

22

Julho
2013

REDE

CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA



QUESTÃO DE OPINIÃO?

CRÍTICAS CONSTRUTIVAS QUESTIONAM POLÍTICAS DE
CONTROLE DO CÂNCER DEFINIDAS SEM EVIDÊNCIAS

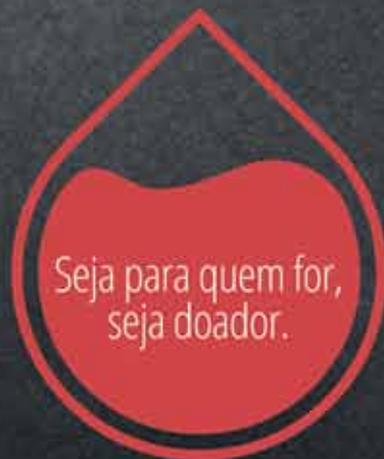


TENHO LEUCEMIA E PRECISO DE DOAÇÃO DE SANGUE.

**PARA DOAR SANGUE
VOCÊ PRECISA
CONHECER A PESSOA?**

**PRONTO. AGORA VOCÊ JÁ
CONHECE A BIANCA.**

Assim como ela, milhares de pessoas precisam de doação de sangue.



Bianca Prescova

Procure o Hemocentro mais próximo.



Ministério da
Saúde



@hemocentroMS



/hemocentroMS

sumário



5

ASSISTÊNCIA

Biossimilares made in Brazil

8

SOCIAL

Ajuda de semelhantes

12

PREVENÇÃO

Mais agilidade no abandono do tabaco

14

ENTREVISTA

Políticas de câncer baseadas em quê?

20

CIÊNCIA

Preveno a resposta à terapia

22

POLÍTICA

Novo caminho para um antigo desafio

26

COMEMORAÇÃO

Cemo completa 30 anos

30

REDE

Modelo de cooperação regional

33

EDUCAÇÃO

Investindo em novos talentos

36

ARTIGO

Sinais de alerta nas lesões melanocíticas

38

PERSONAGEM

Um gol de placa



REDE CÂNCER

2013 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

A **Revista Rede Câncer** é uma publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 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** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Daniella Daher** | Editor assistente: **Nemézio Amaral Filho** | Redator: **Marcio Albuquerque**.

Comissão Editorial: **Cassilda dos Santos Soares, Leticia Casado, Marceli de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **SB Comunicação**.

Jornalista responsável: **Simone Beja – RP 27416/RJ** | Reportagem: **Maria Cristina Miguez, Rodrigo Feijó e Silvana Caminiti** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Maurício Santos** | Revisão gramatical: **José Neves de Oliveira** | Tiragem: **12.000 exemplares**.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA – Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro - 20230-130 - Rio de Janeiro - RJ – comunicacao@inca.gov.br – www.inca.gov.br.



Ministério da
Saúde



Polêmica saudável

Prezado leitor,

Será que as políticas de controle de câncer vêm sendo formuladas com base no enorme conhecimento gerado sobre o assunto? Essa é a provocativa pergunta do médico e professor da King's College Richard Sullivan, em nossa matéria de capa. Sua intenção é fazer os atores envolvidos na formulação e implementação de sistemas de saúde em todo o mundo refletirem sobre melhores práticas. Na seção *Entrevista*, ele defende a polêmica como essencial para o impulso na gestão em saúde oncológica.

Num momento em que as ruas do Brasil clamam por melhorias na saúde, investir em novos talentos também é parte de uma resposta já implementada pelo Governo Federal, por exemplo, por meio do programa Ciência Sem Fronteiras. Como o programa funciona e sua ligação com a Oncologia são mostrados na seção *Educação*.

Cooperação sempre rende frutos. Uma prova disso é o novo diagnóstico, em fase experimental, para análise das alterações nos cromossomos das células de leucemia e mielodisplasia que pode tonar

mais precisa a escolha do tratamento clínico. O método foi desenvolvido por pesquisadores brasileiros e americanos. Os detalhes estão em *Ciência*.

Por outro lado, a tecnologia genuinamente brasileira anda brilhando na seara da saúde. Essa é uma tendência visível no setor de produção de remédios: em breve chegará ao mercado os primeiros medicamentos biossimilares produzidos com tecnologia nacional, uma versão mais barata de drogas biológicas de referência já disponíveis. Quer saber mais? Basta ir à seção *Assistência*.

E como ninguém deve enfrentar dificuldades sozinho, é muito bom saber que está aumentando o número de grupos de apoio a pacientes com câncer na Internet. São pacientes apoiando outros pacientes, em uma demonstração de solidariedade que ultrapassa – e muito – os limites dos hospitais. Leia em *Social*.

Boa leitura!

Instituto Nacional de Câncer José Alencar
Gomes da Silva

assistência

LABORATÓRIOS PROMETEM CÓPIAS DE DROGAS BIOLÓGICAS CONHECIDAS, E ONCOLOGISTAS EXIGEM PROVA DE SEGURANÇA E EFICÁCIA

Biossimilares *made in Brazil*

A chegada ao mercado dos primeiros medicamentos biossimilares produzidos com tecnologia nacional está cada vez mais próxima. Expressão de uma nova era no tratamento de diversas doenças, entre elas o câncer, o biossimilar é uma versão mais barata de drogas biológicas de referência já disponíveis. Justamente por isso, surge como alternativa para ampliar o acesso às drogas de alta tecnologia. Atualmente, 16 empresas privadas (nacionais e estrangeiras) e seis laboratórios públicos trabalham em sistema de parceria, o que inclui a transferência de tecnologia, para produção de 14 biossimilares usados no tratamento de doenças como hemofilia, esclerose múltipla, artrite reumatoide e diabetes. A expectativa é que dentro de quatro anos esses 14 produtos tenham fabricação 100% nacional.

Para se ter uma ideia do peso dos biofármacos no orçamento do Ministério da Saúde (MS), basta dizer que o produto consome 42% do total previsto com a aquisição de remédios. Na assistência oncológica, a espera é principalmente pelos biossimilares do bevacizumabe, usado para tratar câncer de pulmão e colorretal metastático; do trastuzumabe, para câncer de mama; e do ecetuximabe, para cânceres de cabeça e pescoço. Hoje, o MS importa essas drogas para pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As três estão com a patente por expirar. Só a partir desse ponto é que os biossimilares (assim como acontece com os genéricos) podem ser produzidos.

O bioquímico André Marques Silvestre, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), argumenta

que a grande vantagem do biofármaco é sua capacidade de se encaixar perfeitamente nos receptores das células afetadas pela doença, sem atingir as células sadias. “Medicamentos biológicos são produzidos a partir de células vivas modificadas geneticamente, para gerar mecanismos de defesa equivalentes aos do organismo. Trata-se de um processo complexo, mas, hoje, é possível criar produtos altamente específicos, dirigidos para qualquer alvo molecular, como marcadores de células cancerígenas, substâncias endógenas, enzimas e receptores”, explica.



O mercado dos produtos biológicos é composto ainda por vacinas, medicamentos, anticorpos monoclonais e derivados do sangue.

Segundo o especialista, atualmente no mercado mundial existem mais de 250 drogas biológicas, para algo em torno de 400 indicações. Cerca de outros 300 novos produtos estão em fase de avaliação, sendo que metade é de fármacos para o tratamento de vários tipos de câncer e doenças autoimunes. Silvestre lembra que as patentes dos primeiros medicamentos biológicos começaram a perder a validade nos últimos anos e, até 2020, outras dezenas de patentes vão expirar. Ele ressalta, no entanto, que o biossimilar não é como o medicamento genérico, que é uma cópia exata da droga de referência. De acordo com Silvestre, o biossimilar nasce de um processo de engenharia reversa, em que, por meio da análise da molécula pronta, tenta-se descobrir como ela foi produzida, uma vez que o fim da patente não obriga o fabricante a revelar qual é a fórmula criada no seu laboratório.

“O genérico é uma cópia fiel de um medicamento de marca, com a mesma composição. Já os biossimilares são medicamentos que têm um processo de construção diferenciado. Para garantir sua qualidade, eficácia e segurança, passam por um processo extremamente rigoroso”, compara o bioquímico.

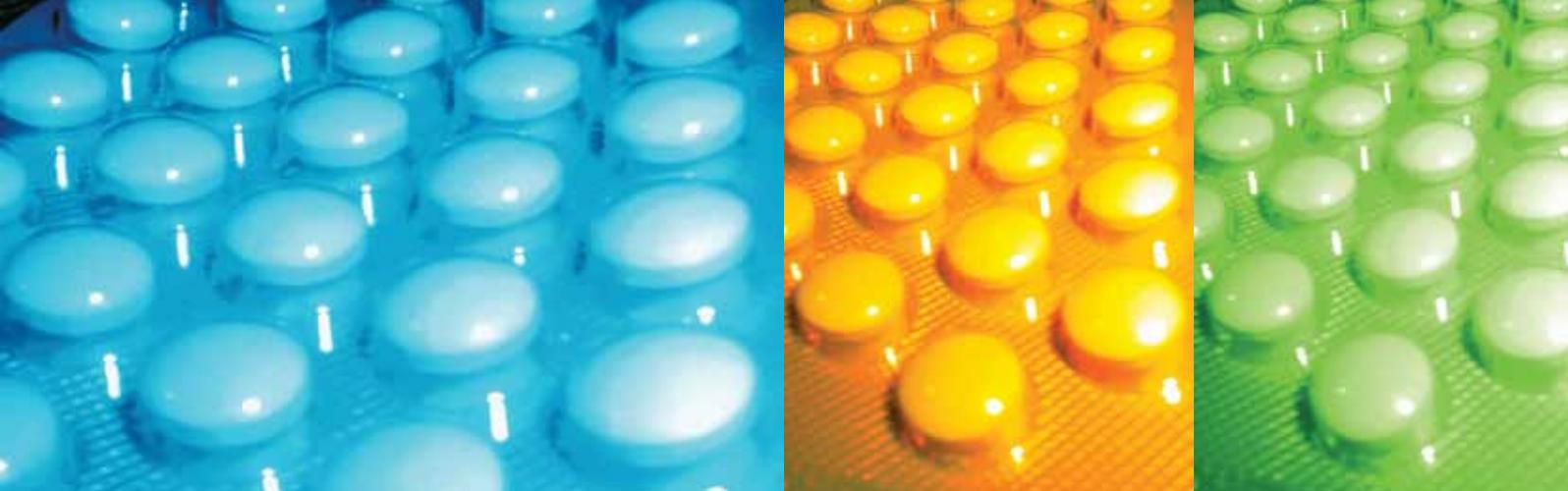
CÓPIA NUNCA SERÁ 100% IGUAL AO ORIGINAL

Para o oncologista Carlos Caetano Rezende, do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), a produção nacional dos biossimilares representa um importante avanço tecnológico para o País, mas também um grande desafio. Ele explica que até

lotes de um único medicamento biológico de uma mesma empresa não são totalmente iguais, porque é praticamente impossível produzir duas moléculas idênticas. Por essa razão, diz o médico, a cópia de um biológico nunca será 100% igual ao original. “É preciso ter em mente que não existe genérico de medicamento biológico, pois este é produzido a partir de proteínas complexas, impossíveis de serem copiadas”, enfatiza.

O também oncologista Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann, do Hospital Israelita Albert Einstein, segue a mesma linha de pensamento. Ele diz que toda iniciativa para baratear o custo do avanço tecnológico no tratamento oncológico é bem-vinda, porém é preciso estar ciente de que copiar medicação sintética é uma coisa, e que copiar um biológico é totalmente diferente. “É um processo muito mais caro, muito mais difícil”, assegura. “Como os biossimilares não são idênticos ao biológico de referência, é preciso realizar testes de comparabilidade, como determina a Organização Mundial da Saúde e já é feito em países europeus e nos EUA. Porém, esses testes, que garantem que a droga terá o efeito desejado, não constam na resolução da Anvisa [Agência Nacional de Vigilância Sanitária] que regulamenta a produção no Brasil”, diz Guendelmann.

O especialista destaca que em razão do alto grau de sofisticação na sua produção, os biofármacos são drogas caras. E em sua opinião, os biossimilares não terão redução de preço tão significativa em relação aos originais. “O percentual citado em outros países é de 20% menos. E no contexto atual, com a pressão internacional para que os laboratórios revejam seus critérios de definição de preços, é possível prever que as medicações de referência fiquem mais baratas. Se isso ocorrer, a diferença nos preços será ainda menor”, acredita.



MERCADO ATRATIVO MOVIMENTA LABORATÓRIOS

Apesar do desafio tecnológico que representa a produção de biossimilares, vários laboratórios têm investido, e muito, na implantação de novas fábricas com esse objetivo. De olho nesse mercado estão, entre outros, a BioNovis, formada a partir da união de Aché, EMS, Hypermarcas e União Química; e a Orygen Biotecnologia, resultado da parceria entre Eurofarma, Cristália e Biolab. Ambas foram criadas no ano passado e estimam colocar seus biossimilares no mercado em breve. A BioNovis obteve em fevereiro parecer favorável da Anvisa para produzir o biossimilar do etanercepte. Indicado para o tratamento de artrite reumatoide e outras doenças graves que afetam as articulações, o medicamento começará a ser fabricado a partir do segundo semestre de 2014. Também na lista de biossimilares que a companhia pretende lançar está o do rituximabe, para Linfoma não Hodgkin.

Já a farmacêutica Libbs anunciou recentemente investimento de R\$ 200 milhões para instalação de uma fábrica exclusiva para biossimilares e biológicos em Embu, na Grande São Paulo, onde já possui unidades que produzem medicamentos e farmoquímicos (princípios ativos). A expectativa é que a nova unidade, que deverá fabricar, inicialmente, sete biossimilares, entre eles o do rituximabe e o de bevacizumabe, comece a operar entre 2015 e 2016.

A Recepta Biopharma, localizada em São Paulo, fechou parceria com a 4-Antibody AG (biofarmacêutica com sede na Suíça) e o Ludwig Institute for Cancer Research, para produção de anticorpos monoclonais (mAbs na sigla em inglês) imunomoduladores para tratamento de câncer. Especializada em pesquisa e desenvolvimento de anticorpos monoclonais (proteínas criadas

em laboratório a partir de um único clone de célula e usadas para detectar antígenos com alta expressão em tecidos tumorais), conta hoje em seu portfólio com cinco mAbs usados para combater diferentes tipos de tumores. Os imunomoduladores, por sua vez, são anticorpos que se ligam às células T (linfócitos que defendem o organismo de corpos estranhos), ajudando o sistema imunológico a reconhecer e atacar as células tumorais. Atualmente, além da 4-Antibody AG, apenas outras três empresas no mundo desenvolvem imunomoduladores: GlaxoSmithKline (GSK), Medley e Bristol-Meyers Squibb.

Outra empresa nacional que está investindo para colocar inovações no mercado é a Cristália. A companhia, sediada em Itapira, no interior de São Paulo, pretende inaugurar, até o fim deste ano, uma fábrica de princípios ativos oncológicos para produzir mAbs; outra de biofármacos e uma terceira para produção de peptídeos. A marca já vem trabalhando no desenvolvimento de dois mAbs.

Para incentivar a produção nacional, o Governo Federal tem adotado diversas medidas, a fim de viabilizar a infraestrutura, a regulamentação e o aparato jurídico necessários. Entre as ações, estão parcerias com laboratórios privados, nacionais ou internacionais, que detêm as patentes do medicamento original, de forma a transferir a tecnologia para laboratórios públicos até que eles ganhem independência para produzir o biossimilar. Em troca, o governo garante a compra do item produzido internamente durante todo o período de transferência de tecnologia, estipulado em, no máximo, cinco anos. Para assegurar a qualidade da produção nacional, foram feitos investimentos em pesquisa e capacitação profissional. Por meio das parcerias com laboratórios internacionais, o Brasil já vem produzindo nove medicamentos e cinco vacinas. Um desses remédios é o rituximabe, atualmente fornecido pelo SUS para o tratamento do Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B. ■

social

GRUPOS DE APOIO PARA PACIENTES COM
CÂNCER SE PROLIFERAM NA INTERNET

Ajuda de semelhantes

Receber o diagnóstico e enfrentar o tratamento de uma doença tão estigmatizada quanto o câncer é uma experiência carregada de significados muito subjetivos e que, na maioria das vezes, só pode ser realmente compreendida por quem já vivenciou um contexto parecido. Com isso, é comum que pacientes procurem o apoio de outros pacientes e ex-pacientes, com os quais se identificam e se sentem mais à vontade para conversar abertamente sobre dúvidas e angústias relacionadas à doença. Dentro dessa lógica, grupos de autoajuda são criados com o simples objetivo de unir semelhantes. Aproveitando os benefícios que a tecnologia pode proporcionar, grupos como esses se proliferam na rede mundial de computadores e conectam milhares de pacientes em busca de informações e apoio que apenas outros pacientes podem lhes oferecer.

As dificuldades comumente relatadas dentro da relação médico-paciente são apontadas por pesquisas como a principal razão para o surgimento de grupos de autoajuda on-line. Há um desequilíbrio grande entre a linguagem científica dos profissionais de saúde e a realidade de quem está enfrentando a doença. Sem conseguir estabelecer uma real comunicação com seu oncologista, pacientes buscam respostas para seus questionamentos na internet e encontram apoio em seus semelhantes. “A formação médica não orienta a escuta do cuidador para aquele que sofre. Apesar disso, as políticas de humanização e os processos de democratização da informação baseados nos direitos dos pacientes têm começado

a mudar essa realidade”, considera Ana Waissmann, chefe da Seção de Psicologia do Hospital do Câncer I do INCA.

Mesmo descrevendo como muito positiva a relação com sua mastologista, Náiali de Araújo conta que foi apenas em um grupo de suporte on-line que se sentiu realmente acolhida ao ser diagnosticada com o câncer. “Descobri meu câncer de mama aos 26 anos, e eu não conseguia muita informação específica para o meu tipo de tumor, que é considerado raro. Os médicos podem ter estudado, mas eles não viveram o problema”, conta Náiali. Esse é um dos benefícios que a internet pode trazer: conectar pacientes com patologias mais raras e que muitas vezes estão separados por quilômetros de distância. Como seria muito difícil fazer com que esses indivíduos pudessem se encontrar fisicamente, a tecnologia rompe barreiras e os coloca em contato virtual.

Náiali hoje é uma das administradoras do grupo Amigas do Peito, que tem duas formas de interface na rede social Facebook. A primeira é uma página pública que pode ser curtida por qualquer pessoa que deseje acompanhar as postagens. A outra é um grupo fechado apenas para mulheres que foram diagnosticadas com câncer ou suas acompanhantes. “Na página pública postamos um resumo do que está acontecendo no grupo. Lá, por ser fechado, as mulheres se sentem mais à vontade e podem colocar fotos dos seios, falar sobre sexo e se soltar mais”,





Na página Amigas do Peito, no Facebook, fotos e mensagens positivas



Virna passou por mastectomia dupla e não teve medo de se expor

afirma Nátali. Quase duas mil pessoas curtem a página, e o grupo já chegou a contar com mais de 1.500 participantes. As postagens na página são em sua maioria mensagens de entusiasmo e divulgação de matérias publicadas na imprensa sobre o câncer.

DISCUSSÃO SOBRE TRATAMENTO NÃO É ESTIMULADA

Nátali destaca que o grupo é voltado apenas para ajuda afetiva e que discussões mais específicas sobre tratamento não são estimuladas. Em alguns casos, a simples participação em grupos on-line cria vínculos que ultrapassam o mundo virtual. Com o intuito de aproximar ainda mais suas participantes, o Amigas

“A formação médica não orienta a escuta do cuidador para aquele que sofre. Apesar disso, as políticas de humanização têm começado a mudar essa realidade”

ANA WAISSMANN, chefe da Seção de Psicologia do HC I do INCA

do Peito realiza encontros regionais em datas especiais. “A parte difícil é que estamos lidando com uma doença muito agressiva. Então, frequentemente, temos que enfrentar a morte. Algumas meninas deixam o grupo quando alguém morre. Mas acabam voltando, porque é lá que encontramos forças para continuar”, conta Nátali.

De uma forma muito parecida, funciona outra iniciativa no Facebook: a Câncer de Mama Tem Cura. Criada pela paciente Virna Soledade a partir de seu blog, a página pública conta hoje com quase 17 mil curtidas e o grupo, com 268 participantes. O número já chegou a quase 700 participantes, mas alguns ficam por um tempo e saem. Outra das razões comuns por trás da participação em grupos de autoajuda, o sentimento de ser útil, também funcionou como incentivo para Virna. “Três meses após passar por uma mastectomia radical, decidi pôr minha experiência na internet de forma muito positiva, como uma história de luta e esperança, para poder ajudar pessoas na mesma situação que eu estava passando naquele momento. É gratificante demais poder mostrar o lado bom de uma doença tão delicada”, afirma.

Virna conta muito de sua experiência por meio de textos e fotos no blog, no grupo e na página pública no Facebook, e garante não ter medo da exposição. “Medo eu nunca tive, mas no começo, quando decidi publicar as fotos da mastectomia, tinha um pouco de vergonha. Depois resolvi fazer as fotos da reconstrução, que estouraram na internet. É muito difícil ver isso na rede, e no meu caso foram as duas



Guerreiras: pacientes em tratamento postam fotos e acumulam curtidas, comentários de incentivo e compartilhamentos

mamas. Tenho orgulho da minha exposição que serve de incentivo para outras mulheres continuarem a lutar contra a doença”, declara. Pesquisas demonstram que na internet as pessoas costumam agir de forma mais desinibida, o que pode trazer benefícios para pacientes mais tímidos que costumam relatar maior facilidade de interação por meio de grupos de autoajuda on-line comparados a grupos presenciais.

Por outro lado, a suposta proteção de identidade que a internet oferece traz dois riscos para os grupos on-line. O primeiro é a possibilidade de algumas pessoas reagirem de maneira mais agressiva virtualmente por não estarem frente a frente com os demais participantes. O outro é o risco de oportunistas se aproveitarem de um espaço em que se encontram pessoas em um estado mais vulnerável para oferecer produtos ou serviços. “Isso é realmente comum, então precisamos estar sempre atentas. Tentamos controlar ao máximo quem participa do grupo fechado. Não temos como saber, no momento da solicitação de participação, se as informações fornecidas são verdadeiras. Mas se há alguma postagem suspeita, interferimos dizendo que aquele não é um espaço para isso”, conta Nátali.

FAMOSAS E ANÔNIMAS CONTAM EXPERIÊNCIAS EM BLOGS

A exposição de suas histórias por meio de blogs é comum entre pacientes com câncer, inclusive famosas, como a atriz Márcia Cabrita e a autora de novelas Glória Perez. As razões são praticamente as mesmas de se manter um diário: registrar acontecimentos que poderão ser futuramente revisitados. Além disso, o ato de construção de uma narrativa também traz benefícios para os pacientes. “A narrativa concretiza os sentimentos. Ao revelar em palavras o que está sentindo, o paciente faz um registro do que está passando e dá maior concretude às suas emoções. Assim, ele consegue lidar melhor com suas angústias”, afirma Ana Weissmann. Somente no portal do Instituto Oncoguia há mais de 60 blogs cadastrados. Em pesquisa realizada com blogueiros, o Instituto descobriu que 97,44% deles aconselhariam pessoas que vivem situações semelhantes a também criar um blog.

O Instituto, organização da sociedade civil que busca garantir os direitos do paciente com câncer por meio do acesso à informação de qualidade, apoio

e suporte, além de atuação em políticas públicas, mantém em seu portal uma rede social específica para os pacientes com câncer, o Meu Oncoguia. A rede conta hoje com mais de 2.300 pessoas inseridas e discute os mais variados temas. “Há diversas ferramentas como chat (conversa) ao vivo, a possibilidade de enviar mensagens pessoais ou de se discutir abertamente algum assunto por meio de grupo. Tanto os pacientes quanto nós, administradores, podemos criar grupos de discussão. Com isso, sugerimos temas sobre os quais os pacientes nem estariam pensando”, comenta Luciana Holtz, presidente do Instituto Oncoguia e 2ª secretária nacional da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia.

O papel dos moderadores também é essencial para monitorar as discussões. “O paciente precisa ter muito claro que cada caso é um caso e que os tratamentos para o câncer hoje são cada vez mais específicos. Apesar de discutirem questões relativas ao tratamento, é importante que eles tenham isso sempre em mente”, destaca Luciana. Uma orientação não só para os grupos de apoio on-line, mas para as buscas de uma forma geral que pacientes fazem na internet é que qualquer informação encontrada on-line sobre o câncer seja abertamente discutida com os profissionais de saúde envolvidos com o tratamento desses pacientes. Luciana conta que a ideia de criar a rede surgiu de uma demanda de pacientes que sentiam a

necessidade de se conectar com alguém como eles no intuito de não se sentirem tão sozinhos.

Por mais que tenham apoio de familiares e profissionais de saúde, é comum pacientes relatarem angústia relacionada ao pensamento de que são os únicos submetidos àquela adversidade. “Esse fato está relacionado com a singularidade do sofrimento. Não é que ele seja o único a enfrentar um câncer, mas o seu sofrimento é, sim, único. Ninguém sofre a mesma dor que ele”, comenta Ana Waissmann. A participação em grupos de apoio os ajuda a enfrentar essa angústia, pois eles podem observar outros indivíduos que vivenciam situação muito semelhante às suas. “Estar com o outro é muito importante. Reforça os mecanismos de defesa e faz o paciente se sentir abrigado e acolhido”, destaca a psicóloga do INCA. ■

PÁGINAS NO FACEBOOK:

www.facebook.com/amigasdopeitooficial

www.facebook.com/cancerdematemcura.com.br

REDE MEU ONCOGUIA:

<http://www.meuoncoguia.com.br/>



prevenção

ADESÃO DIGITAL DE UNIDADES DE SAÚDE AO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO PRETENDE AMPLIAR ACESSO AO TRATAMENTO

Mais agilidade no abandono do tabaco

O Ministério da Saúde (MS) acaba de atualizar as diretrizes de cuidado ao tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada em abril no *Diário Oficial da União*, a Portaria 571 se alinha ao artigo 14 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que prevê medidas para ampliar a quantidade de serviços que oferecem tratamento para tabagistas crônicos que desejam abandonar o fumo. Uma das principais mudanças introduzidas pela nova portaria é a forma da adesão dos serviços de saúde ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que passou a ser on-line, por meio do

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), do MS.

Os gestores municipais preenchem o formulário disponível na página do PMAQ na internet (o prazo para a adesão terminou no final de junho). No documento, enumeram as unidades que vão prestar o serviço e informam a quantidade de pessoas que pretendem atender. A previsão do número de pacientes é importante para a compra dos medicamentos que serão oferecidos às pessoas em tratamento.

Essa agilidade na forma de adesão, segundo Patrícia Sampaio Chueiri, coordenadora-geral de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas,



tem como objetivo ampliar o acesso ao tratamento. Até a publicação da nova portaria, o serviço era oferecido em 3 mil unidades localizadas em 1.159 municípios. Só no ano passado, essas unidades atenderam 175 mil pessoas. A expectativa com a mudança é que as 38.396 equipes da Atenção Básica que já aderiram ao PMAQ passem a oferecer o tratamento. A meta do MS é reduzir de 15% para 9% o percentual de fumantes na população adulta até 2022.

A Portaria 571 ainda prevê a capacitação de profissionais de saúde que atuam nas unidades que vão oferecer o serviço, que inclui apoio psicológico e distribuição de medicamento, além de ações educativas, terapêuticas e de prevenção. A formação profissional e a educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo também estão entre as diretrizes da portaria. A oferta dos cursos de qualificação é atribuição de estados e municípios. “O MS fomenta esse processo, apoiando as ações de capacitação e auxiliando na elaboração de materiais de apoio usados nos processos educativos”, diz a coordenadora.

A nova diretriz deixa claro que o espaço preferencial de tratamento de tabagistas são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido a seu alto grau de descentralização e capilaridade. “A Atenção Básica está mais próxima da vida das pessoas, é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde”, avalia Patrícia Chueiri. Já a forma de assistência ao paciente, que inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, permanece a mesma. A coordenação nacional e a referência técnica do PNCT continuam a cargo do INCA, que manterá o contato com as coordenações estaduais para organização e manutenção do programa.

A coordenadora explica que o principal objetivo do MS ao atualizar as diretrizes de tratamento ao fumante é atender ao grande número de pessoas que desejam deixar o tabaco. Para se ter uma ideia do volume desse público, basta lembrar o resultado da Pesquisa de Tabagismo (PETab), realizada junto com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o INCA e divulgada em 2009, que mostra que 11,4% dos fumantes com mais de 15 anos – cerca de 2,8 milhões de pessoas – pensavam em parar de fumar num prazo de um ano.

A compra dos medicamentos continuará centralizada pelo MS, que fará remessas trimestrais para as capitais, o Distrito Federal e os municípios com mais

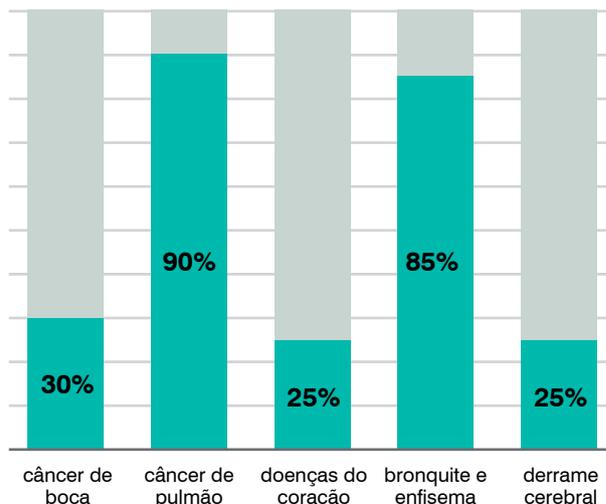
de 500 mil habitantes. Já as cidades com menos de 500 mil moradores receberão os medicamentos por meio das secretarias estaduais de Saúde. Mas caberá a cada secretaria municipal organizar a distribuição dos medicamentos entre as unidades de Saúde habilitadas para o serviço. De acordo com Patrícia, o MS trabalha com uma projeção de gasto de até R\$ 60 milhões com o programa, conforme for crescendo o número de pessoas em tratamento. ■

PRINCIPAL CAUSA DE MORTE EVITÁVEL EM TODO O MUNDO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo. A estimativa é que um terço da população mundial adulta, isto é, cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, seja fumante. Ainda segundo a OMS, o uso do tabaco está relacionado a mais de 50 doenças, sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doenças do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema e 25% das mortes por derrame cerebral. A organização estima ainda que todo ano 5 milhões de pessoas morrem no mundo por causa do cigarro.

No Brasil, apesar da redução em sua prevalência nos últimos 20 anos, o tabagismo ainda mata cerca de 200 mil pessoas por ano, segundo dados do MS. Vale lembrar que o uso do tabaco é o principal fator de risco para o câncer de pulmão, tipo que mais mata homens no País, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres.

MORTALIDADE PELO USO DO CIGARRO



entrevista

RICHARD SULLIVAN,

Diretor do Instituto de Políticas de Câncer e Saúde Global da King's Health Partners, em Londres, Inglaterra

Políticas de câncer baseadas em quê?



Pesquisas em diferentes campos do conhecimento científico produzem evidências acerca das melhores práticas para o controle do câncer. É consenso entre os profissionais de saúde que o sucesso de iniciativas é mais fácil de ser atingido quando estão baseadas em evidências. Mas será que as políticas de controle de câncer vêm sendo formuladas com base no vasto conhecimento produzido? Para Richard Sullivan, professor da King's College, em Londres, a resposta é não. Sullivan liderou uma comissão sobre custos da atenção ao câncer em países de alta renda da prestigiada publicação *Lancet Oncology*, e as conclusões desse trabalho, publicadas em setembro de 2011, sacudiram a comunidade oncológica. Sem meias palavras, o professor afirma que as políticas de controle do câncer ainda hoje são estabelecidas por opiniões e não por evidências, e que as vozes mais altas determinam as prioridades.

Formado em medicina pelo St. Mary's Hospital, em Londres, especializado em Urologia, Sullivan cursou doutorado e fez pesquisas de pós-doutorado na University College London. Depois, vivenciou uma grande mudança na vida profissional, quando decidiu trabalhar na indústria farmacêutica. Com o conhecimento adquirido, resolveu dar outra reviravolta e assumiu o cargo de diretor clínico de uma das maiores organizações não-governamentais na área oncológica, a Cancer Research UK, onde permaneceu por sete anos. Em 2008, voltou à academia pela London School of Economics and Political Sciences,

na qual estudou sistemas de saúde complexos, trabalhando em áreas de conflito ou pós-conflito nos Bálcãs, na África e, mais recentemente, no Oriente Médio. Na King's College, assumiu a direção do Instituto de Políticas de Câncer e Saúde Global, que atualmente colabora com o desenvolvimento de sistemas nacionais de pesquisa no Chile, na África do Sul e na Índia.

Na entrevista a seguir, Richard Sullivan detalha seus questionamentos sobre as políticas de controle do câncer e admite a polêmica como essencial para o impulso na gestão em saúde oncológica.

REDE CÂNCER – Suas afirmações sobre a falta de evidências na formulação de políticas de controle do câncer causaram muita controvérsia. Era sua intenção ser tão provocativo?

A intenção era ser provocativo e honesto. Essa não é uma polêmica contra o sistema de controle de câncer, mas, sim, uma tentativa de abrir o debate que todos nós temos de maneira privada: por que tantas políticas que moldam e orientam a atenção oncológica e a pesquisa em câncer são baseadas em tão poucas evidências? Por que isso é deixado para forças político-industriais, alguns poucos indivíduos poderosos? É tão fácil para a comunidade oncológica experimentar nesse campo o efeito de espectador e devolver a responsabilidade no direcionamento de políticas para uma elite – muitas vezes com direitos questionáveis de estar nessa posição em primeiro lugar.

RC – Havia uma necessidade de sacudir a comunidade oncológica?

Foi realmente um esforço fazer com que a comunidade oncológica, na sua definição mais ampla, observasse que ela tem tanto o direito quanto a responsabilidade de demandar e ser parte da agenda de definição política. Foi também um esforço ampliar esse debate para além dos limites dos países de alta renda até as economias emergentes.

RC – Como foi a experiência de liderar a comissão da Lancet Oncology sobre os custos da atenção oncológica em países de alta renda?

Foi um privilégio ser convidado para coordenar essa comissão, e meus coautores foram magníficos. A força e a visão desse empreendimento são uma reflexão do seu trabalho duro e experiência. A cultura e os ajustes dos coautores foram excelentes e forneceram tanto a base quanto o suporte para o desenvolvimento de toda a comissão.

“Por que tantas políticas que moldam e orientam a atenção oncológica e a pesquisa em câncer são baseadas em tão poucas evidências?”

RC – Quais foram suas maiores descobertas?

Primeiro, que as causas para os custos crescentes – demográficas, que incluem o envelhecimento e o crescimento da população, e econômicas, que abrangem os preços de novas tecnologias e a crise nos sistemas macroeconômicos, além do aumento de comorbidades – vão continuar a empurrar a acessibilidade à atenção oncológica a um abismo fiscal. Segundo, que acima de um certo limiar, há pouca relação entre gastos e bons resultados. Terceiro, que os sistemas de saúde precisam questionar seus princípios: buscamos realmente a equidade? Se sim, como desenvolver um sistema de controle de câncer capaz de oferecer isso? Por fim, administração das despesas é essencial e isso é necessário em todos os níveis: reorganização racional do caminho percorrido pelo paciente para redução dos custos, avaliação tecnológica de todos os recursos empregados e rigoroso controle de preços, particularmente dos medicamentos oncológicos.

RC – Vocês tinham ideia das repercussões desse trabalho?

A maior surpresa foram algumas reações extremamente negativas da imprensa. Divulgamos uma análise resumida na Lancet Oncology e a reação foi além do que havia sido publicado. Afirmaram que estávamos tentando impedir que pacientes tivessem acesso aos melhores tratamentos. Entretanto, quando as pessoas realmente leram o que tínhamos a dizer – que pacientes estavam entre os coautores –, as mentes e opiniões mais abertas prevaleceram.

Apesar disso, há uma séria necessidade de um debate, que é normalmente carregado de emoções, sobre esse assunto. O público consegue compreender a relação de perde-ganha que existe e o fato de que muitos novos tratamentos oferecem pouco benefício por um preço exorbitante, mas isso precisa ser constantemente explicado.

RC – No relatório vocês mencionam uma cultura do excesso no que se refere à atenção oncológica. Você acredita que os países de alta renda estão desperdiçando dinheiro?

Há muito desperdício nos países de alta renda. Nós não racionalizamos nossa oferta de serviços porque geralmente nos curvamos diante de interesses políticos e de grupos do setor público. Nós aceitamos os preços das indústrias, que são extremamente altos, porque, inquestionavelmente, aceitamos os argumentos em torno dos altos custos de pesquisa e desenvolvimento, além de, inquestionavelmente, aceitarmos que as atividades de pesquisa produzem riqueza nacional. E que, se os altos preços não forem aceitos, a indústria farmacêutica vai afrouxar isso de alguma forma. É possível conseguir excelentes resultados por meio de gastos menores, mas isso requer grandes esforços culturais, sociais e políticos de maneira proativa.



“É possível conseguir excelentes resultados por meio de gastos menores, mas isso requer grandes esforços culturais, sociais e políticos de maneira proativa”

RC – Você afirma que a política de controle de câncer ainda é definida por meras opiniões. Quem tem liderado isso de uma maneira global?

Os países de alta renda. Há, entretanto, uma grande lacuna entre muito do que é escrito sobre o câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis e a realidade. Existem alguns grupos que têm ótima compreensão e interação com políticas globais de controle de câncer, mas muitos produzem trabalhos que têm pouco efeito ou poucos reflexos nessas políticas. E por quê? Principalmente porque essas organizações, grupos ou pessoas passaram muito pouco tempo trabalhando em áreas com recursos escassos. Então, faltam a elas ideias, a cultura e a política real do que é o controle de câncer fora do mundo rarefeito dos programas nacionais de controle de câncer em países de alta renda.

RC – Por que você acredita que é tão difícil para os profissionais envolvidos com o controle de câncer se abrirem a novos paradigmas?

Simples. Eles não se interessam em se reeducar em campos mais amplos como saúde global, população e desenvolvimento, nutrição, globalização... E eu poderia continuar. Eles assumem que, por serem especialistas em ciências ou pesquisas clínicas, sabem todo o resto. E depois ainda há o problema de enquadramento. Os seres humanos têm preguiça cognitiva, dito de outro modo, de dois caminhos, optam sempre pelo mais curto. Estar aberto a novos paradigmas requer reeducação contínua e uma habilidade de não tomar os caminhos mais fáceis para pensar!



RC – Parece que há nesse contexto um desequilíbrio de forças entre os atores envolvidos. Quem precisa ter suas vozes amplificadas?

A maioria dos formuladores de políticas, a comunidade oncológica e, particularmente, os pacientes em países de economia emergente ou baixa.

RC – Quais as maiores perdas ocasionadas por esse desequilíbrio?

Um movimento muito lento para avançar com a agenda de controle do câncer e também com a utilização de abordagens que realmente funcionam.

RC – Há como se conseguir um cenário mais equilibrado?

Isso já está acontecendo em alguns países, como a Índia, com a criação de uma Rede Nacional de Câncer com 27 centros regionais que irão coletivamente empreender esforços para começar a estabelecer sua própria política de pesquisa e prioridades.

RC – Qual o papel da comunicação em saúde nesse contexto?

Comunicação e democratização das políticas são essenciais. É preciso mais encontros face a face e discussões sobre as políticas. Eles começam a acontecer, mas são ainda muito poucos e, onde ocorrem, geralmente parecem ser marginalizados. Formas de comunicação virtual, como o e-Cancer e a criação do e-Cancer América Latina [plataformas virtuais para troca de informações na área do controle do câncer], são também essenciais para que as pessoas se engajem em debates sobre as políticas e para que sejam ouvidas.

RC – Você costuma falar sobre a necessidade de integrar disciplinas fora da oncologia para avançar com as políticas globais de controle de câncer e com questões de recursos. Por que isso é tão importante?

A política de controle de câncer é um campo multifacetado, complexo e adaptativo que requer especialistas de amplas disciplinas, como ciências sociais, antropologia, passando por epidemiologia, economia e ciências clínicas. Esse é o único caminho para triangular as questões, derivar soluções e mapear possíveis trajetórias e consequências para essas políticas.

RC – Você também estudou políticas de controle de câncer em países de baixa e média rendas. Quais as particularidades desses contextos?

A experiência desses países com o câncer – dentro de um contexto de duplicação ou triplicação da carga da doença e trajetórias de desenvolvimento humano muito distintas – é completamente diferente da de países de alta renda. O que você aprende é que cada país, sistema, comunidade oncológica, com exceção de algumas generalidades, é diferente e precisa ser tratado como tal.

RC – A cultura do excesso também está presente nesses países?

Os maiores problemas são a falha na criação de bases sólidas por meio de um sistema de saúde público para a atenção oncológica, deixando a oferta privada correr frouxa, falta de controle fiscal da atenção oncológica, que está relacionada ao meu primeiro ponto, e, finalmente, a corrupção em todas as suas formas, e disso eu chamo qualquer tipo de especulação privada pelo mau uso de um cargo público.

RC – O que esses países podem aprender a partir das experiências de países mais ricos?

Muito pouco. Olhar para nossas falhas e tentar aprender a partir delas!

RC – E os países mais ricos têm algo a aprender com a experiência de seus irmãos pobres?

Sim, com certeza. Novas linhas de cuidado custo-efetivas e desenvolvimento de tecnologia. Também desenvolvimento clínico e abordagens para tipos de câncer que nós consideramos raros, mas que são comuns em outros lugares do mundo, como os tumores de cabeça e pescoço.

RC – Por que você afirma que a comunidade oncológica precisa se conectar com instituições como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional?

Instituições como essas definem as prioridades no desenvolvimento de sistemas de saúde em países de economia baixa ou emergente. O controle do câncer não pode estar fora das macropolíticas e macrofinanciamentos que fluem por essas instituições globais.

RC – Como você imagina que isso possa ser feito?

Por meio de melhor integração entre os que determinam as políticas de controle de câncer e o Banco Mundial ou o Fundo Monetário Internacional, com trabalho conjunto e parcerias com países que queiram desenvolver seus sistemas de saúde e oferecer atenção oncológica. Por exemplo, na King's Health Partners, o Instituto de Políticas de Câncer trabalha com o nosso Centro por Saúde Global no desenvolvimento de sistemas de saúde em Serra Leoa, na África. Esse projeto é financiado por fundos de desenvolvimento.

“Muitas das nossas grandes instituições oncológicas [dos países ricos] têm um discurso bonito, mas isso é só da boca pra fora”

RC – O que precisa ser feito para aprimorar a cooperação internacional?

O financiamento para projetos e engajamento bilateral é francamente miserável. É bastante vergonhoso quando consideramos o quanto os financiadores de alta renda gastam com atenção e pesquisa. Por quê? Porque muitas das nossas grandes instituições oncológicas têm um discurso bonito, mas isso é só da boca pra fora.

RC – Por que você decidiu se tornar um membro da comunidade oncológica?

Honestamente? Por acidente. Especializei-me como cirurgião acadêmico em um programa de pesquisa de sinalização celular. Vi muitos casos de câncer como cirurgião, mas minha paixão pela oncologia só ficou mesmo evidente quando me tornei diretor clínico da Cancer Research UK. A pesquisa no campo de políticas e saúde global se desenvolveu a partir disso, aliado ao meu retreinamento em saúde, população e sociedade na London School of Economics and Political Sciences.

RC- Como foi trabalhar para a indústria farmacêutica?

Diferente. Estou feliz por ter tido essa experiência, porque ela me deu a visão, interna, do que a indústria é e não é, desde o marketing até assuntos regulatórios e médicos.

RC – E por que você decidiu mudar para a Cancer Research UK?

Eu conheci Gordon McVie, um dos “padrinhos” do controle do câncer, que a partir de uma carreira meteórica foi diretor-geral da Cancer Research Campaign, que se fundiu à Imperial Cancer Research Fund para formar a Cancer Research UK. Descobrimos várias particularidades em comum em questões de políticas de controle do câncer e ele, junto com Trevor Hince e Angela Galpine, recrutaram-me para o cargo. O trabalho unia administração de pesquisas e planejamento para a organização com meu próprio interesse clínico e em pesquisa. Era então ideal. Além disso, o cargo era no setor público, onde minha alma ideológica realmente residia.

RC – Você acredita que as organizações não governamentais têm um papel a desempenhar no campo do controle do câncer?

Absolutamente sim. Elas estão aí para uma série de razões que vão desde *advocacy* até financiamento,

responsabilizando os governos pelo seu apoio, ou falta de apoio, na pesquisa e no tratamento do câncer. Eu acredito que elas precisam ser muito independentes das autoridades e realmente se conectar com suas comunidades, tanto profissionais quanto com o público em geral e os pacientes.

RC – Como está seu trabalho no Chile?

A parceria com o Chile, por meio dos ótimos escritórios do professor Jorge Jimenez, da Universidade Católica, e de centros oncológicos associados, tem ido muito bem. Nós começamos esse trabalho há aproximadamente quatro anos e houve diversas visitas bilaterais e simpósios com a comunidade oncológica dos dois lados. A recente criação do Fórum Nacional do Câncer, no Chile, uma das principais recomendações da revisão conjunta, tem proporcionado um argumento para atividades futuras. As principais questões são, como sempre, encontrar financiamento suficiente para impulsionar a agenda da política oncológica e de saúde pública. Estamos planejando um encontro no próximo ano e temos um membro do King's Health Partners que será alocado no Chile em breve para começar um programa em *advocacy* e envolvimento de pacientes. Existe um compromisso político e institucional substancial no Chile, então as bases para o progresso futuro são realmente sólidas.

RC – Quais são os seus próximos passos?

Lançar formalmente o Instituto de Políticas de Câncer neste ano. Também temos uma variedade de programas em andamento e alguns trabalhos acadêmicos muito bons para serem lançados, incluindo um estudo sobre como a pesquisa interdisciplinar entre saúde mental e oncologia pode ser aprimorada; a carga econômica do câncer na União Europeia; e um estudo com a Rede Nacional de Câncer da Índia sobre o estado da pesquisa oncológica no país e que mudanças precisam ser feitas nas políticas para aprimorá-la. Temos colaborações transdisciplinares dentro do King's Health Partners, como, por exemplo, Ciências Sociais, Saúde e Medicina, lideradas por Nik Rose, no programa que estuda as mudanças técnico-sociais subjacentes à medicina oncológica personalizada, e trabalhado com o Centro para Saúde Global no apoio ao aprimoramento da capacidade de controle de câncer em Serra Leoa. Além disso, estou desenvolvendo um programa sobre conflitos e saúde, já que reconstrução de sistemas de saúde em áreas pós-conflitos é outro interesse pessoal acadêmico e profissional.



RC – Você tem algum conselho para os profissionais dedicados ao controle de câncer no Brasil?

O Brasil é um país impressionante que eu adorei todas as vezes em que o visitei. Como todos os países, tem um misto de grandes conquistas e grandes desafios. O controle do câncer é um desses desafios, e eu tenho grande admiração pelo trabalho que vários colegas têm feito para o controle do câncer no Brasil, muitas vezes em contextos muito difíceis. Não posso dar nenhum conselho, mas dizer o quanto eu admiro sua dedicação contínua e paixão pela causa. Pegando emprestadas as palavras do poeta americano Robert Frost: duas estradas divergem em um bosque, eu tomei a menos trilhada e isso fez toda a diferença. De alguma forma essas palavras parecem se adequar para a série de soluções que o Brasil precisará encontrar para oferecer atenção oncológica universal e equitativa. ■

ciência

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO, EM USO EXPERIMENTAL, É RESULTADO DE ESTUDOS DE CIENTISTAS AMERICANOS E BRASILEIROS

Previendo a resposta à terapia



Um novo método para análise das alterações cromossômicas em células de leucemia e mielodisplasia, que agiliza e pode tornar mais precisa a escolha do tratamento clínico adequado ao paciente, vem sendo usado experimentalmente no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP). Ele combina o uso de agentes fluorescentes nas células cancerígenas e o citômetro de fluxo – equipamento que, entre outras aplicações, serve para avaliar os telômeros, como são chamadas as pontas protetoras do DNA existente nas extremidades de cada cromossomo. O método é resultado de um estudo conduzido nos Estados Unidos por cientistas brasileiros e norte-americanos, em 2011, e substitui a

avaliação citogenética, usada atualmente. Também vem sendo utilizado no Clinical Center do National Institutes of Health (NIH) – o maior hospital americano voltado exclusivamente à pesquisa clínica.

De acordo com o hematologista e professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP-RP Rodrigo Calado, que participou do estudo nos EUA, o método deve ser totalmente incorporado à rotina do hospital em dois anos. Segundo ele, a detecção de anomalias nos cromossomos das células cancerígenas permite prever a potencial resposta do organismo à terapia. A principal vantagem da nova metodologia está na maior precisão do resultado, além da rapidez com que a análise é feita.

“Trata-se de um método de diagnóstico de fácil aplicação e que pode ser rapidamente incorporado à rotina”

RODRIGO CALADO, professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP-RP

CAPACIDADE MULTIPLICADA POR MIL VEZES

“Com o citômetro de fluxo, é possível analisar entre 20 mil e 30 mil células do tumor, num prazo de um a dois dias. A cada segundo, centenas de células passam pelo feixe de laser emitido pelo aparelho. Assim, conseguimos encontrar mutações cromossômicas de forma muito mais precisa. Em razão da maior sensibilidade do exame é possível detectar pequenos clones”, explica o pesquisador. Em comparação, a citogenética permite avaliar algo em torno de 20 células do tumor, além de demorar mais. Essa limitação aumenta as chances de resultados falsos-negativos.

O estudo que resultou no novo método foi desenvolvido por um grupo de cientistas americanos e brasileiros do National Institutes of Health (NIH) e do Centro de Terapia Celular, localizado em Ribeirão Preto e um dos Centros de Pesquisa, Inovação e Difusão da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). O trabalho foi publicado no periódico semanal *Blood*, da American Society of Hematology, em outubro passado.

Calado diz que o novo método poderá ser usado futuramente para avaliar mutações em células de outros tipos de câncer. Atualmente é usado em leucemias e mielodisplasias, neoplasias nas quais as células doentes já estão em suspensão no sangue, o que facilita o estudo com o citômetro de fluxo. No caso específico da mielodisplasia, o hematologista destaca que a metodologia oferece possibilidade de diagnóstico mais preciso. “Nessa doença, nem todas as células da medula óssea apresentam alterações cromossômicas. Quando se usa a citogenética, um clone neoplásico pode passar despercebido, atrasando o diagnóstico.”

ENCURTAMENTO PODE SER CAUSADO POR DOENÇAS CRÔNICAS

Usar o citômetro de fluxo exige um preparo mais sofisticado das células. Além disso, foi necessário aprimorar os softwares de análise dos dados. Mas essas mudanças não representam um custo elevado. “Podem ser realizadas por qualquer laboratório que trabalhe com o equipamento. Trata-se de um método de fácil aplicação e que pode ser rapidamente incorporado à rotina”, explica Calado.

O especialista já havia utilizado o citômetro de fluxo em pesquisas feitas durante sua estada de oito anos nos Estados Unidos como pesquisador do NIH, mas nunca para avaliar o encurtamento dos telômeros. Essenciais para uma função celular saudável, os telômeros se tornam cada vez mais curtos à medida que a célula se divide. Quando ficam curtos demais, não permitem mais a correta replicação dos cromossomos, e a célula perde completa ou parcialmente sua capacidade de divisão. Por isso, o encurtamento telomérico é considerado um importante biomarcador do envelhecimento.

Por outro lado, diversos estudos já mostraram que alguns fatores externos, como o estresse psicológico e oxidativo (produção de radicais livres), por exemplo, contribuem para acelerar o encurtamento dessas estruturas. Mas doenças como câncer, cirrose, diabetes, doenças cardíacas e renais e processos inflamatórios crônicos também podem levar à aceleração do encurtamento dos telômeros. ■



política

PORTARIA ATUALIZA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE ACORDO COM NOVOS ARRANJOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Novo caminho para um antigo desafio

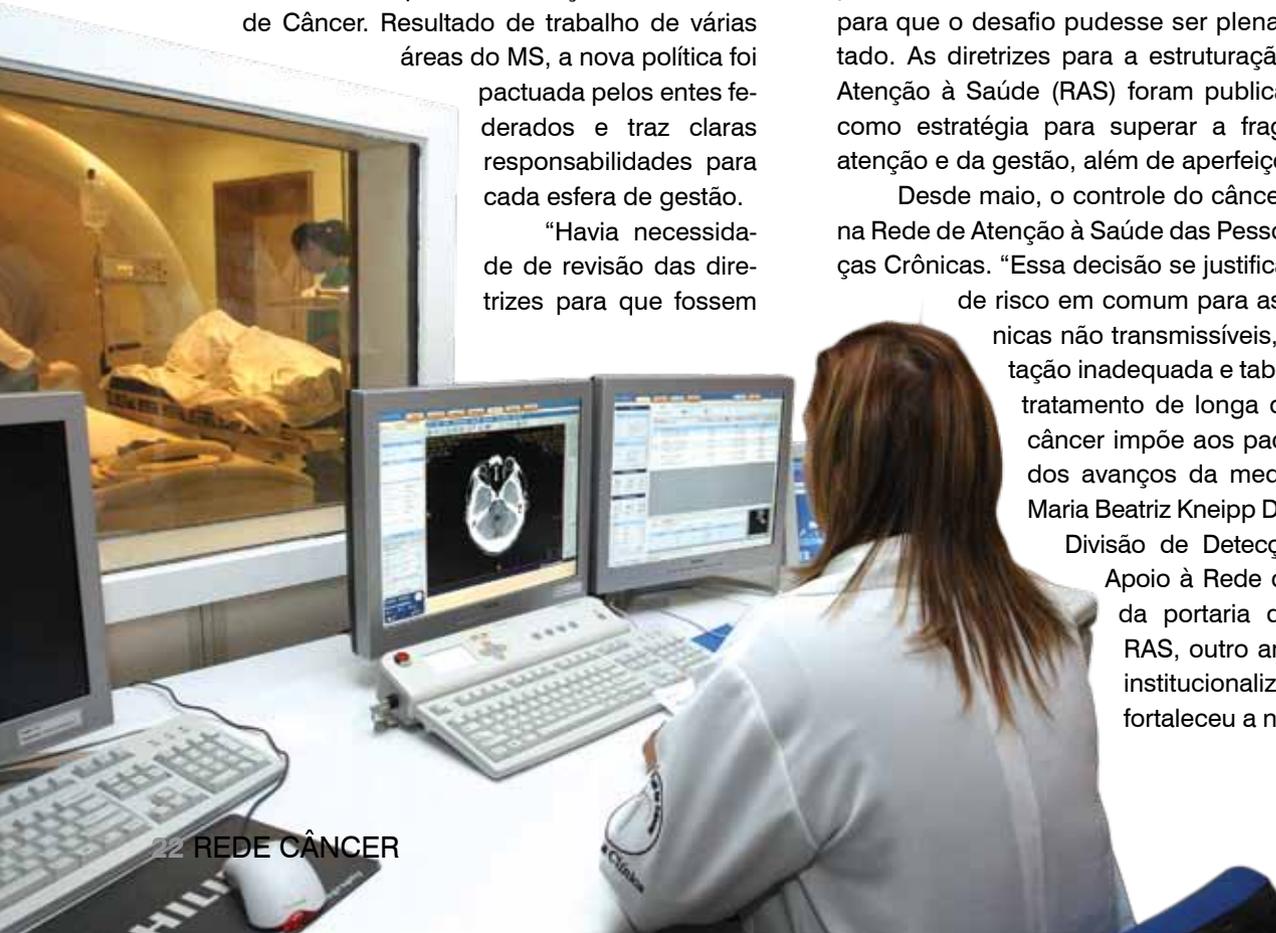
Estabelecer normas e diretrizes que orientem o desenvolvimento de planos de trabalho e a implementação de ações em uma determinada área é a função principal de uma política. Alçado a prioridade do Governo Federal em 2011, o controle do câncer merecia uma revisão em sua política em vigor, instituída no final de 2005, para se adequar aos novos arranjos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) incorporados desde então. Com esse intuito, o Ministério da Saúde (MS) publicou em maio a agora intitulada Política Nacional para a Prevenção e o Controle

de Câncer. Resultado de trabalho de várias áreas do MS, a nova política foi pactuada pelos entes federados e traz claras responsabilidades para cada esfera de gestão.

“Havia necessidade de revisão das diretrizes para que fossem

alinhadas ao novo contexto de desenvolvimento do SUS, principalmente no que se refere à estruturação das Redes de Atenção à Saúde, que trazem um modelo de atenção muito mais integrado”, afirma Patrícia Chueiri, coordenadora-geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), embora a política anterior tenha trazido muitos avanços para o controle do câncer no Brasil, ao considerá-lo um problema de saúde pública que não requeria apenas a ação de especialistas, mas o envolvimento de toda a sociedade para que o desafio pudesse ser plenamente enfrentado. As diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) foram publicadas em 2010 como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, além de aperfeiçoar o SUS.

Desde maio, o controle do câncer está inserido na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. “Essa decisão se justifica pelos fatores de risco em comum para as doenças crônicas não transmissíveis, como alimentação inadequada e tabagismo, e pelo tratamento de longa duração que o câncer impõe aos pacientes a partir dos avanços da medicina”, explica Maria Beatriz Kneipp Dias, gerente da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Rede do INCA. Além da portaria que instituiu a RAS, outro arranjo do SUS, institucionalizado em 2011, fortaleceu a necessidade de



“A definição de responsabilidades que a política atual traz é importante para todas as esferas de gestão, pois deixa claro quem deve fazer o quê”

PATRÍCIA CHUEIRI, coordenadora de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Ministério da Saúde

revisão da política: a regulamentação da Lei 8.080 por meio do decreto que dispôs sobre a organização do Sistema, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

O INCA participou com outras áreas do MS, como as secretarias de Vigilância em Saúde e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dos grupos de trabalho (GT) instituídos para, primeiro, avaliar e, depois, propor a revisão na política de controle de câncer. Após elaboração da proposta do novo texto pelo MS, o processo de pactuação foi iniciado no ano passado com discussões no GT de Atenção da Comissão Intergestores Tripartite, e, finalmente, a versão definitiva foi pactuada pelos gestores em novembro de 2012. “A proposta foi muito bem recebida pelos gestores estaduais e municipais, já que eles também apontavam a necessidade de revisão. Além disso, a definição de responsabilidades que a política atual traz é importante para todas as esferas de gestão, pois deixa claro quem deve fazer o quê”, considera Patrícia.

DOCUMENTO MELHORA ACESSO A DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

“O principal avanço do novo documento é seu potencial de organizar os diversos pontos de atenção, melhorando o acesso dos cidadãos ao diagnóstico e ao tratamento e no tempo oportuno”, analisa Antonio Carlos Nardi, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A Política reconhece o câncer como doença prevenível e ainda a necessidade de oferta de cuidado integral do paciente. Para enfrentar o desafio, organiza-se por meio de sete eixos fundamentais: (1) promoção da saúde; (2) prevenção do câncer; (3) vigilância, informação, monitoramento e avaliação; (4) cuidado



integral; (5) ciência e tecnologia; (6) educação; e (7) comunicação em saúde. Entre suas diretrizes, estabelece que a organização das redes deve ocorrer de forma regionalizada e descentralizada, respeitando critérios de acesso, escala e escopo. Determina ainda que a incorporação e o uso de tecnologias devem ser resultado de recomendações formuladas por órgãos governamentais, a partir de processos de avaliação econômica e de tecnologias em saúde.

Dentro das atribuições comuns a todas as esferas de gestão destaca-se a de garantir que todos os estabelecimentos que prestam atendimento oncológico tenham estrutura adequada para oferecer o cuidado necessário. Os três entes federados também devem garantir o financiamento tripartite de acordo com seus encargos; adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria; estabelecer o acolhimento e a humanização da atenção com base em um modelo centrado no usuário; estabelecer parcerias

com instituições internacionais, governamentais, não governamentais e do setor privado para fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com câncer; e estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução da política.

Às secretarias municipais cabe analisar dados relativos às ações de prevenção e de serviços prestados e utilizá-los de forma a qualificar a atenção das pessoas com câncer. Destacam-se ainda a necessidade de pactuar as linhas de cuidado na região de saúde e a regulação e o fluxo de usuários para garantia da referência e da contrarreferência regionais. Com exceção das responsabilidades relacionadas à atenção básica, que cabe integralmente aos municípios, as demais irão variar de acordo com a estrutura de serviços disponíveis em cada local. “Se todos fizerem sua parte, cidadãos, governo federal e governos estaduais, com certeza os municípios darão conta de suas obrigações. Para isso, o mais importante é o apoio técnico e financeiro das secretarias estaduais e por parte do Ministério”, afirma Nardi.

Já as secretarias estaduais devem criar estratégias de articulação com a gestão municipal com vistas ao desenvolvimento de planos regionais, coordenar a organização e a implantação desses planos, além de supervisionar o apoio aos municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos. “A realidade das secretarias estaduais de saúde é muito diversa. Algumas contam com

“Se todos fizerem sua parte, cidadãos, governo federal e governos estaduais, com certeza os municípios darão conta de suas obrigações”

ANTONIO CARLOS NARDI, presidente do Conasems

mais possibilidades, e outras, com menos, como a Região Norte, onde encontramos estados com déficit em diagnóstico e tratamento. Será necessária pactuação com outros estados ou regiões para acesso a serviços”, afirma Wilson Alecrim, presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

ATENÇÃO BÁSICA É ENVOLVIDA DE MANEIRA INCISIVA

Ao Ministério da Saúde cabe definir normas gerais para a organização de linhas de cuidado, elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, fazer avaliação de tecnologias em saúde, efetuar a habilitação dos estabelecimentos e estabelecer diretrizes e recomendações para a prevenção e o controle do câncer. O MS deve também prestar apoio institucional aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente. “Já estamos fazendo visitas técnicas aos estados, e, nesse primeiro momento, priorizamos as regiões Norte e Nordeste onde também nos reunimos com algumas secretarias municipais das capitais. Vamos continuar esse trabalho e oferecer suporte também aos estados das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste”, revela Patrícia Chueiri.

A Política estipula o papel de cada nível de atenção, e, de acordo com as novas diretrizes, a atenção básica é envolvida de maneira incisiva no controle de câncer. “Por meio das ações de promoção, prevenção e rastreamento, o nível primário assume um papel de coordenador e ordenador do cuidado de acordo com os novos arranjos do SUS”, comenta Beatriz Kneipp. Com isso, espera-se alcançar uma melhor organização do sistema e das linhas de cuidado e enfrentar desafios de qualificar os programas de rastreamento e diagnosticar mais precocemente os





tumores, diminuindo as taxas de mortalidade. “Como o financiamento para o tratamento do câncer, conforme pactuação vigente, é do Ministério da Saúde, é preciso que haja recursos orçamentários e financeiros federais, de forma a garantir a entrada de novos pacientes nos serviços do SUS, à medida que são feitos os diagnósticos”, destaca Alecrim.

“O maior desafio posto no momento é tornar realidade as ambições presentes no novo documento, que é um elemento muito importante em termos

de normatização e vai ajudar no processo de definição dos próximos passos”, diz Magnus Lindelow, coordenador de Operações Setoriais do Banco Mundial no Brasil. O Banco tem trabalhado com alguns estados brasileiros e mantém diálogo com o MS no intuito de estabelecer parcerias na área de controle de câncer. “Existem desafios em termos de prevenção, detecção precoce e tratamento, mas a nova política e a lei que assegura o início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico mostram que o governo brasileiro está altamente empenhado. O Banco está disposto a colaborar e facilitar a união com outros parceiros internacionais como a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico, OCDE”, afirma Magnus.

Para enfrentar tais desafios, o MS tem implementado uma série de ações para aumentar a oferta de tratamentos de atenção oncológica. Há investimentos para ampliação do serviço de radioterapia, aumento de cirurgias oncológicas, mudanças na forma de aquisição de medicamentos e para formação e capacitação de profissionais. Além disso, o MS criou o Sistema de Informação do Câncer (Siscan). Além de integrar os sistemas de informação para alguns tipos de câncer anteriormente usados, o Siscan registrará todos os casos de câncer diagnosticados e tratados dentro do SUS, fornecendo para os gestores de saúde informações de suma importância para o planejamento das ações. “O SUS está se reorganizando para oferecer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para o câncer”, considera Patrícia. ■



comemoração

Cemo completa 30 anos

Referência em transplante de células-tronco hematopoéticas, o Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo) do INCA completou 30 anos em junho. Em três décadas, a unidade realizou 1.700 transplantes e é responsável pelo País ter o terceiro maior registro de doadores voluntários do mundo com mais de 3 milhões de cadastrados. O aumento exponencial do número de cadastrados no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome), nos últimos anos, fez as chances de encontrar um doador compatível passarem de 10% (2003) para 70% (2012). A comemoração contou com a realização do 6º Encontro do Redome e da 11ª Jornada de Atualização em Transplante de Células-Tronco, homenagens e o lançamento do livro *Tópicos em transplantes de células-tronco hematopoéticas*.

Foram homenageados alguns importantes colaboradores que ao longo dessas três décadas contribuíram para a estruturação e o serviço de excelência prestado pelo CEMO, como a médica fundadora Mary Flowers. A primeira paciente transplantada no Centro, Vera Lúcia Brito, recebeu placa comemorativa.

Mary Flowers não pôde comparecer devido a compromissos no exterior, mas gravou um vídeo especialmente para a ocasião. Nele contou como foi a criação da unidade, as dificuldades e o reconhecimento alcançado. “Em 1984, E.D. Thomas, prêmio Nobel de Medicina e nosso mentor, visitou o Cemo para avaliar a nossa infraestrutura e demonstrou sua aprovação e confiança”, declarou.

Atualmente o Cemo atende pacientes de todas as regiões do Brasil no âmbito do SUS e também cabe ao centro, por determinação do Ministério da Saúde, a sede e o gerenciamento técnico do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) e

da Rede BrasilCord, que reúne Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário. “Temos um crescimento anual de 30% na viabilização de transplantes com doadores não aparentados”, festeja o diretor do Cemo, Luis Fernando Bouzas.

Para o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, “o Cemo é um exemplo inovador”. “Precisamos ressaltar os elementos fundadores do INCA, um deles é a inovação”, destacou.

O livro *Tópicos em transplantes de células-tronco hematopoéticas* teve como coordenadora





de elaboração a pesquisadora Eliana Abdelhay, responsável pelo Laboratório de Imunogenética. Trata-se de uma coletânea de teses defendidas por alunos, médicos e pesquisadores do Instituto. Assinam os capítulos Luis Fernando Bouzas, Daniela de Oliveira Pinto, Maria Cláudia Rodrigues, Simone Maradei, Marta Collares, Rita de Cássia Tavares e Elias Hallack Atta.

O Encontro do Redome promoveu mais um contato entre paciente e doador. Fernando Silva, de 5 anos, teve a oportunidade de conhecer Marcelino Luis de Lima, que em 2010 doou sua medula para o menino. “Ele me deu sangue bom”, disse Fernando. Para Marcelino, a emoção foi grande e o momento ficará guardado. “A maior gratificação é ver que o Fernando é uma criança ativa.”

Vanessa Barro Canal completa 18 anos daqui a alguns meses e fez o transplante em 2004, sendo a primeira paciente a utilizar uma unidade de sangue de cordão da Rede BrasilCord. “Fui homenageada por pessoas que merecem grande agradecimento por lutarem conosco contra a doença. A cura é possível e espero ser um incentivo a todos os que precisam do transplante”, destacou.

Também foram homenageados o grupo Exército Maravilha, pelo trabalho nas redes sociais de incentivo à doação; a equipe de produção do TV Xuxa; a equipe do Banco de Cordão de Ribeirão Preto; o Centro de Transplante do Natal Hospital Center; os hemocentros de Minas Gerais e do Ceará; a médica Noemi Farah Pereira, pelos serviços prestados ao Redome e à imunogenética brasileira; e a ONG Amigos do Transplante de Medula Óssea (Atmo).

Já o objetivo principal da jornada foi integrar profissionais de todo o País envolvidos com o trans-

plante de medula óssea para discutir melhorias para a área, além de uniformizar condutas e procedimentos. A partir dessas discussões elaborar-se-ão propostas que serão encaminhadas ao Sistema Nacional de Transplante (SNT). Participaram 200 profissionais de laboratórios, hemocentros, bancos públicos de sangue de cordão umbilical e centros de transplante não aparentado.

REDE DE MAPEAMENTO GENÉTICO

Na ocasião, foi lançada a Rede HLA, um banco de mapeamento genético dos 3 milhões de doadores voluntários do Redome. “Essa rede trará dois grandes benefícios: direcionar campanhas para captação de doadores em regiões com características genéticas pouco representadas no cadastro e servir para o desenvolvimento de pesquisas e novos tratamentos, indo muito além da assistência oncológica”, avaliou o diretor do Cemo.

O projeto de criação do Cemo, iniciado em 1982, teve suporte da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) e do extinto Inamps e foi concretizado em junho de 1983. Reconhecido como referência pelo Ministério da Saúde, recebeu a missão de gerenciar o Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea (Redome) e o primeiro Banco Público de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) que, como modelo, inspirou, em 2004, a criação da Rede BrasilCord de Bancos dessa modalidade. Treinando profissionais de várias áreas e com intensa atuação em pesquisa, a equipe do Cemo contribui para o desenvolvimento da técnica no Brasil, assim como a regulamentação dessas atividades. ■

notas

BRASIL INTEGRA AGÊNCIA INTERNACIONAL

O Brasil passou a integrar a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc), da Organização Mundial da Saúde. “O Brasil tem colocado a luta contra o câncer na vanguarda de sua política pública de saúde e tem um papel estratégico a desempenhar em sua região”, disse Christopher Wild, diretor da Iarc na reunião anual do Conselho de Administração da Agência.

Uma colaboração mais estreita com a Iarc vai ajudar o desenvolvimento de vários projetos nas áreas de registro de câncer, epidemiologia, rastreamento e pesquisa.

International Agency for Research on Cancer



ATENDIMENTO ONCOLÓGICO É AMPLIADO EM RECIFE

Recife ganhou em maio o novo Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip). Com a ampliação, o serviço terá capacidade para atender mais de 36 mil pacientes ao ano, além de realizar 2 mil mamografias, 800 consultas, 800 ultrassonografias e 400 biópsias por mês. Desde o ano passado, o Centro vem investindo na ampliação do acesso. Em dezembro, o serviço criou o terceiro turno para aumentar a capacidade de atendimentos de quimioterapia e radioterapia. Por turno, são atendidos cerca de 80 pacientes.

ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS – 4ª GERAÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) instituiu, em junho, por meio da Portaria nº 1.006, grupo de trabalho para avaliar o terceiro grupo de advertências sanitárias utilizadas nos produtos derivados do tabaco e elaborar o quarto grupo de advertências.

Vão participar do grupo de trabalho representantes do Ministério da Saúde, INCA, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), e da própria Anvisa. O prazo para a conclusão dos trabalhos do grupo será de 24 meses, podendo ser prorrogado, se necessário.



RECONSTRUÇÃO IMEDIATA DAS MAMAS

A lei que determina a cirurgia imediata de reconstrução mamária, nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff em abril. A Lei 12.802 altera a Lei 9.797, de 1999, e determina que, quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico.

No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas.

PLANOS VÃO OFERECER REMÉDIOS ORAIS CONTRA CÂNCER

Mais de 30 medicamentos orais usados em casa contra o câncer passarão a ser oferecidos pelos planos de saúde a partir de janeiro. Atualmente, os planos só são obrigados a pagar o tratamento em ambulatórios. Os pacientes terão acesso em casa a 36 medicamentos com 54 indicações contra vários tipos de câncer, entre eles os de próstata, mama, cólon e reto, leucemia, linfoma, pulmão, rim, estômago e pele.



13ª EXPOEPI PREMIA PROFISSIONAIS E SERVIÇOS EM SAÚDE

Estão abertas até 19 de julho as inscrições para a 13ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (13ª Expoepi). O evento, marcado para outubro, em Brasília, visa a difundir temas importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e premiar profissionais e serviços que se destacaram por desenvolver ações de vigilância relevantes para a saúde pública.

As inscrições abrangem três modalidades: experiências do SUS – municipais, estaduais e federais –, trabalhos técnico-científicos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) na área de saúde coletiva ou afins, e movimentos de intervenção social. Os prêmios variam de R\$ 5 mil (movimentos sociais) a R\$ 50 mil (experiências do SUS).

O edital com o regulamento do processo de seleção está disponível na página da Secretaria de Vigilância em Saúde, no portal do Ministério da Saúde.



PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS TÊM NOVAS REGRAS

Estudos científicos envolvendo seres humanos vão ter que cumprir novas regras. Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) define, pela primeira vez, os direitos dos voluntários e possibilita-lhes pagamento de recompensa, antes proibido. A norma fixa prazo de 60 dias para acelerar a análise ética dos estudos, mais 20 dias para reanálise, se o pesquisador modificar o projeto original, e prioriza estudos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os direitos previstos, destacam-se a privacidade de seus dados, o ressarcimento de gastos, como transporte e alimentação, e a possibilidade de abandonar a pesquisa no momento em que quiser. A resolução ainda garante a indenização e assistência à saúde durante e após a pesquisa, no caso de o participante apresentar efeitos colaterais.

Outro avanço é o estabelecimento de classificação de riscos a cada metodologia de pesquisa, o que faz estudos menos invasivos terem análise mais rápida.

Modelo de cooperação regional

A criação de redes para cooperação técnica é iniciativa comum no campo da saúde pública. Entretanto, a manutenção dessas redes por meio do estabelecimento de instrumentos de gestão e governança é complicada, e muitas vezes tais iniciativas acabam não sendo efetivamente implementadas. Com o intuito de fortalecer o trabalho cooperativo para o controle do câncer na América Latina e no Caribe, membros do Colegiado de Gestão da Rede de Institutos Nacionais de Câncer (RINC) aprovaram, em março, proposta de regulamento interno que será submetida à aprovação do Conselho da Saúde Sul-Americano, órgão da União de Nações Sul-Americanas, Unasul, que reúne ministros da área de saúde dos estados-membros. No mesmo encontro foram planejadas estratégias de atuação até 2014.

A RINC tem como finalidade promover a articulação e a cooperação entre instituições públicas, de âmbito nacional, com responsabilidade de desenvolver e executar as políticas e os programas de controle de câncer nos países participantes. Seu regulamento interno define seus objetivos, direitos, deveres e sua estrutura. A Rede se organiza por meio de um Colegiado de Gestão, que funciona como órgão deliberativo, de uma Secretaria Executiva, responsável por apoio técnico e administrativo, e por Grupos Operativos (GO), que reúnem especialistas e técnicos que desenvolvem e executam programas de cooperação. “O regulamento é uma importante ferramenta de apoio para o

funcionamento da Rede. Ele deve estabelecer um modelo de governança conciso, sem muitas exigências burocráticas”, destacou Luiz Antonio Santini, diretor-geral do INCA e atual coordenador da RINC.

O modelo de cooperação proposto para a RINC é bastante maleável e se dá por meio de condução solidária e compartilhada das ações. “Estamos fazendo a construção dessa Rede a partir de uma visão da necessidade de cooperação. A RINC não deve exigir nada dos governos dos países que a integram; apenas sugerir caminhos a serem seguidos. Não acredito que ela deva se estruturar como uma nova instituição, mas se fortalecer como mecanismo de articulação de parcerias”, afirma Santini. Para que isso seja possível, o modelo de trabalho estruturado por meio de GOs acontece de maneira espontânea e voluntária, sem que sejam determinadas obrigações; apenas por meio do apontamento de diretrizes a partir das experiências dos países da região.

Um dos GOs que mais se desenvolveram desde a criação da Rede foi o de Biobancos. A Rede de Biobancos da América Latina e do Caribe (Reblac), conta hoje com 13 países. Durante 2012 foram realizadas visitas técnicas ao Paraguai e ao Chile, treinamentos e capacitação para especialistas no Peru e na Venezuela e inaugurado o biobanco da Universidade do Chile, oficialmente incorporado à Reblac. Bolívia recentemente também entrou na Rede com a adesão do Instituto Boliviano de Santa Cruz de la Sierra.



“A criação de biobancos é de extrema importância para o avanço das pesquisas oncológicas na região. Eles são essenciais para melhoria nos processos de tratamento do câncer dos pacientes desses países”, considera Gustavo Stefanoff, pesquisador do INCA e coordenador do grupo.

Outro GO com trabalho avançado é o de Controle do Câncer do Colo do Útero. O Grupo vem se desenvolvendo desde 2012 e tem como objetivo estabelecer um cronograma de projetos prioritários para alcançar redução na incidência e na mortalidade por esse tipo de câncer na região, estabelecer um fórum para intercâmbio e parceria com agências internacionais de desenvolvimento e coordenação de atividades que melhorem o impacto das intervenções na região e estabelecer uma plataforma para o intercâmbio Sul-Sul para o uso das experiências e conhecimentos de cada um dos países. “Já existia historicamente uma entre os países no que se refere ao controle do câncer do colo do útero. Tal fato contribuiu para avanço rápido das atividades do Grupo”, destaca Silvana Arrosi, médica do Instituto Nacional de Câncer da Argentina e coordenadora do Grupo. O Grupo

desenvolveu um plano de trabalho com linhas de ação prioritárias e objetivos estabelecido em agosto de 2012 por meio da Iniciativa Buenos Aires.

Já os GOs para Controle do Câncer de Mama e de Registros de Câncer não avançaram muito desde a criação da RINC. Maria Viniegra, médica do INC-Argentina, colocou-se à disposição para coordenar o primeiro. “Acredito que o controle da qualidade da mamografia, a avaliação clínica das mamas, o tratamento do câncer de mama avançado, os fatores de risco e a disponibilidade e o acesso ao tratamento oncológico são temas prioritários para cooperação por meio do Grupo”, destaca. O Colegiado de Gestão da RINC deu seu apoio para o desenvolvimento do Grupo, e os países interessados se comprometeram a impulsionar a iniciativa.

Outro tema que precisa ser mais discutido para a real sustentabilidade da Rede é seu financiamento. “Acredito que o maior desafio para o desenvolvimento da RINC é seu financiamento incerto. Até o momento, temos dependido prioritariamente dos recursos provenientes do Brasil”, afirma Roberto Pradier, diretor-geral do INC-Argentina e membro do Colegiado de Gestão da RINC. Em março, durante reunião da presidência *pro-tempore* do Conselho Sul-Americano de Saúde, foi solicitada a criação de um mecanismo para lidar com a relação com terceiros quanto ao financiamento externo, considerando as especificidades de trabalho e composição, com

Walter Zoss, secretário-executivo da RINC, apresenta resultados do GO de biobancos





Membros do Colegiado de Gestão e integrantes da Rede de Institutos Nacionais de Câncer em reunião anual no Rio, em março

o objetivo de melhorar o trabalho dos grupos e das redes, dos quais a RINC faz parte.

Para Graciela Sabini, diretora do Programa Nacional de Controle do Câncer do Uruguai e também membro do Colegiado da RINC, falta à Rede, neste momento, buscar reconhecimento por parte dos governos dos países integrantes. “Embora o tema esteja na agenda governamental, ainda não foi incluído como política pública”, opina. Gabriela acredita que os maiores obstáculos para o avanço do controle do câncer na América Latina e no Caribe estão relacionados às dificuldades de organização da saúde pública de forma homogênea no que se refere a programas de prevenção. “Deve-se notar também que, na maioria dos países, não existem bons Registros de Câncer. Outro problema é a deficiência

“Precisamos continuar e expandir o trabalho, buscando outras áreas em que o esforço mútuo possa ser mais efetivo”

ROBERTO PRADIER, diretor-geral do INC-Argentina

de cobertura de saúde, à qual devem ser adicionados os problemas atuais como acesso à medicina de alto custo”, afirma.

Entretanto, a RINC representa uma grande oportunidade para que os países possam fortalecer suas políticas nacionais de controle de câncer por meio da troca de experiências. “Acredito que já avançamos muito no conhecimento da real situação do controle do câncer na região e no trabalho na área de biobancos e controle do câncer do colo do útero. Precisamos agora continuar e expandir o trabalho, buscando outras áreas em que o esforço mútuo possa ser mais efetivo”, considera Pradier. O diretor aponta radioterapia, proteção radiológica, vírus e bactérias oncogênicas, diagnóstico citológico, cuidados paliativos e opioides como algumas das possíveis áreas de colaboração futura entre os participantes da RINC.

Ficou programado para novembro, durante o 5º Congresso Internacional de Controle do Câncer, a ser realizado em Lima, no Peru, o próximo encontro dos membros do Colegiado de Gestão da RINC. “Acredito que será uma grande oportunidade para os países integrantes da Rede se fortalecerem como região no que se refere ao controle do câncer”, sinaliza Tatiana Rojas, diretora-geral do Instituto Nacional de Doenças Neoplásicas do Peru. Na ocasião, a própria experiência de desenvolvimento da RINC, na qualidade de plataforma geopolítica de cooperação, deve ser apresentada como modelo para outras regiões do mundo. ■

educação

PROGRAMA FEDERAL CIÊNCIA SEM FRONTEIRAS JÁ OFERTOU MAIS DE 20 MIL BOLSAS PARA JOVENS ESTUDAREM NO EXTERIOR

Investindo em novos talentos

A aluna do curso de Biomedicina da Fundação Mineira de Educação e Cultura (Fumec) Marcella Dias Brescia integra o grupo de milhares de estudantes que já usufruíram do programa Ciência sem Fronteiras, do Governo Federal. Ela foi bolsista de graduação sanduíche, em 2012, e fez seu treinamento em Oxford (Inglaterra) no laboratório da pesquisadora italiana Manuela Zaccolo. Zaccolo trabalha na área de Biologia Celular e é uma das maiores referências mundiais na técnica Fret (Fluorescence Resonance Energy Transfer), usada para medir as interações entre duas proteínas em tempo real.

Marcella, que termina a graduação no final deste ano, acaba de ser aprovada em processo seletivo para uma bolsa de doutorado pleno pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e já tem o aceite da Universidade de Oxford, na Inglaterra. Andréia Laura Prates Rodrigues, doutora em Bioquímica e orientadora da estudante, revela que, em seu doutorado, Marcella deverá desenvolver um trabalho na mesma linha de Zaccolo, com a possibilidade de a pesquisa ser na área de câncer de mama.

Outra aluna de Biomedicina participante do programa é a carioca Giana Montagner Pereira, que cursa o último ano na Universidade Federal do Rio de Janeiro

(UFRJ). Em agosto de 2012, ela foi para Indianápolis (estado de Indiana, nos Estados Unidos). Começou estudando na Universidade de Indianápolis, mas acabou se transferindo para a Indiana University-Purdue University. A mudança, segundo Giana, foi resultado de seu interesse em pesquisa. “No intervalo das aulas comecei a ajudar professoras que desenvolviam um projeto sobre plantas, e uma delas, notando meu interesse em pesquisa, principalmente na área da oncologia, sugeriu que eu fosse para a Purdue, que possui vários laboratórios de pesquisa em câncer. Fui transferida e imediatamente comecei a trabalhar com o dr. Harikrishna Nakshatri, conhecido por seus estudos em oncologia”, comenta.



Até maio, Giana desenvolveu estudos sobre a AKT – proteína que desempenha papel fundamental em diversos processos celulares, como o metabolismo da glicose e a proliferação e a migração celular. Em junho a aluna iniciou estágio de verão, que vai até princípios de agosto, trabalhando na área de Medicina Translacional.

“Estou pesquisando biomarcadores para diagnóstico e prognóstico de pacientes com doença do enxerto contra hospedeiro, que pode surgir em pacientes submetidos a transplante de medula óssea. A mais eficiente terapia para certas neoplasias, como leucemia e mieloma múltiplo, é o transplante. Porém, ainda não há um exame para determinar o risco da doença em pacientes submetidos à terapia. E o laboratório onde faço estágio pesquisa isso. Estou muito animada”, comenta.

Com relação à experiência de morar fora enquanto estuda, Giana revela que tudo está muito além do que esperava. Ela diz que os americanos têm sido muito solícitos, sempre prontos a ajudar. Como exemplo, ela cita que teve sua casa decorada – de graça – por uma americana que gosta de decoração e resolveu melhorar a moradia dos estudantes

estrangeiros, para que eles se sintam mais em “casa”. “Ela ainda me deu objetos decorativos, como espelhos e abajures. Uma professora está me ensinando jardinagem, e outra americana costuma me levar para visitar museus e outros pontos culturais da cidade. Ah, também há uma que me leva para as compras no supermercado”, enumera.

OPORTUNIDADES PARA APRENDER EM 20 PAÍSES

O programa Ciência sem Fronteiras está com diversos processos seletivos abertos para alunos brasileiros de graduação e pós-graduação que queiram estudar em instituições no exterior com bolsas. Entre as áreas contempladas estão Biologia e Ciências Biomédicas e da Saúde. Criado há menos de dois anos pelo Governo Federal, o programa já concedeu 22,6 mil bolsas. A meta é chegar a 101 mil bolsistas até 2015, sendo 75 mil oferecidas pelo Governo e as demais com recursos de empresas e instituições da iniciativa privada parceiras. A iniciativa é levada à frente em conjunto pelos ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e da Educação (MEC), por meio de suas respectivas instituições de fomento – CNPq e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – e secretarias de Ensino Superior e de Ensino Tecnológico do MEC, com o objetivo de promover o desenvolvimento tecnológico e científico nacional por meio do intercâmbio de estudantes e pesquisadores de instituições estrangeiras de alto nível. As áreas prioritárias para a concessão de bolsas são as relacionadas às ciências exatas e biológicas.

Os valores das bolsas e aqueles pagos como ajuda de custo (auxílio instalação, seguro-saúde, material didático e deslocamento) variam de acordo com o nível de ensino e o país de destino. A bolsa de pós-doutorado nos Estados Unidos, por exemplo, é de 2.100 dólares. Para países da Europa onde a moeda é o euro, a bolsa é de 2.100 euros e, para o Reino Unido (Inglaterra, País de Gales, Irlanda do Norte e Escócia), 1.700 libras. As modalidades oferecidas são: doutorado-sanduíche (24.600 bolsas); doutorado pleno (9.790); pós-doutorado (11.560); graduação-sanduíche (27.100); e treinamento de especialista no exterior em empresa (700). Os critérios para seleção diferem de edital para edital, mas têm pontos em comum.

Para candidatos de graduação, é preciso ter obtido, no mínimo, 600 pontos no Exame Nacional do



Marcella (D) e sua orientadora, Andréia Laura



Giana recebe instruções do pesquisador Harikrishna Nakshatri, em Indiana (EUA)

Ensino Médio, o Enem, bom desempenho acadêmico, estar regularmente matriculado em cursos relacionados às áreas prioritárias do Ciência sem Fronteiras em instituições nacionais de ensino superior, públicas ou privadas, e já terem cursado 20% do currículo previsto. Prêmios em olimpíadas escolares e participação em projetos de iniciação científica também contam pontos. Outra exigência importante e que vale

As modalidades oferecidas são: doutorado-sanduíche; doutorado pleno; pós-doutorado; graduação-sanduíche; e treinamento de especialista no exterior em empresa

para todos os programas: os candidatos precisam ser aprovados no exame de proficiência no idioma falado no país em que pretende estudar.

Para pedir uma bolsa de doutorado ou pós-doutorado, o interessado deve primeiro obter o aceite da instituição estrangeira desejada. Para isso, ele pode entrar em contato diretamente com a instituição ou buscar a vaga por meio dos parceiros do Ciência sem Fronteiras no país onde quer estudar. Hoje, o programa tem convênio de intercâmbio com instituições de 20 países. Segundo o CNPq, o programa prioriza as que estão entre as mais bem conceituadas em cada grande área do conhecimento, seguindo os principais rankings internacionais, como o Times High Education e o QS World University. Entre as universidades com possibilidade de bolsa estão Harvard (EUA), Manchester e Oxford (Inglaterra), Milão (Itália) e New South Wales (Austrália).

Todas as informações sobre a concessão de bolsas, as chamadas para inscrições, valores pagos aos bolsistas etc. podem ser obtidas no site do programa na internet (<http://www.cienciasemfronteiras.gov.br>) ■

artigo

SILVIO ALENCAR MARQUES*, MARIÂNGELA ESTHER ALENCAR MARQUES**
E ANA CLÁUDIA CAVALCANTE ESPÓSITO***

Sinais de alerta nas lesões melanocíticas



Melanoma é o mais agressivo câncer de pele e, frequentemente, mostra rápida velocidade de crescimento e disseminação metastática. Por ter origem a partir dos melanócitos, fazem parte de um grande grupo conhecido por “lesões melanocíticas”.

Com base em suas características clínicas e histológicas, podem ser subdivididos em quatro classes principais: melanoma nodular, lentigo maligno melanoma, melanoma acral e extensivo superficial. O extensivo superficial é, em tese, o com melhor prognóstico, pois tende a crescer por mais tempo na horizontal, com invasão de tecido tardia. O lentigo maligno melanoma ocorre em pacientes de terceira idade com pele clara e em áreas expostas ao sol; apresenta crescimento horizontal por longo período antes de invadir o tecido. O melanoma acral geralmente se localiza nas palmas das mãos, plantas dos pés e sob as unhas; é mais prevalente em negros, pardos e orientais. Já o melanoma nodular tende a ter pior prognóstico, pois invade rapidamente os tecidos mais profundos e provoca metástases precocemente.

Até o momento, o nível de Breslow – tamanho, em milímetros, da invasão vertical do tumor – é considerado o mais importante fator prognóstico para melanomas. Quanto menor o nível de Breslow espera-se melhor prognóstico. Porém, é relatado que pacientes com tumores espessos podem ter sobrevida maior que o esperado e que tumores finos podem evoluir com crescimento agressivo e tendência à metástase. Portanto, especula-se que marcadores de expressão

tumoral, pró-apoptose e antiapoptose, possam ser indicadores de agressividade e, conseqüentemente, de prognóstico.

Pesquisadores da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/Unesp) desenvolveram o projeto Lesões melanocíticas benignas e malignas: estudo de marcadores imunoistoquímicos de progressão tumoral a fim de estudar a expressão clínica e de dados demográficos dos pacientes com diferentes subtipos de lesões melanocíticas. Na segunda fase, estudaram a expressão de proteínas de identificação de melanócitos – pró e antiapoptose – em diferentes tipos de lesões melanocíticas. O engenheiro Felipe Kesrouani Lemos ficou responsável pela análise estatística dos dados.

O ESTUDO

Foram estudados prontuários de pacientes com diagnóstico de melanoma e que tiveram a lesão excisada entre 2000 e 2010. Foram 195 casos, sendo 96 (49,23%) em homens, 98 em mulheres (50,25%) e um em que o prontuário não especificava o sexo. Não é possível afirmar que há diferença estatística significativa entre o acometimento de homens e mulheres nesse estudo ($p > 0,05$). Entre os subtipos, nota-se a franca prevalência do extensivo superficial (47%), havendo diferença estatística significativa em relação a qualquer dos outros três subtipos em um nível de significância de 0,01.

A média de idade de ocorrência de melanoma foi de 60,7 anos, com desvio padrão de 18,6 anos. A média etária dos pacientes ao diagnóstico foi maior

* Prof. adjunto do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp

** Profª adjunta do Departamento de Patologia da FMB/Unesp

*** Médica-residente de Dermatologia do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da FMB/Unesp

do que a apresentada pela literatura clássica, o que pode sugerir diagnóstico mais tardio e, em consequência, pior curso clínico. O menor tempo de evolução da lesão foi de um mês, e o maior, 15 anos, sendo a média de 4,04 anos. Quanto ao índice de Breslow, 56,41% tiveram índice considerado não fino (mais que 0,75mm de invasão). O longo tempo entre o aparecimento da lesão e o diagnóstico (refletindo-se em nível de invasão maior) se relaciona a um pior prognóstico. Do ponto de vista social, alerta-nos para as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e, em muitos casos, ao desconhecimento de médicos não dermatologistas sobre as características clínicas de lesões suspeitas de melanoma.

Na segunda parte do trabalho, lâminas com lesões melanocíticas benignas e malignas foram imunomarcadas com os anticorpos anti-p53, anti-BCL-2, anti-KI67 e anti-HMB-45.

A proteína BCL-2 tem papel importante na apoptose. Quando está mutada nos cânceres, ocorre acúmulo de células neoplásicas, que têm maior tempo de vida e maior taxa de divisão. O gene p53 é considerado guardião do genoma e é o alvo mais comum para alterações genéticas nos tumores. Quando sofre mutação, deixa de executar seu papel, havendo acúmulo de células geneticamente modificadas. HMB (Human Melanoma Black) se liga a uma proteína presente em melanócitos imaturos; logo, provém uma marcação positiva em células de melanoma. Por fim, o KI-67 é um anticorpo que faz marcação de células em proliferação.

Para diminuir o risco de viés, cada lâmina foi avaliada pelos três pesquisadores. Em consonância com o esperado, houve maior imunomarcagem de KI-67 e HMB-45 nos melanomas do que nas lesões benignas.

Em relação ao BCL-2, esperava-se que, nos melanomas, houvesse imunomarcagem expressivamente elevada, já que são lesões com alto índice de proliferação. Porém, não foi isso o observado. Além disso, BCL-2 foi mais marcado nos melanomas extensivos superficiais. Esperava-se uma marcação muito mais importante no melanoma nodular.

Ainda não há explicação definitiva para o paradoxo da BCL-2, porém uma hipótese é que existam outras proteínas antiapoptose na família da BCL-2 que também desempenhem papel de “imortalizar” células modificadas geneticamente. Assim, essas outras proteínas poderiam estar superexpressas no melanoma, em vez da própria BCL-2.

DESDOBRAMENTOS

Chama a atenção que, apesar de um painel de imunomarcadores tão amplo, ainda não se consiga fazer o diagnóstico de melanoma apenas por essas

técnicas. Os imunomarcadores são ferramentas que muito auxiliam no diagnóstico, especialmente em casos duvidosos, porém o diagnóstico definitivo ainda é baseado na expertise de clínicos e patologistas.

Segundo a lógica do sistema de saúde, pacientes com lesões melanocíticas são, em grande parte, examinados antes por um médico não dermatologista. Logo, é fundamental que esses profissionais tenham, durante sua formação médica e em cursos de atualização, capacitação para reconhecer os sinais de alerta nas lesões melanocíticas. Uma forma fácil e mnemônica de avaliação é conhecida como ABCDE, em que A se refere à assimetria da lesão (lesões benignas geralmente são simétricas); B, às bordas (lesões benignas, em geral, têm limites regulares); C, à cor (lesões benignas costumam ter cor homogênea); D, ao diâmetro (maior que 6 milímetros é sugestivo de malignidade); e E, à evolução (alteração no padrão de lesões pré-existentes sugere malignidade).

Os resultados do estudo foram apresentados na Reunião Anual dos Dermatologistas LatinoAmericanos (31ª Radla), em abril de 2013, no Uruguai, e está em fase de preparação para publicação, em forma de artigo. ■

REFERÊNCIAS

1. Miller AJ, Mihm MC. *Melanoma*. N Engl J Med. 2006; 355: 51-65.
2. Reed RJ. *Acral lentiginous melanoma, Vol. 1*. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1976.
3. Slingluff CL, Vollmer R, Reintgen DS et al. *Lethal “thin” malignant melanoma*. Ann Surg. 1988; 208: 150-61.
4. Garbe C, Leiter U. *Melanoma epidemiology and trends*. Clinics in Dermatology (2009) 27, 3-9.
5. Crocetti E, Caldarella A, Chiarugi A et al. Does in situ melanoma really come before invasive melanoma? Descriptive epidemiology questions this relationship.
6. *Campanha de prevenção ao Câncer de Pele*. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em <http://www.sbd.org.br/campanha/cancer/default.aspx>, acessado em 20 de julho de 2011.
7. U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for skin cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement*. Ann Intern Med. 2009; 150(3):188-193.
8. *NIH Consensus conference*. Diagnosis and treatment of early melanoma. JAMA 1992; 268(10):1314-9.
9. VERONESE LA, et al. *Crítérios histopatológicos para diagnóstico de melanoma maligno cutâneo: análise comparativa de sua frequência em lesões benignas e melanomas de pequena espessura (< 2 mm)*. J Bras Patol Med Lab, v. 43, n. 5, p. 363-368, outubro 2007.
10. *Festa Neto C. Melanoma*. Boletim informativo do GBM, ano V, número 20, janeiro, fevereiro e março de 2003.
11. Cotran S., Kumar V., Robbins S.L.: *In Robbins Pathologie basis of disease, 5ª ed., W.B. Saunders Company, United States, 1994*.
12. Jung JE. *Expressão dos genes BRAF e c-KIT e sua correlação com fatores prognósticos em melanomas cutâneos*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

personagem

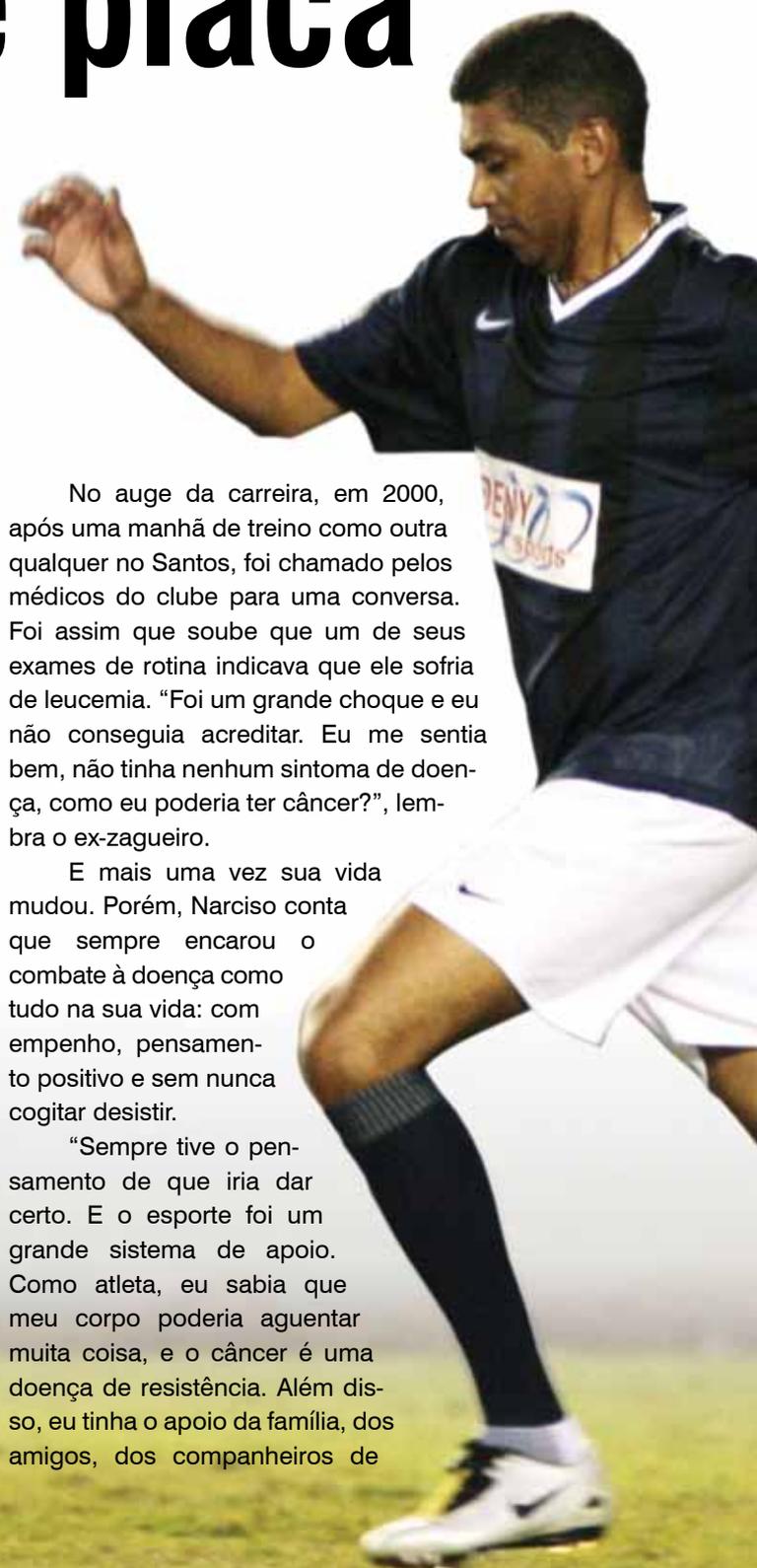
O EX-ZAGUEIRO NARCISO DRIBLA PROGNÓSTICOS NEGATIVOS E CONTA COMO SOBREVIVEU A UMA LEUCEMIA

Um gol de placa

Guerreiro. Assim ficou conhecido Narciso dos Santos, 38 anos, ex-jogador de futebol e o primeiro caso de que se teve notícia de um atleta que conseguiu voltar a atuar profissionalmente depois de se curar de um câncer. O atual técnico de futebol, no momento sem trabalho, foi diagnosticado aos 25 anos com leucemia mieloide crônica, um desequilíbrio dos glóbulos sanguíneos responsáveis pela defesa do corpo contra agentes externos causado pela proliferação descontrolada das células da medula óssea. Ele se submeteu a um transplante de medula óssea e voltou aos campos defendendo o Santos três anos após receber o diagnóstico.

Narciso nasceu na pequena cidade de Neópolis, interior de Sergipe. Membro de uma família humilde de seis irmãos, perdeu o pai quando estava no primeiro ano do segundo grau (atual ensino médio). Teve que abrir mão dos estudos e se empenhar para ajudar na renda da casa. Trabalhou em fábricas e fazia bicos. Mas o futebol sempre foi um lazer de final de semana, quando brilhava nos clubes amadores da cidade. Aos 15 anos, foi descoberto durante o campeonato intermunicipal por um empresário que o indicou para o Corinthians alagoano. Narciso deixou o emprego de tecelão, fez as malas e partiu sozinho para iniciar sua carreira no esporte.

Com muita determinação, o sucesso veio rápido. Três anos depois, ele já estava no Paraguaçu paulista e, depois, no Santos, time pelo qual foi vice-campeão brasileiro de 1995 (ano em que foi convocado pela primeira vez para a seleção brasileira pelo técnico Mário Jorge Lobo Zagallo); em seguida, ganhou o campeonato Rio-São Paulo, de 1997, e a Conmebol de 1998. Também disputou pela seleção brasileira as Olimpíadas (1996), a Copa América (1995) e a Copa Ouro (1995).



No auge da carreira, em 2000, após uma manhã de treino como outra qualquer no Santos, foi chamado pelos médicos do clube para uma conversa. Foi assim que soube que um de seus exames de rotina indicava que ele sofria de leucemia. “Foi um grande choque e eu não conseguia acreditar. Eu me sentia bem, não tinha nenhum sintoma de doença, como eu poderia ter câncer?”, lembra o ex-zagueiro.

E mais uma vez sua vida mudou. Porém, Narciso conta que sempre encarou o combate à doença como tudo na sua vida: com empenho, pensamento positivo e sem nunca cogitar desistir.

“Sempre tive o pensamento de que iria dar certo. E o esporte foi um grande sistema de apoio. Como atleta, eu sabia que meu corpo poderia aguentar muita coisa, e o câncer é uma doença de resistência. Além disso, eu tinha o apoio da família, dos amigos, dos companheiros de

time e da torcida, o que era fantástico. Quando eu precisei de sangue, os clubes Atlético Paranaense, Coritiba e Paraná fizeram uma campanha e mais de 25 mil pessoas foram doar. A corrente positiva era tão grande que, quando pisei no gramado para disputar um campeonato pela primeira vez depois do meu transplante, recebi aplausos até da torcida adversária, a do Coritiba, o que me emocionou muito porque foi a cidade onde fiz meu transplante e onde passei um ano e meio em tratamento, com minha mulher e filhos, mas longe dos parentes”, relata Narciso.

Seu transplante foi realizado no dia 5 de maio de 2000, data que tem na ponta da língua, no Hospital das Clínicas de Curitiba. E, mais uma vez, Narciso driblou as probabilidades e superou as expectativas. Para que se realize um transplante de medula óssea é necessário que haja total compatibilidade entre doador e receptor. Caso contrário, a medula será rejeitada. Pelas leis da genética, as chances de se

encontrar um doador ideal entre irmãos (mesmo pai e mesma mãe) são de 25%. Mas o atleta descobriu que não apenas uma, mas duas de suas irmãs eram compatíveis.

“Foi um dos momentos mais marcantes do meu tratamento. Foi mais um sinal de que tudo daria certo, um alívio muito grande”, emociona-se. A doadora acabou sendo sua irmã Nilza, que na época tinha 29 anos. Hoje aos 42, ela leva uma vida normal como dona de casa.

Outro momento de muita alegria foi quando a mulher, Miraneide Rodrigues dos Santos, soube que estava esperando o segundo filho do casal, Ruan Matheus. Narciso conta que chegou a congelar esperma em um banco de sêmen, já que o tratamento poderia resultar em infertilidade. Mas não foi necessário utilizar esse recurso. A resposta da cura definitiva só veio mesmo em 2003, mas o Ruan chegou antes, “como uma grande bênção em um momento muito difícil”.

Outro grande apoiador do jogador foi seu filho Richard, que tinha apenas três anos quando Narciso recebeu o diagnóstico da doença. “Nós conversamos com ele sobre o papai estar doente, mas é claro que ele não tinha noção de quão séria era a situação. Só o que ele me pedia era para que eu voltasse a jogar logo, para que ele pudesse entrar em campo comigo”, relembra Narciso.

Para voltar aos gramados, ele foi dando um passo de cada vez. Chegou a perder 19



quilos durante o tratamento. “Nos primeiros meses, eu não pude fazer nenhuma atividade física. Após esse período, a evolução foi sendo gradual, inicialmente com trabalho na academia, para ir recuperando a força muscular. Na sequência, intercalava esteira e bicicleta ergométrica até poder começar a correr ao redor do campo. Foi um processo longo, que exigiu muita paciência e força de vontade. Felizmente, tive total apoio da minha família e dos companheiros do Santos”, relata.

Faz 13 anos que o jogador foi diagnosticado e 10 que está curado. Ele continua fazendo exames regularmente e não teve nenhuma recaída desde 2003, quando voltou aos gramados. Narciso chegou a jogar novamente por cerca de dois anos; evitava o sol, mantinha uma alimentação balanceada e usava máscara de proteção. Mas os treinos puxados e a saúde ainda debilitada pelo tratamento exigiam demais de seu corpo. Chegou a ter uma pneumonia. “Talvez eu tenha voltado um pouco cedo demais”, reconhece, apesar das muitas vitórias após seu retorno, como o Campeonato Brasileiro de 2004 pelo Santos.

Acabou por trocar a carreira de jogador em 2005 pela de técnico. Atuou em diversos times, mais recentemente treinando as categorias de base do Palmeiras. “Sempre tive todo o apoio dos demais jogadores e treinadores. Mas tinha gente que dizia que eu estava acabado para o esporte. O importante é que todos saibam que, mesmo passando por uma dificuldade enorme, você ainda consegue fazer o que realmente quer se focar a mente no seu objetivo”, incentiva Narciso. ■

internas

MINISTRO DA SAÚDE RECEBE DIREÇÃO DO INCA

Gestores das unidades assistenciais do INCA foram recebidos, ao lado do diretor-geral do Instituto, pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha, no início de junho. Um dos temas da reunião foi a proposta de um novo modelo de gestão para o INCA, que vem sendo discutida por Grupo de Trabalho (GT) instituído para estudar a questão. Padilha reafirmou o seu compromisso de acompanhar os resultados do GT e dar encaminhamento à proposta.

Da conversa com o ministro, participaram o diretor-geral, Luiz Antonio Santini; o vice-diretor, Reinaldo Rondinelli; os diretores do HC III, do Centro de Transplante de Medula Óssea e da unidade de suporte terapêutico oncológico (HC IV), Pedro Aurélio Ormonde do Carmo, Luis Fernando Bouzas e Cláudia Naylor, respectivamente; o chefe da Divisão Clínica do HC I, Luiz Augusto Vianna; e o representante da Direção do HC II, Marcos Rennei.

O grupo apresentou o andamento da construção do Campus Integrado – complexo que reunirá num só local os atuais 18 endereços do INCA. O ministro apreciou o projeto e informou conhecer o trabalho diferenciado que o INCA faz na área de prevenção e controle de câncer no Brasil, e seu status como referência em oncologia nas áreas de Assistência, Pesquisa e Ensino e no auxílio ao Ministério da Saúde na coordenação e construção de políticas públicas.



OPAS E INCA UNIDOS PELO DIA MUNDIAL SEM TABACO

O INCA participou, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em Brasília, do lançamento da campanha “Tabaco: proíba publicidade, promoção e propaganda”, por ocasião do Dia Mundial sem Tabaco, comemorado todo 31 de maio.

Para uso no Brasil, o INCA criou material de campanha, além de um hot site em seu portal. No hot site tem uma nova versão do quiz “Mitos e Verdades sobre o Câncer”, desta vez tendo como foco o tabagismo. São 12 perguntas para testar conhecimentos e desfazer crenças ligadas ao tema.



ATUALIZAÇÃO EM CÂNCER DA TIREOIDE

A Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA organizou a quinta edição do Simpósio Internacional de Atualização em Câncer da Tireoide. O evento contou com discussões de caso e palestras de especialistas nacionais e internacionais.

O indiano Ashok Shaha, que atua no Serviço de Cabeça e Pescoço do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, nos EUA, ministrou palestra com o tema *The difficult thyroid getting in and out of trouble*. Shaha também discorreu o julgamento médico e práticas equivocadas que podem surgir no tratamento da glândula tireoide.

EXPOSIÇÃO ITINERANTE SOBRE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O INCA, a Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) e o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ) promoveram a primeira edição itinerante da exposição “Imagens das Campanhas Educativas de Prevenção do Câncer do Colo do Útero no Brasil”, em junho, com o lançamento do catálogo da exposição. A mostra foi montada no Centro Municipal de Saúde Américo Veloso, na comunidade da Maré, no Rio e poderá ser solicitada por outras secretarias de Saúde para exibição em seus estados.

Agentes de saúde e ex-fumantes da comunidade atuaram como multiplicadoras de informações de educação em saúde e participaram da palestra no local. A exposição contém 17 painéis apresentando o histórico das iniciativas para o controle da doença e faz parte do projeto “História do Câncer: Atores, Cenários e Políticas Públicas”.



SEMANA DE ENFERMAGEM

Para comemorar a 74ª Semana Brasileira de Enfermagem, o INCA organizou a 17ª Semana de Enfermagem, em maio. Therezinha de Jesus do Espírito Santo da Silva, enfermeira e professora titular da UFRJ, realizou a conferência “Cuidado Físico e Não Físico em Enfermagem Oncológica”. Ela falou sobre a necessidade de formação e suporte para que o enfermeiro esteja preparado para lidar também com a esfera psicológica, visando a melhorar a qualidade de vida do paciente, de familiares e acompanhantes. Foi montada uma exposição em que os visitantes tiveram a oportunidade de conhecer mobiliários, instrumentos cirúrgicos e medicamentos antigos.

ALUNO DO INCA RECEBE PRIMEIRO PRÊMIO EM SIMPÓSIO

O melhor trabalho científico do Simpósio Pan-Americano de Câncer de Mama é de autoria do estudante de mestrado da Pós-Graduação em Oncologia do INCA Bruno Ricardo Pires. Ele elaborou o pôster NF-KAPPAB/RELA Inhibition Reduces Aggressive Phenotype in HER 2 Breast Cancer Cells. O estudo, que contou com a supervisão da pesquisadora Eliana Abdelhay, responsável pelo Laboratório de Imunogenética do Instituto, abordou a questão do complexo proteico NF-KAPPAB/RELA como regulador transcricional de genes associados à metástase em câncer de mama.

Por conta da premiação, o mestrando terá seu trabalho inscrito no World Congress on Breast Healthcare em Orlando, Flórida, nos Estados Unidos, que será realizado em outubro de 2014. Bruno Pires também é bolsista do Programa Bolsa Nota 10, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

cartas

Faça você também parte dessa Rede. Colabore conosco enviando dúvidas, críticas, sugestões e elogios para a **Revista Rede Câncer**. Contato: comunicacao@inca.gov.br ou (21) 3207-5963.

ESCOLA DE INFORMAÇÕES

Tenho interesse em receber a revista REDE CÂNCER. Sou funcionária da Secretaria Municipal da Saúde de São Borja (RS). Não sou enfermeira nem médica. Hoje curso o 6º semestre de Ciência Política na Unipampa, mas trabalho na secretaria há 28 anos e estou sempre me atualizando em assuntos relacionados à saúde. Participo de seminários e debates juntamente com os técnicos da área. A REDE CÂNCER é uma verdadeira escola de informações e gostaria de saber o que é necessário para que eu possa receber os exemplares.

Iara Mathias – São Borja, RS

Prezada Iara, com muito prazer atenderemos sua solicitação.

Sou farmacêutica-bioquímica e descobri a revista REDE CÂNCER na Secretaria de Saúde de um município vizinho ao meu e fiquei muito interessada na revista. Gostaria de saber como faço para recebê-la em minha casa.

Desde já agradeço a atenção,
Atenciosamente,

Cristiane Mara Silva – Pará de Minas, MG

Prezada Cristiane, basta você enviar seu endereço completo, com CEP para o e-mail comunicacao@inca.gov.br.

Sou discente do 7º Semestre do curso de Enfermagem e já me preparo para a seleção para Residência Multiprofissional em Oncologia. Por essa razão tenho interesse em receber a REDE CÂNCER.

Silas Santos de Araújo – Itabuna, BA

Prezado Silas, seu nome e endereço já foram incluídos na lista de distribuição da REDE CÂNCER. Boa sorte na seleção para a residência.

Sou enfermeira pós-graduada em oncologia e gostaria de receber a revista em casa. Como faço?

Desde já agradeço,

Ana Carolina (por e-mail)

Prezada Ana Carolina, teremos prazer em enviar os exemplares da REDE CÂNCER para você. Envie seu endereço completo com CEP para o e-mail comunicacao@inca.gov.br.

Olá, sou nutricionista e atendo muitos pacientes com câncer. Uma vez recebi vários exemplares da REDE CÂNCER, sendo de grande utilidade, uma vez que fornece informações atualizadas e de grande importância para nós, profissionais de saúde. Se possível, gostaria de receber periodicamente.

Desde já, obrigada.

Letícia Barbosa de Melo – Frutal, MG



Como faço para ter em minha casa mensalmente a revista REDE CÂNCER?

Atenciosamente,

Regina Belé (por e-mail)

Prezada Regina, a revista é trimestral. Envie seu endereço completo com CEP para o e-mail comunicacao@inca.gov.br.

Sou enfermeira e já conheço as publicações por serem enviadas a algumas secretarias de Saúde onde trabalhei e trabalho. Tive caso de câncer na família e gostaria, se possível, de receber exemplares da mesma.

Agradeço imensamente.

Mônica Suely Paula da Silva – Fortaleza, CE

Sou enfermeira e estou me especializando em oncologia. Como faço para receber as edições da revista REDE CÂNCER?

Sabrina Pedrosa da Silva (por e-mail)

Prezada Sabrina, envie seu endereço completo para o e-mail comunicacao@inca.gov.br.

VALOR AGREGADO

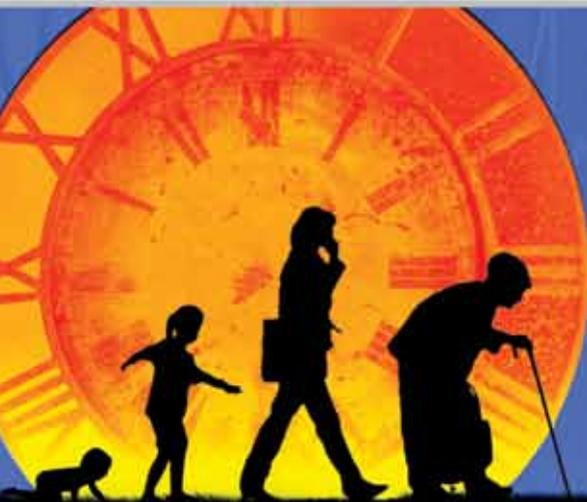
A rádio comunitária Salomé FM, frequência 105,9 MHz, registra o recebimento da REDE CÂNCER, edição de abril, e agradece, consignando a ótima qualidade da mesma.

A revista se constituiu em excelente fonte de pauta e melhoramento da nossa grade de programação.

A Direção – São Sebastião, AL

Recebemos, agradecemos e cumprimos essa instituição pela presteza e gentileza em nos ter enviado a revista REDE CÂNCER nº 21, solicitada em e-mail anterior. Agradecemos imensamente o valor que essa publicação agrega à nossa biblioteca.

**Leila Carvalho Fernandes Paranaíba
Pontifícia Universidade Católica de Goiás**



II CONGRESSO INTERNACIONAL DE ACREDITAÇÃO

15 E 16 DE AGOSTO DE 2013

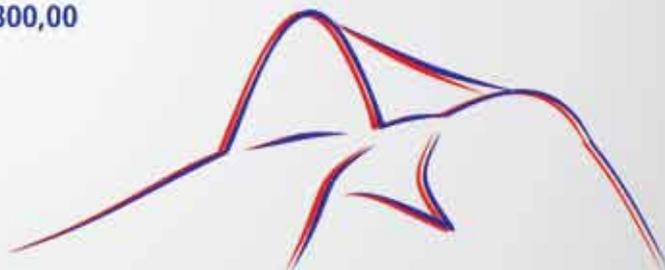
Presente e futuro da segurança no cuidado ao paciente

Resultados da Acreditação no Novo Cenário Econômico e Populacional

COMISSÃO EXECUTIVA:

Maria Manuela P. C. A dos Santos | José Carvalho de Noronha
Helena Costa Junior | José de Lima Valverde | Rosangela Boigues Pittioni

INVESTIMENTO: R\$ 800,00



Informações: (21) 3299-8202

Email: eventos@cbacred.org.br

Site: www.cbacred.org.br/IIcongressointernacionalacreditacao

LOCAL: Rio Othon Palace Hotel | Av. Atlântica, 3264 - Copacabana - RJ - Brasil

Apoio:





Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL



PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Divisão de Comunicação Social
Rua Marquês de Pombal, 125/4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22230-240
comunicacao@inca.gov.br

www.inca.gov.br