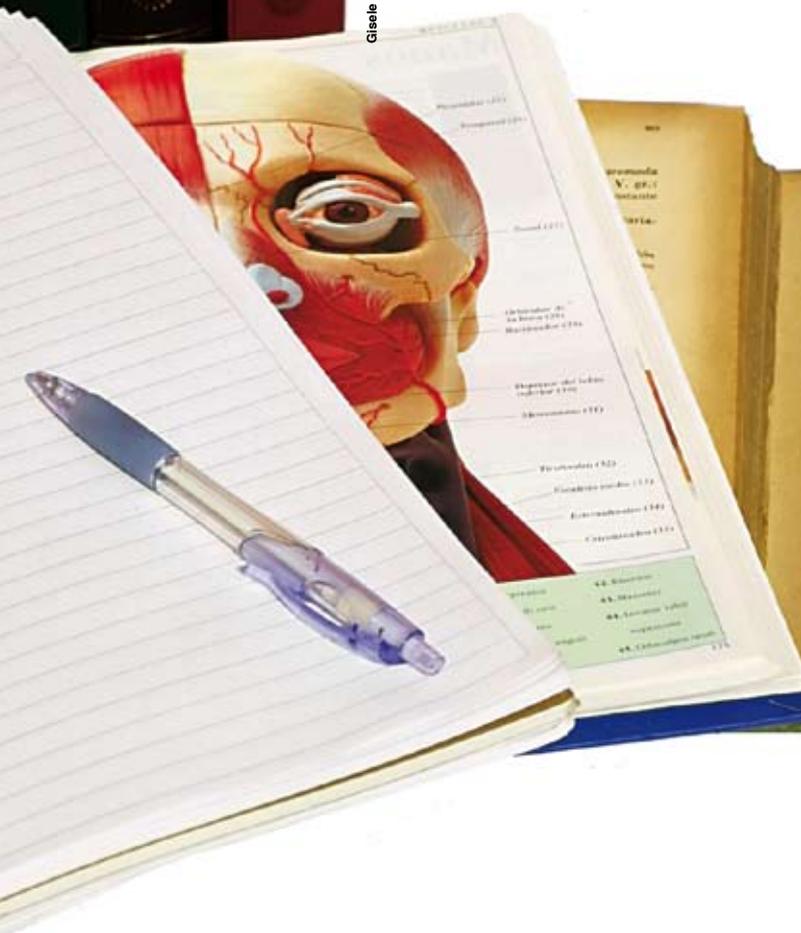
A divulgação valoriza o cientista, atrai investimentos e fomenta novos trabalhos.

Ciência em revista

Poucas vezes a divulgação científica esteve tão em evidência quanto atualmente, o que se reflete no aumento de publicações especializadas e do espaço concedido pelos mais diversos veículos de comunicação ao tema. De certo modo, fica evidente o processo de popularização da ciência com o sucesso de revistas do gênero direcionadas ao público leigo, além de programas e quadros da TV.

Há relatos de iniciativas de divulgação científica no Brasil desde o século XVIII. Mas o suplemento

'Ciência para Todos', editado pelo jornal 'A Manhã', é mais conhecida como a primeira experiência do gênero no País. Pode-se afirmar que essa tenha sido a primeira vez que um jornal dedicou tanto espaço (12 a 16 páginas) e tempo (1948 a 1953) ao tema, o que também é facilmente explicado pelo contexto histórico. O mundo vivia o pós-segunda Guerra, quando a ciência despertou muito interesse nas pessoas, especialmente pela bomba atômica decisiva para o final do conflito. No Brasil, esse interesse era potencializado pela mobilização da comunidade científica brasileira no fim da ditadura Vargas, em 1945, que



passou a lutar por melhores condições para a prática científica no país. Foi nessa época que surgiram a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

De lá pra cá, passaram-se mais de 50 anos, muita coisa mudou e a ciência tem alternado ciclos em que ocupa um espaço maior na mídia e, consequentemente, no dia-a-dia da população. Hoje, novamente a ciência está em evidência, só que o espaço ocupado pela física no período pós-segunda guerra e bomba atômica, hoje, é destinado à biologia molecular, à genética, à clonagem, às células-tronco e à biotecnologia, por exemplo.

A lógica de produção e difusão de conhecimento é circular: alguém produz conhecimento; esse conhecimento é registrado em veículos de informação. Em seguida, esses produtos do conhecimento são arquivados e disponibilizados para consulta de outros interessados. E, assim, o ciclo recomeça: após a consulta, um novo conhecimento é elaborado, registrado, armazenado e novamente disponibilizado para consulta.

A informação científica é o alicerce para o desenvolvimento. A gerente da área de divulgação científica do INCA, Silvia Costa, questiona o investimento em pesquisas se os resultados, conclusões e descobertas não forem divulgados. “Todo conhecimento deve ser registrado e isso é feito pelos mais diversos veículos de comunicação, principalmente as revistas”, afirma. Ela lembra que, para a coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDEC) do INCA, há ainda uma distinção entre o que é conhecimento científico e o que é acadêmico: o primeiro é resultado de eventos científicos, como pesquisas e congressos; o outro, advém de programas de pós-graduação em instituições de ensino.

Seja de divulgação ou de pesquisa, as revistas que tratam de ciência são de grande importância não só para quem vive essa realidade dentro dos centros de ensino e pesquisa espalhados pelo Brasil, mas também para o cidadão comum, que deseja e deve se inteirar sobre a evolução científica e tecnológica no país. Hoje, já consolidado como importante veículo de informação e formação científica, esse tipo de publicação é também fonte de conhecimento para os leigos, além de exercerem sua principal vocação: a de registro de conhecimento por meio de artigo, a ser aprimorado ou refutado, e ainda subsidiar e fomentar novos trabalhos.

No Brasil, há muitas publicações reconhecidas pela seriedade e qualidade dos trabalhos publicados. Vejamos algumas das revistas que são referência, especialmente na área da saúde:

Revista Brasileira de Cancerologia – A publicação trimestral do INCA circulou pela primeira vez em setembro de 1947, criada pela mesma portaria presidencial que instituiu o Serviço Nacional de Câncer (SNC) dez anos antes. A RBC teve início sob a coordenação do então diretor do SNC, Mário Kroeff, e circulou de forma quase contínua ao longo desses 60 anos, com raras interrupções.

No ano em que comemora 60 anos, a publicação chega a sua 53ª edição, distribuída a pesquisadores, bibliotecas e instituições de câncer de todo o país. Com uma tiragem de 2.500 exemplares, a RBC conta com colaboradores de dentro e de fora do Brasil. O editor científico, Luiz Cláudio Thuler, explica que “não há nenhum impedimento para que artigos em língua inglesa ou espanhola sejam publicados, desde que aprovados previamente por seu conselho editorial, como todos os demais artigos”.

Revista Pesquisa FAPESP – Foi criada em 1999 pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo com o objetivo de difundir e valorizar os



Dave Di Biase

As revistas atraem os leigos e direcionam a ciência para as demandas da sociedade.

resultados da produção científica e tecnológica brasileira, da qual a FAPESP é uma das mais importantes agências de fomento.

Hoje, a revista é referência para a mídia e formadores de opinião para o conhecimento das pesquisas tecnológicas nos mais diversos campos do conhecimento. Sua tiragem é de 35.700 exemplares. Destes, 22 mil são distribuídos gratuitamente à comunidade científica e o restante comercializado por assinaturas em bancas de jornais de todo o país.

A editora, Mariluce Moura, recorda um momento marcante nessa história: a divulgação do seqüenciamento do genoma da bactéria *Xylella fastidiosa*, causadora da praga que ataca as laranjas conhecida como Clorose Variegada dos Citros (CVC) ou Amarelinho. Esse projeto pioneiro foi desenvolvido entre 1997 e 2000, e resultou em grande visibilidade para a capacidade e a qualidade da produção científica brasileira. O artigo acabou na capa da revista Nature, em julho de 2000. Na mesma ocasião, o semanário inglês *The Economist* publicou que o Brasil agora 'é o país do samba, futebol e do genoma'.

Revista Ciência Hoje – Foi lançada em 1982, em Campinas, com a missão de diminuir a distância entre a comunidade científica e a sociedade, sem perder o rigor científico. Em 25 anos, mais de 2.300 cientistas de todo o Brasil, além de dezenas de estrangeiros, publicaram seus artigos na Ciência Hoje. Cerca de 1.200 pesquisadores foram consultados para avaliar os textos de seus pares. Mais de 100 jornalistas e estudantes de comunicação colaboraram com a revista.

A revista é feita pelo Instituto Ciência Hoje, uma organização social financiada por grandes vendas da publicação para o Ministério da Educação (MEC), algumas secretarias estaduais e municipais, além de venda

em bancas, assinaturas e de anunciantes. A tiragem atual é de 25 mil exemplares direcionados a um público composto principalmente por estudantes e professores, além de profissionais liberais, cientistas e curiosos.

A editora executiva, Alicia Ivanisovich, relembra alguns importantes 'furos de reportagem', como a publicação inédita de um manuscrito de Albert Einstein encontrado no Brasil - volume 21, número 124, setembro/outubro de 1996. Em outra ocasião, um importante artigo assinado pelo educador paulista, Nélcio Bizzo, enumerou erros absurdos de ciência e história publicados nos livros didáticos brasileiros, que resultou na revisão de todo o conteúdo pelo MEC. "Há ainda artigos sobre Cubatão e Abrolhos que denunciaram a poluição e a falta de proteção ambiental nessas regiões", relembra.

Memórias do Instituto Oswaldo Cruz – Primeiro periódico científico criado na América Latina, a revista é editada pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC) desde 1909, e continua fiel à proposta de divulgar as inovações e descobertas na área da medicina tropical. Hoje, recebe uma média de 300 trabalhos para análise e publicação. Para o editor científico da revista, Ricardo Lourenço, a leitura de artigos científicos é fundamental para a atualização e formação profissional. "Para a produção de artigos em periódicos é necessária a alta qualidade com conteúdo original e de impacto.", completa. A publicação foi reconhecida em 2006 como a revista científica de maior impacto na América Latina pelo *Journal of Citation Reports*, a partir do índice calculado pelo *Institute for Scientific Information (ISI)*, órgão internacional responsável por avaliar a relevância dos periódicos científicos indexados de todo o mundo. ■



Cooperação técnica e científica em rede

Integrar hospitais federais, reduzir custos, desenvolver tratamentos e melhorar a qualidade do atendimento prestado. Esse é o desafio da Rede de Pesquisas Clínicas das Instituições Federais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Criada em setembro de 2006 pelo Ministério da Saúde, a Rede Rio, como é chamada, reúne alguns dos principais centros de pesquisa e unidades de saúde localizadas no estado com o objetivo de pesquisar, desenvolver, implementar e disseminar novas tecnologias no SUS. Ao todo, participam sete instituições que desenvolverão pesquisas distintas: Instituto Nacional do Câncer (INCA), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras (INCL), Hospital dos Servidores, Hospital de Ipanema, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) e Instituto Fernandes Figueira (IFF), ambos da Fiocruz.

Para selecionar as instituições, foram identificados e avaliados os trabalhos de maior destaque e relevância que deverão ser incrementados pela Rede ou que simplesmente referendaram proposições inéditas. A expectativa é de ampliar a atuação das unidades federais para atender às demandas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), cuja principal função é formular e executar as políticas de atenção básica e especializada para o SUS. Um investimento total de R\$ 42 milhões.

Além de ampliar a formação de pesquisadores no campo clínico, a rede vai funcionar como apoio



Cathy Kaplan

INTO: medicamento padrão para tratamento da osteoporose no SUS.

especializado para o desenvolvimento de protocolos de avaliação de novas tecnologias que possam ser incorporadas e reavaliação daquelas já utilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), seja em relação ao custo, à eficácia ou à efetividade.

Os temas a serem pesquisados são definidos de acordo com as demandas do Ministério da Saúde em função de prioridades geradas pela prática do atendimento aos pacientes do SUS.

Herceptim. Esse é nome do medicamento que está revolucionando o tratamento do câncer de mama e o tema do INCA. O objetivo é constatar que a redução na dose administrada do medicamento pode obter os mesmos resultados da atual dosagem média utilizada em todo o mundo. A idéia surgiu a partir



INCL: sistema para aprimorar procedimentos cirúrgicos e atendimento.

do resultado de uma pesquisa realizada na Finlândia, que indicou a mesma recuperação dos pacientes tratados com o medicamento em período menor ao usual, reduzido de 12 para nove meses.

O chefe da Divisão de Pesquisa Clínica, Carlos Gil, explica que a possibilidade de redução em três meses do tratamento significa um corte considerável de gastos e uma nova perspectiva de incorporação ao SUS, o que ainda é inviável diante do custo muito elevado do tratamento. Para se ter uma idéia, apenas um mês custa em torno de R\$ 10 mil. “A partir dos estudos científicos, pretendemos comprovar a eficácia do tratamento de menor duração ou dosagem”, afirma.

A pesquisa começará no início de 2008, com duração prevista para dois anos e custo total de R\$ 32 milhões. Para o estudo serão selecionados 538 pacientes, divididos em dois grupos. O primeiro grupo, de 269 pacientes, será tratado durante nove meses com o medicamento associado à quimioterapia. O segundo grupo, também com 269 pessoas, receberá doses por um ano. “Apesar do resultado da pesquisa finlandesa basear-se em dados escassos de um número pequeno de pacientes estudados, nossa expectativa é que a pesquisa seja bem sucedida”, conta Susanne Crocamo, médica responsável pelo estudo.

O Instituto Nacional de Cardiologia participa da Rede Rio com o desenvolvimento de um sistema informatizado para monitoramento de cirurgias cardíacas. A idéia é viabilizar para toda a rede pública um banco de dados que permita o acompanhamento dos procedimentos, além da avaliação do atendimento nos hospitais, do desempenho dos médicos e suas equipes e dos resultados obtidos. Com um orçamento de R\$ 1 milhão, a expectativa é que em um ano a adesão do sistema seja disponibilizada para qualquer unidade do SUS ou da rede privada.

A responsável pelo projeto, Regina Xavier, explica que o banco de dados foi inicialmente implantado em fase de testes nos hospitais federais que integram a Rede Rio e outros, como os Hospitais Universitários da UFRJ, UERJ e UFF.

A vantagem do sistema é acompanhar todo o processo de atendimento do paciente e ainda possibilitar melhorias nos resultados cirúrgicos, o que tem atraído o interesse de médicos e gestores. Os interessados devem entrar em contato com a Coordenação de Ensino e Pesquisa do INCL, no telefone 21- 2556-0099.

A proposta do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), é diminuir os gastos com o tratamento da pneumonia comunitária. Segundo a diretora do instituto, Valdiléa Veloso, o tratamento hoje é feito com dois tipos de antibióticos: a amoxicilina, que é a substância mais barata e os macrolídeos, que são conhecidos por proteger o organismo dos pacientes. A pesquisa avaliará 564 pacientes, divididos em grupos que serão tratados com apenas um dos antibióticos. “Nosso objetivo é precisar a eficácia de cada substância”, afirma a diretora. Com duração de dois anos, a pesquisa está prevista para o início de 2008. O orçamento é de R\$ 3 milhões.

Já o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia entrou na Rede Rio com uma pesquisa que definirá o medicamento padrão no tratamento de pacientes com osteoporose. Segundo a chefe do Centro de Terapia Celular e Bioengenharia, Maria Eugênia Duarte, serão testados quatro tipos de medicamentos mais conhecidos no tratamento da doença. O método que responder de forma mais eficaz, com uma redução considerável dos índices de fratura nos pacientes será adotado como padrão para o tratamento no INTO e nas demais unidades do SUS, independente do seu custo. “O importante é obtermos a melhor resposta e recuperação dos pacientes”, afirma Maria Eugênia. Serão avaliados 400 pacientes que sofrem de osteoporose divididos em quatro grupos para tratar com um tipo diferente de medicamento. A pesquisa deverá começar no início de 2008.

A Rede Rio deu seu primeiro passo ainda em 2006, com a parceria estabelecida entre o IPEC e o Hospital de Ipanema para estudo de doenças infecto-parasitárias e o diagnóstico do potencial dos hospitais e institutos envolvidos em relação a instalações, equipamentos e capacitação de recursos humanos. O desenvolvimento dos projetos e sua implementação para a rede do SUS será financiada com verbas da SAS.

As demais instituições continuam em fase de elaboração dos projetos. ■

internas

Andris Kovács



INTEGRAÇÃO RIO TRANSPLANTE

O INCA firmou uma parceria com o Banco de Olhos do Rio Transplante que agilizará as cirurgias de crianças com retinoblastoma, tumor oftalmológico mais freqüente na infância. Grande parte dos pacientes com esse tipo de tumor ainda chega ao Consultório Oftalmológico do INCA, único no Rio especializado nesse tipo de tratamento, com a doença já em estágio avançado, quando são reduzidas as possibilidades de manutenção da visão ou mesmo do olho, implicando na retirada completa do órgão. A integração com o Banco de Olhos reduzirá o tempo de espera para a reconstrução da cavidade ocular feita com a colocação de um implante de plástico especial, envolvido com o tecido doado. Antes da parceria, os tecidos eram provenientes de outros estados por meio do Sistema Nacional de Transplante.

CONSENSO NUTRICIONAL

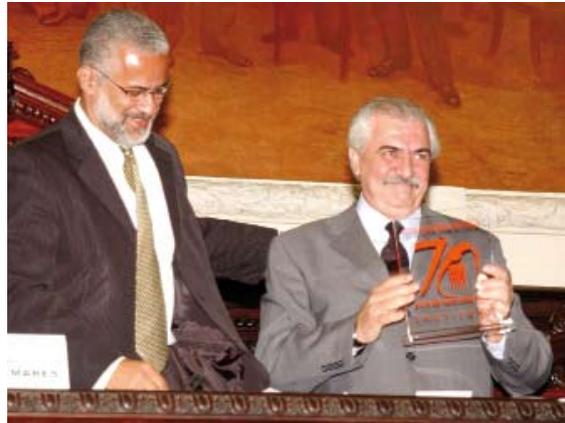
Para construir um consenso nacional de nutrição na área do câncer, o INCA promoveu a II Jornada Luso-Brasileira de Nutrição Oncológica e a III Jornada Internacional de Nutrição Oncológica. O evento reuniu de 9 a 12 de outubro cerca de 300 nutricionistas, estudantes e profissionais da área de saúde de todo o País e estrangeiros. Segundo Nivaldo Barroso Pinho, chefe do Serviço de Nutrição e Dietética do HC I, esse foi um marco para garantir a qualidade nos serviços de nutrição oncológica do país. Outros temas foram debatidos pelas diferentes instituições presentes, com destaque para a Conprev que reforçou a prevenção ao câncer a partir da alimentação correta. A publicação do consenso de nutrição oncológica está prevista para 2009.

70 ANOS DO INCA NA ALERJ

Em comemoração aos 70 anos do INCA, a Assembléia Legislativa do Estado do Rio reuniu alguns personagens históricos do Instituto, funcionários com mais de 30 anos de casa e ex-diretores, incluindo o ministro Temporão.

A solenidade foi marcada por declarações emocionadas de orgulho e afeto pela instituição, com destaque para a homenagem aos mais antigos funcionários da casa representados por Osmar Moraes de Aguiar, Francisca Alves Bandeira dos Santos, José Kogut e Geni Soares Reis. O deputado estadual Gilberto Palmares entregou o Prêmio Excelência na Luta pela Vida ao diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, que destacou a capacidade de inovação permanente na instituição graças, principalmente, à sua força de trabalho. "Sem ela, o INCA não seria hoje o que é", afirmou. Agraciado com o título de Benemérito do Estado do Rio de Janeiro pelos serviços prestados à saúde pública no estado, o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, aproveitou a ocasião para lançar um novo desafio ao INCA: propôs um projeto de expansão do Instituto nos outros estados, a exemplo do Programa de Controle do Tabaco, considerado modelo pela OMS.

Acervo Inca



Richard Sweet

OPAS REAFIRMA PARCERIA COM INCA

As relações entre INCA e a Organização Pan-Americana da Saúde ficarão ainda mais próximas. É o que afirmou o representante da OPAS no Brasil, Diego Victoria Mejía, durante visita à sede do Instituto, no Rio. O INCA é colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) e OPAS nas ações de controle do tabagismo, entre outros projetos direcionados aos países Latino-Americanos e de Língua Portuguesa. O ObservaRH, por exemplo, desenvolve estudos e metodologias para a regulação, formação e desenvolvimento de recursos humanos na área do câncer. Durante a visita, Mejía conheceu maiores detalhes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que permitiu a redução de 35% no consumo per capita de cigarros, entre 1989 e 2005. Segundo ele, o encontro reforça a parceria com o INCA que é uma referência mundial para as políticas nacionais e regionais de controle do câncer. Essa foi a primeira visita do colombiano, desde que assumiu o cargo em abril deste ano.



Acervo OPAS

Acervo Inca



GESTÃO QUALIFICADA

Foi inaugurado o primeiro curso de qualificação da gestão em Atenção Oncológica pelo INCA. O objetivo é propiciar a criação de projetos na área do câncer nos municípios, capacitando os gestores para lidar com os diferentes aspectos dessa área, que envolve muitos procedimentos chamados de alta complexidade no setor da saúde. A primeira turma, iniciada ao final de outubro, conta com 81 gestores de 27 secretarias municipais do Rio e três da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil. Elaborado por profissionais conceituados nas diversas esferas da gestão pública, o curso baseia-se na prática e no enfrentamento de situações-problema comuns à rotina dos gestores. No total, serão 13 encontros, às terças e sábados, ou sextas e sábados, das 8 às 17 horas. Atualmente, as aulas são presenciais, mas a idéia é expandir a iniciativa a o território nacional em ambiente virtual, ainda em fase de teste nas aulas. A próxima turma, já prevista para março de 2008, reunirá gestores dos demais municípios do Rio e de outros estados da Região Sudeste.

CAPACITAÇÃO PREVENTIVA

Com início previsto para fevereiro, o INCA abre inscrições para a capacitação de ginecologistas que integram a Rede de Atenção Oncológica. O objetivo é reforçar a prevenção do câncer do colo uterino. O curso, promovido numa parceria com o Instituto Fernandes Figueira (IFF / Fiocruz) e Instituto de Ginecologia da UFRJ, qualificará médicos da rede pública para o diagnóstico e o tratamento adequados desse tipo de câncer, como a avaliação colposcópica e a eletrocirurgia. Caberá aos municípios indicar os inscritos, que deverão integrar um plano para implantação ou aperfeiçoamento de rede local de atenção e prevenção do câncer. Com duração de seis meses, o curso será dividido em dois módulos com parte teórica e outra prática, quando o aluno participa do atendimento ambulatorial e cirúrgico numa das instituições parceiras. O término da primeira turma está previsto para o fim de julho.

Sanja Gjenero





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

Faça você também parte dessa Rede.
Contribua enviando dúvidas, críticas,
sugestões e elogios para a revista

REDE CÂNCER

Contato: imprensa@inca.gov.br ou
pelo telefone (21) 2506-6103

NINGUÉM FAZ 70 ANOS DE TRATAMENTO CONTRA O CÂNCER SEM A AJUDA DE BONS PARCEIROS.

SAIBA COMO EVITAR O CÂNCER. E AJUDE MUITAS PESSOAS A EVITAR TAMBÉM.

O INCA faz 70 anos de muitos estudos e histórias comprovando que vários tipos de câncer têm cura, desde que detectados a tempo de serem tratados. Infelizmente, muitas pessoas não sabem disso. Desconhecem também que atitudes como não fumar, não exagerar nas bebidas alcoólicas, manter uma alimentação saudável com mais frutas, legumes, verduras e grãos podem prevenir ao menos um terço de todos os casos de câncer. Por isso, a participação de toda a sociedade é muito importante para ajudar o INCA a levar mais vida e esperança para muitos brasileiros. Muitas empresas já fazem parte desta corrente. Existem várias formas de colaborar. Entre em contato e informe-se: www.inca.gov.br.

**COLOQUE A MARCA DA SUA EMPRESA
NUMA HISTÓRIA DE SUPERAÇÃO.**

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



**anos de muita vida
1 9 3 7 - 2 0 0 7**

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



anos de luta pela vida
1 9 3 7 - 2 0 0 7



www.redecancer.org.br

