

09

Novembro  
2009

# REDE CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



## PRIORIDADE NACIONAL

AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA E DO COLO DO ÚTERO AVANÇAM PARA OFERECER MAIS SAÚDE ÀS BRASILEIRAS

## INSTITUTO NACIONAL DE CANCER: TAMBÉM CONHECIDO COMO INSTITUTO NACIONAL DA VIDA.

O INCA – Instituto Nacional de Câncer – já é referência internacional e continua evoluindo. Muitos avanços acontecerão, como a criação de um centro de pesquisas e estudos especializado em tratamento do câncer. O INCA vai se transformar no mais completo e moderno centro de desenvolvimento e inovação tecnológica em defesa da vida. Um avanço para toda a rede oncológica brasileira, proporcionando uma melhor assistência do SUS à população. A primeira novidade desta nova fase do INCA já começa a funcionar este mês. O INCA contará com a mais avançada tecnologia em diagnóstico e pesquisa de imagem molecular. O novo equipamento vai permitir que os médicos identifiquem alterações que não são detectáveis por outros métodos e possam agir com mais precisão. Um marco no controle do câncer e uma nova esperança para muitos brasileiros. É a mais avançada tecnologia médica do mundo ao alcance da nossa população.



PROCURE MAIS INFORMAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO  
E TRATAMENTO NA REDE DO SUS DA SUA CIDADE:

[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br) • [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) • Disque-Saúde: 0800 61 1997



# sumário



14

## PREVENÇÃO

*Hora de dizer Ah!*

20

## CAPA

*O desafio feminino do câncer*

26

## CIÊNCIA

*Receita sob medida*

29

## POLÍTICA

*Oncologia no SUS:  
os caminhos do  
financiamento*

32

## ASSISTÊNCIA

*Inimigos invisíveis*

36

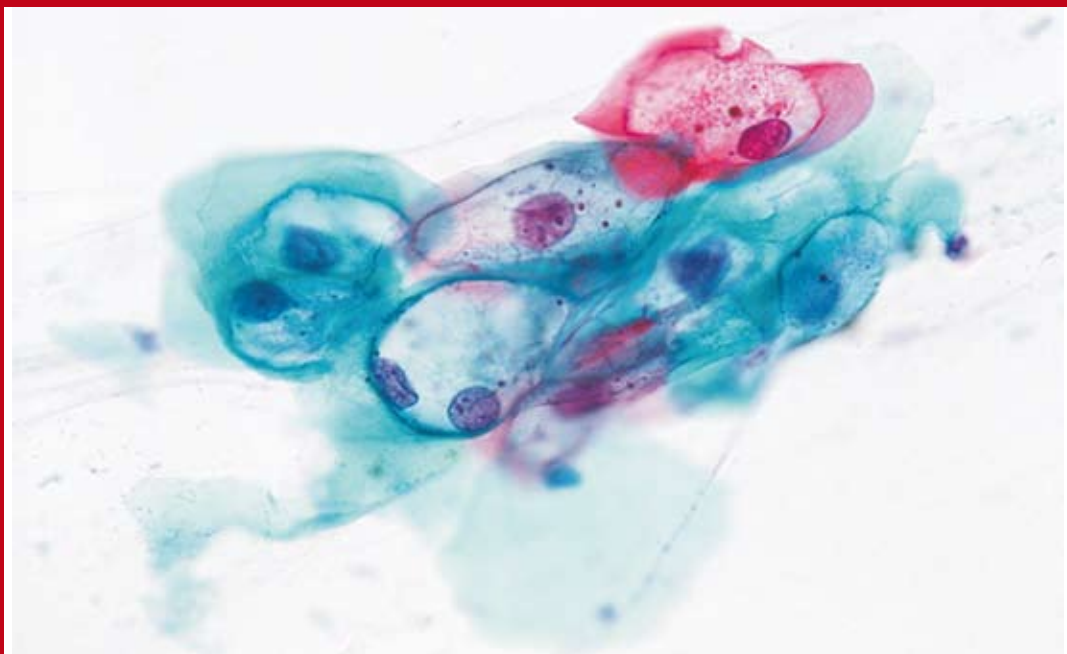
## SOCIAL

*Falando francamente*

39

## PERSONAGEM

*A senhora do  
calendário*



## REDE CÂNCER

### 2009 – Instituto Nacional de Câncer

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

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Chefia da Divisão de Comunicação Social: **Edmilson Silva** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Claudia Lima e Rodrigo Feijó** | Apoio: **Daniela Daher, Daniela Rangel e Walter Zoss** | Comissão Editorial: **Carlos Gil Moreira Ferreira, Cláudio Pompeiano Noronha, José Eduardo Couto de Castro, José Vicent Payá, Liliane Maria Planel Lugarinho, Marcell de Oliveira Santos e Maria de Fátima Batalha Menezes** | Produção: **SB Comunicação** | Jornalista responsável: **Simone Beja RP 27416/RJ** | Reportagem: **Kátia Thomas** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Sumaya Cavalcanti, Eduardo Samaruga, Leandro Berg e Anne Esteche** | Revisão ortográfica: **Gerdal J. Paula** | Tiragem: **12.000 exemplares**

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

# editorial

## Atenção à saúde da mulher. E do homem

Prezado leitor,

Nesta edição, trazemos um panorama da situação e das práticas de controle dos tumores que mais afetam as mulheres: os cânceres de colo do útero e de mama. São muitos os desafios para reverter o quadro de incidência e mortalidade desses dois tipos de câncer, cujo controle é prioridade no Pacto pela Vida, que une as três esferas de governo em torno de eixos prioritários para a saúde da população. Trazemos informações sobre as oportunidades de rastreamento e a importância dos profissionais do Programa de Saúde da Família, que não apenas colaboram com a adesão das mulheres aos exames preventivos como também contribuem no esclarecimento sobre fatores de risco e a adoção de hábitos saudáveis.

Se o destaque é a saúde da mulher, também dedicamos espaço ao sexo oposto. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, lançada em agosto, é o tema da entrevista com o médico Baldur Schubert, coordenador nacional da área técnica de Saúde do Homem, no Ministério da Saúde. O entrevistado ressalta o ineditismo da iniciativa e

sua importância para a população masculina e para o Sistema Único de Saúde. A principal meta é fazer com que 2,5 milhões de homens, na faixa etária de 20 a 59 anos, procurem o serviço de saúde ao menos uma vez por ano, além de criar mecanismos de melhoria efetiva no atendimento.

Na seção Política, discutimos o sistema de financiamento para tratamento oncológico, área em que os custos são altos e sempre pressionados pelas inovações tecnológicas. A modalidade de pagamento focada no paciente, por ciclos de atendimento, difere da lógica de financiamento dos demais tratamentos oferecidos pelo SUS, o que provoca dúvidas e debates. Também discutimos nessa matéria incorporação tecnológica e judicialização. Nas páginas desta revista, tratamos ainda de temas importantes, como prevenção de câncer de boca, relação médico-paciente e a Rede Nacional de Farmacogenética. E convidamos um especialista em Direito para escrever sobre proibição e direito individual.

Boa leitura!



**LUIZ ANTONIO SANTINI**  
Diretor-Geral do INCA

# cartas

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

## ELOGIOS

Sou enfermeira e atualmente trabalho como coordenadora da **Rede Básica de Saúde**. Em meu trabalho, tive a oportunidade de ler a **Revista Rede Câncer** e fiquei encantada com as reportagens e com a maneira que os temas de saúde são abordados. Parabéns pela matéria com o vice-presidente da República, José Alencar.  
**Dominique Freitag, Muriaé, MG**

Temos constatado que a **Revista Rede Câncer**, editada por essa instituição, é de grande interesse para nossa biblioteca.  
**Vera Lúcia Candido, Mogi das Cruzes, SP**

Gostaria de parabenizar o trabalho de vocês. A **Revista Rede Câncer** é muito rica em informação. Eu havia pegado essa revista com um colega e me surpreendi com tantas dicas e sugestões para a prevenção do câncer.  
**Artur Cunha, Iraí de Minas, MG**

Bom dia! Congratulações pela bela revista que editam.  
**Maristela Talamoni, Campinas, SP**

Recebemos e agradecemos a cortesia da **Revista Rede Câncer**, que despertou o interesse de nossos alunos e professores da área de saúde.  
**Mariana Pádua, Salvador, BA**

Parabéns pela revista, muito boa. Conteúdo ótimo. Li a edição do mês de julho de 2009 e adorei.  
**Viviane Matheus, Parque Imperial Barueri, SP**

*Agradecemos o envio de mensagens para a Revista Rede Câncer.*

## SOLICITAÇÕES

Gostaria de passar a receber a **Revista Rede Câncer**. Faço pós-graduação em oncologia e tenho muito interesse nas informações da revista.  
**GrassIELly Borel, Ibatiba, ES**

Sou nutricionista e gostaria de receber a **Revista Rede Câncer** para atualizações. Não apenas em função das matérias expostas, mas também pela



excelente qualidade delas. aguardo ansiosa meu primeiro exemplar.  
**Náquia Oliveira, Teresina, PI**

Gostaria de receber a versão impressa da **Revista Rede Câncer**. Sou enfermeira do Programa de Saúde da Família e o conteúdo da revista é de grande relevância para mim.  
**Patrícia Rolim, João Pessoa, PB**

Boa noite! Sou enfermeira e gostaria de receber a **Revista Rede Câncer**.  
**Lidiane Pereira Sousa, Itiruçu, BA**

Gostaria de saber como proceder para me tornar assinante da **Revista Rede Câncer**. Além de psicóloga na rede pública, sou professora universitária e a revista vai me servir em ambos os trabalhos.  
**Wanderléia Paiva, Barbacena, MG**

Sou enfermeira com atuação em assistência básica de saúde. Há dois anos me submeti a um tratamento oncológico. Gostaria de saber se é possível receber a **Revista Rede Câncer**, pois tenho muito interesse nas informações nela apresentadas.  
**Terezinha Carneiro, Brasília, DF**

*As solicitações para recebimento da revista devem ser enviadas para o e-mail [comunicacao@inca.gov.br](mailto:comunicacao@inca.gov.br) ou serem feitas por meio do telefone (21) 2506-6108.*

# notas

## EM LIVRO, A EXPERIÊNCIA DE ENFRENTAR O CÂNCER

Casada e mãe de duas filhas pequenas, a americana Kelly Corrigan, de Piedmont, na Califórnia, escreveu um relato emocionado de superação pessoal de um câncer de mama e da convivência com a doença que também atingiu seu pai. **Best seller** nos Estados Unidos, **O Meio do Caminho**, livro de estreia de Kelly, ganhou o prêmio Books for a Better Life em 2008. Em linguagem objetiva, porém tocante, o livro conta a história de Kelly e a de seu pai, entremeando laços de família, capazes de sustentar as pessoas nas horas mais difíceis da vida. A descoberta de sua doença e da volta do câncer em seu pai leva a autora a refletir sobre o seu lugar no mundo. A partir da experiência do livro, Kelly Corrigan criou e mantém o site <http://www.circusofcancer.org>, que ajuda pessoas que convivem com pacientes de câncer a compreender e apoiar quem passa por essa situação. A americana fez ainda um vídeo chamado Transcending, que já foi visto por mais de quatro milhões de pessoas no YouTube.



**O Meio do Caminho**, de Kelly Corrigan, com tradução de Lourdes Sette. 256 páginas – Editora Nova Fronteira.



## BRONZEAMENTO ARTIFICIAL EM CONSULTA PÚBLICA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), preocupada com recentes estudos que demonstram os efeitos nocivos à saúde provocados pelas câmaras de bronzeamento artificial, abriu

consulta pública, que pode ter como resultado a proibição desse tipo de bronzeamento em clínicas de estética. A Anvisa estabeleceu o período de um mês para que os profissionais de saúde, a população e os fabricantes opinem a respeito do tema. Em julho, a Agência Internacional para Pesquisa do Câncer, ligada à Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu as câmaras de bronzeamento na lista de fatores causadores de câncer. Segundo especialistas, a emissão de radiação ultravioleta A, utilizada nesses equipamentos, aumenta os riscos de câncer de pele. Desde 2002, a Anvisa definiu regulamento para o uso das câmaras de bronzeamento, proibindo, entre outros pontos, a sua utilização por menores de 18 anos. Ficam de fora da possível proibição as câmaras de emissão de radiação ultravioleta destinadas a tratamento de doenças de pele, como psoríase e vitiligo. De acordo com estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de pele é o mais frequente no Brasil, correspondendo a 25% dos tumores malignos registrados no país.

## AMAPÁ CADASTRA DOADORES DE MEDULA ÓSSEA

Com o objetivo de aumentar a participação da Região Norte no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME), o Amapá iniciou, em setembro, a captação de doadores. O REDOME reúne informações cadastrais e de compatibilidade dos doadores voluntários de todo o país, mas a captação de doadores é tarefa dos hemocentros de cada estado. Hoje cerca de 1.000 pessoas estão à procura de um doador compatível no Brasil. O transplante é indicado para portadores de doenças do sangue, como leucemias e linfomas. “Em razão da grande miscigenação no Brasil, a possibilidade genética de encontrar doador compatível para os pacientes amapaenses é bem maior entre doadores da mesma região”, afirma o governador do estado, Antonio Waldez Goés da Silva. A previsão do Hemocentro do Amapá (Hemoap) para cadastramento de voluntários à doação de medula óssea é de 1.200 por mês. O Hemoap também planeja realizar campanhas em parceria com universidades, empresas e associações de bairros, entre outras entidades, e coletas no interior do estado.







## McDIA SUPERA EM ARRECADAÇÃO

Realizado no dia 29 de agosto, o *McDia Feliz 2009* obteve a maior arrecadação de sua história, angariando R\$ 11,7 milhões, que serão revertidos para o tratamento do câncer infanto-juvenil em 74 projetos de 57 instituições. No Rio, os recursos vão financiar a segunda expansão e manutenção da Casa Ronald McDonald, a aquisição de um imóvel para programas de apoio psicossocial, a compra de um micro-ônibus e ainda o custeio da emergência pediátrica do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Com a expansão, a Casa Ronald do Rio ganhará novo prédio de cinco andares e mais dois pavimentos no subsolo, que funcionarão como estacionamento. O anúncio foi feito em outubro pelo Instituto Ronald McDonald, que coordena a campanha, na abertura do 16º Congresso Nacional de Voluntários e Instituições de Apoio à Criança e ao Adolescente com Câncer (CONVOCC), em Natal. “Essa conquista é fruto da contribuição dos mais de 1 milhão de clientes que compraram seus Big Macs naquele dia especial e do trabalho de mais de 65 mil pessoas”, afirmou Francisco Neves, superintendente do Instituto Ronald McDonald. A Casa Ronald McDonald receberá R\$ 966.838,48 e a Fundação do Câncer, que apoia o INCA, R\$ 261.414,60.



## CENTRAL DE REGULAÇÃO OTIMIZA ATENDIMENTO

Desde setembro, os pacientes do estado do Rio de Janeiro que recebem o diagnóstico confirmado de câncer de próstata são encaminhados à Central de Regulação do Estado, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Sesdec-RJ). O órgão direciona os pacientes a todas as unidades que oferecem tratamento oncológico nessa especialidade no estado, de acordo com vagas previamente distribuídas entre a central e os hospitais. O Sistema Estadual de Regulação (SER) para o câncer passou a vigorar no Rio em julho deste ano e o tumor da próstata foi escolhido para iniciar os trabalhos por ser um dos mais prevalentes. O chefe da Divisão Cirúrgica do Hospital do Câncer I, José Adalberto Fernandes Oliveira, acredita que o Sistema de Regulação trará muitos benefícios aos pacientes. “O deslocamento menor, sempre que possível, facilita a vida das pessoas com câncer”, avalia o médico. Somado a isso, a organização do atendimento pretende otimizar também o uso dos recursos nas unidades de saúde. A secretaria pretende ampliar a regulação para todos os tipos de câncer. Os próximos a serem regulados são os de mama e colo do útero.

## PROTEÇÃO CELULAR RENDE NOBEL A TRÊS CIENTISTAS

Como os cromossomos podem ser copiados durante as divisões celulares e de que modo são protegidos contra a degradação e a morte celular? As respostas para essa questão renderam a três cientistas o Prêmio Nobel de Medicina, concedido pelo Instituto Karolinska, em Estocolmo, na Suécia. A americana Carol Greider, da Universidade Johns Hopkins (EUA); o britânico Jack Szostak, da Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard (EUA); e a australiana Elizabeth Blackburn, da Universidade da Califórnia (EUA), descobriram como funcionam as estruturas de DNA nas extremidades dos cromossomos, os telômeros, e seu revestimento, a enzima telomerase. Estudos dos cientistas revelaram que, à medida que os telômeros se encurtam, com o passar dos anos, as células envelhecem. Em contrapartida, se a atividade da telomerase é alta, o comprimento do telômero não sofre alteração, retardando, assim, o envelhecimento celular. Isso tem uma ampla implicação médica para o câncer, para algumas doenças hereditárias e para o envelhecimento, de acordo com nota do instituto. Os cientistas premiados dividem 10 milhões de coroas suecas, o equivalente a US\$ 1,42 milhão.



# entrevista

**BALDUR SCHUBERT**

*Coordenador da área técnica de Saúde do Homem, do Ministério da Saúde*

## Em pauta, a saúde do homem

**D**e acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2007, a cada três pessoas que morreram no Brasil com idades entre 20 e 59 anos, duas eram homens. Se analisarmos os óbitos de brasileiros entre 20 e 30 anos, tal proporção sobe para quatro em cada cinco mortes. De acordo com o sistema, de todos os óbitos que ocorrem no país, os homens correspondem a quase 60% e as principais causas de morte na população masculina são as doenças do aparelho circulatório, as causas externas, como



“O Ministério da Saúde também quer ampliar em 10% ao ano o número de cirurgias para patologias e cânceres do trato genital masculino, passando de 100 mil, em 2008, para 110 mil, este ano, e 121 mil, até 2010. Com um investimento de R\$ 73,6 milhões em dois anos, essa iniciativa ampliará o acesso ao tratamento”

homicídios e acidentes, e o câncer, respectivamente. Informações do Vigitel Brasil 2008, um sistema de vigilância para doenças crônicas, realizado por meio telefônico, apontam que fatores de risco para diversas doenças, como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e o excesso de peso, são mais frequentes entre homens que entre mulheres. Por outro lado, o consumo regular de frutas, verduras e legumes, fator de proteção para a saúde, é menor na população masculina.

Com base nessas e em outras informações, o Ministério da Saúde lançou em agosto a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Médico especializado em Saúde Pública, Baldur Schubert, coordenador da área técnica de Saúde do Homem, esclarece a importância dessa iniciativa inédita, que coloca o Brasil na vanguarda das ações em relação à população masculina. O programa pretende estimular que, pelo menos, 2,5 milhões de homens, entre 20 e 59 anos, procurem o serviço de saúde, ao menos uma vez por ano. “Queremos orientar os homens para que cuidem mais da saúde. A mulher, devido à maternidade, assume mais o papel de cuidadora. Queremos contar com ela também”, alerta Baldur. Os homens são, em geral, acometidos por uma série de doenças, como hipertensão e diabetes, por exemplo, que poderiam ser descobertas e tratadas com antecedência. “O homem tem que mudar a sua visão em relação à saúde e perder o medo de procurar o médico. Certamente, se fizesse isso, viveria mais e melhor”, afirma.

Aos 65 anos, casado há 35 anos, pai de três filhas, de 30, 28 e 26 anos, Baldur conta que vai ao médico uma vez ao ano para realizar seus exames preventivos. Natural de Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul, ele pratica, com regularidade, natação, hidroginástica e musculação. Como médico e como homem, Baldur recomenda que a população masculina faça um investimento para viver mais e melhor: “Precisamos cuidar mais de nós mesmos, indo ao médico, cultivando hábitos saudáveis, não fumando, evitando o álcool e buscando uma alimentação equilibrada.”

### **REDE CÂNCER – Que cenário levou o Ministério a pensar em uma política voltada especialmente para a população masculina?**

BALDUR SCHUBERT – A constatação de que, na maioria das vezes, os homens recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada. Assim, em vez de serem atendidos no posto de saúde, perto de sua casa, eles precisam procurar um especialista, o que gera maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, sofrimento físico e emocional do paciente e também de sua família. A não adesão às medidas de saúde integral por parte dos homens leva ao aumento da incidência de doenças e de mortalidade. Números do Ministério da Saúde mostram que, do total de mortes na faixa etária de 20 a 59 anos – população que é alvo da nova política –, 68% foram de homens. Além disso, números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que, embora a expectativa de vida dos homens no país tenha aumentado de 63,20 para 68,92 anos, no período de 1991 a 2007, ela ainda se mantém 7,6 anos abaixo da média das mulheres.





“O país será o primeiro da América Latina e o segundo do continente americano a implementar uma política nacional de atenção integral à saúde do homem”

**REDE CÂNCER – Em que informações a política está baseada?**

BALDUR SCHUBERT – Entre os subsídios da política está uma pesquisa feita com sociedades médicas brasileiras e conselhos de saúde. Divulgado em 2008, o levantamento ouviu cerca de 250 especialistas e mostrou que a população masculina não procura o médico por conta de barreiras culturais, entre outras. As ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem buscam romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os consultórios médicos. Com essas medidas, o Governo quer incentivar também a participação dos homens no planejamento familiar, responsabilidade que ainda hoje em muito recai sobre a mulher.

**REDE CÂNCER – Qual o objetivo do Governo Federal ao instituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem?**

BALDUR SCHUBERT – A política foi lançada no dia 27 de agosto, com a meta de que, pelo menos, 2,5 milhões de homens, na faixa etária de 20 a 59 anos, procurem o serviço de saúde ao menos uma vez por ano. Além dessa mudança cultural na visão do homem em relação à sua saúde, a política cria mecanismos para melhorar a assistência oferecida a essa população.

**REDE CÂNCER – Serão investidos mais de R\$ 600 milhões nessa ação. Como será a distribuição desses recursos?**

BALDUR SCHUBERT – O investimento previsto no Plano de Ações decorrente da política será de R\$ 613,2 milhões até 2011. A política tem um plano dividido em nove eixos de ação para os próximos dois anos e prevê o aumento de até 570% no valor de procedimentos urológicos e de planejamento familiar, como vasectomia, e a ampliação em até 20% no número de ultrassonografias de próstata. Destinará também R\$ 455 milhões para a capacitação e o treinamento de profissionais de saúde. Desse total, R\$ 91 milhões serão exclusivos para o atendimento da população masculina entre 20 e 59 anos. Dentro desse projeto, o Ministério da Saúde capacitará 32 mil médicos das Equipes de Saúde da Família e vai elaborar uma estratégia para inserir a saúde do homem nos conteúdos de educação a distância do Telessaúde. Esse treinamento será planejado e realizado por cada estado. Outro foco será o treinamento de pessoas de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde, além de recursos da ordem de R\$ 27 milhões para a compra de insumos e equipamentos e contratação de recursos humanos até 2011.

**REDE CÂNCER – Como os homens resistem em procurar o médico, o que será feito para mudar esse padrão?**

BALDUR SCHUBERT – Há recursos no montante de R\$ 17,6 milhões para ações de comunicação e educativas para incentivar os homens a procurar os serviços de saúde. Outro eixo de ações do Governo Federal será a campanha de prevenção e orientação para a população masculina, com investimento de R\$ 10 milhões nos próximos dois anos. Esse eixo in-

clui a Semana de Promoção da Saúde do Homem, a ser realizada sempre no mês de agosto. Além disso, o Ministério da Saúde vai distribuir 26,1 milhões de cartilhas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento de câncer e promoção de hábitos saudáveis. Também serão enviadas para os estados 6,52 milhões de cartilhas, até 2011, com informações e orientações a respeito de direitos sexuais e reprodutivos e métodos anticoncepcionais para homens.

### **REDE CÂNCER – Como o controle do câncer se insere nessa política de atenção ao homem?**

**BALDUR SCHUBERT** – A estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) é de que 49.530 homens tenham câncer de próstata este ano. Esse número representa 52,43 casos da doença a cada 100 mil homens. Ainda de acordo com o INCA, a taxa de mortalidade por câncer de próstata passou de 6,31 óbitos por 100 mil homens para 13,93, de 1979 para 2006 – o que representa um aumento de 120%. Como esse tumor geralmente apresenta uma evolução muito lenta, o Ministério da Saúde pretende evitar os óbitos por meio do diagnóstico e tratamento precoce da doença. O Ministério da Saúde também quer ampliar em 10% ao ano o número de cirurgias para patologias e cânceres do trato genital masculino, passando de 100 mil, em 2008, para 110 mil, este ano, e 121 mil, até 2010. Com um investimento de R\$ 73,6 milhões em dois anos, essa iniciativa ampliará o acesso ao tratamento, por exemplo, do câncer de pênis, um tumor relacionado com as baixas condições socioeconômicas e com a má higiene íntima. No Brasil, esse câncer representa cerca de 2% de todas as neoplasias que atingem o homem, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste. Mas é importante lembrar também que os homens são os mais atingidos por câncer de pulmão, traqueia e brônquios, devido ao tabagismo.

### **REDE CÂNCER – As causas externas de mortalidade também são uma preocupação?**

**BALDUR SCHUBERT** – No Brasil, os acidentes de transporte terrestre ocupam a segunda posição entre as mortes por causas externas, sendo ultrapassados apenas pelos homicídios. Com relação às mortes causadas pelo trânsito, o país apresentou, em 2006, valores em números absolutos muito elevados de óbitos por esse tipo de acidente. Foram 35.155 óbitos, concentrados no seguinte perfil: homens (82%), adultos jovens (de 20 a 59 anos), re-



“Embora a expectativa de vida dos homens tenha aumentado de 63,2 para 68,92 anos de 1991 para 2007, ela ainda se mantém 7,6 anos abaixo da média das mulheres”

sidentes nos municípios de pequeno porte populacional.

O risco de morte é mais acentuado para atropelamentos, entre idosos; para ocupantes de veículos, no grupo de 20 a 59 anos; e para motociclistas, no grupo de 20 a 29 anos. No que diz respeito às internações por acidente de trânsito, os piores dados também estão entre os homens.

### **REDE CÂNCER – Como o Brasil se apresenta internacionalmente em relação à saúde da população masculina?**

**BALDUR SCHUBERT** – O país será o primeiro da América Latina e o segundo do continente americano a implementar uma política nacional de atenção integral à saúde do homem. O primeiro país a criar esse tipo de iniciativa foi o Canadá.



# artigo

GUSTAVO ROMANO

*Mestre em Direito por Harvard, em Ciências Políticas pela UFMG e em Administração pela London Business School*

## Permitido proibir

Toda proibição é um atentado contra algum tipo de direito individual. Ninguém questiona isso. É por isso mesmo que, sempre que o legislador prepara uma lei proibindo algo, ele o faz para tentar proteger algum outro bem jurídico maior ou que só pode ser protegido através da intervenção do Estado, pois a pessoa ou sociedade não conseguiria protegê-lo por si mesma. Seja porque seria impossível, seja porque seria impraticável, seja porque seria muito caro, seja porque seria injusto.

A Teoria dos Jogos ajuda a explicar alguns casos em que o Estado necessita intervir. Por exemplo, poluição. Se eu resolvo parar de usar meu carro para evitar poluir o planeta, estarei tolhendo o meu direito por conta própria. O impacto em minha vida será enorme. Mas se outras pessoas não tomarem a mesma atitude e pararem de usar seus carros, a poluição continuará basicamente a mesma, exceto pela insignificante redução ocasio-

nada pela minha opção pessoal. Eu sairei perdendo, pois não só não terei meu carro à minha disposição, como também não me beneficiarei de um mundo menos poluído, já que ninguém mais adotou minha postura. Portanto, apenas uma pessoa idealista ou irracional agiria dessa forma. Como sabemos, a maior parte da humanidade não é nem idealista nem irracional. Por isso, a única forma de fazer

com que as pessoas parem de utilizar seus veículos é pela intervenção do Estado, único ente capaz de submeter todos à sua vontade - ou de punir aqueles que desobedecem às suas leis.

O oposto desse espectro seria possibilitar ao Estado controlar completamente nossas vidas, pois, levada ao extremo, qualquer ação ou omissão causa um dano a outra pessoa ou possui um custo para a sociedade. O simples fato de você respirar significa uma redução no ar disponível para o resto da humanidade, e nem só por isso há uma lei que o proíbe de respirar.

Cabe à sociedade estabelecer um limite para a intervenção do Estado no direito das pessoas. Quando eu voto, delego ao meu representante o poder de escolher em meu nome quais de minhas liberdades individuais ou coletivas serão tolhidas em nome do bem geral da sociedade. Por exemplo, delego ao meu representante o direito de aumentar os tributos, o que, em última instância, limita a minha liberdade de utilizar o meu dinheiro para consumir algo. Essa privação ocorre em nome do bem social - por exemplo, utilizar meus tributos para construir os hospitais. Cabe a mim, eleitor, escolher um representante que reflita o quanto de minhas liberdades pessoal e coletiva eu quero abdicar.

O bom senso e a boa prática estabelecem o limite como sendo o direito direto do outro ou o custo insuportável para a sociedade. É o famoso “o seu direito termina onde o do outro começa”. E mais: a lógica jurídica estabelece que é essencial proteger o bem jurídico mais importante.

A proibição do consumo do cigarro em lugares públicos fechados é um exemplo do uso da lógica jurídica. Quando eu fumo, defendem os cientistas e profissionais de saúde pública, não estou apenas causando um dano à minha saúde. O meu consumo causa um dano à saúde de outra pessoa que, sem pedir ou aceitar minha ação, inala a fumaça. Não é apenas a minha saúde que é afetada. A única outra forma de proteger o direito à saúde do não fumante de maneira efetiva seria tolhendo a liberdade de ir e vir do não fumante. Ora, o direito de uma pessoa fumar é menos importante que o direito de outra pessoa de ir e vir. É por isso que em vários países desenvolvidos – e agora no Brasil – o cigarro está sendo proibido em locais públicos.

Uma outra maneira que o legislador usa para tentar impedir o consumo de substâncias nefastas à saúde é aumentar a carga tributária desses pro-

duetos. É por isso que cigarro e bebida alcoólica estão entre os produtos com maior carga tributária no mundo. Mas existem dois problemas em tentar acabar com o consumo através de tributação. Primeiro, o cigarro possui uma incrível capacidade de viciar e o tributo não serve para parar o consumo, exceto se levado ao extremo - por exemplo, se cada cigarro custasse centenas de reais. Mas, nesses casos, normalmente acaba surgindo um mercado negro para o produto. Basta ver a quantidade de cigarros contrabandeados todos os dias através das fronteiras brasileiras.

O segundo problema é que o tributo serve como mecanismo de discriminação social: as pessoas com maior poder aquisitivo terão a possibilidade de continuar consumindo os seus cigarros, enquanto as pessoas mais pobres não. Ora, o problema que a sociedade quer resolver não é fazer com que os pobres parem de fumar. O problema que ela quer resolver é proteger a liberdade dos não fumantes de frequentarem determinados locais sem sofrerem dano à saúde.

É também por isso que o uso obrigatório do cinto de segurança causou tanta controvérsia no campo teórico: se eu não usá-lo, eu não estou causando um dano direto a outra pessoa. A única pessoa prejudicada sou eu mesmo. O argumento do governo foi o de que o custo social era insuportável e mais importante do que o direito pessoal de não usar o cinto. A legião de órfãos, viúvos e incapacitados que os acidentes geram exigia que o Governo obrigasse o uso do cinto.

Seguindo essa mesma lógica, é bem possível que em breve tenhamos alguns debates ainda mais interessantes do ponto de vista jurídico: por exemplo, o direito de a grávida fumar ou ingerir bebida alcoólica. O feto, ainda que pela lei brasileira não seja um ser humano com vida, tem uma expectativa de vida, e essa expectativa é um direito muito importante. Tão importante que a lei proíbe o aborto. Ora, se a lei diz que a expectativa de vida do feto é um direito tão importante que prevalece sobre o direito da gestante sobre o próprio corpo, então, seguindo a mesma lógica, o direito à expectativa de vida do feto deveria prevalecer sobre o direito da gestante de inalar e consumir substâncias que afetem tal expectativa de vida do feto. |

---

Gustavo Romano é advogado, consultor e autor do blog [www.ParaEntenderDireito.blogspot.com](http://www.ParaEntenderDireito.blogspot.com).

# prevenção

PREVENÇÃO E CONSULTAS PERIÓDICAS AO DENTISTA: ESTRATÉGIAS PODEROSAS NO CONTROLE DO CÂNCER DE CAVIDADE ORAL

## HORA DE DIZER AH!



Muitos danos à saúde estão associados a tabagismo e álcool, mas em poucas situações a combinação é tão nociva quanto nos tumores de cavidade oral. O maior risco desse tipo de câncer é para homens acima dos 50 anos. E o risco é multiplicado em até 100 vezes entre os que combinam a exposição a tabaco e álcool. Lesões suspeitas podem ser identificadas pelo dentista com um simples exame visual – a melhor ferramenta para a detecção precoce. No entanto, o câncer de cavidade oral permanece como o quinto mais incidente entre homens no Brasil, a mortalidade ainda é alta e, devido ao fato de o diagnóstico ocorrer muitas

vezes em estágios avançados, cirurgias extensas, que deixam sequelas, podem ser necessárias.

### PREVENÇÃO É A MELHOR ESTRATÉGIA

O câncer é uma doença multifatorial, envolvendo aspectos genéticos e ambientais. Em raras situações, fatores de risco bem delimitados são reconhecidos pela comunidade científica como decisivos para o desenvolvimento de determinada neoplasia. O câncer de boca é um desses casos.



A Organização Mundial da Saúde indica que o câncer de boca pode ser prevenido pela intervenção sobre seus principais fatores de risco: tabagismo e consumo de álcool. Outro fator de risco é a má higiene bucal. A prevenção inclui dentes restaurados e próteses bem adaptadas, evitando traumas à mucosa.

Um dos principais desafios é que a maioria dos casos é assintomática no início. O câncer de boca inclui tumores de lábio (mais associados à exposição ao sol) e de cavidade oral e tem apresentações clínicas variadas, como feridas persistentes, manchas vermelhas ou esbranquiçadas. É mais comum em países em desenvolvimento, onde a mortalidade é igualmente alta. Em algumas culturas na África e Ásia, a temperatura de alimentos e bebidas e o hábito de mascar raízes ou sementes estão associados à doença.

## AVANÇO EM POLÍTICAS

Em 1986, enquanto a Conferência Nacional de Saúde chegava à oitava edição, era realizada a I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Volnei Garrafa, especialista em câncer de boca e atualmente dedicado à área da bioética, presidiu o encontro. Ele conta que foi difícil organizar a conferência, por resistência de grupos da Odontologia. “No início dos anos 80, organizamos o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica, alinhado à questão sanitária. A Conferência foi muito visionária, situando a odontologia no contexto da saúde pública”, recorda.

No Brasil, o ano de 2004 representou um marco, com a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – conhecida como Brasil Sorridente. Apenas em 2007, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou, pela primeira vez em 25 anos, resolução sobre saúde bucal.

## SORRISO É SAÚDE

Gilberto Pucca Jr., coordenador nacional de saúde bucal do Ministério da Saúde, aponta que o Brasil Sorridente trouxe a odontologia para o Sistema Único de Saúde (SUS). “No Brasil, só tinha acesso à assistência bucal quem podia pagar. Conseguimos inserir a saúde bucal no SUS, coerentemente com os princípios da universalidade e da integralidade.”

A cobertura odontológica no SUS tem avançado. De 4,2 mil equipes em 2002, que assistiam 25 milhões de pessoas, o país conta hoje com 18 mil, chegando a 85 milhões de brasileiros.

O impacto na prevenção de tumores orais é positivo. “O câncer de boca é uma das prioridades da PNSB. O impacto econômico da doença é expressivo, por acometer principalmente chefes de família em idade produtiva. Melhorando a oferta de saúde bucal,

## CÂNCER DE CAVIDADE ORAL: NÚMEROS

- 7% da população mundial é acometida pelo câncer de boca.
- Na Ásia, responde por mais de 50% de todos os diagnósticos de câncer.
- O Brasil ocupa o 4º lugar em incidência no mundo.
- Cerca de 14 mil novos casos diagnosticados no país em 2008.
- O 6º tipo de câncer que mais mata no Brasil.

agimos preventivamente sobre o câncer de boca”, indica Pucca Jr.

Organizar as ações no nível da Atenção Básica tem sido um dos desafios. Nesse aspecto, a estratégia de Saúde da Família é central. A PNSB determina que a detecção precoce de lesões da mucosa bucal seja priorizada e inclui na atenção básica a realização de exames para a confirmação do diagnóstico do câncer. Ao mesmo tempo, estrutura os Centros Especializados em Odontologia (CEOs). “Precisamos avançar na articulação para o seguimento do paciente diagnosticado, na interface entre as redes básica e a média e alta complexidades”, avalia Pucca Jr.

## DETECÇÃO PRECOCE

A capacitação dos dentistas para detectar tumores em estágios iniciais é uma premissa fundamental. Lorberto Lubiana, presidente da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), que reúne 227 mil profissionais, conta que a entidade oferece cursos de atualização nos estados e nos congressos próprios.

Berenice Navaro Altoniazzi, coordenadora do Programa de Avaliação e Vigilância de Câncer, da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, participa de uma experiência desenvolvida desde 1995: a capacitação de profissionais de saúde bucal e o estabelecimento de uma rede de referência. “Conseguimos mobilizar os profissionais para o diagnóstico precoce. O grande desafio é captar o grupo de risco para o consultório. A detecção precoce precisa de outro foco”, afirma. Nos hospitais de Minas Gerais, 60% dos casos de câncer de boca chegam em estádios 3 e 4, os mais avançados. Está sendo articulada proposta de capacitação de cuidadores de idosos para identificarem lesões suspeitas. “Em diversos municípios, as campanhas de vacinação contra gripe são oportunidades para as equipes de saúde bucal do PSF”, relata.

## EM BUSCA DE SOLUÇÕES MENOS RADICAIS

Quando o tumor está avançado, as intervenções cirúrgicas são extensas e, apesar das técnicas de reconstrução imediata, o impacto para o paciente é grande. Fernando Dias, chefe da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer (INCA), aponta que dados de 20 anos passados permanecem atuais: no Rio de Janeiro, mais de 70% dos pacientes chegam com lesões avançadas. A diferença é que hoje existem técnicas cirúrgicas menos radicais, ao mesmo tempo que ferramentas, como a cirurgia robótica, abrem um novo campo para as cirurgias.

Dias conta que, por mais refinada que seja a técnica cirúrgica, sempre existe alguma alteração visível, que interfere em funções fisiológicas, como fala, respiração e deglutição. Assim, a atenção integral ao paciente torna-se fundamental.

## IMPACTOS PARA O PACIENTE

Rosane Palma, diretora da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO), pondera que em qualquer tipo de câncer o impacto emocional é forte. O médico precisa agir rapidamente e não dá para esperar a elaboração emocional do paciente. Ela aponta a necessidade de integrar cada vez mais os psicólogos na discussão dos casos – tanto no sentido de preparar paciente e família para as sequelas da cirurgia quanto para avaliar a capacidade do paciente de conviver emocionalmente com a mudança.

A estomatologista Sandra Torres, pesquisadora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), diz que, antes do tratamento, é fundamental o paciente ser submetido a exame odontológico, uma vez que infecções e fatores de agressão na mucosa precisam ser sanados. O acompanhamento após o tratamento, também é fundamental, uma vez que as cirurgias associadas à radioterapia podem ter consequências importantes. Uma das mais frequentes é a mucosite, quadro extremamente dolorido e que pode ter infecções secundárias associadas. A radioterapia também pode reduzir ou paralisar a produção de saliva e originar cárie por radiação – que evolui rapidamente e é difícil de controlar. Outra consequência é a osteorradionecrose, na qual a mandíbula pode ficar exposta e exige cuidados especiais, sobretudo extração de dentes.

## UM NOVO ELEMENTO NA EQUAÇÃO

Recentemente, tem crescido a ocorrência de tumores de cavidade oral em uma faixa etária mais jovem, fugindo do perfil de incidência da doença. Cientistas investigam o papel do Papilomavírus Humano (HPV) nesses casos – agente patogênico associado fortemente ao câncer de colo uterino.

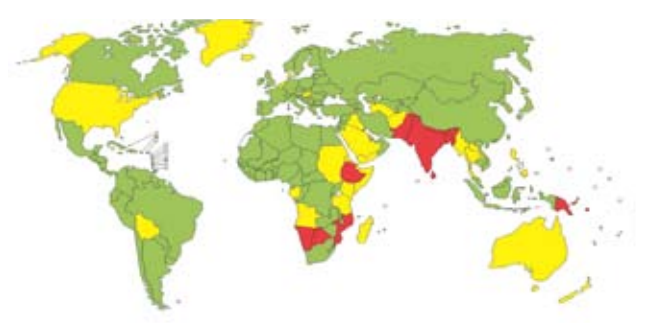
Em artigo de revisão publicado no *Journal of Dental Research*, pesquisadores do Instituto *Johns Hopkins*, nos Estados Unidos, indicam que, nos últimos 20 anos, o HPV vem sendo identificado como fator de risco para tumores de cabeça e pescoço, independentemente do uso de tabaco e álcool.

Joseph Califano, principal autor da revisão, aponta que a relação HPV/câncer de boca ainda desafia a ciência: “Precisamos definir os mecanismos de transmissão e os fatores que determinam se o paciente com HPV desenvolverá ou não câncer. Hoje, sabe-se que o sexo oral está associado à transmissão, mas é possível que outras formas sejam importantes, como a transmissão oral-oral, o que traz novos elementos para a prevenção dos tumores.”<sup>1</sup>

### Incidência



### Mortalidade



#### Legenda:

- Vermelho – maior ou igual a 3.0/100.000
- Amarelo – entre 1.6 e 2.9/100.000
- Verde – menor ou igual a 1.5/100.000

# educação

POLÍTICA VISA QUALIFICAR PROFISSIONAIS PARA A REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

## Atenção permanente ao ensino



Uma das metas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) hoje é estruturar a qualificação e a educação permanente de seus profissionais em níveis regionais, para atender demandas que surgem a partir da produção de novos conhecimentos. Instituída em 2004 e alterada em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) define novas diretrizes, que implicam em trabalho intersetorial. O objetivo é qualificar as práticas, a organização das ações e dos serviços de saúde. Visa a modificar processos de formação, atividades pedagógicas e metodologias educacionais, por meio da valorização das experiências pes-

soais dos profissionais que atuam no setor. A iniciativa baseia-se no conceito de que educação permanente é a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, com a possibilidade de transformar as práticas.

A implantação da nova política, focada em problemas enfrentados no cotidiano, gera compromissos entre profissionais, gestores, instituições de ensino e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política estabelece novas diretrizes operacionais para execução de atividades no campo da educação em saúde. As orientações determinam a necessidade de articulação



## “A construção de uma estratégia no campo do ensino e da qualificação pretende criar também a sustentabilidade das ações no longo prazo”

JOSÉ VICENT PAYÁ NETO, ASSESSOR PARA QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

entre as instituições de saúde e as instâncias de decisão dos estados. “As instituições podem apresentar planos de qualificação a serem pactuados estado por estado com os Colegiados de Gestão Regional e, em nível nacional, por meio de Comissões de Integração Ensino-Serviço”, detalha Clarice Aparecida Ferraz, coordenadora-geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Os colegiados são formados por gestores municipais de saúde de um conjunto de municípios e por representantes dos gestores estaduais. É essa instância que deve definir as prioridades regionais e as responsabilidades de cada ente envolvido na execução das ações. Já as comissões são instâncias que envolvem diversos setores e instituições, podendo incluir gestores, trabalhadores, instituições de ensino e movimentos sociais. Atuam na formulação, condução e desenvolvimento da política.

A importância da educação permanente em saúde, em especial na área oncológica, está em concentrar esforços no planejamento de estratégias de capacitação e na gestão de processos “O trabalho é feito para que os profissionais estejam aptos a atuar na linha de cuidados oncológicos, desde o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação até os cuidados paliativos”, aponta Clarice. Assim, na atenção oncológica, a política é o caminho para preparar profissionais capazes de prestar atendimento a demandas da população.

A ação é considerada das mais importantes no momento, inclusive com o auxílio de plataformas que permitem o ensino a distância. O aprendizado por meio de recursos tecnológicos, em particular na atualização profissional, atingiu grande desenvolvimento nas últimas décadas por permitir acesso ao conhecimento e à informação, facilitando a criação de comunidades virtuais em áreas de interesse, potencializando, assim, a circulação de dados e o desenvolvimento de debates em torno do tema.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) iniciou um programa de Educação a Distância em 2005. “Criamos novas perspectivas para ampliar o alcance de iniciativas educacionais em oncologia e atender necessidades de formação na área no Brasil”, destaca José Vicent Payá Neto, assessor para Qualificação da Rede de Atenção Oncológica da Coordenação de Educação do INCA.

Nas ações para o controle do câncer no Brasil, o INCA tem como um dos objetivos a construção de redes regionalizadas de atenção oncológica, em linhas de cuidado, sendo um dos componentes de destaque a linha de educação e pesquisa. “A construção de uma estratégia no campo do ensino e da qualificação pretende criar também a sustentabilidade das ações no longo prazo”, avalia Payá. A qualificação para a Rede de Atenção Oncológica (RAO) está presente no Programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, e prevê ações nos níveis técnico e superior.



Curso de Citotécnicos do Inca

Foto: Ratael Martins

Uma das iniciativas mais importantes para a qualificação de profissionais do SUS na área oncológica é o curso de citotécnicos, ministrado pelo INCA em nível de formação e também de atualização. Esses profissionais são responsáveis por fazer a leitura das lâminas de microscópios dos exames preventivos ginecológicos, essenciais para prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero.

Não existe uma qualificação única no campo da oncologia, uma vez que é necessário atuar em todos os níveis de atenção ao indivíduo, o que representa uma diversidade enorme de profissionais e de demandas. “O alvo é toda a linha de cuidado”, ressalta Fátima Meirelles, técnica da Coordenação de Educação do INCA. Fátima destaca também que 90% das necessidades do SUS estão concentradas na atenção básica nos municípios, que trabalham as prioridades do Pacto pela Saúde, como o combate aos cânceres do colo do útero e da mama e no controle do tabagismo.

## OTIMIZAR A QUALIFICAÇÃO

Como o INCA não tem capilaridade suficiente para formar ou oferecer vagas para profissionais de todo o país, é necessário descentralizar o ensino para a Rede de Atenção Oncológica. Uma saída é a busca no sistema de parceiros que possam criar uma rede de conhecimento capaz de permitir a formação e a qualificação desses profissionais. Com a Política Nacional de Educação Permanente de Saúde e a Política Nacional de Atenção Oncológica, a formação se dá por meio dos centros formadores. “Promovemos a formação no INCA e enviamos nossos profissionais a outros locais também, mas precisamos utilizar a rede para expandir o conhecimento”, ressalta José Vicent Payá.

O Projeto dos Centros Formadores busca articular instituições para propor estratégias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, na área do câncer. A ideia é incentivar a colaboração de instituições no desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede e a educação para a atenção oncológica. Um desafio é mapear a força de trabalho e seus diferentes componentes. “Esse quadro muda de acordo com o tipo da doença. Precisamos também identificar os órgãos capazes de formar esses profissionais”, avalia Payá. A fixação de profissionais fora dos grandes centros também é uma preocupação. O assessor afirma que 90% dos profissionais formados estão na Região Sudeste e mesmo os alunos provenientes de áreas mais distantes não voltam para seus locais de origem para difundir o conhecimento adquirido.

Em hospitais privados, também existe a preocupação com a educação permanente em saúde, que pode incluir a capacitação dos profissionais e gestores e o incentivo à pesquisa. No Hospital A. C. Camargo, em São

Paulo, por exemplo, a área de ensino oferece cursos técnicos, de extensão, aprimoramento e especialização em saúde. “No entanto, a diferenciação é que em algum momento será abordada a oncologia, nossa *expertise*”, afirma a coordenadora da Educação Continuada do A. C. Camargo, Maria das Graças Matsubara.

A política de educação no A. C. Camargo está pautada em três pilares: público leigo, colaboradores internos e comunidade científica voltada à área da saúde. Para a comunidade científica, são promovidos congressos, jornadas e cursos. “Também oferecemos formação em enfermagem do nível médio, *lato e stricto sensu*”, acrescenta Maria das Graças.

## RECURSOS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde está definida por meio da Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, e seu financiamento é instituído pelo Pacto pela Saúde. Como detalha a coordenadora-geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Clarice Aparecida Ferraz, os recursos financeiros relativos aos municípios, estados e Distrito Federal serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde. Em 2007 e 2008, foram repassados R\$ 85 milhões para as iniciativas em educação. “Os recursos financeiros deste ano estão em tramitação administrativa”, explica Clarice.

Por se tratar de uma ação estruturante na educação em saúde, Clarice avalia que essa estratégia está sendo bem conduzida, considerando-se as especificidades locais, regionais e estaduais. “Buscamos superar as desigualdades e as necessidades de formação para o trabalho no setor, em âmbito da atenção básica e especializada em saúde”, conclui. |

## DINÂMICA DO TRABALHO

### PROBLEMATIZAR AS PRÁTICAS

Identificar problemas	Ação-Reflexão Investigação-Ação	Estudo de casos Trabalho de campo Sistematização de dados locais Construção e priorização de problemas
Ampliar o conhecimento	Acesso bibliográfico Acesso a dados Acesso à comunicação virtual Acesso a outras experiências	Seminário de estudos Estágio <i>in loco</i> Grupos de discussão Teleconferências e redes interativas
Desenvolver competências específicas da equipe	Aquisição de competências e capacidades específicas	Supervisão capacitante Treinamentos focalizados específicos Oficinas de elaboração de projetos de trabalho
Buscar soluções Colocá-las em prática e avaliá-las	Coordenar condutas com outros e trabalho em redes	Grupos operativos de qualidade Oficinas de programação local Avaliação de processos e resultados

Fonte: Série Pactos pela Saúde, volume 9.

# capoa

TUMORES DE MAMA E COLO DE ÚTERO CONTAM COM A OPORTUNIDADE DE RASTREAMENTO E TÊM ALTAS CHANCES DE SUCESSO NO TRATAMENTO



## O desafio feminino do câncer

O controle dos cânceres de mama e de colo do útero é um desafio para as políticas de saúde voltadas para as mulheres. Ao mesmo tempo que apresentam um quadro de alta incidência, esses tipos de câncer mais comuns do sexo feminino têm significativas chances de sucesso na prevenção, no tratamento e mesmo de cura quando detectados precocemente. Por serem frequentes e apresentarem taxas de mortalidade importantes no contexto brasileiro, essas neoplasias estão no foco de políticas públicas de controle do câncer, com lugar de destaque no Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, são os únicos tipos de câncer destacados no Pacto pela Vida – um pacto das três esferas de governo para ação em eixos prioritários para a saúde no Brasil.

Ao mesmo tempo que representa um grande desafio, o controle dos tumores de mama e de colo uterino conta com importantes aliadas: as políticas

de rastreamento populacional e as ações de prevenção, que avançam largamente no Brasil. No campo da pesquisa científica e das políticas públicas, novos conhecimentos surgem a cada dia, em um conjunto de esforços que abre caminho para tornar a queda de mortalidade por essas doenças uma realidade cada vez mais próxima.

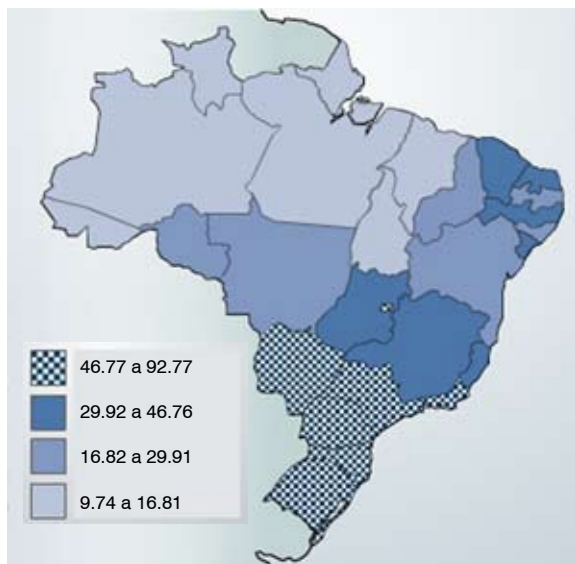
### MAMA E COLO DE ÚTERO, SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS

Em todo o mundo, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente e, entre as mulheres, é o mais comum. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer detectados em mulheres são de mama. O câncer de colo de útero tem aproximadamente 500 mil novos casos por ano no mundo,

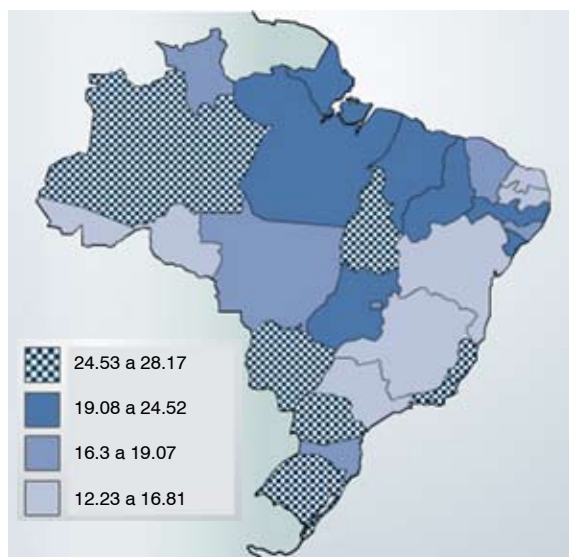


## TAXAS DE INCIDÊNCIA POR 100.000 MULHERES EM 2009

### CÂNCER DE MAMA



### CÂNCER DE COLO DO ÚTERO



Fonte: Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil/INCA.

com taxas de incidência cerca de duas vezes mais altas em países em desenvolvimento. Segundo tumor mais comum entre as mulheres, é responsável pelo óbito de 230 mil mulheres por ano.

Apesar de serem considerados tumores de relativamente bom prognóstico, se detectados e tratados oportunamente, o diagnóstico ainda ocorre em está-

dios avançados e as taxas de mortalidade por câncer de mama e de colo de útero continuam elevadas no Brasil. Entre todos os tipos de neoplasia, o câncer do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente.

No Brasil, a distribuição geográfica da incidência dessas neoplasias reflete diferenças regionais. No Sul e Sudeste, a incidência do câncer de mama é mais importante – fato associado ao nível de desenvolvimento. No Norte, reside o principal desafio para o controle do câncer de colo de útero. No *ranking* geral de neoplasias entre as mulheres brasileiras, mama e colo de útero são as mais incidentes (excetuando-se os tumores de pele não melanoma), seguidas por cólon e reto; traqueia, brônquio e pulmão; e estômago.

Na saúde, como um todo, e no câncer, em especial, a informação continua sendo uma estratégia de prevenção fundamental. Enquanto o câncer de mama está fortemente associado a causas genéticas, o câncer de colo uterino está diretamente ligado à infecção prolongada por alguns tipos de Papilomavírus Humano (HPV).

Em relação à prevenção, para o câncer do colo do útero é importante o uso de preservativos durante a relação sexual como estratégia para reduzir a chance de infecção pelo HPV. A realização do exame preventivo ginecológico também se destina a identificar a infecção pelo HPV antes do desenvolvimento de um tumor, prevenindo o surgimento do câncer do colo do útero. No câncer de mama, no entanto, os dados científicos ainda não estão claros quanto à prevenção, por conta da variedade de fatores de risco e das características genéticas envolvidas nessa neoplasia. Ações de promoção da saúde, como praticar exercícios físicos e manter uma alimentação saudável, são indicadas. A obesidade também tem sido associada ao câncer de mama em diversos estudos e a amamentação representa uma forma de proteção.

## A OPORTUNIDADE DO RASTREAMENTO

Para o controle dos tumores de mama e colo de útero, há políticas de rastreamento populacional, fundamentais para a saúde da mulher. O rastreamento é a ação de examinar mulheres saudáveis, em um grupo etário definido, segundo protocolos internacionais respaldados cientificamente. O foco das ações de rastreamento é obter impacto na queda de mortalidade, mediante a detecção precoce de casos ou,



Fotos: Rafael Martins

## RASTREAMENTO EM MAMA

Desde 2004, o Brasil conta com o Consenso para Controle do Câncer de Mama, documento elaborado por gestores, ONGs, sociedades médicas e universidades. A publicação indica como principais estratégias de rastreamento populacional a realização do exame clínico anual das mamas, para mulheres com mais de 40 anos, de idade, e de um exame mamográfico a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos de idade. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independentemente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde em geral. Para mulheres de grupos de risco elevado para o câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, por exemplo), é indicada a realização do exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos.

Vale ressaltar que, apesar de não substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde capacitado, o autoexame das mamas ajuda o conhecimento do corpo, entendido no contexto das ações de educação para a saúde. No Brasil, a oferta de mamografia tem aumentado linearmente, com um acréscimo de cerca de 200 mil exames todos os anos. Em 2008, 2,6 milhões de exames de mamografia foram realizados.

Em abril, a Lei 11.664/2008 entrou em vigor, estabelecendo que o Sistema Único de Saúde deve assegurar a realização de exames mamográficos a

no caso do câncer do colo do útero, de um agente causador.

Apesar de ser eficaz nos dois tipos de tumor, na realidade brasileira o rastreamento no câncer de colo de útero é mais custo-efetivo que no câncer de mama. Ana Ramalho, gerente da Divisão de Gestão da Rede de Atenção Oncológica do Instituto Nacional de Câncer (INCA), indica que países da Europa e o Canadá implementaram políticas de rastreamento com resultados positivos, mesmo quando essas iniciativas não contaram com coberturas altíssimas nas ações de rastreio.

A especialista aponta a questão social como um dos desafios da adesão das mulheres às ações de rastreamento na realidade brasileira. “Alguns grupos convivem com tantos fatores que aumentam o risco de morrer que o câncer não se coloca como uma preocupação principal”, pondera.

ICSN – RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA (INQUÉRITO DE 2002)

País	Tipo de Programa	Ano de Início	Método de Detecção	Faixa Etária	Intervalo de Rastreamento	
					40-49	50+
Islândia	Nacional	1987	MM;CBE	40-69	2	2
Canadá	Provincial	1988	MM;CBE <sup>1</sup>	50-69	NA	2
Reino Unido	Nacional	1988	MM	50-64	NA	3
Holanda	Nacional	1989	MM	50-74	NA	2
Austrália	Nacional	1991	MM	50-69	NA	2
Dinamarca	Regional	1991	MM	50-69	NA	2
EUA (CDC)	Nacional	1995	MM;CBE	40+	1-2	1-2
Noruega	Nacional	1996	MM	50-69	NA	2
Israel	Nacional	1997	MM	50-74	NA	2
Nova Zelândia	Nacional	1998	MM	50-64	NA	2
Brasil	Nacional	2004	MM;CBE	50-69	NA	2

Fonte: Adaptado do Semin Breast Dis. June 10(2): 102-107, 2008.

MM: Mamografia.

CBE: Exame Clínico de Mamas.

NA: Não se aplica.

<sup>1</sup>: em 5 dos 12 programas provincianos.

todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade. A lei dispõe sobre a atenção integral à saúde da mulher e reforça o que já é estabelecido pelos princípios do SUS: o direito universal à saúde. “É muito importante que as mulheres tenham acesso à realização dos exames para diagnóstico precoce do câncer de mama. Um grande avanço nessa direção foi a aprovação recente da lei”, afirma Maira Caleffi, presidente da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama).

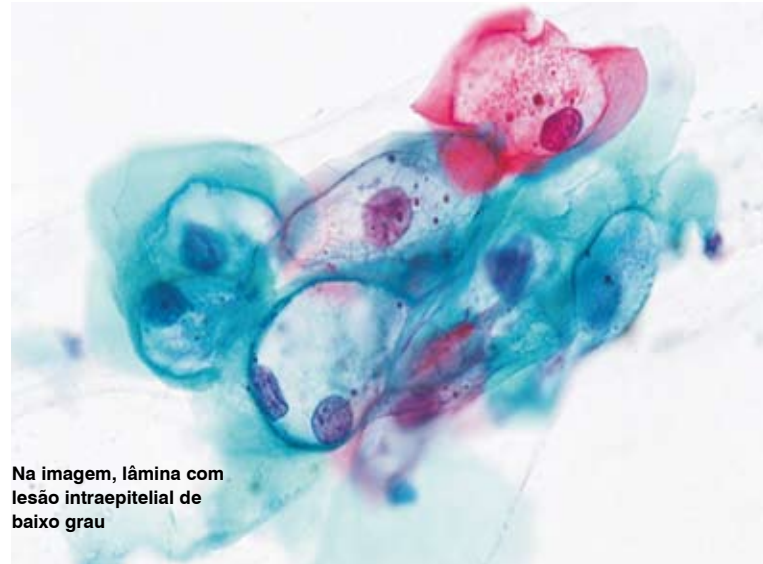
No mês em que a lei entrou em vigor, o Instituto Nacional de Câncer promoveu o Encontro Internacional sobre Rastreamento de Câncer de Mama, que reuniu alguns dos maiores especialistas do mundo, gestores de todas as esferas de poder, representantes da sociedade civil, profissionais da saúde, ONGs e demais instituições ligadas à abordagem desse tipo de câncer. Durante o evento, foram amplamente discutidas as estratégias de rastreamento organizado adotadas por países como Grã-Bretanha, Canadá, Holanda e Itália, e os resultados alcançados a longo prazo de acordo com a faixa etária das mulheres convidadas a realizar o exame. Os palestrantes ressaltaram a necessidade de monitoramento e avaliação dos programas implementados e de controle da qualidade das mamografias. Também foi debatida a experiência brasileira, o sistema de saúde do país e propostas de rastreamento custo-efetivas.

Amâncio Carvalho, coordenador de ações estratégicas do INCA, explica que a ação de rastreamento baseada em mamografia traz impactos com redução de 20% a 30% nas taxas de mortalidade após, pelo menos, dez anos de trabalho sistemático. “Os resultados são claros, cientificamente colocados, para a faixa etária acima dos 50 anos. Abaixo dessa faixa etária, não existem evidências científicas que mostrem que vale a pena submeter as mulheres ao rastreamento”, afirma. Uma das explicações é que, antes dos 50 anos, a mama é mais densa, com maior quantidade de gordura, o que reduz a acurácia da mamografia em apontar possíveis tumores.

Um importante aspecto dessa questão são os tratamentos desnecessários, nos casos em que o tumor não avançaria. Uma meta-análise publicada na *British Medical Journal*, com base nos resultados de 315 artigos científicos, apontou que um terço dos cânceres de mama diagnosticados com base em ações de rastreamento não levaria a óbitos, ainda que não fossem submetidos a nenhum tipo de tratamento. Nesses casos, as mulheres passam por tratamentos considerados invasivos e que podem ter sido desnecessários, além do sofrimento emocional envolvido.

Um dos pontos centrais é que ainda não há metodologias que permitam prever, a partir da detecção precoce, quais tumores poderão evoluir para formas que exigem intervenção terapêutica e quais deles regredirão naturalmente.

## RASTREAMENTO EM COLO DE ÚTERO



Na imagem, lâmina com lesão intraepitelial de baixo grau

No Brasil, a realização do exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde, prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos de idade. A periodicidade preconizada para o exame Papanicolaou, disponível em unidades de atenção básica do SUS, é, inicialmente, um exame por ano. No caso de dois resultados normais seguidos, o exame deverá ser repetido a cada três anos. Estima-se que seja possível obter uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse câncer mediante as ações de rastreamento.

O Chile é o único país da América que também adota políticas de rastreamento. O Programa de Controle de Câncer de Colo de Útero naquele país, iniciado há 22 anos, já obtém impactos positivos: de 1990 a 2007, as taxas de mortalidade caíram de 11.8 para 7.6 a cada 100 mil mulheres. Segundo Marta Prieto, coordenadora dos programas nacionais de câncer de mama e de colo de útero no Chile, um dos pontos fundamentais para o sucesso do programa no país foi a estruturação da rede de atenção básica. “No contexto da América Latina, permanece como desafio a necessidade de reforçar e apoiar o desenvolvimento de programas de controle de câncer de mama e de colo de útero”, afirma.

No Brasil, é grande o desafio do controle do câncer de colo de útero na Região Norte. A mortalidade por



essa neoplasia é duas vezes maior no Norte que no Sudeste e a incidência é quase o dobro. “A mortalidade e a incidência têm crescido ano a ano, longe de diminuir, como já se vê em algumas capitais do Sul e Sudeste. A ideia é concentrar esforços nas principais cidades do Norte, como Manaus e Belém, no sentido de fazer com que o convite a cada mulher para o exame de rastreamento seja sistemático”, descreve o coordenador de ações estratégicas do INCA, Amâncio Carvalho.

## RELEVÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Enquanto as opções para tratamento na maioria das vezes estão concentradas na média e alta complexidades, as estratégias de rastreamento para tumores de mama e câncer de colo de útero estão disponíveis na rede básica de atenção. A cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) tem avançado de forma continuada no território brasileiro. No âmbito dos cânceres de mama e de colo de útero, o papel desses profissionais tem sido cada vez mais relevante, tanto na prevenção, pelo esclarecimento sobre fatores de risco e pelo fomento a hábitos de vida saudáveis, quanto na adesão das mulheres aos exames de rastreamento.

Ana Ramalho aponta que o aumento de cobertura do PSF é uma enorme oportunidade de crescimento para o rastreamento de câncer de colo de útero, já que



a coleta do material para exame citopatológico é feita pela própria equipe da saúde da família. Lena Peres, coordenadora de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, afirma que 93 milhões de pessoas são cobertas pela estratégia de saúde da família no Brasil e que os principais usuários são as mulheres, chegando a 60% da população atendida. “A oferta de serviços de porta de entrada para as faixas etárias que estão preconizadas para as políticas de rastreamento está principalmente na atenção básica”, aponta.

Sobre o desafio de mobilizar as mulheres da faixa etária preconizada a procurarem os exames de rastreamento, disponíveis gratuitamente no SUS, Lena indica que o Ministério da Saúde vem regionalizando as ações. “A busca ativa e a não perda de oportunidade, quando da presença das mulheres na faixa etária preconizada nas unidades de saúde, é a nossa principal mobilização”, destaca.

Gustavo Gusso, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, afirma que o papel do médico de família e comunidade que atua na estratégia de saúde da família não é só de fornecer acesso aos exames propriamente ditos, mas também levar informação de qualidade, transmitida de maneira clara. “É fundamental orientar cada pessoa quanto à melhor estratégia preventiva a ser adotada. E isso é feito de forma individual, levando em consideração a faixa etária e os riscos a que cada um está exposto”, resume.

## CAPACITAÇÃO E APRIMORAMENTO

Atento às demandas de melhoria na qualidade dos exames de rastreamento, o INCA realiza ações continuadas de capacitação. No campo do câncer de mama, implantou neste ano o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia. A má qualidade desses exames prejudica o diagnóstico precoce do câncer. O programa, estruturado em parceria com o Colégio Brasileiro de Radiologia e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com o apoio do Instituto Avon, vai ainda interligar os serviços de mamografia, padronizando as metodologias.

Para fortalecer a qualidade do exame Papanicolaou, a estratégia reside na capacitação dos citotécnicos – profissionais que realizam a leitura visual de lâminas coletadas durante o exame. Leda Küll, coordenadora do Curso de Citologia do INCA, conta que 369 citotécnicos já foram formados no curso oferecido pelo instituto. “A qualidade do trabalho desenvolvido por esse profissional é fundamental para toda a estratégia de rastreamento e diagnóstico precoce”, avalia. Neste ano, o INCA realizou a 1ª Jornada Internacional de Citotecnologia -



Citotecnologista: da Formação à Atuação no Controle do Câncer, na qual profissionais da América Latina e de diversos estados puderam trocar experiências. A regulamentação da profissão foi o tema central da jornada.

Teresa Feitosa, técnica da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do INCA, aponta que uma importante ação consiste na capacitação do tratamento de lesões precursoras de câncer de colo uterino em nível ambulatorial. “O tratamento na rede primária é menos traumático para a paciente e tem impacto em economia para o SUS”, descreve.

## NOVAS ESTRATÉGIAS

Hoje, cerca de 75% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas pelo menos uma vez na vida pelo HPV. A infecção é assintomática na maioria dos casos, mas as infecções persistentes por tipos oncogênicos de HPV estão diretamente associadas à ocorrência do câncer do colo do útero. Dos 15 tipos oncogênicos do vírus, os mais frequentes são o HPV16 e o HPV18.

Alguns países adotaram a vacinação profilática de jovens antes do início da vida sexual, como estratégia para controle do câncer do colo do útero. Existem atualmente duas vacinas disponíveis no mercado brasileiro, ambas liberadas, para uso quanto à eficácia e segurança, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O Ministério da Saúde vem trabalhando em estudos de custo-efetividade sobre a possível adoção de uma das vacinas, enquanto o INCA está iniciando pesquisas para conhecer melhor o perfil epidemiológico do HPV no Brasil. “Ambas são seguras e eficazes e apresentam custos semelhantes. Por qual delas o Brasil poderá optar passa por uma questão de transferência de tecnologia, numa esfera de negociação política e econômica”, afirma Claudio Noronha, coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA.

A vacina é profilática, para ser usada em mulheres ainda não expostas à infecção. Para modificar o cenário da infecção pelo HPV, serão necessários de 10 a 20 anos, a partir da política de vacinação, para que sejam sentidos impactos sobre a transmissão do HPV e as taxas de incidência de câncer de colo de útero. Noronha ressalta que, mesmo com a adoção de políticas vacinais, será necessário dar continuidade às ações de rastreamento, uma vez que a vacina protege para os sorotipos 16 e 18 de HPV, que respondem por 70% dos casos de câncer de colo uterino, mas não imuniza para os demais sorotipos oncogênicos.

## NOVIDADES NA ÁREA DE PESQUISA

Os tumores de mama e de colo de útero têm sido alvo de uma série de iniciativas no campo da pesquisa científica. Criado no final de 2008, o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para o Controle do Câncer (INCT-Câncer), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), consiste em uma rede de laboratórios instalados em diversas instituições nacionais, sob coordenação do INCA. Um dos principais focos de investigação é o câncer de mama. Um estudo multicêntrico investiga as características moleculares desse tipo de tumor.

Internacionalmente, desde setembro, o INCA e a Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC, na sigla em inglês) estão desenvolvendo projetos de cooperação sobre rastreamento e diagnóstico precoce de câncer do colo do útero e de mama e sobre a vigilância desses tumores. Em outubro, Brasil, Argentina, Chile, México e Uruguai se uniram em uma aliança para desenvolver pesquisas sobre o câncer com o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos (NCI, na sigla em inglês). “Para o NCI, esse tipo de câncer tem uma importância grande porque a população latina tem aumentado muito e o câncer de mama é uma importante causa de morte, que vem mudando os indicadores nos Estados Unidos. Por isso, é importante conhecer melhor o perfil molecular dessas mulheres”, indica. |

# ciência

FARMACOGENÉTICA ESTUDA RESPOSTA INDIVIDUALIZADA A MEDICAMENTOS PARA EVITAR EFEITOS INDESEJADOS



## Receita sob medida

Quantas vezes um medicamento atua de forma diferenciada em diversos pacientes e por que isso ocorre? Essas são algumas questões tratadas pela farmacogenética, que estuda a influência de fatores genéticos na resposta aos medicamentos. Na década de 1950, vários estudos de médicos do Canadá, da Alemanha, da Inglaterra e dos Estados Unidos começaram a impulsionar a farmacogenética, destacando as relações entre as alterações genéticas e o metabolismo de medicamentos no organismo. Mesmo tendo evoluído nos últimos anos, o maior desafio continua: encontrar o medicamento certo, na dose adequada, de acordo com as características genéticas de cada paciente.

Apesar de os estudos na área terem início na década de 50, um dos grandes estímulos para o

avanço da farmacogenética foi o sequenciamento do Genoma Humano no início dos anos 2000. Com as descobertas provenientes da pesquisa, tornou-se mais fácil estudar como as variações genéticas interferem na formação de enzimas e proteínas relacionadas à metabolização e ao transporte pelo organismo das substâncias presentes nos medicamentos. Os pesquisadores buscam marcadores genéticos, que são diferenças nos genes dos indivíduos, relacionados a um comportamento específico diante de alguma droga. “Aliado a isso, o desenvolvimento tecnológico facilitou a avaliação de alterações genéticas, com exames de sangue de rápida execução”, acrescenta Guilherme Suarez-Kurtz, chefe da Divisão de Farmacologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA).



“É possível agrupar certas características vistas em milhares de pessoas, que serão mais beneficiadas ou negativamente afetadas por determinados medicamentos”

GUILHERME KURTZ, CHEFE DA DIVISÃO DE FARMACOLOGIA DO INCA

Se o médico souber como o medicamento reagirá especificamente nos organismos de um grupo de pacientes com algum marcador identificado, é possível ajustar melhor a dosagem ou até definir alguma droga exclusiva para aqueles indivíduos. A pesquisa em farmacogenética ainda se volta a descobrir genes relacionados ao surgimento de algumas doenças e, assim, desenvolver drogas para alvos mais definidos.

## EFEITOS ADVERSOS

As alterações genéticas podem estar relacionadas a uma melhor resposta ao uso de algum medicamento, como também a uma intolerância à toxicidade de alguma droga. Como os genes estão ligados à produção de enzimas de metabolização, suas diferenças podem determinar uma absorção mais rápida ou mais demorada de um medicamento. A rapidez pode demandar uma dosagem maior de uma substância para que esta acumule-se por mais tempo no organismo. De outro lado, a lentidão pode elevar muito os níveis da droga, tornando-a tóxica para o indivíduo. É por isso que os efeitos colaterais de um medicamento diferem de um paciente para outro.

Para dar uma dimensão da importância da farmacogenética, Kurtz cita o tratamento da leucemia. Os estudos revelaram que uma substância chamada tiopurina provocava um risco maior no desenvolvimento de infecções graves em pacientes que apresentavam uma determinada enzima que os deixava mais sensíveis aos efeitos tóxicos da droga. “Então, ao identificar, através de testes de DNA, as variáveis genéticas de um determinado paciente, podemos já começar o tratamento, nesses casos, com uma dose dez vezes menor que nos demais”, detalha Kurtz.

O câncer é um foco principal das pesquisas em farmacogenética por demandar um longo período de tratamento com medicamentos de alto custo e toxicidade. Com a identificação de marcadores que determinam

melhor resposta a alguma droga, é possível definir a aplicação de algum medicamento para um grupo bem específico de pacientes que apresentam tal variação genética. Isso evita o desperdício de recursos com tratamentos que poderiam ser ineficazes para o restante dos pacientes, ou que causariam efeitos colaterais mais graves. “A farmacogenética não será aplicável, no entanto, a todos os grupos de medicamentos. Vale ressaltar que ela é uma ferramenta para otimizar algumas terapêuticas para algumas doenças”, alerta Kurtz.

As variações genéticas podem ser observadas no indivíduo ou especificamente nas células de um tumor. Nos Estados Unidos, diversos medicamentos aprovados trazem na sua bula a indicação para ser usado apenas em indivíduos com alguma alteração genética que deverá ser identificada após a realização de testes. No Hospital A. C. Camargo, em São Paulo, hoje os testes mais utilizados no campo da farmacogenética são a pesquisa de amplificação do gene HER2 em câncer de mama para avaliar resposta ao Trastuzumab e mutação de K-RAS, em câncer colorretal. “Os exames permitem selecionar aqueles pacientes que responderão ou não ao tratamento com determinado medicamento”, explica Isabela Werneck da Cunha, patologista do A. C. Camargo.

## A BUSCA PELA INDIVIDUALIZAÇÃO

O médico Guilherme Kurtz destaca que o alvo da farmacogenética é a individualização da terapia – compreendendo-se, nesse contexto, individualização não como o caso de pessoa para pessoa, mas, sim, de pessoas com perfis genéticos semelhantes que serão estudadas. “É possível agrupar certas características vistas em milhares de pessoas, que serão mais beneficiadas ou negativamente afetadas por determinados medicamentos”, esclarece. Tal individualização não deve representar uma diferenciação racial dos pacientes. Os testes para identificar as variações genéticas individuais são imprescindíveis para definir comportamentos diferentes em relação aos medicamentos.

“Na área oncológica, a contribuição ainda é tímida perto do potencial que se vislumbra”

ROGER CHAMMAS, ONCOLOGISTA DO INSTITUTO DO CÂNCER DE SÃO PAULO E DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

O rápido avanço da farmacogenética, somado a novas ferramentas tecnológicas, cria oportunidades importantes na pesquisa e no controle do câncer, como ressalta o médico Andrew Freedman, chefe da Divisão de Controle do Câncer, do National Cancer Institute (NCI), dos Estados Unidos. Encarregado de desenvolver uma agenda de pesquisa em farmacogenética, que conectará descobertas em vários campos em busca da terapia personalizada do câncer, Freedman acredita que a identificação da resposta individual a uma droga, baseada no perfil genético do paciente, elevará significativamente o benefício do tratamento.

## REDE NACIONAL PROMOVE INTERAÇÃO CIENTÍFICA

Em inúmeros casos, o desenvolvimento de drogas e de testes leva em conta variações genéticas mais comuns na população, em que os estudos foram realizados e não contempla as especificidades da população brasileira. Devido a sua grande miscigenação, a realização de pesquisas na área da farmacogenética com brasileiros é de grande importância. Para impulsionar esses estudos, foi criada em 2003 a Rede Nacional de Farmacogenética (Refargen). A rede reúne grupos de pesquisa de diferentes regiões do país e representa diversas áreas do conhecimento, em especial a farmacologia e a genética. Entre os objetivos estão a promoção da interação científica entre pesquisadores brasileiros sobre o tema, a criação de um arquivo de dados farmacogenéticos da população brasileira, o desenvolvimento de debate público e a participação em programas educacionais para profissionais e estudantes das áreas da saúde. A Refargen é iniciativa de pesquisadores brasileiros, com o alvo principal de promover o estudo da farmacogenética na população do Brasil, reconhecendo e valorizando suas características peculiares. O Instituto Nacional de Câncer é membro da rede.

Pelo menos cinco grupos de pesquisa da Universidade de São Paulo (USP), dos *campi* de São Paulo e Ribeirão Preto, participam da Rede Nacional de Farmacogenética, como explica Roger Chammas, oncologista do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e da Faculdade de Medicina da USP. As pesquisas para tratamentos e remédios individualizados na USP encontram-se em diferentes fases, dependendo da doença em estudo. “Na área oncológica, a contribuição ainda é tímida perto do potencial que se vislumbra”, avalia Chammas. Ele acredita que a maior



contribuição da farmacogenética, no entanto, seja a identificação de grupos de indivíduos que não teriam benefício algum com esse tratamento. “O impacto médico, social e econômico dessa informação seria imenso”, acredita o oncologista.

Com a organização de grupos de estudo com o objetivo de avaliar a implantação de tecnologias que envolvem testes genéticos no Sistema Único de Saúde (SUS), iniciativas como a Rede Nacional de Farmacogenética ocuparão uma posição central no debate do tema, prevê Chammas. “Não somente na geração de conhecimento, mas, principalmente, no delineamento de políticas públicas de maior retorno ou relação custo-benefício mais favorável para o sistema de saúde”, observa. Chammas alerta ainda que definir o perfil farmacogenético de acordo com a ancestralidade do brasileiro é a primeira meta que espera atingir até 2011. “Seria razoável supor que, em 2015, tenhamos alguns modelos bem-sucedidos”, acredita.

As possibilidades de aplicação futura dos estudos em farmacogenética são muitas, e, de acordo com os especialistas, o número de drogas voltadas a nichos específicos de pacientes com variações genéticas só tende a aumentar. O debate sobre as diversas questões relacionadas à individualização do tratamento deve ocupar lugar de destaque no campo da pesquisa e incluir médicos, gestores de saúde, indústria e a população em geral. |

# política

CAMPO DE AMPLO DEBATE, O PAGAMENTO PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER APRESENTA UMA LÓGICA DIFERENCIADA NO SISTEMA

## Oncologia no SUS: os caminhos do financiamento

A descentralização é uma das bases fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa característica também está refletida no financiamento do sistema, em uma dinâmica complexa de faturamentos que envolvem diversos prestadores de serviço. Nesse contexto, o desembolso para atenção oncológica possui algumas particularidades. Com tratamento de alto custo e inovações que surgem a cada dia, o financiamento para tratamento do câncer torna-se um campo de amplo debate em que dilemas são levantados e opiniões diferentes confrontadas.

### COMO OPERA O SISTEMA DE FINANCIAMENTO

Para falar no sistema de financiamento do SUS para o tratamento oncológico, em primeiro lugar é preciso esclarecer que não existe uma tabela de medicamentos associados a cada tumor. Na verdade, existem numerosas portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, referentes a diferentes neoplasias. Para cada uma, está definido o valor disponível para tratamento pelo SUS. Dessa forma, paga-se por ciclos de atendimento, tendo em vista a atenção integral ao paciente. Cabe aos médicos determinar os protocolos e medicamentos que serão adotados de acordo com as evidências científicas e os padrões da instituição em que atua.

Essa modalidade de financiamento – com foco no paciente, e não no medicamento – tem uma lógica diferente dos demais tratamentos oferecidos pelo SUS.

“O tratamento escolhido dependerá de fatores específicos de cada caso, como: localização, tipo celular e grau de extensão do tumor; os tratamentos já realizados; a finalidade da quimioterapia e as condições clínicas do doente”, esclarece Maria Adelaide Werneck, analista da Área de Regulação e Normas Técnicas do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Inez Gadelha, coordenadora de Média e Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, explica que o financiamento do SUS compreende seis blocos: Atenção Básica, Atenção Especializada de Média e Alta Complexi-





dades (inclusive quimioterápicos antineoplásicos), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica (exceto quimioterápicos antineoplásicos), Gestão do SUS e Investimentos. Os tratamentos de câncer, portanto, não estão na categoria de Assistência Farmacêutica, mas na Atenção Especializada de Média e Alta Complexidades.

Na área da oncologia, Inez esclarece que o SUS é estruturado para atender de forma integral e integrada os pacientes que necessitam de tratamento para uma neoplasia maligna. Os hospitais habilitados para tratamento do câncer devem oferecer assistência geral, atuando no diagnóstico e tratamento do paciente. A especialista indica que o SUS financia o tratamento oncológico como um todo, ou seja, tratamento cirúrgico, radioterápico, quimioterápico, iodoterápico e por transplantes. “Os maiores desafios, hoje, são garantir a integralidade assistencial, o uso racional das tecnologias e a aplicação dos recursos nas ações assistenciais de relação custo/benefício demonstrada e de impacto efetivo”, aponta.

## APACs

Para uso oncológico, o fornecimento de medicamentos se dá por meio da notificação dos fármacos como procedimentos quimioterápicos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Dentro dele, há a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), que é o documento pelo qual os gestores e profissionais de saúde solicitam o ressarcimento. Os medicamentos devem ser fornecidos pelos estabelecimentos cre-

denciados e são posteriormente ressarcidos conforme o código do procedimento informado na APAC. A respectiva Secretaria de Saúde repassa o recurso para essas unidades. “Os estabelecimentos habilitados em oncologia pelo SUS são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que neles, livremente, se padronizam, adquirem e prescrevem”, informa Inez.

Um dos objetivos do sistema APAC é garantir o fornecimento e a administração imediata pelo prestador, de forma que os ciclos de quimioterápicos sejam realizados nos intervalos predeterminados e regulares. Ao mesmo tempo, o sistema permite a poliquimioterapia – o uso associado de diferentes quimioterápicos – e a recomendação de doses variadas, uma vez que o uso do medicamento se dá por superfície corporal ou quilograma de peso, e não por unidade de apresentação do produto.

## OPINIÕES DIVERGENTES

José Getulio Segalla, presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) pondera que o SUS não dispõe de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos definidos, com poucas exceções, já que a forma de tratamento oncológico na tabela de procedimentos baseia-se em códigos de intenção de tratamento. “Se, por um lado, isso dá aos prestadores a liberdade de escolherem o tratamento de sua preferência, por outro, prejudica a padronização e a avaliação de resultados da qualidade do atendimento, e até dificulta a transferência de pacientes para outros serviços”, critica.

O presidente da sociedade ainda contesta os valores pagos pelo SUS para cada ciclo de tratamento de diferentes neoplasias. “É de extrema importância que, devido ao atraso de uma década, exista uma atualização de emergência para as tabelas e que novas incorporações em quimio e radioterapia



sejam urgentemente realizadas, além de cuidados paliativos e procedimentos de básica e média complexidades”, opina.

Nilo Bretas Júnior, coordenador da assessoria técnica do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASEMS), amplia a discussão. “O desafio central é resolver o financiamento do sistema de saúde como um todo. Para pensar a oncologia, temos que encarar o subfinanciamento crônico da saúde em seu conjunto”, afirma. O representante do CONASEMS afirma que a solução não reside apenas na atualização de valores pagos para o tratamento de pacientes com câncer. “Não existe outro caminho: tudo passa pelo fortalecimento da atenção primária. Não se soluciona a questão do financiamento agindo só sobre o financiamento, é preciso agir na rede desde a atenção básica – uma atenção primária resolutive de verdade, atenta à promoção da saúde”, destaca.

## INDIVIDUAL E COLETIVO

Cid Manso de Mello Vianna, diretor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), chama atenção para o descompasso entre a lógica coletiva da saúde pública e a questão médica, focada no tratamento do indivíduo. Cid esclarece que, quando se passa a fazer um procedimento que não possui um benefício acumulado para a população em geral, na verdade, estão se retirando recursos que poderiam ser aplicados em outras áreas mais benéficas para o conjunto. “Ao pensar no indivíduo, perde-se de vista o todo. Não é questão de certo ou errado: a saúde pública trabalha com uma lógica diferente da lógica do indivíduo. Essa é a contradição principal que existe”, afirma.

Recentemente, o INCA foi aprovado em um edital da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde para estruturação do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), empossado em outubro. Carlos José Andrade, oncologista clínico do INCA, é um dos membros do NATS. “Um ponto fundamental é que a avaliação sobre incorporação tecnológica precisa ter foco na saúde, e não na tecnologia”, argumenta o especialista. Nesse contexto, dimensões de custo-efetividade, custo-utilidade e impacto orçamentário precisam ser levados em consideração. “É preciso ter em mente qual meta se objetiva com uma determinada incorporação tecnológica: de que forma uma determinada tecnologia contribuirá para obter êxito em dada política. Falta dinheiro, falta gestão, mas a tomada de decisão deve ser sempre respaldada por critérios estritamente técnicos”, indica.

## INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA E JUDICIALIZAÇÃO

Um dos resultados de todos os impasses embutidos na questão da incorporação tecnológica é a chamada judicialização – a busca da Justiça para solucionar o acesso a tratamentos –, que foi tema de uma audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em maio de 2009.

Para Inez Gadelha, questões econômicas e comerciais são preponderantes na questão da judicialização. “A pressão se apresenta por questão diversa dos tratamentos ou do modelo adotado, mas, sim, por questões econômicas ou comerciais, quando o valor de determinado procedimento não atende aos preços praticados no mercado público”. Segundo o presidente da SBOC, a solução depende de uma ação em nível de governo. “Enquanto os governantes não demonstrarem intenção de acabar com o subfinanciamento na Saúde, o povo brasileiro continuará contando com a Justiça para fazer valer seu direito de acesso à saúde”, declara.

Cid Vianna aponta que a incorporação de tecnologia passa pelos interesses do setor industrial e que farmacêuticas precisam constantemente colocar no mercado novos medicamentos para concorrer com os outros fabricantes que são guiados pela mesma dinâmica. “Muitas vezes, nessa busca por lucro, colocam medicamentos que não são de grande benefício para os pacientes, associados a estratégias fortes de marketing entre médicos e com pagamento de pesquisadores para escrever artigos científicos”, afirma. Para Cid, é uma função do Estado regular esse mercado. |

## MAIS INFORMAÇÕES

### **Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde**

<http://economia.saude.bvs.br/>

### **Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats)**

<http://200.214.130.94/rebrats/index.html>

### **Banco de preços em saúde**

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id\\_area=939](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=939)

### **Portaria SAS 146/2008**

<http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/PortariaSAS146.pdf>

# assistência

COMISSÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIHs) ATUAM PARA REDUZIR RISCOS PARA PACIENTES INTERNADOS

## Inimigos invisíveis



**R**esponsáveis por prolongar o tempo de internação de pacientes em hospitais em torno de sete dias segundo estudos, as infecções hospitalares representam ainda custo adicional de 25% aos tratamentos. No Brasil, também são atribuídos a essas infecções cerca de 45 mil óbitos anuais, o que representa 5% de todas as mortes registradas no país em um ano. Aqui ainda é registrada a incidência desse problema em 13% das internações hospitalares, frente à média mundial de 5%, de acordo com o Ministério da Saúde.

A obrigatoriedade de implantação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em todos os hospitais brasileiros foi instituída pela Lei Fede-

ral 6.431, de 1997. As comissões previnem e controlam infecções que acometem pacientes hospitalizados. Entre as principais medidas para evitar complicações nos doentes, estão atitudes simples como a correta higienização das mãos, a limpeza e desinfecção ambiental, o processamento adequado de artigos médico-hospitalares, as precauções de isolamento de doentes e o uso racional de antibióticos.

Entre as estratégias desenvolvidas por uma CCIH estão a busca ativa de riscos nas Unidades de Tratamento Intensivo, de microrganismos em todo o hospital, e a vigilância do cumprimento das medidas de precaução de isolamento de pacientes. Dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que o predomínio de infecções hospitalares se dá em unidades de tratamento intensivo. Índices de infecção tendem a ser mais elevados também entre pacientes com idade avançada ou em tratamento quimioterápico. Diversos fatores aumentam o risco de infecções em pacientes oncológicos, que podem estar relacionados a alguma característica específica do tumor ou, de maneira geral, às deficiências nos mecanismos de defesa do organismo consequentes do tratamento.

No Instituto Nacional de Câncer (INCA), existem Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todas as unidades. No Hospital do Câncer I (HC I), a alocação de recursos na adequação das instalações, o suprimento de produtos para higienização das mãos e a produção de material educativo vem contribuindo para aprimorar o controle. “Isso facilita a adesão às recomendações para a prevenção das infecções”, afirma Eduardo Velasco, coordenador da CCIH do HC I. Vânia Maria Gonçalves, integrante da comissão, acrescenta que os Serviços de



Microbiologia, de Farmácia Hospitalar e o trabalho da Divisão de Enfermagem são importantes aliados para o controle das infecções. “Nossas atividades incluem ações de vigilância epidemiológica, educativas e de supervisão sistemática, entre outras”, explica Vânia.

## PACIENTE ONCOLÓGICO EM FOCO

Existem algumas ações específicas para a assistência ao paciente oncológico, entre elas a profilaxia antimicrobiana em cirurgias (aplicação de meios para evitar doenças ou sua propagação) e normas e condutas terapêuticas específicas para as infecções. De acordo com o médico Eduardo Velasco, os primeiros passos para a criação da CCIH no INCA foram iniciados em 1979. “Cada vez mais, taxas e indicadores de infecção hospitalar têm sido usados como marcador da qualidade, principalmente quanto à segurança do paciente”, acrescenta Velasco.

Criada em 1987, a Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH), instituição sem fins lucrativos, trabalha pela formação e pelo aprimoramento de profissionais de saúde. De acordo com a médica Gláucia Varkulja, membro da Diretoria da entidade, os profissionais que prestam assistência a pacientes com câncer são conscientes da demanda de mais atenção e empenho para evitar a exposição desses pacientes a agentes infecciosos. “A humanização desses serviços é importante, porém, sem se esquecer de certos limites que o paciente com imunidade comprometida necessita”, ressalta.

## ACREDITAÇÃO APOSTA EM INDICADORES

O Manual para Acreditação Hospitalar, processo de certificação de qualidade de unidades hospitalares, prevê programas eficazes de controle de infecção. Assim, os padrões para vigilância, prevenção e controle de infecções previstos pela acreditação exigem avaliação de riscos e estabelecimento de metas com base nos resultados para assegurar qualidade no atendimento. O processo movimenta todos os segmentos da instituição e desenvolve estudos para a melhoria dos sistemas. O controle de infecção causa impactos significativos na assistência à saúde, promovendo qualidade e segurança ao paciente e à instituição.

De acordo com Heleno Costa Junior, coordenador de Educação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), as principais medidas adotadas estão relacionadas com o estabelecimento, a análise e a divulgação de resultados obtidos a partir da utilização de

indicadores e ações de controle de infecções. “Com o conhecimento e a discussão de indicadores e seus resultados, os profissionais compreendem melhor o processo e aderem aos protocolos estabelecidos”, avalia. Tudo isso é preconizado por padrões de acreditação internacional aplicáveis a esse grupo de pacientes nas instituições de saúde.

Para o presidente da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o médico Luiz Plínio de Toledo, embora não existam protocolos especiais para controle de infecções em hospitais com pacientes oncológicos, no entanto, devido à baixa imunidade desses pacientes e ao risco aumentado de infecções, é necessário um trabalho ainda mais cuidadoso. “Micro-organismos oportunistas, em especial na pele, podem gerar riscos a imunodeprimidos por quimioterapia, ou em casos de pacientes que passam por transplantes de medula óssea”, alerta. |

## INFLUENZA

*A respeito da pandemia da influenza A (H1N1), mais conhecida como gripe suína, um fator a mais de preocupação inclusive para o ambiente hospitalar, o médico Eduardo Velasco explica que no HC I todos os casos suspeitos são acompanhados. “Cerca de 40 pacientes com casos suspeitos foram internados e, destes, 19 foram confirmados positivos para H1N1 até o momento”, informa.*

*O infectologista Celso Ferreira Ramos Filho, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ), esclarece que, em junho deste ano, a Organização Mundial da Saúde divulgou as recomendações provisórias a respeito da H1N1. “Essas recomendações não apresentam qualquer especificidade quanto a pacientes com câncer, ou a hospitais que os atendam”, observa. Celso ressalta ainda que também o Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica da Influenza (Versão III), divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, em agosto, não menciona orientação sobre a gripe suína em particular para hospitais especializados em cancerologia. “No entanto, as orientações previstas no protocolo devem ser observadas em todos os hospitais, inclusive os que atendem pacientes oncológicos”, observa o infectologista.*

## Esforço pela solidariedade

A ideia de um grupo sólido que se encontra unido por algum objetivo em comum está na raiz do conceito de solidariedade. Essa junção pode extrapolar divisões geográficas quando o ideal é realmente forte. É esse o caso das redes internacionais de doadores de medula óssea, que permitem que um esforço solidário realizado em um país colabore com um desconhecido que se encontra distante com o objetivo de ajudar a salvar vidas.

O Brasil há muito vem utilizando a colaboração de doadores internacionais de medula óssea para auxiliar pacientes que necessitam de transplantes. Desde maio deste ano, o país passou também a enviar material para pacientes no exterior, por meio de um acordo firmado com o National Marrow Donor Program (NMDP), registro de doadores dos EUA. O acordo torna o Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) um registro cooperativo do NMDP. O REDOME, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), hoje é o terceiro maior banco do gênero no mundo, atrás do NMDP e do ZKRD, da Alemanha. Em todo o mundo, são cerca de 13 milhões de doadores voluntários de medula óssea.

Alguns ajustes finais precisam ser realizados para integração total dos sistemas informatizados dos registros brasileiro e americano. Assim que essa fase terminar, toda vez que um paciente necessitar de um doador, por não ter essa possibilidade na família, os seus dados serão enviados para o sistema do NMDP, que cruzará as informações com os bancos de dados de todos os seus registros cooperativos, inclusive o REDOME. Uma vez encontrada compatibilidade, serão feitos exames de confirmação e testes para verificar a saúde do doador. Na data agendada, ele será encaminhado ao centro de coleta mais próximo para realizar a doação. Um profissional de saúde do país do paciente que necessita do

transplante viaja até esse centro e aguarda o momento de transportar o material em segurança até a unidade que realizará o transplante. O paciente aguarda em seu país para receber a doação que foi realizada a quilômetros de distância.



“O acordo cooperativo é baseado no espírito da colaboração mútua em favor dos pacientes em ambos os países”

MICHAEL BOO, do NMDP.

## COOPERAÇÃO AMPLIA CHANCES DE VIDA

No ano passado, o Ministério da Saúde investiu R\$ 5,5 milhões com buscas internacionais. Em média, cada pesquisa custa R\$ 50.000 para o Governo, incluindo os custos de exames de compatibilidade e vinda do material para o país. Agora, o Brasil receberá pelas doações que forem realizadas para outros países. Os recursos captados com as buscas dos registros internacionais no REDOME serão utilizados para melhorias na rede de transplante brasileira. Para a coordenadora-geral do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), Rosana Reis Nothen, a importância de possibilitar a busca de doadores no REDOME para doentes de outros países baseia-se em três aspectos: solidariedade, intercâmbio técnico-científico e a possibilidade de redução dos gastos com a busca internacional para pacientes brasileiros. Rosana acrescenta ainda que, devido à diversidade genética da população brasileira e ao número cada vez maior de doadores cadastrados no REDOME, muitos pacientes de outros países vão se beneficiar da doação voluntária de medula óssea.

Para Michael Boo, diretor da área de desenvolvimento estratégico do NMDP, o acordo cooperativo com o registro brasileiro expande significativamente o número de doadores disponíveis para pacientes nos Estados Unidos. “Um bom número de pacientes no nosso país encontrará chances de vida com a parceria”, acredita. O acordo cooperativo é baseado no

espírito da colaboração mútua em favor de ambos os países. “Ganhando experiência com o relacionamento, os doadores brasileiros vão estar cada vez mais disponíveis para os pacientes em todo o mundo”, avalia Michael Boo.

## CRESCER NÚMERO DE CENTROS CREDENCIADOS NO PAÍS

O transplante de medula óssea é indicado no tratamento de doenças do sangue, como as leucemias e os linfomas. No Brasil, a cada ano, 750 novos pacientes procuram o REDOME em busca de um doador e 54% encontram um doador compatível, destaca Luís Fernando Bouzas, diretor do Centro de Transplantes de Medula Óssea do INCA. “Desde 2004, quando modificamos a organização do sistema de transplante, cresceu também o número de centros credenciados para esse tipo de procedimento, que passou de três para 15”, acrescenta.

O INCA vem investindo em melhorias no REDOME com o desenvolvimento de novas ferramentas de informática que facilitam a comunicação entre o Brasil e os registros do exterior, a normatização dos protocolos nacionais e o estabelecimento de um registro de dados de seguimento dos pacientes (RBTMO), entre outras ações. “Organizamos ainda campanhas para que o REDOME cresça também em qualidade, já que atingiu o significativo número de 1,2 milhão de doadores, este ano”, observa Bouzas.

Para o paciente brasileiro, de acordo com a presidente da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), Merula Steagall, a cooperação com bancos internacionais eleva o patamar do registro brasileiro, incentivando o aprimoramento da qualidade nos serviços e a atualização constante de dados. Merula acredita que o aprimoramento do REDOME para atender normas internacionais vai refletir-se também na agilidade do atendimento. “Além de uma readequação de recursos, antes destinados somente à doação, que poderão servir agora para a abertura de novos leitos, atendendo outras necessidades”, conclui. |

Tabela de doações de medula óssea (não aparentados) entre continentes

DE \ PARA	África	Ásia	Austrália	Europa	América do Norte	América do Sul	TOTAL
África	5	0	0	0	0	0	5
Ásia	1	2,142	2	49	37	0	2,231
Austrália	0	1	67	17	6	0	91
Europa	14	41	75	4,176	1,169	106	5,581
América do Norte	2	44	8	680	1,750	30	2,514
América do Sul	0	0	0	1	6	52	59
TOTAL	22	2,228	152	4,923	2,968	188	10.481

Fonte: World Marrow Donor Association/WMDA 2008.



# Social

MÉDICOS TEM DIFICULDADES DE COMUNICAR NOTÍCIAS GRAVES AO PACIENTE ONCOLÓGICO

## Falando francamente



**A**té para dar uma boa notícia é preciso estar preparado. Quando se fala então no diagnóstico de doenças graves, em especial o câncer, a reação imediata é de medo por parte dos pacientes. Sob o impacto da má notícia, o paciente é apresentado a condutas terapêuticas, como cirurgia, quimioterapia e radioterapia, que podem gerar dúvidas e angústia. O estudo *Comunicação do Diagnóstico de Câncer: Análise do Comportamento Médico*, publicado na *Revista Brasileira de Cancerologia (Volume 55, nº 2)*, analisou a conduta dos médicos em relação à comunicação do diagnóstico da doença. Os autores Cláudio Henrique

Rebello Gomes, Patrícia Silva e Fernando Mota entrevistaram 396 pacientes e seus familiares, encaminhados por 76 médicos entre 2002 e 2006. Os resultados mostraram que os especialistas omitiram o diagnóstico em 6,4% dos casos. Entre os não especialistas, o índice chegou a 87,9%, o que gera discussões quanto ao dever do médico.

Cirurgião oncológico e coordenador do grupo de cancerologia cirúrgica da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), em Montes Claros, em Minas Gerais, Cláudio Henrique Rebello Gomes destaca que o enfrentamento da morte

continua um dilema para famílias, doentes e médicos. “Os profissionais de saúde são em quem a família procura respostas e conforto, e o despreparo faz com que muitos omitam informações”, observa. De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica, as Unidades e os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) devem ter grupos multiprofissionais (psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros e médicos) capazes de apoiar o paciente de forma integral. Para o cirurgião, são muitas as causas que levam um médico a não comunicar o diagnóstico de câncer a um paciente. “Mas o despreparo permeia todas elas. Colocamos essas experiências coletadas na rotina de sermos ‘cuidadores’, inclusive no enfrentamento do diagnóstico”, afirma.

“Os profissionais de saúde são em quem a família procura respostas, conforto, e o despreparo faz com que muitos omitam informações”

CLÁUDIO HENRIQUE REBELLO GOMES, coordenador do grupo de cancerologia cirúrgica da UNACON de Montes Claros, MG

O estudo reafirma o estigma da doença, cujo diagnóstico é recebido como uma sentença de morte, apesar dos avanços científicos e tecnológicos alcançados pela Medicina no tratamento do câncer. Ressalta a pouca ênfase direcionada ao treinamento de habilidades e técnicas em comunicação, o que faz com que os médicos se baseiem em suas experiências e julgamentos pessoais para decidir informar ao paciente sobre sua doença. A pesquisa mostra que o despreparo do profissional muitas vezes deixa o doente à margem não só do diagnóstico, mas também do seu direito de escolha entre as possibilidades terapêuticas ou inserção em grupos de cuidados paliativos que lhe podem proporcionar melhor qualidade de vida.

Para a psiquiatra e diretora da Psiquiatria do Hospital A. C. Camargo, Célia Lídia da Costa, o mais importante é enfatizar que a comunicação faz parte da relação médico-paciente. “E o médico é quem deve sempre se responsabilizar pelo segredo médico e também pela comunicação de qualquer informação relacionada à saúde de seu paciente”, ressalta Célia.

No entanto, em certos casos, os próprios pacientes não querem saber a verdade. “Em outras situações são os familiares que desejam ‘poupar’ o paciente”, comenta.

O estudo *Comunicação e Diagnóstico* ressalta que a comunicação de uma notícia entre médico e paciente é um processo, que envolve repetição de informações, dado o impacto emocional, e a busca da linguagem mais adequada.

## TODO CUIDADO COM O VÍNCULO

O tema tem suscitado produção de trabalhos e iniciativas para alterar o quadro atual. A preocupação com o preparo do profissional e com a elaboração de protocolos de comunicação que possam ser usados como parâmetro pelo Sistema Único de Saúde gerou o *Projeto de atenção ao vínculo e desenvolvimento de habilidades para a comunicação em situações difíceis do tratamento na atenção oncológica*. Coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e viabilizado por convênio entre o Ministério da Saúde e o Hospital Albert Einstein, de São Paulo, o projeto capacitou 110 profissionais de saúde de 11 hospitais federais e de ensino do Rio de Janeiro. Dos inscritos, 54 eram médicos. O objetivo do piloto era propor ações de educação continuada para melhorar o acolhimento, a comunicação e o vínculo terapêutico com o paciente e seus familiares.

“O bom vínculo entre médico e paciente estimula a produção de saúde e vida de qualidade e reforça a esperança”, afirma a psiquiatra e psicanalista Liliâne Mendes Penello, assessora da Direção Geral do INCA para Assuntos de Humanização. Para a profissional, a busca de autonomia do paciente deve ser incentivada, com a compreensão de que cabe a ele ser o protagonista daquela situação e declarar o que quer saber, quanto, quando e como. De acordo com a assessora, o projeto é sequência do trabalho implementado há cerca de cinco anos na instituição, organizado em dois grandes eixos: a acreditação (padronização do atendimento visando à qualidade nos serviços) e humanização das unidades. “Esse é um diferencial importante quando falamos da atenção na área oncológica”, pontua Liliâne.

Os profissionais fizeram treinamento no Centro de Simulação Realística do Hospital Albert Einstein, onde discutiam casos baseados em roteiros. Foram quatro temas: câncer de mama, colo do útero, oncologia pediátrica e cuidados paliativos. A experiência está em fase de avaliação de resultados e vai gerar a publicação de uma coletânea de ensaios e artigos, com edição de dez exemplares para distribuição em todo o país. O projeto terá continuidade em 2010 e 2011, com ampliação do tema para transplante de órgão.

## ENTRE LAÇOS E NÓS

A despeito de o câncer ainda envolver estigmas e tabus, os pacientes querem ser bem informados sobre a sua doença. Também expõem a vontade de participar ativamente da consulta e esperam sentir-se mais acolhidos pelo cuidador. Essas são algumas conclusões da tese de mestrado *Laços e Nós: a Comunicação na Relação Médico-Paciente com Câncer e Dor Crônica*, da psicóloga Ana Valéria Paranhos, que fez o estudo com o objetivo de levantar o nível de informação dos pacientes atendidos pela Clínica da Dor do INCA. Em busca de respostas, Ana Valéria estudou 120 pacientes, no período de maio a agosto de 2003. “O fosso entre médicos e pacientes pelo crescente distanciamento, por pressões sofridas e por resultados muitas vezes questionáveis gerou insatisfação, desconfiança e litígios”, conta Ana Valéria.

Há 25 anos trabalhando no Hospital do Câncer I do INCA, a psicóloga Ana Valéria Paranhos afirma que o tratamento eficaz começa pela boa qualidade da comunicação entre médico e paciente. “O cuidado é um processo de conhecimento e construção de possibilidades de ação e, para isso, o diálogo é fundamental”, ressalta. A psicóloga defende um modelo com foco maior no doente e na promoção da saúde, abordando integralmente o indivíduo. “O uso de tecnologia de ponta, de técnicas de relação e a humanização do cuidado juntos possibilitarão o exercício da boa prática médica”, acredita.

“É preciso apertar os laços entre médico e paciente sem que eles se transformem em nós”

ANA VALÉRIA PARANHOS, psicóloga do HCI.

Para explicitar a complexidade da relação médico-paciente, Ana Valéria usou a imagem de uma teia formada por laços e nós. “É preciso apertar os laços sem que eles se transformem em nós”, ressalta. Ela esclarece, porém, que muitas vezes os nós aparecerão, demandando reparação ou desconstrução para que novos laços sejam criados. O medo de falhar com o outro, a impotência, a onipotência, a cegueira para as subjetividades e para os contextos e diversos problemas na comunicação são nós frequentemente presentes na relação médico-paciente, de parte a parte. “A confiança, o respeito, a franqueza e a generosidade possibilitarão uma relação de saberes e deveres compartilhados entre médicos e pacientes”, acrescenta.

Ana Valéria acredita que o estudo realizado vai trazer resultados para aperfeiçoar a relação médico-paciente no INCA, pois os profissionais serão levados a refletir mais sobre a interação com o paciente. “Assim, será possível melhorar as habilidades de comunicação por meio de programas educativos”, avalia. I





# personagem

COLABORAÇÃO DE CORPO E ALMA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER

## A senhora do calendário

**E**la tem mais de 30 sobrinhos, é mãe de gêmeos e já tem uma netinha. Mesmo com uma família numerosa, Gilda Bezerra de Melo Ribeiro buscou ainda mais contato com crianças e jovens no seu dia a dia. Para isso, decidiu ser voluntária do Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC), em São Paulo. O grupo é uma entidade sem fins lucrativos que oferece assistência a crianças carentes. Não satisfeita em brincar e contar histórias para a garotada, Gilda se inspirou no filme inglês *Garotas do Calendário*, em que senhoras decidem posar nuas para uma folhinha e reverter a renda para um hospital. Seguiu os mesmos passos daquelas corajosas mulheres de Yorkshire, na Inglaterra, e convenceu um grupo de dez voluntárias do GRAACC a tirar a roupa para arrecadar fundos em benefício do tratamento de crianças com a doença.

O calendário, lançado em 2005 exibindo as senhoras em fotos nas quais aparecem cobertas apenas por belos arranjos de flores, foi um sucesso e, até o momento, já foram vendidas 10 mil unidades. Para contar a ideia da publicação e o processo de sua realização, foi também lançado o livro *Não Se Sente aos Sesenta*, assinado por Gilda, em novembro do ano passado, em São Paulo.

No livro, estão detalhes dos bastidores, a busca por apoio de em-

presas e agências de publicidade e a polêmica em torno da produção do calendário. Gilda conta como foram selecionadas, entre as 300 voluntárias do GRAACC, as 11 senhoras, com idades variando de 50 a 81 anos, que participaram do projeto. “Enfrentamos a timidez, os preconceitos e fizemos algo nunca antes imaginado por nós para ajudar crianças doentes”, comenta Gilda, orgulhosa.





“É muito bom dar quando alguém pede, mas é melhor ainda poder entregar tudo a quem nada pediu”

## IDEIAS OUSADAS POR UMA BOA CAUSA

Entusiasmada com as atividades no Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer, Gilda fala das perspectivas de cura das crianças e dos adolescentes de famílias de baixa renda. “É maravilhoso podermos oferecer um atendimento digno, beirando os 70% de cura. No GRAACC, temos um atendimento de primeiro mundo”, destaca. A aposentada acrescenta que os voluntários trabalham muito para a humanização do ambiente hospitalar. De acordo com Gilda, a entidade oferece ainda apoio às famílias dos pacientes. “Acolhemos esses familiares, de forma humana e saudável, na nossa casa de apoio”, observa a voluntária.

Idealizadora do calendário, Gilda conta que a iniciativa é prova de que a solidariedade não tem limite. “Ainda que sejam senhoras idosas, tudo podemos para a prática do bem”, acredita. A voluntária acrescenta que não teve medo de se expor no calendário, como muitos podem pensar. “Naquele momento, eu não estava mostrando o meu corpo, e sim a minha alma. Quando a gente abraça uma causa, a causa também nos abraça”, afirma.

Na verdade, toda a família de Gilda a apoiou na empreitada. “A minha filha, que é casada com um inglês, foi quem me abriu os olhos para o filme que nos inspirou”, conta. O marido de Gilda também a surpreendeu. Ela não imaginava que ele a incentivaria para uma iniciativa desse gênero.

A aposentada conta ainda que aprende muito como voluntária no atendimento a crianças e adolescentes com câncer. “A maior lição de todos esses anos é que é muito bom dar quando alguém pede, mas é melhor ainda poder entregar tudo a quem nada pediu”, declara. Para ela, nada é mais gratificante do que o sorriso e a pureza das crianças. Ser voluntária hoje é parte da vida de Gilda, que ensina o que aprendeu: “Não basta apenas ter boa vontade, é importante ter boas atitudes. O voluntário não é aquele que dá o que sobra, mas, sim, o que falta”. |

A produção das fotos foi como um dia de noiva para as voluntárias, como conta a idealizadora do projeto. “Se já é difícil uma modelo profissional relaxar no estúdio, imagine senhoras, quase todas com netos, posando pela primeira vez na vida, e nuas”, acrescenta Gilda. A experiência audaciosa fez tanto sucesso que levou a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo a homenageá-las no dia 8 de março de 2006, como parte das comemorações do Dia Internacional da Mulher.

## LONGE DA CADEIRA DE BALANÇO

Aposentada, Gilda Bezerra de Melo Ribeiro nasceu em Natal, no Rio Grande do Norte, mas desde 1963 mora em São Paulo. Ela conta que decidiu ser voluntária porque, durante toda a vida, adorou estar em contato com crianças e adolescentes. “Fiquei 11 anos sem filhos, me dedicando ao próximo”, diz.

Hoje, aos 64 anos, casada há 41 anos, mãe de um casal de gêmeos com 30 anos de idade, ela se orgulha e se diverte com a netinha, de 6 anos. No entanto, Gilda não se dedica só à família e ao trabalho voluntário. Ela fez faculdade de Direito. Nas horas de lazer, Gilda adora ir ao cinema, fazer uma boa caminhada no parque e, quando pode, ir à praia. Hoje, no GRAACC, Gilda atua na Coordenação do Setor de Desenvolvimento Institucional e nos Setores do Cerimonial e Visitas.

# internas



## CRIANÇAS GANHAM FESTA

Artistas, cantores e ídolos do futebol fizeram a alegria da garotada, no dia 6 de outubro, na festa em comemoração do Dia das Crianças, realizada pelo INCAvoluntário, no Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio. Carlos Alberto, Rodrigo Pimpão e Fernando Prass, jogadores do Vasco, Leandro Guerreiro, Renan e Lúcio Flávio, jogadores do Botafogo, visitaram as enfermarias infantis. Os ex-BBBs Max, Priscila e Thalita, a apresentadora Fiorella Mattheis, a modelo Daniela Sarahyba e os cantores D'Black e MC Marcinho também marcaram presença. A paciente Cyntia Maria dos Santos, de 11 anos, apresentou uma composição sua, na melodia de uma canção de Marcinho. Também se apresentaram o mágico Leandro Coelho Justino e os Irmãos Brothers. Fora do auditório, no hall, os Médicos do Barulho fizeram pintura facial nas crianças, e a Animasom e a Foto Maluca incrementaram a farra com perucas e acessórios. Bolo, refrigerante, cachorro-quente, salgadinhos e batata frita foram servidos para a garotada, que recebeu brinquedos doados por empresas e pessoas físicas. A banda Forfun e a cantora Luiza Possi encerraram a festa.

## PROJETO FALA SÉRIO! ALERTA SOBRE TABAGISMO

Marcando as comemorações do Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto), o Projeto Fala Sério! reuniu mais de 500 universitários, entre os dias 24 de agosto e 2 de setembro, no Rio, em São Paulo, Recife e João Pessoa. Uma parceria entre o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT-Br), o projeto, em sua primeira edição, exibiu seis sessões do filme *Fumando Espero*, seguidas de debate com a diretora do documentário, Adriana Dutra, e convidados. O objetivo foi levar a temática do controle do tabagismo aos jovens universitários, público-alvo do marketing dos fabricantes de cigarro. Em cada uma das sessões, o evento contou com debatedores não fumantes ou ex-fumantes ao lado da diretora. No Rio, o segundo encontro teve a presença do ator Ney Latorraca, que dá seu depoimento no filme. Ele revelou que foi trabalhar aos 15 anos, justamente para poder comprar seus cigarros. Segundo a chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA, Tânia Cavalcante, 80% dos que experimentam o cigarro tornam-se dependentes. "O cérebro de crianças e adolescentes é mais sensível a desenvolver dependência. Por isso, o marketing da indústria do tabaco foca nesse público", explicou.



## BOM DESEMPENHO EM CIRURGIAS



A Divisão Cirúrgica do Hospital do Câncer I (HC I), unidade do Instituto Nacional de Câncer (INCA), comemora o bom resultado na realização de cirurgias em todas as suas seções. Em relação às cirurgias de abdômen, cuja meta é realizar 60 cirurgias/mês, o número chegou a 71 em setembro. Neste mesmo mês, foram realizados, no total, 366 procedimentos cirúrgicos, 20 a mais que o estipulado pela direção da unidade. O bom desempenho deve-se à nova rotina de controle de produção cirúrgica, implantada pela direção. Cada clínica tem sua meta definida a partir de determinados fatores, como demanda de pacientes, disponibilidade de profissionais e de leitos e dias de cirurgia na Sala de Operações. Um dos procedimentos adotados é o monitoramento diário da utilização da Sala de Operações, o que resulta em um relatório, enviado à direção a cada 10 dias. "Dessa forma, aumentamos a capacidade de atendimento aos pacientes, reduzindo o tempo de espera por cirurgias, e diminuímos os custos operacionais", explica José Adalberto Fernandes Oliveira, chefe da Divisão Cirúrgica do HC I.



## CENTRO DE PESQUISA EM IMAGEM MOLECULAR É INAUGURADO

Um salto em direção ao futuro foi dado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) ao inaugurar, no dia 13 de outubro, em sua unidade na Praça Cruz Vermelha, no Rio, o Centro de Pesquisa em Imagem Molecular. O mais moderno parque público de diagnóstico por imagem da América Latina foi inaugurado com a presença do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, do vice-governador do Rio de Janeiro, Luiz Fernando Pezão, entre outras autoridades. O evento marcou, ainda, o lançamento do projeto do Campus Integrado do Instituto, que reunirá, em um só prédio, os serviços hoje distribuídos por várias unidades no Rio. O novo Centro de Pesquisa, com investimento de R\$ 8 milhões, conta com modernos equipamentos, como PET-CT e SPECT-CT, que mapeiam os tumores, seu grau de agressividade e malignidade e sua disseminação, ou mesmo um eventual retorno da doença. Os equipamentos permitirão desenvolver conhecimento para todo o Sistema Único de Saúde (SUS), com prioridade para os tipos de câncer mais incidentes na população brasileira. “Com o Centro de Pesquisa, o INCA se coloca no nível de atualização tecnológica compatível com os grandes centros de tratamento no mundo”, anunciou, na ocasião, o Diretor-Geral do Instituto, Luiz Antonio Santini.



## NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA É TEMA DE CONSENSO BRASILEIRO



Lançado no dia 1º de outubro, no Rio, o Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica foi um dos destaques na abertura do Congresso Brasileiro da área, promovido pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). O evento reuniu cerca de 800 profissionais para aprofundar conhecimentos sobre alimentação de pacientes com câncer. A cerimônia contou com representantes da Federação Latino-Americana de Nutrição Parenteral e Enteral, do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), da Sociedade Brasileira de Oncologia e da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica, entre outras entidades. Ana Calábria, do CFN, parabenizou os profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética do INCA por elaborarem um consenso que, pela primeira vez, contou com a participação dos profissionais da área. A palestra de abertura do congresso foi feita pelo coordenador-geral técnico-científico do INCA, Luiz Augusto Maltoni, que destacou a importância do trabalho coordenado com os profissionais da atenção primária para o controle do câncer. Segundo Maltoni, o papel dos nutricionistas é importante, pois um terço dos casos de câncer pode ser evitado com uma dieta adequada e atividade física.

## PROCESSO SELETIVO DO INCA TEM RECORDE DE CANDIDATOS

Mais de 2 mil candidatos participaram, no dia 18 de outubro, da primeira etapa do processo seletivo para cursos e programas de residência oferecidos no Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2010. O número de inscritos, que superou em 15% o do concurso anterior realizado pela instituição, bateu um novo recorde: 2.173 candidatos. Referência na capacitação de profissionais em oncologia no Brasil, o INCA está oferecendo 205 vagas em 45 cursos para os programas de residência médica e de enfermagem, especialização Lato Sensu e especialização e qualificação de Nível Técnico. As áreas mais disputadas foram a residência médica em radiologia e diagnóstico por imagem, com mais de 50 candidatos por vaga. Os cursos técnicos e de pós-graduação Lato Sensu possibilitam ampliar o número de profissionais qualificados para atuar na rede oncológica.



QUEM NÃO FUMA  
NÃO É OBRIGADO A FUMAR.



QUANDO ALGUÉM ACENDE UM CIGARRO DO SEU LADO, VOCÊ TAMBÉM FUMA. MESMO QUE HAJA UMA JANELA OU VARANDA, QUEM TRABALHA OU CONVIVE COM FUMANTES FUMA O EQUIVALENTE A 10 CIGARROS POR DIA. SÓ NO BRASIL, O CIGARRO MATA PELO MENOS 7 NÃO FUMANTES TODOS OS DIAS.\* EXIJA SEUS DIREITOS. EXIJA RESPEITO.





**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER**  
Divisão de Comunicação Social  
Praça Cruz Vermelha, 23 - 4º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ  
CEP: 20230-130

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