

05

Junho 2008

REDE

CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

OS NÚMEROS DO CÂNCER

COMO A ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER AJUDA A
PLANEJAR AS AÇÕES DE CONTROLE E PESQUISA DA DOENÇA

Se liga!

Não deixe
o cigarro
vencer VOCÊ.

g-dés • 2580-4897 • design@gdes.com.br



www.inca.gov.br



PARE DE FUMAR
DISQUE SAÚDE
0800 61 1997



Secretarias Municipais
e Estaduais de Saúde

Secretaria Nacional
Antidrogas

Ministério
da Educação

Ministério
da Saúde



cartas

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

INFORMAÇÕES RELEVANTES

Encontrei na Revista um livro intitulado “Resumo: Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção do Câncer: Uma Perspectiva Global” e gostaria de adquiri-lo.

Josias Rincon

Desnecessário registrar a qualidade dos textos e a produção gráfica da revista. Parabéns! Solicitamos que nos enviem sempre todo o material que publicarem. Nesta oportunidade, encaminhem as obras citadas no texto “resgate histórico”.

Estenio Iriart El-Bainy

Os livros estão disponíveis na seção Publicações do site do INCA, www.inca.gov.br.

CONTRA O FUMO

Li na última edição da Revista que um pôster do maestro Tom foi tirado do Galeão porque ele aparecia fumando charuto. Se atentarmos bem para os ramos das plantas que estão gravadas no brasão da República brasileira, veremos de um lado o café e, do outro, ramos de fumo. O governo brasileiro deveria rever isso e retirar de uma vez por todas o fumo do brasão. Atenciosamente,

Celso Martins Pereira

Encaminhamos sua sugestão para a Divisão de Controle do Tabagismo do INCA, que nos informou um projeto de lei que trata desse assunto.

PREVENÇÃO DO CÂNCER

Olá! Recebi, por meio do meu secretário de Saúde, uma revista sobre câncer do mês de março de 2008. As informações nela publicadas foram muito úteis ao nosso município. Todavia, nessa edição, apenas tivemos sugestões de prevenção de câncer de pele e temos interesse em saber mais sobre prevenção de outras formas de câncer.

Larissa Poubel

Há uma seção específica de nossa Revista que trata de temas relacionados à prevenção do câncer. A cada edição, um assunto diferente é abordado.



ELOGIO

Tive acesso a uma edição dessa revista, a de maio deste ano. Achei o conteúdo extremamente interessante e importante; com texto técnico, mas apresentando uma didática acessível a todos.

Luiza Helena Santana

Agradecemos os elogios, um estímulo ao nosso trabalho, em constante aperfeiçoamento.

LEIA 'ON LINE'

Prezados Senhores, temos interesse em receber a Revista Rede Câncer. Ela é distribuída gratuitamente ou é assinatura? Atenciosamente,

Maria Isabel Schiavon Kinasz

Tenho interesse em receber a Revista Rede Câncer. Gostaria de saber se é preciso realizar algum pagamento ou se posso receber por e-mail. Desde já, agradeço e elogio o trabalho realizado, que tem me ajudado em minhas pesquisas e principalmente para minha monografia.

Aline Fernandes

Olá! Como faço para assinar a Revista Rede Câncer? Sou estudante da área da saúde e me interesse bastante pela oncologia. Grata.

Natália Povoleri

Devido ao grande número de solicitações de recebimento da Revista Rede Câncer, estamos revendo a distribuição. Como a tiragem é limitada a 10 mil exemplares de distribuição gratuita, infelizmente talvez não seja possível atender a todos. Apesar disso, todas as edições podem ser acessadas em www.inca.gov.br/ revistaredecancer.com.br.

sumário



12

CAPA

Estimativa sobre novos casos de câncer é aliada para controle e prevenção da doença

19

PREVENÇÃO

Projeto piloto busca melhoria da qualidade dos serviços de mamografia do SUS

25

ASSISTÊNCIA

Acreditação hospitalar gera mais qualidade e segurança

28

PERSONAGEM

Apesar da dor, o início de uma nova história

30

CIÊNCIA

Convênio financia estrutura de ponta para novas pesquisas em leucemia

32

POLÍTICA

Leis consolidam luta contra o tabaco e os principais tipos de câncer que afetam a mulher

38

SOCIAL

Reuniões e cartilhas melhoram qualidade do tratamento



REDE CÂNCER

2008 – Instituto Nacional de Câncer

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

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Chefia da Divisão de Comunicação Social: **Cristina Ruas** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Claudia Lima e Rodrigo Feijó** | Apoio: **Jacqueline Boechat e Regina Castro** | Apoio editorial: **Todas as áreas técnicas do INCA** | Produção: **SB Comunicação** | Jornalista responsável: **Simone Beja RP 27416/RJ** | Reportagem: **Maria Cristina Miguez, Kátia Thomas, Mára Bentes e Raquel Aguiar** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Sumaya Cavalcanti, Daniel Bergatiños e Felipe de Moraes Chagas** | 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



Ministério
da Saúde



editorial

O câncer em números

Prezado leitor,

Nesta edição, apresentamos como matéria central um tema determinante quando se trata de garantir o acesso a medidas eficazes de prevenção, tratamento e controle do câncer: a estimativa de incidência da doença. Em todo o mundo, gestores de saúde embasam em estatísticas como essa as suas estratégias de investimento e ação. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) se ocupa da estimativa mundial, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), desde 1995, assume esse compromisso no Brasil. Auxiliar a compreensão sobre como são calculados os novos casos de câncer e orientar para apropriação correta dessa importante ferramenta de gestão e pesquisa foram os objetivos dessa matéria, que traz ainda a opinião de pesquisadores, jornalistas e especialistas no assunto.

A entrevistada desta edição é Márcia Pinto, economista que trabalhou no INCA durante sete anos

e há dois anos é analista de gestão em saúde da Fiocruz. Sua tese de doutorado à Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz/RJ, traduziu em números parte do impacto econômico do tabagismo na rede pública de saúde brasileira. Um prejuízo de R\$ 338,6 milhões por ano aos cofres do Governo.

Em destaque também está o Projeto piloto para a Garantia de Qualidade dos Serviços de Mamografia do SUS, que envolveu a avaliação de 53 serviços de saúde e o treinamento de mais de 160 profissionais em quatro estados brasileiros.

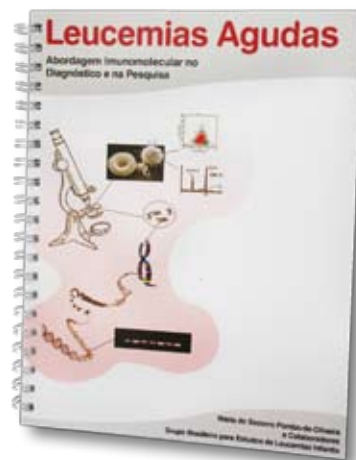
Outros assuntos importantes estão em nossas páginas, sempre com o objetivo de ampliar a discussão e apresentar experiências de pessoas e instituições envolvidas com o controle do câncer.

Boa leitura!



LUIZ ANTONIO SANTINI
Diretor-Geral do INCA

notas



REFORÇO PARA A QUIMIOTERAPIA

Com cerca de 48 mil casos previstos para 2008, o câncer de mama é tema de estudos no mundo todo. Em uma dessas pesquisas, coordenada pelo Breast International Group (BIG), ou Grupo Internacional da Mama, e iniciada em 1998, especialistas de 20 países, inclusive do Brasil, uniram-se para testar um quimioterápico no tratamento desse tipo de câncer. Após dez anos de trabalho e acompanhamento de cerca de três mil pacientes, de 18 a 70 anos, o estudo foi publicado em janeiro de 2008, no **Journal of the International Cancer Institute**, da Inglaterra, apontando os benefícios da droga contra o câncer de mama. O Hospital do Câncer III, unidade do Instituto Nacional de Câncer (INCA) referencial para câncer de mama, participou do estudo internacional e avaliou seis pacientes. “Na época, esse estudo ganhou um contexto histórico para o INCA, pois foi a primeira vez que o HC III participou de uma pesquisa internacional”, comenta Gilberto Amorim, oncologista clínico do INCA.



O CÂNCER NO MUNDO

A Rede Mondofragilis, em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a União Internacional de Controle do Câncer (UICC), entre outras entidades ligadas ao estudo e a pesquisa da doença, e ainda a Sanofi-Pasteur, está produzindo o documentário longa-metragem **Câncer é... 2008**. O filme será finalizado em junho e destaca os avanços da doença no mundo. Para a realização de 60 entrevistas em vários países foram necessárias 30

viagens aéreas. Mas o maior desafio será a edição de centenas de horas de gravação para chegar até a exibição do filme, que enfoca as melhores práticas, descobertas e pesquisas promissoras em prevenção, tratamento, cura e cuidados paliativos da doença. O documentário será apresentado em emissoras de TV do mundo todo. Entre os entrevistados estão, representando o Brasil e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a diretora do Hospital do Câncer IV, Cláudia Naylor; a coordenadora de Pesquisa da entidade, Marisa Breitenbach; a chefe da Divisão de Controle de Tabagismo, Tânia Cavalcante; o coordenador de Assistência do instituto, Luiz Augusto Maltoni, e o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini.

LEUCEMIA É TEMA DE LIVRO

Destinado a quem busca orientação para elaborar e interpretar testes em leucemias, o livro **Leucemias Agudas – Abordagem imunomolecular no Diagnóstico e na Pesquisa** é uma fonte segura de consulta. De autoria da médica pesquisadora do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Maria S. Pombo-de-Oliveira, o lançamento do livro marcou a abertura do II Simpósio Internacional de Epidemiologia Molecular em Tumores Embrionários e Leucemias na Infância, realizado no prédio-sede do INCA, de 4 a 6 de março. Pesquisadores do Brasil e do exterior, profissionais da área de saúde e estudantes de pós-graduação participaram do evento.



BRASIL NA REDE AMERICANA DE DOAÇÃO DE MEDULA

Representantes do National Marrow Donor Program (NMDP), o registro de doadores de medula óssea dos Estados Unidos, visitaram a área de transplante de medula óssea do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio, de 11 a 13 de março, com o objetivo de firmar uma parceria. Os profissionais vieram conhecer a rotina dos Registros de Doadores e Pacientes do

Brasil – REDOME e REREME, respectivamente. O convênio possibilitará que doadores cadastrados no REDOME estejam disponíveis também para buscas internacionais, como já acontece com o Brasil, que procura doadores compatíveis no exterior. Segundo Michael Boo, diretor do NMDP, “a diversidade étnica do povo brasileiro vai possibilitar que mais transplantes não-aparentados sejam realizados no mundo”.

LINHA DE CRÉDITO ESPECIAL

Depois de negociações empreendidas desde 2006, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, obteve da Caixa Econômica Federal (CEF) uma linha de crédito inédita para a compra de equipamento de radioterapia. Serão beneficiados hospitais e unidades que prestam serviços de média e alta complexidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) na área da oncologia. O setor de radioterapia é uma das prioridades do Mais Saúde – Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para a Saúde. A demanda da Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (Abificc) foi ratificada no Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer (Consinca). Isso porque os hospitais filantrópicos que tratam de câncer no SUS são responsáveis por 50% dos atendimentos realizados. Em alguns deles, o equipamento de radioterapia já ultrapassou o tempo de vida útil, que é, em média, de cinco anos.



ALERTA NA AMÉRICA LATINA

O número de mortes causadas pelo câncer do colo do útero deve dobrar na América Latina nos próximos 12 anos. Em 2030, serão 70 mil, segundo estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS). A pesquisa aponta a prevenção, a detecção precoce e o uso da vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV, associado à doença) como algumas das formas de impedir os óbitos precoces. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), neste ano a doença atingirá 18.680 mulheres no Brasil. A análise da OMS foi realizada com a revisão de 15 anos de estudos feitos na Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname e Venezuela. Para Ciro de Quadros, vice-presidente do Instituto Albert Sabin e um dos autores do estudo, a vacinação dos adolescentes deve ser seriamente considerada pelos governos dos países da região, apesar dos elevados custos.

entrevista

MÁRCIA PINTO

Economista, mestre e doutora em saúde pública, e analista de gestão em saúde da Fiocruz

Tabagismo: um mal à saúde e aos cofres públicos

O s prejuízos à saúde, decorrentes do hábito de fumar, estão hoje claramente traduzidos em números. O tabagismo é responsável por 200 mil mortes por ano no Brasil, em média 23 por hora. Doença que afeta 16% dos brasileiros, o fumo está associado a 25% das doenças vasculares, incluindo derrame cerebral, e a 25% das mortes causadas por angina e infarto do miocárdio. Causa também 90% dos casos de câncer de pulmão e responde por 30% das mortes decorrentes de câncer de laringe, faringe, boca, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo do útero. Diante desse quadro, torna-se cada vez mais importante a avaliação do impacto econômico do tabagismo na rede pública de saúde.

A tese de doutorado apresentada pela economista Márcia Pinto à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), em dezembro de 2007, trouxe importantes revelações. Segundo o trabalho, intitulado *Custos de Doenças Tabaco-relacionadas: Uma Análise sob a Perspectiva da Economia e da Epidemiologia*, o fumo causa um prejuízo anual de, pelo menos, R\$ 338,6 milhões ao SUS. Esse valor contabiliza apenas o que foi gasto em internações e em procedimentos de quimioterapia no tratamento de 32 patologias, como o câncer e doenças relacionadas aos aparelhos respiratório e circulatório em todos os hospitais da rede pública. Desse montante, os gastos referentes ao câncer correspondem a 33,85% e chegam a R\$ 114,6 milhões.

Márcia Pinto é economista da saúde há onze anos, mestre e doutora em Saúde Pública, com ênfase nas áreas de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Economia da Saúde, respectivamente. Foi membro



“Embora a prevalência do tabagismo esteja se reduzindo no país, seus efeitos sobre a morbidade e a mortalidade ainda poderão ser observados nas próximas décadas.”

da delegação brasileira nas negociações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, trabalhou no INCA durante sete anos e há dois anos é analista de gestão em saúde da Fiocruz. Sua pesquisa, que é um primeiro passo para que outros estudos sejam realizados, teve como orientadora Alicia Ugá, economista da saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, e contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A economista destaca que, embora a prevalência do tabagismo esteja se reduzindo no país, seus efeitos sobre a morbidade e a mortalidade ainda poderão ser observados nas próximas décadas, o que exigirá a continuidade da aplicação de recursos significativos no tratamento das doenças associadas ao tabaco e o fortalecimento das ações de controle do tabagismo como alvo constante dos gestores do sistema de saúde.

REDE CÂNCER – O que levou à escolha do tabagismo e do impacto econômico de seus efeitos como tema de sua tese de doutorado?

MÁRCIA PINTO – Trabalhei durante sete anos no INCA, ligada ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo, e era freqüente receber solicitações relacionadas ao custo do tabagismo para a saúde pública no Brasil. Como não havia informação disponível, decidi desenvolver minha tese sobre o assunto, mas utilizando duas perspectivas: a do sistema de saúde e também a hospitalar. A realização de estudos de custos no Brasil deve ser ampliada. O nosso país necessita desenvolver e explorar novas metodologias, de acordo com as características do sistema de saúde e do perfil epidemiológico da população, capazes de estimar custos diretos e indiretos das doenças tabaco-relacionadas. Há muitos custos importantes a serem pesquisados, como os das doenças crônicas, por exemplo, que têm grande peso em nosso sistema de saúde.

RC – Qual o método utilizado para o cálculo dos gastos governamentais com doenças tabaco-relacionadas na perspectiva do sistema?

MÁRCIA PINTO – Foram selecionadas inicialmente 32 patologias - 15 ligadas ao aparelho circulatório, quatro ao respiratório e 13 ao câncer - e, em seguida, levantados os valores pagos em 2005 pelo Ministério da Saúde, através do SUS, por hospitalizações e procedimentos de quimioterapia para tratar essas doenças em pacientes com idade acima de 35 anos. Depois, foi calculada a Fração Atribuível ao Tabagismo (FAT) na população e aplicada essa fração aos valores pagos pelo SUS pelas internações e tratamentos quimioterápicos. A FAT para essas 32 patologias foi de 90%, índice obtido em uma fórmula matemática a partir de duas medidas. A primeira delas é o risco relativo de cada patologia, baseado em um estudo norte-americano, o *Cancer Prevention Study II*, que mediu a associação do tabagismo a várias doenças e tem sido utilizado como referência de muitas pesquisas. A outra medida foi a prevalência de tabagismo, ou seja, o número de fumantes indicados na Pesquisa Mundial da Saúde de 2003. Por fim, os custos apurados em 2005 foram atualizados até 2006, de acordo com o Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGPI-DI), que mede a inflação.

RC – Como se situam os gastos anuais do sistema brasileiro de saúde, levantados em sua pesquisa, em relação aos de outros países?

MÁRCIA PINTO – Os gastos brasileiros correspondem a US\$ 200 milhões. A Coréia gasta US\$ 413 milhões, mas esse valor engloba o tratamento completo, e não apenas internações e quimioterapias. Em Hong Kong, o total sobe para US\$ 688 milhões, incluindo o tratamento de fumantes passivos. Nos Estados Unidos, os gastos anuais chegam a US\$ 33 bilhões, pois a medicina é cara não só por utilizar tecnologia de ponta, como também pela preocupação constante com a Justiça, o que leva à realização de grande número de exames para proteção do médico. Os gastos do Brasil parecem menores que nos outros países, mas na verdade são muito mais elevados. O estudo mostrou apenas a ponta de um *iceberg*.



Fotos: Peter Illiciev/Divulgação Fiocruz

RC – Você alerta que os custos das doenças causadas pelo tabagismo, revelados por sua tese, estão subestimados. Como chegar a dados mais próximos da realidade?

MÁRCIA PINTO – O universo de doenças relacionadas ao tabaco é bem maior que as 32 analisadas. O tabagismo está associado, por exemplo, a outros tipos de câncer, como os de esôfago e pâncreas. Poderia ter relacionado mais de 50 patologias, mas o escopo da pesquisa obedeceu a limites temporais e orçamentários. Além disso, foram considerados apenas gastos com hospitalizações e quimioterapia, embora procedimentos como exames e cirurgias de alta complexidade também façam parte do tratamento. O trabalho não leva em conta ainda os recursos complementares de estados e municípios para doenças resultantes do tabaco, nem os danos provocados aos fumantes passivos. Outro ponto importante a ser observado é que o foco foi o sistema de saúde, mas há também gastos previdenciários. Doenças causadas pelo tabagismo podem resultar em menor rendimento produtivo, faltas ao trabalho e aposentadorias precoces.

RC – Quais as principais conclusões ou propostas que sua tese traz para o Governo e para a política de controle do tabagismo?

MÁRCIA PINTO – A prevalência do tabagismo está diminuindo no Brasil, mas a carga deste fator de risco para o país ainda vai perdurar por algumas décadas. Por isso, o fortalecimento das ações de controle deverá ser alvo constante dos gestores do sistema de saúde, o que neste momento significa incorporar também a essas ações a busca de indicadores que meçam a carga econômica dos males que o tabagismo provoca. É

importante criar ferramentas que permitam identificar e quantificar a assistência médica oferecida aos pacientes desde o diagnóstico até sua reabilitação, bem como intensificar a realização de estudos que mensurem os custos diretos e indiretos das doenças tabaco-relacionadas para o sistema de saúde, nas instâncias federal, estadual e municipal. É preciso responsabilizar a indústria do tabaco pela carga econômica imposta ao SUS. O preço do maço de cigarros brasileiro está entre os mais baratos do mundo e seu aumento, via elevação de impostos, é um importante instrumento para controlar a demanda. Maiores preços tendem a reduzir o consumo e, por conseqüência, as doenças. É fundamental também intensificar as ações educativas antitabagismo, porque, se as pessoas param de fumar, haverá redução da morbidade e da mortalidade e o SUS poderá destinar os recursos que seriam empregados na assistência às doenças para outras ações, como as de prevenção.

RC – Com relação à parte da pesquisa sob a perspectiva hospitalar, onde foi realizada e qual foi a amostragem?

MÁRCIA PINTO – A pesquisa foi realizada no Instituto Nacional de Câncer (INCA) e no Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INC). O estudo abrangeu cinco patologias tratadas nas duas instituições. No INCA, foram analisados prontuários de 784 pacientes matriculados em 2000 e da mostra final fizeram parte 242 casos de câncer: 127 de pulmão, 80 de laringe e 35 de esôfago. Os casos foram acompanhados do diagnóstico até a alta, morte, ou abandono do tratamento. No INC, foram 648 prontuários de pacientes com primeiro registro de internação em 2001, com inclusão na mostra de 89: 69 com angina e 20 com doença isquêmica crônica do coração. No total, a amostragem foi de 331 casos, todos acompanhados até 2007. Dos critérios de inclusão, fizeram



parte ser fumante ou ex-fumante, ter diagnóstico confirmado e fazer o tratamento no hospital. A partir daí, foram coletados dados referentes a sexo, escolaridade, perfil do tabagismo, carga tabágica, estágio da doença (foram mais de 60, reunidos em 5 grupos), co-morbidades (diabetes, hipertensão, infarto agudo do miocárdio, doença pulmonar obstrutiva crônica) e tipo de tratamento.

RC – Quais as principais constatações e conclusões de seu estudo sob essa ótica?

MÁRCIA PINTO – Os gastos de um paciente com câncer de pulmão que faz quimioterapia e radioterapia chegam a R\$ 31 mil, caso seja submetido também a tratamento clínico, e a R\$ 81,7 mil, se precisar de cirurgia. No caso do câncer de laringe, esses valores são de R\$ 59,8 mil e R\$ 63,8 mil, respectivamente. Já no câncer de esôfago foram registrados valores de R\$ 7,5 mil para tratamento clínico, R\$ 70 mil para quimioterapia e radioterapia e R\$ 93,5 mil para radioterapia e cirurgia. Em relação às doenças cardíacas, o item de maior volume na composição de custos foi o de profissionais. Os pacientes diabéticos, seguidos pelos que apresentaram doença pulmonar, ocasionaram os maiores gastos. A maioria dos pacientes com neoplasia encontrava-se nos estágios mais graves da doença – 94,29% dos que apresentavam câncer de esôfago, 92,13% de pulmão e 73,75% de laringe. A radioterapia foi o item que apresentou maior peso nos custos das três enfermidades, variando de 52%, no caso do câncer de pulmão e de laringe, até 59,94% no câncer de esôfago. A maioria dos pacientes da amostra foi submetida a esse tipo de tratamento. O índice foi de 71,4% no caso do câncer de esôfago, de 52,9% no de pulmão e de 34% no de laringe. Essa terapêutica combinada com a cirurgia registrou os maiores custos para câncer de pulmão e esôfago - e, associada à cirurgia e tratamento clínico, para o de laringe.

RC – Que recomendações podem ser feitas às unidades hospitalares a partir dos cenários esboçados na tese?

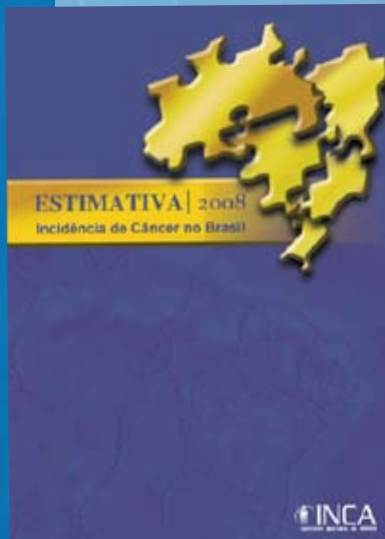
MÁRCIA PINTO – Por serem instituições de referência, com liderança na política nacional de saúde e na área de pesquisa clínica, o INCA e o INC podem contribuir muito para o fortalecimento da pesquisa econômica em câncer, doenças cardíacas e fatores de risco, tornando-se modelo para outras organizações de saúde também nessa área de conhecimento. As sugestões são no sentido de que seja melhorado cada vez mais o detalhamento da assistência médica, com apoio do prontuário eletrônico e de outras ferramentas de informação em saúde, e de que seja criado um sistema que permita a identificação de custos por paciente. Assim poderá ser mensurada a carga econômica do tabagismo no interior do setor hospitalar nacional vinculado ao SUS.

RC – Há intenção de dar continuidade a seus estudos e aprofundar a análise dos impactos econômicos do tabagismo?

MÁRCIA PINTO – Pretendo seguir a linha de estudos da tese, mas ainda não decidi qual caminho seguir: o do sistema público de saúde ou o dos hospitais de alta complexidade. No primeiro caso, iria complementar a apuração de gastos governamentais com outros procedimentos, que não fossem internações e quimioterapias, e também levantar os custos indiretos do tabagismo. No segundo, concentraria minha atenção no financiamento da saúde em gestão hospitalar. Ou seja, quanto o INCA e o INC recebem do Governo para realizar determinados procedimentos e quanto esses procedimentos de fato custam. ■

capa

ESTIMATIVA SOBRE NOVOS CASOS DE CÂNCER É ALIADA PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA DOENÇA



Números que fazem a diferença

Mais de uma centena de doenças estão incluídas no que a ciência convencionou chamar de câncer. Tanto do ponto de vista da experiência do paciente quanto da perspectiva do sistema de saúde, são evidentes as diferenças que separam as variadas formas de manifestação da doença. Um caso de câncer de pele não-melanoma, por exemplo, na maioria das vezes, pode ser solucionado com uma simples incisão com bisturi. Já um transplante de medula óssea, parte do tratamento de leucemia, requer um complexo esquema de doação de órgãos e todo o aparato de um centro cirúrgico, além de corresponder a um amplo período de acompanhamento médico e terapêutico. Definir onde e de que forma alocar a estrutura de atenção oncológica necessária para responder a formas tão díspares da mesma doença não é tarefa simples.

Em todo o mundo, gestores de saúde contam com um recurso bastante útil para apoiar suas decisões de investimento e garantir o aces-

so a medidas eficazes de prevenção, tratamento e controle: a Estimativa de Incidência de Câncer. Basicamente, a estimativa busca antecipar o número de novos casos da doença em determinado período de tempo em uma população específica, permitindo um planejamento das ações em câncer mais ajustado à realidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) é responsável pelas estimativas mundiais, divulgadas por meio da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) – o chamado Globocan, que estima os novos casos de câncer em todos os países. No Brasil, desde 1995, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) assumiu esse compromisso. O cálculo mais recente da Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, válido para 2008 e 2009, prevê a ocorrência de 460 mil novos casos da doença no país em cada ano.

Calcular a estimativa não é tarefa trivial. Para obter um retrato o mais fiel possível do cenário, que é antecipado, os especialistas partem de bases de dados concretos. Uma dessas bases é o



Duda Vian

“Os dados de mortalidade e o RCBP são muito importantes, mas não são suficientes como instrumento de gestão, no sentido de orientar o planejamento dos investimentos e prioridades na Rede de Atenção Oncológica”

CLÁUDIO NORONHA,
coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, alimentado com dados de todos os óbitos no país. A outra base de dados incluída no cálculo da estimativa é o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), que, como o próprio nome indica, agrega os casos de câncer na população de uma determinada localidade.

Como o câncer não é uma doença de notificação obrigatória, o processo de construção do Registro de Câncer de Base Populacional é bastante trabalhoso. Existem 23 centros distribuídos no país responsáveis

Interior de São Paulo tem estimativa municipal

A estimativa desenvolvida pelo INCA calcula os novos casos de câncer nos estados brasileiros e suas capitais, evidenciando importantes contrastes entre as regiões. As causas relacionadas ao câncer são multifatoriais – envolvem desde aspectos genéticos até culturais, passando pela exposição a fatores de risco no ambiente de trabalho, contaminação por vírus, entre tantas outras. Por isso, utilizar a estimativa em nível dos municípios permite uma melhor definição do perfil dos tipos de câncer que devem ser diagnosticados precocemente, prevenidos e combatidos, garantindo melhores perspectivas de tratamento e cura.

Com pouco mais de 120 mil habitantes, a cidade de Jaú, no interior de São Paulo, já adota o cálculo de Estimativa de Incidência do Câncer na dimensão municipal. A iniciativa utiliza a mesma metodologia de cálculo da estimativa de âmbito nacional. A cidade conta com a Fundação Amaral Carvalho, unidade de atenção oncológica que contabiliza cerca de seis mil atendimentos anuais cadastrados pelo registro hospitalar. Recentemente, estimulados pela cobertura de casos do hospital, foi implantado o Registro de Câncer de Base Populacional-Jaú, que já possui um levantamento de casos novos do período compreendido entre 2000 e 2004.

“O levantamento, realizado em parceria com a Prefeitura, nos permitirá estimar de forma mais precisa os novos casos de câncer que ocorrerão especificamente no município, seguindo a mesma lógica de cálculos do INCA”, relata José Getúlio Segalla, presidente da Sociedade de Oncologia Clínica Brasileira e coordenador médico dos registros de câncer de Jaú. “A partir dessa iniciativa, poderemos identificar nossa realidade e adequar a ela nossa política de saúde pública”, conclui.

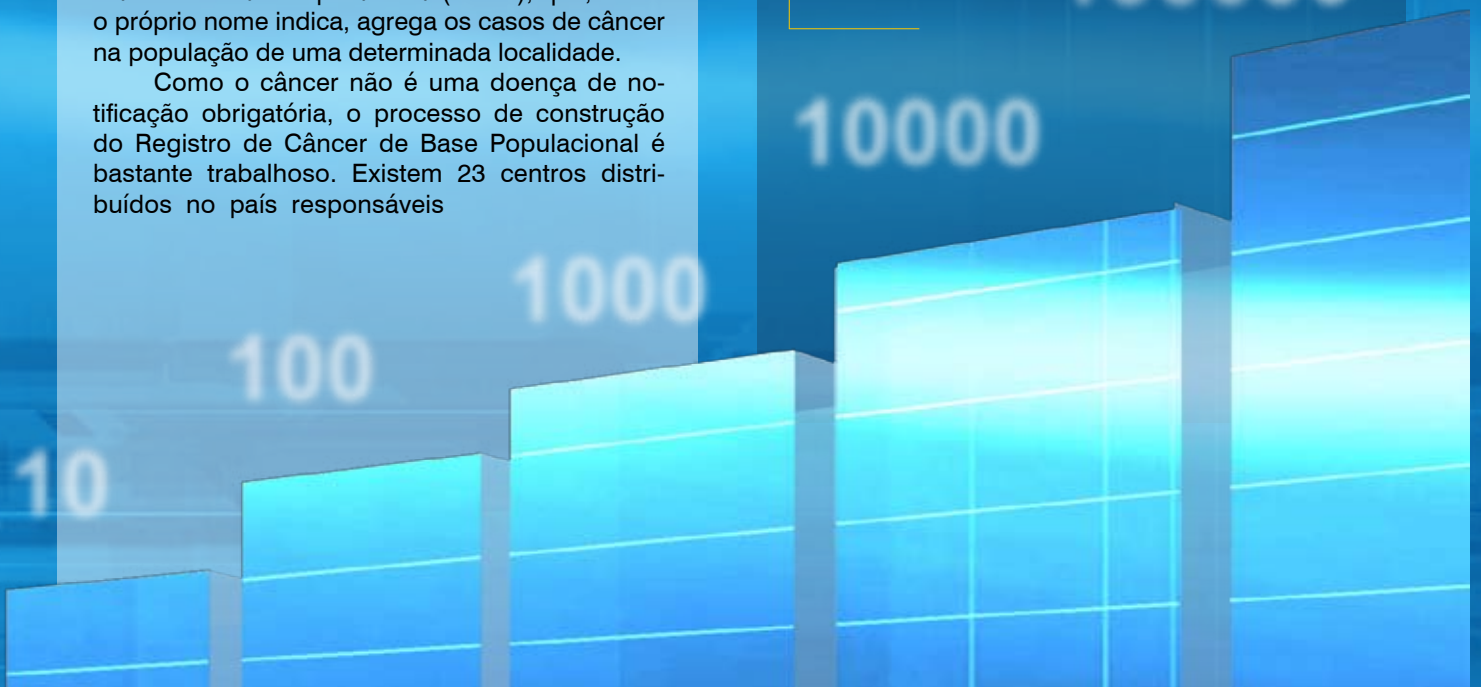
100000

10000

1000

100

10



por consultar periodicamente as entidades de saúde (públicas e privadas), além de hospitais e clínicas de diagnóstico daquela área, cruzando os dados obtidos em cada um deles para chegar ao número de casos de câncer em determinada localidade num determinado ano. Os 23 centros que geram informações para o Registro de Base Populacional recobrem aproximadamente 30% do território nacional. Aos olhos de quem não é especialista no assunto pode parecer pouco, mas, em geral, nos países em desenvolvimento, a cobertura dos RCBPs é geralmente confinada às capitais. Na América Latina, o Brasil é o maior em número de RCBPs implantados.

“As informações sobre mortalidade e incidência são muito importantes, mas não são suficientes como instrumento de gestão, no sentido de orientar o planejamento dos investimentos e prioridades na Rede de Atenção Oncológica”, explica Cláudio Noronha,

coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA, esclarecendo os motivos que justificam a produção da estimativa de incidência de novos casos de câncer em todo o mundo e também no Brasil.

No cálculo da estimativa, a razão entre incidência e mortalidade, ou seja, o número de casos novos para cada morte, é multiplicada pelo número de mortes projetadas para o período que está sendo analisado através de um estudo de tendência das informações indicadas pelo Sistema de Mortalidade. Os cálculos da última edição da estimativa para o Brasil foram realizados com base na projeção populacional oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2008.

Segundo Noronha, a intenção da estimativa é subsidiar as estratégias de ação que serão adotadas em espaço de tempo definido. “Sua função é projetar o volume de atendimentos, de programas de prevenção



Onde consultar dados atualizados sobre câncer?

	Fonte	Descrição	Comparável com dados anteriores?	Onde encontrar?	
Base de dados nacionais	Estimativas de Incidência de Câncer	Calculadas pelo INCA a partir dos RCBPs e do SIM	Projeções de novos casos no Brasil, segundo localização, tipo de câncer e incidência entre homens e mulheres	Não	www.inca.gov.br/estimativa/2008
	Registros Hospitalares de Câncer (RHC)	Dados coletados em 191 Unidades de Atendimento e Centros de Alta Complexidade em Oncologia de todo o país, sob supervisão do INCA	Informações sobre casos de câncer tratados em unidades da rede hospitalar, excetuando casos novos ou diagnosticados anteriormente	Sim	www.inca.gov.br/vigilancia
	Registros de Câncer com Base Populacional (RCBP)	Casos verificados em 21 centros especializados, localizados em capitais brasileiras, sob supervisão do INCA	Informações permanentes sobre a incidência do câncer em determinada região.	Sim	www.inca.gov.br/vigilancia
	Registros de Mortalidade	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde	Reúne todos os dados sobre óbitos em território nacional, segundo as causas de mortes constantes dos atestados de óbito	Sim	www.datasus.gov.br
Base de dados internacionais	Globocan	Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC), vinculada à Organização Mundial da Saúde.	Estimativas de incidência, prevalência e mortalidade de 27 tipos de câncer por sexo e faixa etária em todos os países	Não	www-dep.iarc.fr (em inglês)
	Cancer Incidence in Five Continents (CI 5)		Informações sobre a incidência de câncer nos registros de câncer mundiais, agregando 225 registros de câncer de 60 países, incluindo quatro registros do Brasil: Distrito Federal, Goiânia (GO), Cuiabá (MT) e São Paulo (SP)	Sim	



Duda Vian

e da demanda de tratamento em determinado período, para que não haja falta nem desperdício de recursos”, resume, acrescentando que a estimativa define a ordem de grandeza, e não o número preciso dos casos.

A estimativa é eficaz para antecipar o volume de casos novos em determinada região, mas sua aplicação não é adequada para avaliar os atendimentos em determinado hospital, por exemplo. Para esses casos, é mantida a base de dados de Registros Hospitalares de Câncer (RHC), que conta com informações sobre o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes atendidos na Rede de Atenção Oncológica.

Os Registros Hospitalares de Câncer traduzem o perfil dos pacientes atendidos na rede e a qualidade da assistência prestada em cada unidade hospitalar. Essa avaliação pode ser feita, em razão da sobrevivência de cada tipo de câncer, das alternativas terapêuticas conhecidas pela ciência, do estágio em que a doença foi detectada, entre outros fatores. Dentre as importantes contribuições das informações dos registros hospitalares para o sistema de informações sobre câncer é ser fonte de dados com qualidade para os registros de base populacional, otimizando o processo de coleta. Assim, as informações hospitalares podem ser consideradas a primeira etapa desse processo de obtenção de informações, alimentando os dados de base populacional que será um dos alicerces para o cálculo das estimativas.

POR DENTRO DAS INFORMAÇÕES

Apesar de cumprir bem o papel de projetar o número de casos previstos, contribuindo para planejar as ações em saúde, a Estimativa de Incidência de Câncer possui limitações comportadas por sua própria metodologia de cálculo e até mesmo pela qualidade das bases de dados de mortalidade e de Registros de Câncer de Base Populacional, utilizados na sua construção. Marcell Santos, técnica da Divisão de Informação do INCA, alerta que um erro muito comum no entendimento das informações da estimativa é a sua comparação com edições anteriores. “Por sua própria definição, a estimativa busca antecipar a ocorrência de determinado fato. Apenas as informações reais podem ser comparadas”, afirma Marcell.

No caso do câncer, as comparações podem ser feitas, por exemplo, com base nas informações do Sistema de Mortalidade, dos Registros de Câncer de Base Populacional ou dos Registros Hospitalares de Câncer. Além disso, a especialista explica que só podem ser comparadas informações de mesma natureza, ou seja, obtidas segundo os mesmos critérios metodológicos. Como cada estimativa é resultante da informação disponível naquele momento, não faz sentido compará-la num outro contexto com um cenário diferente do anterior. Outro aspecto relevante é o fato de cada projeção ser calculada com base nas estimativas populacionais realizadas pelo IBGE. Se houver mudanças no perfil da população prevista para



Luiz Antonio Santini, Diretor-Geral do INCA, na coletiva de imprensa para lançamento da estimativa

determinado período, também a estimativa de novos casos de câncer sofrerá alteração. Cabe ainda uma justificativa para esclarecer a questão da impossibilidade de comparação entre as diferentes edições da estimativa: ao antecipar e divulgar os fatos esperados para um determinado período de tempo no futuro, é inevitável influenciar o próprio desenrolar dos fatos.

Segundo Marcell, a estimativa tende a melhorar com a crescente qualidade do preenchimento dos atestados de óbito, que garante o refinamento da base de dados de mortalidade expressa no Sistema de Informações sobre Mortalidade, uma das bases de cálculo da estimativa. Mais precisos, os atestados trazem cada vez menor número de óbitos atribuídos a causas inespecíficas. A crescente informatização favorece o desenvolvimento de aplicativos para registros de câncer, propiciando a padronização e a integração entre os sistemas e conseqüentemente dando agilidade à inclusão dos casos nos registros de base populacional. Logo, as informações sobre incidência tornam-se melhores e mais atuais, o que é fundamental para o cálculo da estimativa.

INFORMAR PARA PREVENIR

Além de subsidiar ações do Ministério da Saúde e de gestores de saúde de todo o país na alocação de recursos e no investimento em ações de controle, prevenção e tratamento do câncer, a Estimativa de In-

cidência de Câncer no Brasil constitui uma fonte de consulta valiosa também para médicos, pesquisadores e estudantes, sendo citada por numerosos trabalhos científicos desenvolvidos na pesquisa de câncer. Ao mesmo tempo, desempenha o papel de informar a população, estimulando a prevenção e a detecção precoce – fatores fundamentais para ampliar as chances de sucesso no tratamento.

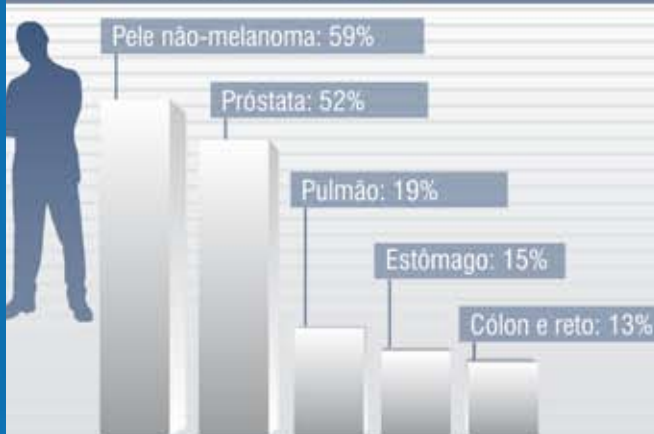
Nessa tarefa, o papel da imprensa é insubstituível e a estimativa gera uma oportunidade para levar à sociedade um alerta sobre as principais medidas a seguir. “Jornalistas vivem à procura de números para embasar suas matérias. As estimativas são fontes essenciais para a elaboração de novas pautas e uma forma objetiva e segura de transmitir informações”, observa Washington Castilhos, da agência de notícias da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). “Estimativas confiáveis corroboram pesquisas, dão credibilidade à matéria jornalística e oferecem ao leitor informações importantes e precisas”, destaca o repórter Antonio Marinho, que há mais de dez anos escreve sobre Saúde para o jornal *O Globo*.

As informações da Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil estão disponíveis para livre acesso na página do INCA (www.inca.gov.br). O material, acompanhado por tabelas comentadas por especialistas e mapas de fácil entendimento, traz a incidência de casos prevista no país: nas regiões, nos estados e nas capitais.

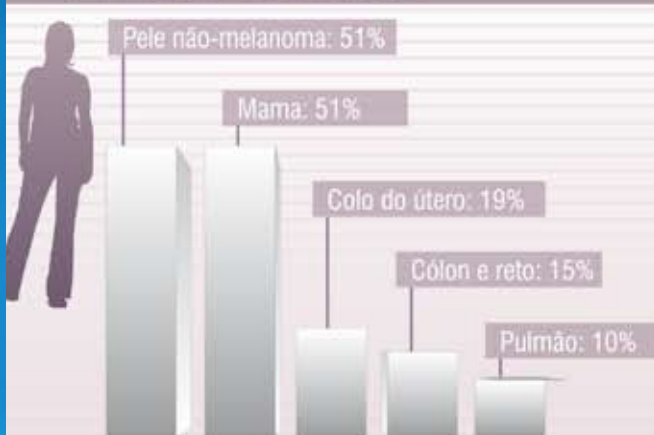
■ Estimativa de novos casos/ano



■ Incidência entre homens



■ Incidência entre mulheres



■ Diferenças regionais

- Sul e Sudeste têm as maiores incidências de câncer estimadas no país, predominando o câncer de próstata entre os homens, 69% e 63%, respectivamente, e de câncer de mama entre as mulheres 67% e 68%. O Norte tem a menor estimativa de novos casos.
- Entre homens, o câncer de próstata será o mais incidente em todas as regiões brasileiras, excetuando os casos de câncer de pele não melanoma. O câncer de pulmão é o segundo mais incidente no país, exceto nas regiões Norte e Nordeste, onde ocupa a terceira colocação.
- O câncer de mama será o mais incidente entre mulheres em todas as regiões do país, a exceção do Norte, onde o câncer de colo de útero ocupa o topo da lista (22/100.000).

Histórico e evolução da estimativa

Em 1995, foi divulgada pela primeira vez a Estimativa de Incidência de Câncer no país. Optando por investir também em análises que contextualizem as informações disponíveis sobre morbidade, mortalidade e simultaneidade de fatores associados ao câncer, a partir de 2005, o INCA passou a divulgar a estimativa bianualmente. A publicação Situação do Câncer no Brasil, de 2006, foi o primeiro fruto da iniciativa.

A metodologia da estimativa atravessou três grandes mudanças ao longo de 13 anos. A primeira estimativa utilizava uma projeção de casos por região e para o Brasil, calculada a partir de informações dos Registros de Câncer de Base Populacional de Porto Alegre, Fortaleza, Goiânia, Campinas e Belém. Estimava-se a taxa de incidência para cada 100 mil habitantes por meio desses registros e projetava-se para o Brasil. As informações sobre mortalidade não entravam no cálculo. Em 1998, o 17º Congresso Internacional de Câncer, realizado no Rio de Janeiro, foi um marco no processo de aperfeiçoamento da metodologia de cálculo da estimativa. Nas reuniões de trabalho durante o evento, o epidemiologista Donald Maxwell Parkin, da Universidade de Oxford, sugeriu uma mudança de metodologia, propondo a incorporação da mortalidade no cálculo da estimativa da doença. Passaram a ser utilizadas, então, razões de Incidência/Mortalidade regionais. Em 2000, a base de registros da estimativa já havia alcançado 14 localidades e ocorreu outro fato relevante: o levantamento passou a ser feito também para as capitais brasileiras. Em 2003, em vez da utilização de uma razão (incidência/mortalidade) para cada região, passou a ser usada uma razão única para o Brasil. O objetivo foi compensar desníveis de informação que subestimavam, sobretudo, as informações referentes às regiões Norte e Nordeste nas estatísticas.

Em 27 de novembro de 2004, Dia Nacional de Combate ao Câncer, foi lançada a estimativa de 2005, válida também para 2006, antecipando definitivamente a data de divulgação da estimativa, até então realizada em março do ano em curso. A medida deu mais dinamismo à estimativa e permitiu que as ações do Ministério da Saúde e de gestores de saúde fossem planejadas com maior antecedência. ■

**VOCÊ COMEÇA A FUMAR E A
SENSAÇÃO DE LIBERDADE
FICA CADA VEZ MENOR.**

**FIQUE
ESPERTO.
COMEÇAR A FUMAR
É CAIR NA DELES.**



PARE DE FUMAR
DISQUE SAÚDE
0800 61 1997

Ministério
da Saúde



PARE DE FUMAR
DISQUE SAÚDE
0800 61 1997

Ministério
da Saúde



prevenção

PROJETO PILOTO BUSCA MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE MAMOGRAFIA DO SUS

Mais segurança contra o câncer de mama

O câncer de mama responde por cerca de 10 mil mortes entre as brasileiras a cada ano. As estratégias de detecção precoce dos tumores de mama são o exame clínico, realizado por profissional de saúde treinado, e a mamografia. Pesquisas científicas mostram que essas ações podem reduzir em até 35% o risco de mortalidade da doença. É imprescindível, portanto, que os exames tenham alto padrão de qualidade – ou seja, diagnósticos precisos, procedimentos corretos e infra-estrutura adequada para sua realização. Com base nessas premissas, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) assinaram, em 2006, um termo de cooperação técnica para adequar os serviços de radiologia que realizam mamografia para o Sistema Único de Saúde (SUS). O primeiro passo foi a implementação do Projeto piloto de Garantia de Qualidade dos Serviços de Mamografia do Sistema Único de Saúde (SUS), que será concluído até agosto deste ano e resultará em uma proposta concreta para a implantação do Programa Nacional de Qualidade dos Serviços de Mamografia.

O Projeto piloto – iniciativa do INCA, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o CBR e o Instituto Avon – está analisando, desde março de 2007, os serviços de mamografia por meio de visitas técnicas a postos de atendimento da rede pública de saúde em quatro estados. Porto

Foto: SB Comunicação



Mamógrafos serão avaliados no projeto piloto



Foto: SB Comunicação

“Vamos sugerir ao Ministério da Saúde a minuta de uma Portaria que regulamente e obrigue os serviços de mamografia do SUS a atuarem dentro dos padrões de qualidade indicados como seguros.”

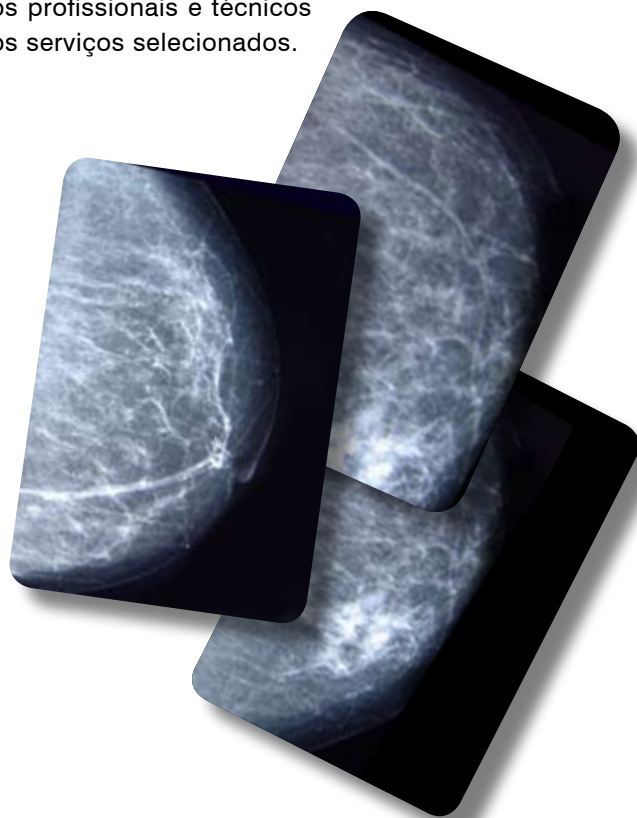
RONALDO CORRÊA - técnico da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do INCA

Alegre foi selecionado por ser o município com um dos mais elevados índices de incidência de câncer de mama, por ter uma Escola de Radiologia e ainda pelo trabalho de fiscalização realizado pela Vigilância Sanitária em 11 serviços que atendem às mulheres pelo SUS. Em Belo Horizonte, Goiânia e na Paraíba, também já havia um trabalho das Vigilâncias Estadual e Municipal relacionado ao controle de qualidade da mamografia, o que otimizou as atividades do projeto. A verificação de qualidade envolveu 53 serviços de saúde, 60 radiologistas e 100 técnicos.

“Após visita e avaliação dos serviços, foi elaborado um primeiro relatório, em julho de 2007, apontando as inadequações encontradas”, explica Ronaldo Corrêa, técnico da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do INCA. “Entre elas, estavam desde equipamentos muito antigos, sem possibilidades de manutenção corretiva, até incorreções nas soluções utilizadas para processamento dos filmes e no posicionamento da paciente no mamógrafo. A partir daí, promovemos a capacitação de técnicos e radiologistas, buscando eliminar os problemas.” Metade dos profissionais da amostragem já foi reciclada. Até o fim de junho,

serão treinados os demais, havendo em seguida uma nova avaliação. Os serviços aprovados ou que se adequaram aos padrões de qualidade receberão um certificado, com validade de dois anos.

O relatório que encerrará o projeto trará um balanço da experiência e também o esboço do Programa Nacional de Qualidade dos Serviços de Mamografia, que prevê ações como a padronização dos laudos, a implementação de um sistema de informação (Sismama) para avaliação dos resultados, a análise periódica do equipamento e o treinamento dos profissionais e técnicos dos serviços selecionados.



“Além de indicações para a elaboração do programa, vamos sugerir ao Ministério da Saúde a minuta de uma portaria que regulamente e obrigue os serviços de mamografia do SUS a atuarem dentro dos padrões de qualidade indicados como seguros. As avaliações passariam a ser compulsórias e todos os serviços credenciados teriam uma certificação de qualidade. Esperamos que o ministério se sensibilize em relação ao tema e encampe nossa proposta. Caso isso ocorra, poderemos ter a partir de 2009 o programa e a portaria em vigor”, revela Ronaldo Corrêa.

O primeiro exame de mamografia foi realizado há 30 anos e, apesar de a técnica ser considerada relativamente nova dentro da Medicina, já obteve muitos avanços. Essa é a avaliação de Fernando Alves Moreira, presidente do Colégio Brasileiro de Radiologia. A instituição mantém uma Comissão de Mama que há 16 anos trabalha para o aprimoramento dos exames de mamografia, avaliando a qualidade de equipamentos e a capacitação de médicos e técnicos. “Foi desenvolvido nos Estados Unidos um modelo que simula a mama e, ao ser radiografado como se tivesse todas as suas densidades e estruturas, mensura o grau de qualidade do aparelho sem que seja necessário irradiar uma mulher. Ele já está sendo adotado no Brasil e pode-se dizer que o estado da Paraíba é hoje um exemplo de rigor nos exames. Temos agora que mobilizar também a população para exigir mamografias de qualidade.”

PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE

Pequenos equívocos na realização das mamografias podem resultar em prejuízos de grandes proporções à saúde da mulher: o diagnóstico errado ou tardio da doença. Segundo a diretora médica do Instituto Avon, Rita Dardes, o câncer de mama detectado precocemente tem um índice de cura de até 98%. “De nada adianta incentivarmos os exames se eles não forem precisos e apontarem exatamente o que se passa no corpo da mulher”, afirma Lírio Cipriani, diretor executivo do Instituto. “Um projeto como o Programa Nacional de Qualidade dos Serviços de Mamografia é um poderoso instrumento para promover a saúde da mulher e fazer com que a população tenha mais confiança e segurança nos serviços da rede pública”, complementa.



A edição do livro

Mamografia: da Prática ao

Controle – Recomendações

para Profissionais de Saúde é uma outra iniciativa do INCA no sentido de qualificar o desempenho dos serviços e contribuir para o controle do câncer de mama no país. A publicação foi elaborada por três autores - João Emilio Peixoto e Ellyete Canella, do Serviço de Radiologia do Hospital do Câncer III, e Adeli Cardoso de Azevedo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. “O livro é um manual sobre como exercer boas práticas, desde como se monta o equipamento até a elaboração do laudo”, destaca João Emilio Peixoto. “O trabalho aborda a qualidade sob todos os seus ângulos, é voltado a todos os profissionais de saúde e foge inteiramente da ótica dos livros tradicionais de radiologia. Como não existia no Brasil nada semelhante, a aceitação está sendo muito grande”, revela.

A orientação técnica para o procedimento de mamografia vai desde a correta realização do exame, geralmente efetuado por técnicos, até a análise e emissão de laudos, feita pelos médicos. Seu conteúdo abrange ainda o controle de qualidade de todo o processo, o que o diferencia de outros títulos disponíveis no mercado – normalmente, voltados à área médica de radiologia. “São informações importantes também para subsidiar os gestores na estruturação de ações de treinamento e controle de qualidade nas unidades da rede de atenção oncológica”, garante Peixoto.

Fechando o cerco contra o câncer infantil

O tratamento do câncer pediátrico evoluiu imensamente nas últimas quatro décadas. Mesmo assim, a doença ainda figura como a segunda causa de mortalidade infantil no Brasil e também em países desenvolvidos, como os EUA. Em várias regiões brasileiras, a curabilidade do câncer infantil fica comprometida, devido ao déficit de hospitais especializados em oncologia pediátrica, à falta de médicos especialistas – principalmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste – e ao diagnóstico tardio da doença na rede de atenção básica. Duas ações de educação, com características e públicos bastante distintos, somam-se como aliadas na busca de melhores resultados contra a doença.

O Unidos pela Cura – programa de capacitação de pediatras da rede pública – formou, em 2007, sua primeira turma de 42 médicos e pretende chegar ao fim do ano com mais 200 profissionais devidamente educados para o reconhecimento e o diagnóstico precoce do câncer infantil. A metodologia de educação está focada na construção do conhecimento pelo próprio pediatra. Não existe a figura do professor, mas de um tutor que organiza o debate e o estudo em torno de casos que apresentam os sinais e sintomas da doença. No ano passado, o INCA promoveu

“Com o diagnóstico precoce, vamos começar a organizar a rede de atendimento à criança, valorizando a figura do pediatra e criando um pólo de investigação que leve ao tratamento definitivo, no menor espaço de tempo.”

SIMONE VINCENT, membro do Comitê de Educação do Unidos pela Cura e chefe da Divisão de Atividades Acadêmicas do INCA

Foto: Gutemberg Brito



A pediatra Marina cuidando de seu pequeno paciente: “O que é raro lá fora, aqui, é comum”

a formação dos dez tutores que, por sua vez, formam os pediatras, replicando o conhecimento.

O Unidos pela Cura conta com a participação de Gestores do SUS nas três esferas de governo, das unidades de saúde (com especialidade pediátrica, oncológica e hematológica) e da sociedade civil. No controle do câncer pediátrico, o programa tem ainda o objetivo de definir um fluxo claro de encaminhamento para que a confirmação da suspeita da doença seja feita rapidamente e o tratamento iniciado de imediato. “Esperamos que essa experiência se consolide como política pública para o estado do Rio de Janeiro”, afirma Glória Moog, gerente da área de oncologia pediátrica do Instituto Desiderata, organização sem fins lucrativos que secretaria e apóia o programa.

Membro do Comitê de Educação do Unidos pela Cura e chefe da Divisão de Atividades Acadêmicas do INCA, Simone Vincent vê a iniciativa como um primeiro passo para enxergar o câncer pediátrico a partir de uma lógica diferente. “Com o diagnóstico precoce, vamos começar a organizar a rede de atendimento à criança, valorizando a figura do pediatra e criando um pólo de investigação que leve ao tratamento definitivo, no menor espaço de tempo”, acrescenta Simone.

A detecção precoce é realmente fundamen-

tal para melhorar o prognóstico do câncer infantil. As pesquisas mostram que de 70% a 80% das crianças com câncer podem ser curadas com o atendimento adequado. Quando se trata de câncer renal, as chances de cura são quase totais. “O grande problema é que muitos casos de câncer em crianças são detectados nos estágios avançados em razão do desconhecimento dos sintomas relacionados à doença. Alterações na cor dos olhos, diarreia prolongada, manchas roxas, sudorese profusa, gânglios aumentados de tamanho com superfície irregular e até estrabismo podem ser sinais de algum tipo de câncer”, alerta Célia Antonelli, que há 30 anos atua na área de Oncologia Pediátrica e é *chairman* do Protocolo de Retinoblastoma da Sociedade Brasileira de oncologia pediátrica.

Capacitar os profissionais que recebem pacientes nos centros especializados é outro desafio permanente. Nesse sentido, a especialização e a residência médica em oncologia pediátrica têm sido cada vez mais defendidas como um prolongamento quase obrigatório da formação básica de quem pretende atuar na área. No ano passado, o INCA teve aprovada pela Comissão Nacional de



“Todos esses aspectos devem ser considerados para atingirmos o que chamamos de cura global, pois, quando se supera a doença em uma criança, há muitos anos de vida pela frente.”

SIMA FERMAN, oncologista pediatra

Residência Médica do Ministério da Educação (MEC) a sua residência em cancerologia pediátrica - primeira no Rio de Janeiro e quarta no Brasil. “A residência médica é também uma das medidas de controle do câncer, pois esses profissionais poderão contribuir para o diagnóstico precoce, a assistência, a pesquisa e o ensino em várias regiões do país”, ressalta a oncologista pediatra Sima Ferman, à frente do programa de residência médica pediátrica no INCA, que iniciou suas atividades em fevereiro e que dá seqüência ao programa de especialização médica em oncologia pediátrica, já existente desde 1999.

O programa de ensino tem duração de dois anos, com dois participantes a cada ano. No dia-a-dia, os residentes testam sua capacidade de enfrentar os desafios, com longas jornadas de trabalho, plantões e a pressão psicológica de colocar em prática os conhecimentos teóricos, em um contato direto com o paciente. Com 34 leitos pediátricos, o INCA oferece a esses médicos a chance de aprender com os casos mais complexos e receber a orientação de profissionais experientes e gabaritados. Para a residente do INCA Bianca Amorim Santana, de 27 anos, a residência em oncologia pediátrica é dinâmica e obriga o profissional a se reciclar sempre. Marina Sevilha Balthazar dos Santos, de 26 anos, também residente, acredita que é um grande aprendizado tratar de doentes graves. “O INCA é um referencial nesse tipo de tratamento no Brasil. Tudo o que é raro lá fora, aqui, é comum. E o fato de saber que é possível tratar e curar grande parte dessas crianças é estimulante”, explica Marina.

A equipe de residência recebe treinamento específico para o atendimento infantil, envolvendo o conhecimento e manejo das doenças neoplásicas

da infância, que inclui a utilização de quimioterapia, cirurgia e radioterapia de forma individualizada, de acordo com o diagnóstico e estadiamento da doença que o paciente apresente. O tratamento é planejado de forma otimizada, para alcançar maior possibilidade de cura com menores riscos de efeitos tardios relacionados à doença ou ao tratamento. “É preciso um cuidado especial, pelo fato de o paciente estar em idade de crescimento e desenvolvimento. O uso da radiação e de medicação quimioterápica, por exemplo, pode trazer futuros problemas para a saúde da criança, que deve ficar em acompanhamento mesmo após o tratamento”, explica Ferman.

O câncer infantil ocasiona uma ruptura na condição de vida normal da criança. Ela se vê, de um dia para o outro, em um hospital, submetida a um tratamento difícil. Por esta razão, outro foco da residência é a humanização do atendimento. Os residentes são orientados a sempre explicar aos pais o plano do tratamento, a perspectiva de cura, a evolução e o andamento do tratamento. No diálogo com as crianças, é necessário falar da doença de acordo com sua capacidade de compreensão. “Todos esses aspectos devem ser considerados para atingirmos o que chamamos de cura global, pois, quando se supera a doença em uma criança, há muitos anos de vida pela frente”, observa. |

Mais informações sobre residência médica e sobre a iniciativa do Unidos pela Cura podem ser obtidas nos sites:

www.universia.com.br

www.abem-educmed.org.br

www.desiderata.org.br

assistência

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR GERA MAIS QUALIDADE E SEGURANÇA



O que muda no dia-a-dia?

De acordo com o *Dicionário Aurélio*, acreditar também significa afiançar, conceder reputação a, tornar digno de crédito. Esse é o conceito da acreditação hospitalar, sistema de avaliação que confere certificado às instituições de saúde que desempenham seus serviços dentro de rigorosos padrões de qualidade. Ser um hospital acreditado exige da direção e de todo o corpo profissional uma reeducação, com profunda mudança de hábitos e posturas, o que pode levar, em média, três anos desde o início do processo até a conquista da certificação. A atividade de acreditação chegou ao Brasil há dez anos e dos 7.413 hospitais públicos e privados brasileiros, apenas 95 estão enquadrados nessa posição.

A saúde sempre foi entendida como uma área de questões muito próprias, especialmente difícil de ser avaliada e certificada em relação à sua qualidade. Esse paradigma, no entanto, vem sendo gradativamente quebrado. O Ministério da Saúde já avança na discussão de uma política nacional de acreditação e

a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estuda a possibilidade de adotar o certificado de acreditação como um diferencial para credenciamento e valorização das instituições.

Os objetivos principais da acreditação são melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes e acompanhantes e, também, proporcionar um ambiente livre de riscos. A partir de avaliações e diagnósticos baseados em um manual de padrões de acreditação hospitalar, é possível desenvolver um plano de ação capaz de promover a efetiva melhoria do desempenho da instituição, abrangendo todos os seus serviços e departamentos. “O hospital acreditado passa a reconhecer a necessidade de uma avaliação permanente de seus serviços, utilizando ferramentas e instrumentos efetivos para monitorar seu desempenho clínico e gerencial”, explica Maria Manuela Alves dos Santos, superintendente do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Presidente do Conselho da Organização Nacional de Acreditação (ONA), Luiz Plínio



David Jaimovich: “Melhoria contínua é uma necessidade”

Moraes de Toledo, vai mais além e garante que o processo de acreditação promove uma transformação de comportamento e faz com que funcionários, médicos e gestores adotem a cultura da qualidade.

Primeira instituição pública brasileira a conquistar a acreditação internacional, o Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HemoRio) modificou intensamente seus padrões gerenciais e assistenciais. Para estar em conformidade com as exigências da acreditação, passou, por exemplo, a exercer uma comunicação clara e objetiva com o paciente. Foram criadas peças informativas e educativas sobre patologia e tratamento, e aplicado o termo de consentimento informado (documento que atesta a ciência

“O que a acreditação faz é oferecer uma estratégia de redução de riscos que possibilite resultados garantidos aos que a praticarem.” David Jaimovich - diretor médico da JCI

do paciente sobre seu tratamento e implicações). Para ampliar a interação e a participação do paciente, foram implementadas a ouvidoria, as reuniões com equipes multiprofissionais e as pesquisas de satisfação, culminando com a instituição da Associação de Pacientes.

No caminho da excelência na prestação de serviços, a segurança do paciente é um dos pontos mais focados. Para David Jaimovich, diretor médico da maior agência acreditadora dos Estados Unidos, a Joint Commission International (JCI), é significativa a quantidade de pacientes que sofrem lesões ou mesmo chegam a morrer em razão de procedimentos hospitalares incorretos. São 2 bilhões de vítimas anualmente, o que gera um prejuízo de US\$ 220 bilhões para instituições públicas e privadas de saúde de todo o mundo. Só em casos de infecções hospitalares, esse número gira em torno de 1,4 milhão de pacientes por ano. “Temos que reduzir os riscos que causamos aos nossos pacientes”, apregoa. Segundo ele, nenhum serviço é

tão perfeito que não precise de uma melhoria contínua de qualidade. “O que a acreditação faz é oferecer uma estratégia de redução de riscos que possibilite resultados garantidos aos que a praticarem”, assegura Jaimovich.

Foi seguindo a meta internacional de segurança do paciente que o recém-acreditado Hospital do Câncer IV, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estabeleceu um protocolo de segurança para reduzir as quedas de seus pacientes, que inclui, entre outras medidas, a instalação de grades e até a exigência de acompanhante 24 horas na enfermaria. “Em uma das avaliações, verificamos que, durante um trimestre de 2007, houve registro de dez casos envolvendo quedas com pacientes. Após a implantação desse protocolo, os índices foram baixando e, hoje, a média trimestral é de uma queda”, afirma Mário Luiz Pinto Ferreira, chefe da Assessoria de Gestão da Qualidade do Instituto.

A falha na comunicação é apontada pelo diretor médico da JCI como a principal causa dos erros cometidos durante a assistência aos pacientes, em especial nas passagens de plantão. Outro problema é o treinamento inadequado, inclusive dos profissionais terceiri-



Mário Luiz Pinto Ferreira explica que a implantação do protocolo dá bons resultados

zados, seguido pela avaliação incorreta dos pacientes. “Se solicito um determinado medicamento por telefone, tenho que me certificar de que a enfermeira anotou o nome e a dosagem do remédio corretamente. Afinal, ela pode estar fazendo cinco coisas ao mesmo tempo e 1 mg de morfina é bem diferente de 10 mg de morfina”, alerta Jaimovich. Outra medida bastante eficaz na redução dos riscos de erros médicos refere-se à correta identificação dos pacientes. Isso inclui identificar não só o paciente, mas também o procedimento a que ele está sujeito e, até mesmo, o lado do corpo em que o referido procedimento deverá ser realizado.

Para se ter idéia do requinte com a segurança do paciente, a direção do Hospital do Câncer III, também

do INCA, implementou algumas ações para melhorar o tráfego dentro do hospital, como a instalação de rampa, ampliação da escada e criação de outro acesso aos elevadores. “Como estamos próximos à comunidade do Morro dos Macacos, fizemos até simulações de tiroteio. Os funcionários hoje sabem como evacuar a área em caso de risco iminente”, conta o diretor do hospital, César Lasmar, referindo-se ao modelo de plano de emergência preconizado no manual de acreditação.

Diretor administrativo do Hospital Badim/Rede D’Or de Hospitais (RJ), Marcelo Dibo, é defensor dos benefícios da acreditação. “Hoje temos uma unidade mais segura e melhor, com processos definidos, em que todos os aparelhos biomédicos são controlados e certificados metrologicamente”, analisa. No hospital, foram reestruturados os planos de contingência de energia, água, telecomunicações e criada uma rota de fuga. Também acreditado, o Hospital Copa D’Or (RJ) passou a implementar detalhadamente o protocolo de segurança do paciente. Entre as várias vantagens, a conduta normatizada garante uniformidade das ações e racionalização do tempo.

Se a avaliação dos indicadores clínicos é fundamental para a melhoria da assistência médica, os indicadores administrativos determinados com o processo de acreditação mostram que qualidade reduz custos numa instituição de saúde. Como? A partir do monitoramento de resultados, permitindo a tomada de ações preventivas antes mesmo que certos eventos adversos possam acontecer. “Nossa rotina de atendimentos foi mapeada e revisada, e introduzimos modificações que aumentaram de 45% para 85% a quantidade de internações de pacientes oriundos dos prontos-socorros com até quatro horas do início do atendimento, reduzindo bastante os problemas no repouso dos prontos-socorros”, explica o superintendente-geral de Operações do Hospital Samaritano (SP), Sérgio Lopez Bento.

De todos os processos produtivos, o da Saúde é o único em que a tecnologia jamais substituirá a força de trabalho. Por isso, a relação interpessoal é crucial tanto para os que cuidam quanto para os que são cuidados. Para Maria Manuela Alves dos Santos, nenhum dos êxitos conquistados com a acreditação poderiam ser alcançados sem o envolvimento e o treinamento dos diretores e funcionários de uma instituição. “Nosso principal recurso na área da saúde é o humano. Se não tivermos recursos humanos bem treinados e com qualificação permanente, quase nada poderá ser feito em termos de segurança e qualidade para os pacientes”, garante. —



foto Fernando Meireles

Maria Manuela Alves dos Santos: “Nosso principal recurso na área da saúde é o humano”

CONHEÇA MAIS A ACREDITAÇÃO

No Brasil, há duas instituições certificadoras: a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), representante exclusivo da Joint Commission International (JCI). A ONA adota cerca de 70 indicadores de qualidade para acreditar instituições de saúde, classificando-as em nível I (Acreditação), II (Acreditação Plena) ou III (Acreditação com Excelência). Seu manual de acreditação segue padrões estabelecidos a partir do Programa Brasileiro de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde e experiências bem-sucedidas de hospitais do país. O CBA segue o padrão internacional e certifica as instituições de saúde de acordo com manuais técnicos formados por cerca de 300 indicadores de qualidade, desenvolvidos por uma comissão internacional, composta por médicos, enfermeiros, administradores e especialistas em políticas públicas de vários continentes.

SERVIÇO

ONA
SRTV/S Quadra 701, Conjunto E, Edifício Palácio do Rádio I, Bloco 3, nº 130 – 5º andar
Asa Sul, Brasília (DF)
Tel.: (61) 3223-3487
E-mail: ona@ona.org.br
Site: <http://www.ona.org.br>

CBA
Rua São Bento, 13, Centro - Rio de Janeiro (RJ)
Tel.: (21) 2223-0761, 2223-0746 e 2223-0988
E-mail: educacao@cbacred.org.br
Site: www.cbacred.org.br

personagem

APESAR DA DOR, O INÍCIO DE UMA NOVA HISTÓRIA

Força para recomeçar



Foto: Gutemberg Brito

A experiência do câncer é uma das mais transformadoras pelas quais um ser humano pode passar. De repente, ele se vê diante do imponderável. Sozinho, acuado, sem voz. Tudo perde o significado. Será? Nem sempre! Para muitas pessoas, os sentimentos são reavaliados e uma segunda vida começa a ser construída. Essas são as maiores mudanças verificadas na história daqueles que superaram a doença. Pessoas como a aposentada Luiza Bento de Lima, de 75 anos.

Quando descobriu um nódulo na mama direita, em 1983, a primeira reação de Luiza foi o desespero. “Nunca havia feito um exame preventivo e confesso que tinha vergonha de fazê-lo. Então, quando recebi a notícia de que teria de retirar a mama, fiquei meio perdida, sem saber a quem recorrer, principalmente porque cuidava de três irmãos mais novos e não conhecia nada a respeito da doença”, relatou Luiza que, 20 anos depois, teve

de enfrentar uma nova cirurgia, desta vez na mama esquerda.

“Receber um diagnóstico de câncer já é assustador. Imagina vivenciar isso duas vezes? A primeira coisa que me veio à cabeça foi de onde eu conseguiria tirar forças para enfrentar tudo de novo: as dores, as dificuldades do tratamento, a incerteza do futuro. Fiquei revoltada e não queria ver ninguém”, conta Luiza, que teve ainda uma recaída e quase não voltou para casa. Com o apoio dos amigos e familiares veio a conformação. “Aos poucos, entendi que a revolta é um sentimento inútil e vazio, ainda mais no caso de um inimigo silencioso, que se instala dentro de nós sem pedir permissão.”

E foi justamente no momento de dor que Luiza decidiu reescrever a sua história. Durante a realização de exames no INCA, ela conheceu o Ateliê de Artes e Ofícios Gaivotas, que é mantido pelo INCA Voluntário e oferece cursos gratuitos de alfabeti-



Luiza: “Temos que ter fé e seguir em frente. A vida continua”

Foto: SB Comunicação

zação, informática, inglês e trabalhos manuais para pacientes em recuperação. “Certo dia, assisti à aula de alfabetização e resolvi voltar a estudar. Sabia ler, mas, com a doença, a memória estava atrofiando e praticamente havia esquecido tudo. Com o incentivo do professor Evandro, me empenhei nos estudos e decidi me matricular em uma escola da Prefeitura. Hoje estou na sétima série”, conta Luiza.

Além de prosseguir com os estudos, Luiza continua freqüentando as aulas no INCA, onde faz também trabalhos manuais e participa de aulas de leitura. “Moro em Guadalupe e acordo diariamente às 5h para chegar à escola, no Centro da cidade, às 7h. Estudo até as 10h e de lá sigo para o INCA, onde faço minhas atividades no ateliê. Às vezes fico muito cansada, mas não penso em desistir. Era uma pessoa rebelde, reclamava de tudo. Hoje, vejo que só tenho a agradecer. Afinal, continuo bem após duas cirurgias e, apesar da dor, tive a oportunidade de voltar a estudar e conhecer outro mundo”, diz a aposentada, que não perde a serenidade nem mesmo para relatar um novo drama.

“Até a semana passada, me considerava uma sobrevivente do câncer. Agora já nem sei mais. Infelizmente, recebi a notícia de que tenho um outro nódulo, agora no pulmão esquerdo. Confesso que ainda estou desorientada, mas não vou me entregar. Já fiz todos os exames e enfrentarei a terceira

guerra contra o câncer com a mesma dignidade. Minha vida está nas mãos de Deus e confio na sua Providência”, diz a paraibana, que chegou ao Rio de Janeiro em 1960 e se orgulha de ter confeccionado roupas para algumas produções do cinema nacional, como *Os Trapalhões*, *Lua de Cristal* e *Navalha na Carne*.

Convicta, agora mais do que nunca, de que a vida continua e que a superação é possível, Luiza aproveita para fazer um alerta às mulheres. “Cheguei a esse ponto por ter vergonha de fazer o exame preventivo. Se tivesse procurado ajuda antes, poderia ter evitado tanta dor. Hoje, as campanhas estão aí para esclarecer sobre a doença e sabemos que a prevenção é fundamental, até mesmo para o sucesso do tratamento.”

Para a maioria dos pacientes, a esperança na possibilidade de domínio e até de cura do câncer é o caminho para a reação. No caso de Luiza, assumir uma atitude positiva frente a tantos desafios foi decisivo. “Apesar da dor e do desespero inicial, o diagnóstico do câncer nos leva a um autoconhecimento e, sem perceber, descobrimos uma força interior, que nos estimula a lutar pela sobrevivência. Além disso, a crença em algo maior que tudo, maior que a doença e o tratamento, fortalece a esperança de superar, com a ajuda de Deus, essa situação. Então, tem que ter fé e seguir em frente. Porque existe vida após o câncer.” ■

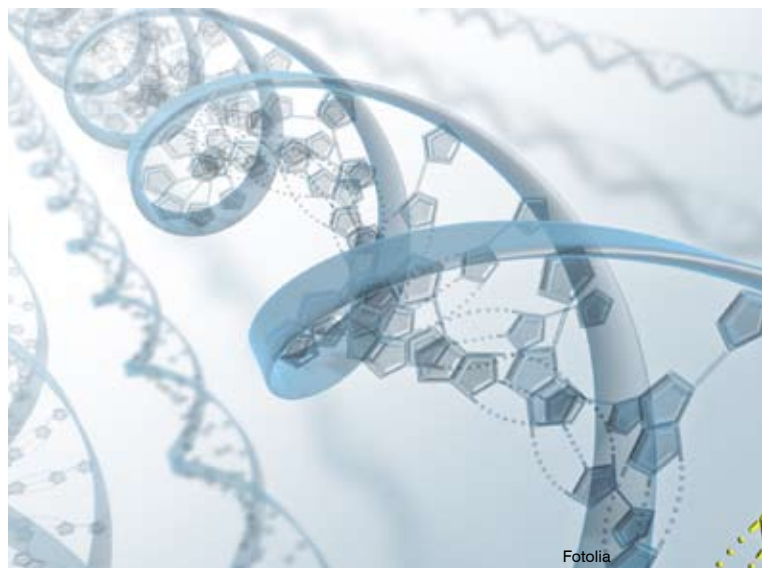
ciência

CONVÊNIO FINANCIA ESTRUTURA DE PONTA PARA
NOVAS PESQUISAS EM LEUCEMIA

Decifrando genes e proteínas

Melhorar a qualidade e a eficácia de tratamentos e conhecer mais profundamente os vários tipos de câncer são ações que dependem de muita pesquisa. O estudo do genoma (conjunto de genes de organismos vivos e de seres humanos) permite a descoberta de importantes mecanismos para identificação e evolução do câncer. Mais recentemente, por meio de uma associação entre a genômica (ramo da bioquímica que estuda o genoma) e a proteômica (disciplina que analisa as proteínas da célula), foi aberto um caminho para aperfeiçoar o tratamento dos pacientes e descobrir, por exemplo, quais as proteínas responsáveis pela resistência a determinados medicamentos.

A partir dessa perspectiva, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), por meio da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer, firmou convênio com a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), em dezembro do ano passado, para obter recursos de estímulo à pesquisa em genômica e proteômica das leucemias. Coube ao INCA uma linha de financiamento de R\$ 850 mil que possibilitará a montagem de uma estrutura, com novo equipamento de cromatografia líquida (método de separação de proteínas) e tecnologia destinada à análise das alterações genéticas no DNA dos pacientes portadores de leucemias, e o impacto das mudanças nas proteínas para o diagnóstico e tratamento dessas doenças.



Novas técnicas ampliam a visibilidade de proteínas

Os novos recursos tecnológicos financiados pelo convênio possibilitarão análises mais sensíveis e resultados ainda melhores. “Ao contrário do que acontece hoje com o uso de um gel, com a cromatografia líquida, a visibilidade de 300 proteínas, por exemplo, chega a aumentar mil vezes”, detalha Eliana Abdelhay, especialista em proteômica e chefe da Divisão de Laboratórios do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO/INCA). “Esse convênio coloca o INCA no mesmo nível de instituições que realizam pesquisas de ponta nessas áreas, tanto no Brasil como no exterior”, comemora.



Ilustração: SB Comunicação

A análise das operações genéticas no DNA de pacientes com leucemias revela informações importantes

De acordo com a especialista, com essa metodologia de separação das proteínas, mais marcadores (elementos das células que definem a existência de uma possível patologia) serão descobertos, aprimorando o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica da doença. Esse método mais refinado de pesquisa poderá tornar os futuros exames diagnósticos ainda mais objetivos. “No momento, essas análises são feitas na medula dos pacientes, onde a doença se dá, mas é possível que, um dia, venham a ser feitas a partir de um exame de sangue, como os que detectam anemias, por exemplo”, explica Eliana.

Com duração estimada para dois anos, o Programa Genômica e Proteômica das Leucemias está sob a coordenação da Divisão de Genética da Coordenação de Pesquisa e da Divisão de Laboratórios CEMO/INCA e tem ainda as parcerias da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O intercâmbio com o Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (da UFRJ) é baseado na colaboração científica, envolvendo também a formação de jovens pesquisadores. “Nosso grupo oferece uma contribuição sobre os processos moleculares envolvidos na leucemia, com estudos comparativos das proteínas entre indivíduos saudáveis e afetados pela doença”, explica o professor titular do Laboratório de Física Biológica da UFRJ, Paulo Mascarello Bisch.

Também está contemplada no Programa a pesquisa em genômica desenvolvida pela Divisão de Genética do INCA, chefiada pelo geneticista Hector Seuanez Abreu. Há muitos anos, a Divisão colabora com o CEMO nos estudos de genes relacionados na leucemia e linfomas. “Com mais equipamento e tec-

nologia de ponta, poderemos desenvolver trabalhos mais completos, chegando a novas descobertas, não só a respeito da leucemia, como de outras doenças”, ressalta Hector.

O QUE É A REDE PROTEÔMICA-RJ

Outro suporte importante para o desenvolvimento da pesquisa com proteínas é dado pela Rede Proteômica do Rio de Janeiro (PROTEOMA-RIO). Lançada em 2002, ela é constituída por um conjunto de laboratórios localizados em diferentes instituições do Rio de Janeiro, equipados com tecnologias complementares, as mais modernas disponíveis, dedicados à caracterização de proteomas e identificação de proteínas individuais. A Rede é formada por cinco Unidades de Fracionamento e Identificação de Proteínas (UFIPs), equipadas com aparelhos de alta tecnologia que permitem a separação das proteínas para estudo. “Não existe sede física. Cada equipe trabalha nos seus laboratórios, mas há uma intensa troca de informação e utilização comum de certos equipamentos de grande porte, além de treinamentos comuns e outras atividades coletivas, como reuniões científicas”, explica Paulo Bisch.

A Rede Proteômica conta ainda com as unidades de apoio em Espectrometria de Massa (Departamento de Física - PUC/RJ) e de Genômica Estrutural (Centro Nacional de Ressonância Magnética Nuclear de Macromoléculas - ICB/UFRJ). Há também a participação de um laboratório associado para o desenvolvimento de estudos de interesse do projeto Rio-Gene (Agrobiologia - EMBRAPA/RJ). Um dos objetivos da Rede é, no futuro, ter sua capacidade ampliada para efetuar análises em larga escala. |

política

LEIS CONSOLIDAM LUTA CONTRA O TABACO E OS PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER QUE AFETAM A MULHER

Novidades na legislação sobre câncer



Reinaldo Stavale

No Brasil, o direito à saúde é assunto do mais alto instrumento jurídico nacional: a Constituição Federal, que completa 20 anos e assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Nem sempre as idéias dos juristas ganham a aplicação ideal na prática, mas a determinação legal representa o passo inicial necessário para a garantia de direitos sobre a saúde. Nas questões relativas ao câncer, o combate ao tabagismo lidera as iniciativas de legislação no Brasil, mas o câncer de mama e o do colo do útero se tornam cada vez mais presentes entre os temas de projeto de lei.

Responsáveis pelo maior número de casos da doença entre mulheres brasileiras, excetuando os casos de câncer de pele não-melanoma, juntos o câncer de mama e o do colo do útero representarão 68 mil novos casos apenas no próximo ano, segundo estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Uma

novidade nessa área é a Lei Ordinária 11.664/2008, publicada em maio, que atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de ofertar às mulheres assistência ginecológica periódica e acesso a serviços de saúde para prevenção e tratamento desses tipos de câncer, incluindo a realização de mamografia. “Temos agora asseguradas, por meio de um instrumento legal, as ações já realizadas pelo SUS e previstas no Programa Mais Saúde”, afirma Luiz Antonio Santini, Diretor-Geral do INCA.

Foram dez anos de tramitação legal desde a proposição do projeto até a aprovação da lei, que entra em vigor em 2009. “O acesso à mamografia ainda é restrito no Brasil. Aprovada a lei, nossa preocupação é garantir que o sistema de saúde tenha capacidade de oferecer o serviço, mediante a destinação de verbas no próximo orçamento da Saúde”, afirma o deputado federal Ênio Bacci (PDT-RS), autor



“Os grupos de vítimas do amianto, que há 13 anos começaram a se organizar em todo o país, tornaram esse problema visível para a sociedade e para o poder público.”

FERNANDA GIANNASI, fundadora da Abrea

do projeto que deu origem à lei. Ana Ramalho, chefe da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do INCA, recomenda ponderação. “A ampliação do alcance do rastreamento de câncer de mama e colo de útero deve ser focada em critérios médicos”, destaca. A especialista defende a ampliação do controle social, com a participação dos conselhos de saúde, universidades e grupos científicos, entre outros, na discussão dos projetos de legislação voltados para o câncer.

Recentemente, o Rio de Janeiro inovou ao sancionar a Lei Estadual 5.245/2008, que garante à mulher a dispensa de um dia de trabalho por ano para a realização de exames preventivos previstos em programas de atenção integral à mulher do Ministério da Saúde. O deputado estadual Paulo Ramos (PDT-RJ), autor da proposta, admite que leis dificilmente são suficientes para mudar comportamento, mas afirma que a iniciativa é um grande estímulo à prevenção do câncer. “A mulher trabalha, cuida dos filhos e quase não sobra tempo. Com a nova lei, garantimos que ela terá um dia por ano para cuidar especialmente da sua saúde”, encoraja.

Entre os projetos de lei que ainda tramitam nas instâncias legislativas nacionais, nota-se que o câncer de mama é uma preocupação central. Neste momento, está sendo analisada pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 582/07, que obriga os planos de saúde a realizar cirurgia plástica reparadora da mama em caso de mutilação decorrente de câncer, procedimento já disponível no SUS.

TRABALHO SAUDÁVEL

Junto à adoção de hábitos de vida saudáveis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o controle dos fatores de risco no ambiente de trabalho como uma estratégia fundamental para a prevenção do câncer. Em todo o mundo, as atividades mineradoras e as indústrias químicas sofreram forte pressão das leis. No Brasil, o amianto está no olho do furacão nas mudanças legais.

O amianto é uma fibra mineral empregada na fabricação de telhas e caixas d’água, entre outras atividades essenciais à construção civil. Quando aspirado, compromete brônquios e pulmões, podendo provocar diversas formas de câncer. A OMS incluiu o amianto na lista de componentes comprovadamente cancerígenos e seu uso foi banido em diversos países – incluindo os vizinhos Chile, Argentina e Uruguai. Em junho, o Supremo Tribunal Federal (STF) manteve a lei paulista nº 12.684, de 2007, que proibiu o uso do amianto no estado. A lei havia sido contestada em uma ação direta de inconstitucionalidade, o que abriu uma disputa judicial.

A Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (Abrea) luta há 13 anos em defesa dos trabalhadores e pelo banimento do produto. A fundadora da Abrea, Fernanda Giannasi, destaca que a participação da sociedade civil tem sido fundamental na conquista de regras claras quanto aos direitos do trabalhador em ser protegido dos fatores de risco à saúde presentes no ambiente de trabalho. “Os grupos de vítimas do amianto, que há 13 anos começaram a se organizar em todo o país, tornaram esse problema visível para a sociedade e para o poder público e suas instituições”, afirma. Fernanda comemora a decisão do STF: “Foi um julgamento histórico, pondo por terra as aspirações de um dos *lobbies* mais eficientes do mundo, que insiste em declarar que qualquer lei de banimento da fibra cancerígena é inconstitucional.”

Outro tema que vem sendo bastante discutido é a exposição dos trabalhadores à radiação solar, principal fator de risco associado ao câncer de pele. O tipo não-melanoma é o mais comum no país: para 2008, são estimados 59 casos novos a cada 100 mil homens e 61 a cada 100 mil mulheres.



“É importante que as pessoas tenham consciência de que o bronzamento é uma lesão, uma defesa do organismo contra a radiação.”

SILVANA TURCI, chefe da área de Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Meio Ambiente do INCA

Aprovado por unanimidade na Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 3.730/2004 sugere a instituição de uma Política Nacional de Enfermidades e Riscos Associados à Exposição Solar. Entre suas propostas, destaca-se o fornecimento gratuito de protetor solar para os trabalhadores expostos ao sol em ambiente ocupacional, para uso durante a jornada de trabalho, através do SUS. Estão previstas ainda campanhas de informação e esclarecimento sobre os riscos decorrentes da exposição inadequada ou excessiva aos raios solares. “A distribuição gratuita de protetor solar aos trabalhadores é uma ação central, já que o produto, em geral, é caro para os padrões salariais dos brasileiros”, afirma o autor do projeto, deputado federal Lobbe Neto (PSDB-SP).

Além da exposição ocupacional ao sol, a saúde da pele também é foco de prevenção no tratamento estético. O Projeto de Lei 7.424/2002 pretende obrigar clínicas e estabelecimentos similares que realizem bronzamento artificial a fixarem avisos em suas dependências e informações em material de divulgação, avisando aos usuários de câmaras de bronzamento que a exposição aos raios ultravioleta pode provocar câncer de pele. “É importante que as pessoas tenham consciência de que o bronzamento é uma lesão, uma defesa do organismo contra a radiação”, destaca Silvana Rubano Barreto Turci, que chefia a área de Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Meio Ambiente do INCA. A especialista alerta que, com a calibração incorreta dos feixes e do comprimento das ondas, as câmaras podem causar sérios danos à pele.

ESPAÇO NA MÍDIA EM NEGOCIAÇÃO

Para ampliar o acesso da população à informação sobre a prevenção do câncer, o Projeto de Lei 7.670/2006, de autoria do deputado federal Chico

Alencar, propõe a veiculação obrigatória e gratuita de cinco minutos diários de informação educativa sobre o câncer nas emissoras de rádio e televisão, durante o período de realização de campanhas anuais de combate à doença, promovidas pelo Ministério da Saúde. Em tramitação na Câmara dos Deputados desde 14 de dezembro de 2006, o projeto de lei determina que a divulgação seja em horários de grande audiência: entre as 17h e as 23h, nas tevês, e das 7h às 22h, nas rádios.

“Nesses tempos de individualismo e privativismo total, acabamos esquecendo a função educativa primordial dos meios de comunicação, que operam através de concessão pública. É natural, portanto, que o Governo estabeleça obrigações nesse sentido”, afirma o deputado. Segundo Chico Alencar (PSOL-RJ), o projeto de lei pretende recuperar o papel educativo da comunicação, mostrando que o combate ao câncer avançou muito nas últimas décadas, tanto na prevenção quanto no tratamento.

“Apesar dos avanços da ciência, que ampliaram a chance de cura e a qualidade de vida dos pacientes, o câncer ainda é revestido de um estigma negativo”, resume o deputado. “É preciso mostrar que várias pessoas enfrentam a doença com dignidade e que o ser humano é capaz de superar grandes obstáculos”, completa o parlamentar.

FIQUE DE OLHO

O Senado Federal e a Câmara dos Deputados permitem acesso aos projetos de legislação em tramitação através da internet (www.camara.gov.br e www.senado.gov.br). Também estão disponíveis os endereços eletrônicos dos senadores e deputados, que podem ser acionados pela população para sugestões e esclarecimentos.



Luiz Alves

TABACO: LUTAS JUDICIAIS CONTRA A PRINCIPAL CAUSA EVITÁVEL DE MORTE NO MUNDO

As primeiras associações entre câncer e tabaco surgiram no fim da década de 1920. Na década de 50, a relação de causa e efeito foi confirmada por médicos britânicos que, durante 20 anos, acompanharam pacientes com tumor no pulmão. Com o avanço da medicina, o número de problemas de saúde associados ao cigarro não pára de crescer. Danos no coração e na circulação, redução da fertilidade de homens e mulheres e aumento do risco de aborto são apenas alguns exemplos. Como a comprovação científica dos riscos do tabaco foi fortemente estabelecida, contribuiu para que este se tornasse um dos principais temas nas mudanças da legislação relacionadas ao combate do câncer. Recentemente, a discussão ganhou o noticiário de todo o país com a preparação, na Casa Civil, de um projeto para fortalecimento da lei que proíbe o fumo em locais fechados de caráter coletivo.

“O Brasil tem um dos melhores arcabouços jurídicos relativos ao tabaco, mas ainda são necessários alguns ajustes”, destaca Cristiane Vianna, técnica da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA. Segundo a especialista, a lei em vigor é ineficiente, por exemplo, na proteção das pessoas que trabalham nesses estabelecimentos. A Lei Federal 9.294, aprovada em 1996, proíbe o fumo em locais fechados, mediante a reserva de áreas exclusivas para fumantes. A especialista alerta que a simples separação entre fumantes e não-fumantes em um ambiente com o mesmo sistema de ventilação, no entanto, não é suficiente. “O que está em estudo agora é tornar os ambientes fechados 100% livres do tabaco, com sanções mais enfáticas quanto ao descumprimento da lei”, destaca.

Outra iniciativa relevante na área, o Projeto de Lei 2.549/2007, em tramitação no Congresso Nacional, prevê que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja ressarcido pelas empresas fabricantes de produtos derivados do tabaco dos gastos efetuados com o tratamento da população oriundos de doenças comprovadamente causadas pelo tabaco. A proposta, que tramita em caráter de prioridade, foi encaminhada para apreciação das comissões permanentes da Câmara dos Deputados. “Temos que conscientizar a população a telefonar para os deputados, enviar e-mails, fazer-se ouvir, porque o lobby das indústrias é muito forte”, admite o deputado federal Jorge Tadeu Mudalen (DEM-SP), autor da proposta. “A luta é justa e a batalha é grande, porque existem muitas indústrias ganhando dinheiro com o mesmo tabaco que onera o sistema de saúde e que causa sofrimento às vítimas e suas famílias.”

O Brasil já atende a muitas orientações da Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde sobre o Controle do Tabaco, que reúne mais de 140 países no compromisso de adotar ações efetivas de combate ao tabagismo. As ações brasileiras vêm sendo bastante inovadoras na proibição da publicidade e nas advertências de alerta inseridas nas embalagens de cigarro. O país também foi pioneiro em proibir o uso de adjetivos como ‘light’ ou ‘suave’ nos maços de cigarros. Apesar dos avanços inegáveis, permanecem desafios que muitas vezes ultrapassam o campo da saúde, como a questão da baixa carga tributária sobre o cigarro. Ao mesmo tempo, o controle mais eficaz de leis já em vigor também se mostra fundamental. Nas questões de legislação específica, por exemplo, a venda avulsa de cigarros é proibida desde 1998. No campo das normas mais amplas, o contrabando de cigarros, sobretudo a partir do Paraguai, também é um obstáculo.■

Esforço global com soluções regionais

O combate ao câncer é considerado hoje prioridade global em termos de saúde pública e diversos países vêm buscando, em congressos e outros fóruns internacionais, formas de ação solidária e de compartilhamento de experiências bem-sucedidas. Países desenvolvidos têm muito a colaborar. Na Escandinávia, por exemplo, a adoção de planos nacionais de controle do câncer melhorou não apenas os índices da doença, mas também os indicadores de saúde pública. Por outro lado, mesmo nos países em desenvolvimento, há ótimos exemplos de melhores resultados a partir da cooperação científica com instituições estrangeiras de combate ao câncer, como é o caso dos indicadores referentes ao câncer infantil, que diminuíram consideravelmente na América Latina.

Os diversos trabalhos apresentados no II International Cancer Control Congress (ICCC), promovido pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), em novembro de 2007, no Rio de Janeiro, revelaram um cenário em que ficou claro que o câncer é problema mundial, mas as soluções estão sendo cada vez mais diferenciadas e regionalizadas. Seguindo essa lógica, foi criada a Aliança Latino-Americana e do Caribe para Controle Integral do Câncer. No evento, dez países (Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, México, Nicarágua, Peru e Uruguai, além do Brasil) formalizaram a Aliança por meio da Declaração do Rio de Janeiro, documento que firma o compromisso de ajuda mútua entre os signatários.

A Declaração do Rio prevê o trabalho conjunto, a cooperação e o intercâmbio de programas, projetos, estudos, pesquisas e experiências eficazes de gestão, formando uma rede de conhecimento técnico e científico capaz de reduzir o impacto do câncer nas regiões. Destaca ainda a necessidade de que governos da América Latina e do Caribe reconheçam as iniciativas de prevenção e controle integral da doença como uma prioridade de suas políticas públicas. Pressupõe também uma estreita parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), além das principais agências nacionais e internacionais para controle do câncer, incluindo o acesso a recursos políticos e financeiros que assegurem as ações da Aliança.

“Cada vez há mais evidências de que muitos dos cânceres podem ser evitados ou detectados precocemente. É com esses objetivos centrais que os responsáveis pelas políticas de prevenção, promoção da saúde e atenção integral do câncer, dos países participantes vêm trabalhando, com o apoio técnico da OPAS”, reitera Jose Moyá, da Unidade de Informação e Gestão do Conhecimento da OPAS.





O pontapé inicial de criação da Aliança foi dado na primeira edição do ICCC, realizada em Vancouver, em 2005, quando o controle do câncer começava a ser pensado sob a perspectiva da construção de uma comunidade global de práticas, com base na discussão de políticas públicas.

Paralelamente, em meados de 2006, na Cidade do México, a American Cancer Society, a União Internacional contra o Câncer (UICC), o National Institute of Health (NIH), dos Estados Unidos, e outras entidades realizaram o First International Comprehensive Cancer Control Leadership Forum on National Cancer Control Planning, onde foi identificado que o foco territorial seria fundamental para as ações de controle da doença. “Os dois passos finais foram a reunião de organização do Comitê Regional do Congresso, em dezembro de 2006, e a Oficina Pré-Congresso, já com todos os países participantes”, conta Marco Porto, coordenador de Ações Estratégicas do INCA.

Algumas linhas prioritárias de trabalho já estão na pauta da Aliança. O controle do tabagismo e do câncer do colo do útero, a estruturação de bancos nacionais de tumores e a capacitação de recursos humanos são os quatro primeiros focos definidos. A escolha do controle do câncer do colo do útero como uma das prioridades reflete o compromisso da Aliança com a realidade regional. Nos países desenvolvidos, esse câncer é um problema residual, mas a vulnerabilidade nos países em desenvolvimento ainda é muito grande e diretamente relacionada a condições de pobreza e à ausência de programas organizados de rastreamento.

Nessa abordagem regional, a experiência chilena é muito bem-sucedida, em virtude de um ge-

renciamento competente e de longa data. Há dez anos, o Chile executa o mesmo tipo de ação e se mantém como referência no combate a esse tipo de câncer na América Latina graças à eficácia de suas estratégias gerenciais. “O intercâmbio promovido pela Aliança certamente vai ajudar os profissionais dos países participantes na organização e no aprimoramento da gestão de seus programas na área de câncer do colo do útero”, explica Porto.

A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Se o Chile é bem-sucedido no controle do câncer do colo do útero, o Brasil tem muito a contribuir em relação à pesquisa e tecnologia de armazenagem de tecidos tumorais. Durante o ICCC 2007, representantes de todos os países foram convidados a visitar o Banco Nacional de Tumores e DNA (BNT), do INCA, criado há dois anos. Primeiro banco público do Brasil com livre acesso a pesquisadores, o BNT possui mais de 2 mil amostras de tecido com perfil detalhado de cada caso, o que beneficiará o desenvolvimento e a pesquisa de novas tecnologias, drogas e estratégias de controle do câncer.

No final de 2007, representantes técnicos da Colômbia passaram três dias conhecendo a metodologia de trabalho do BNT. Foram treinados, durante uma semana, dois pesquisadores doutores que estão à frente do Instituto Nacional de Cancerologia de Bogotá. Outro país que vem demonstrando interesse em montar um banco de tumores é Cuba. “Fizemos vários contatos este ano, buscando operacionalizar o treinamento de um casal de patologistas do principal hospital de câncer local. Há possibilidade ainda de futuras parcerias com México, Uruguai e Peru”, revela a coordenadora de pesquisa do INCA, Marisa Dryer Breitenbach.

O programa nacional de combate ao tabagismo é outro exemplo das contribuições do Brasil à Aliança, que atua nesse segmento em conjunto com a Rede Ibero-Americana de Controle do Tabagismo (RIACT), formalizada em 2005, durante Conferência de Ministros de Saúde em Granada, na Espanha.

As ações de controle do tabagismo realizadas no Brasil abrangeram alertas em embalagens e restrição ao fumo em áreas públicas e foram extremamente bem-sucedidas: resultaram em um dos maiores índices internacionais de diminuição do hábito de fumar – principal causa do câncer de pulmão e responsável pela morte de 5 milhões de pessoas por ano no mundo. ■

Social

REUNIÕES E CARTILHAS MELHORAM QUALIDADE DO TRATAMENTO

Educando o paciente



Foto: Gutemberg Brito

“É um alívio saber o que a gente precisa fazer quando volta para casa com o doente.”

Teresa de Oliveira, esposa do paciente José Geraldo Adriano Tomé

Parte de uma tendência mundial da saúde nas últimas décadas, os pacientes conquistaram o direito de conhecer e entender os problemas relacionados à sua saúde e receber todas as informações que possam auxiliá-los a participar das decisões relativas aos seus cuidados, incluindo, em alguns casos, a assinatura de um termo de consentimento ao procedimento médico. Prática descrita nos manuais de acreditação hospitalar – conjunto de padrões de qualidade que buscam a melhoria contínua dos serviços de saúde – a educação para o paciente traz, além do conforto psicológico, mais segurança ao processo de tratamento e a possibilidade de redução dos custos. Estudos mostram que pacientes que utilizam material de apoio à educação têm alta em menos tempo, têm menos necessidades de internação, mostram-se menos problemáticos em fases pré e pós-cirúrgicas e têm reduzida até mesmo a quantidade de medicamentos utilizados contra a dor.

Hoje, é cada vez maior o número de hospitais que mantêm programas para intensificar a comunicação e a humanização no atendimento. Profissionais de saúde são elos de uma corrente que busca, além de cuidar, prestar esclarecimentos em linguagem fácil e lúdica, fortalecendo, assim, a confiança e a colaboração mútuas. A educação de pacientes, nessa nova realidade, baseia-se não só nas informações fornecidas oralmente pelos profissionais de saúde, mas também na utilização de materiais impressos, audiovisuais e,

“Nas cartilhas, também são antecipadas situações comuns a cada tipo de doença, o que tranquiliza o paciente e seus familiares.”

LÚCIA GIORDANI, assessora da Coordenação de Assistência do INCA

mais recentemente, computadores. No Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), no Rio de Janeiro, ferramentas de comunicação vem sendo adotadas desde 2000, como a distribuição de folhetos destinados a pacientes, funcionários e ao público em geral, que abordam desde doação de sangue até os cuidados com o gesso. “A cada três anos, fazemos atualizações do material de acordo com as necessidades, pois sempre recebemos o retorno dos leitores com dúvidas ou questionamentos”, comenta Isabela de Castro, geriatra e vice-diretora do hospital.

No dia-a-dia do Instituto Nacional de Câncer (INCA), educar o paciente tornou-se uma prática bem-sucedida, confirmada por avaliações internas. A orientação das cartilhas e reuniões, quando seguidas corretamente, contribui para a redução no uso de medicamentos e, conseqüentemente, a diminuição de custos com o tratamento em 80% dos pacientes. “Os dados refletem que as reuniões e as orientações das cartilhas levam a maioria dos pacientes a apresentar índice normal de reações previstas nas terapias, de acordo com os padrões estabelecidos nos protocolos internacionais de referência”, ressalta Élide Pereira Cabral, do Serviço de Enfermagem em Radioterapia do INCA

Das reuniões semanais do Instituto para pacientes e cuidadores participam também enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos e nutricionistas. Os temas discutidos são abrangentes, envolvendo vários aspectos da terapêutica até direitos sociais. “Já que o portador da doença passa a contar com uma série de benefícios, como auxílio-doença, aposentadoria, saques do PIS e FGTS, passe livre, ele recebe informações durante as reuniões para ter acesso ao que lhe



é garantido por lei”, explica a assistente social do Hospital do Câncer I, Márcia Skaba.

A sensação de valorização e o conhecimento sobre o que fazer e como se comportar são benefícios destacados por muitos pacientes como motivadores para a continuidade do tratamento. José Geraldo Adriano Tomé, internado para a extração de um tumor na perna, encontrou, em uma das 20 cartilhas desenvolvidas pelas equipes da Coordenação de Assistência e da Divisão de Comunicação Social do INCA, esclarecimentos simples e objetivos sobre a doença e as medidas necessárias antes da cirurgia. Sua mulher, Teresa de Oliveira, que o acompanhou durante todo o processo, garantiu que, com aquela orientação poderia colaborar mais na recuperação do marido. “É um alívio saber o que a gente precisa fazer quando volta para casa com o doente”, comenta.

Com ilustrações e textos curtos, as cartilhas explicam, por exemplo, como lidar com possíveis efeitos colaterais das terapias em que se utiliza a radiação ou também como os cuidadores podem colaborar para a boa higiene de pacientes acamados; ou como fazer curativos em casa. “Nesse material, são antecipadas ainda situações comuns a cada tipo de doença, o que tranqüiliza o paciente e seus familiares. Mas é claro que os livretos não substituem o diálogo pessoal com a equipe do hospital”, acrescenta a assessora da Coordenação de Assistência do INCA, Lúcia Giordani.

SERVIÇO:

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

– As cartilhas estão disponíveis para a população em geral no site www.inca.gov.br, em publicações/Títulos.

Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)

– Para acessar os folhetos informativos, visite www.into.saude.gov.br e clique em Publicações INTO.



Julia Freeman

QUALIDADE DE VIDA E MOTIVAÇÃO

Unir a sociedade civil em favor do combate ao câncer com a ajuda da informação é o trabalho que vem sendo desenvolvido na Unidade de Apoio aos Portadores de Câncer (Uniap), criada em 2003. A entidade atende pacientes de baixa renda nas cidades de Americana, Limeira e Piracicaba, em São Paulo, e se mantém exclusivamente com recursos doados por pessoas físicas e jurídicas, por meio de telemarketing. Semanalmente, promove reuniões com foco em nutrição para os portadores da doença e, quinzenalmente, encontros ampliados aos cuidadores. “Desde fevereiro, iniciamos uma série de palestras para esclarecer e incentivar pacientes e familiares a não desistirem do tratamento. Muitos, por não seguirem as instruções prescritas, sentem desconforto e descuidam-se das medicações, o que compromete o bom resultado da terapia”, explica a assistente social da Uniap, Lourdes de Fátima Barrado Alves. ■

internas

Imagem meramente ilustrativa



INCA TERÁ NOVO 'CAMPUS'

Um novo campus do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que congregará os 18 endereços da entidade, é parte do Plano Diretor da instituição para melhorar o atendimento a pacientes e promover a integração das unidades de ensino, pesquisa, assistência e administração. No dia 2 de abril, foi publicado no **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, o termo de cessão de uso de áreas do terreno do Hospital Central do Iaserj para o Instituto Nacional de Câncer. Há 70 anos, o INCA foi projetado para um atendimento exclusivamente de internação. “Com os avanços tecnológicos, hoje a doença tem tratamento mais ambulatorial”, observa o Diretor-Geral do Instituto, Luiz Antonio Santini, acrescentando que, para os pacientes, será mais confortável ter todos os níveis de atendimento em um só local. O novo campus integrado é uma proposta alinhada aos objetivos do Programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, que disponibilizará R\$ 102 milhões para a primeira etapa do projeto, com a conclusão prevista para até 2011. Com a integração, a entidade reforçará seu papel de referência para os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).



PLAQUETAS CONTRA A DENGUE

Combater a dengue é um dever de todos. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) está participando da luta contra a doença, distribuindo cartazes em todas as suas unidades e realizando ações de conscientização entre funcionários, pacientes e familiares. Além disso, está doando bolsas com concentrados de plaquetas para a Hemorrede do Estado do Rio de Janeiro. Só em março, foram enviadas 190 unidades. Em abril, até o dia 7, mais 210 bolsas foram enviadas à entidade. O Banco de Sangue do INCA funciona de domingo a domingo. A doação de plaquetas deve ser agendada pelo telefone (21) 2506-6064.



COOPERAÇÃO TÉCNICA EM ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Durante a visita técnica de integrantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil) ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), em maio último, foi realizada uma oficina de trabalho com o objetivo de definir uma proposta para o projeto de cooperação técnica entre as entidades. Na reunião, foi elaborada a primeira versão do chamado Marco Lógico – uma ferramenta para facilitar a execução de projetos.

Com o documento, foram estabelecidas as prioridades para o programa, que busca fortalecer a Política Nacional de Atenção Oncológica, por meio de um enfoque multiprofissional para a promoção da saúde, prevenção, vigilância e assistência às pessoas portadoras de câncer. Além disso, ficou estabelecido o apoio à implementação de políticas que se relacionem com a saúde e a assistência ao câncer, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da América Latina.

INCA SE APROXIMA DA MÍDIA

Com o objetivo de estreitar as relações com a imprensa, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) vem promovendo iniciativas, como o Prêmio INCA de Jornalismo, e eventos para jornalistas. No dia 6 de março, um debate sobre a cobertura da mídia em relação ao câncer foi o tema do evento **Mídia e ciência**, mediado pela chefe da Divisão de Comunicação Social (DCS) da instituição, Cristina Ruas, com a presença da editora de Ciência e Saúde de **O Globo**, Ana Lucia Azevedo, no INCA. No dia 31 de março, o Diretor-Geral da entidade, Luiz Antonio Santini, deu uma palestra para cerca de 30 jornalistas da rádio CBN, abordando a importância da informação no combate à doença. Já na noite de 8 de abril, foi realizada a entrega do Prêmio INCA - Ary Frauzino de Jornalismo 2007 aos jornalistas Cristiane Segatto, da revista **Época**, com a matéria 'As mil faces do câncer', e Vinícius Sassine, do jornal **O Popular** (Goiás), com a reportagem 'Pesquisa revela mutações em vítimas do Césio'. Os vencedores receberam prêmio em dinheiro no valor de R\$ 7 mil, em evento na Academia Nacional de Medicina, no Rio.



Divulgação INCA

CORRIDA INTEGRA FUNCIONÁRIOS

Para fortalecer o espírito de equipe, a confraternização e a integração de funcionários da Fundação Ary Frauzino (FAF) e do Instituto Nacional de Câncer (INCA), funcionários das entidades participaram da etapa Rio de Janeiro da **Super 40**, tradicional corrida de revezamento de rua, no primeiro domingo de abril, dia 6. Na corrida, cada competidor percorre quatro quilômetros até o grupo completar 40 quilômetros. Profissionais das duas entidades formaram duas equipes, uma masculina e outra feminina. O objetivo da FAF é criar, a partir do sucesso do **Super 40**, um grupo permanente de corrida e caminhada

para funcionários da FAF e do INCA, inserido no Programa Vida Saudável, da Divisão de Saúde do Trabalhador. Diante do sucesso da iniciativa, a Fundação busca patrocinadores para financiar a contratação de profissionais habilitados para criar e acompanhar um programa de atividade física, específico para cada competidor.



Divulgação INCA

PRESENÇA FORTE

O Brasil foi convidado a integrar o corpo diretor da União Internacional Contra o Câncer (UICC), entidade mundialmente reconhecida nesta área, por conta das ações implementadas para o controle do câncer no país. O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, participará da abertura do UICC08 - World Cancer Congress, que será realizado de 27 a 31 de agosto, em Genebra, na Suíça. De acordo com os organizadores, o Brasil foi um dos países que mais submeteram trabalhos. Do Instituto Nacional de Câncer (INCA), ao todo, foram 55 resumos inscritos, sendo que um foi escolhido para apresentação oral; 37, para pôsteres; e 17 serão publicados nos anais do congresso.



Luís Oliveira/MS

A INDÚSTRIA DO CIGARRO QUER PEGAR OS JOVENS

**NÃO CAIA
NA REDE
DO CIGARRO**

novasrb

CUIDADO: DE UM JEITO OU DE OUTRO A INDÚSTRIA DO CIGARRO SEMPRE QUER SE APROXIMAR DE VOCÊ.

JOVENS SEM CIGARRO

www.who.int/tobacco/wntd



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



Ministério
da Saúde



www.redecancer.org.br