

01

REDE CÂNCER

Maio 2007

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



INSTITUTO PROPÕE UMA MUDANÇA
DEFINITIVA NA ABORDAGEM DO CÂNCER
COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA



Uma história de orgulho para o Brasil



**Rede de Atenção
ONCOLÓGICA**

www.redecancer.org.br



**Você não precisa ser médico
para salvar vidas.**

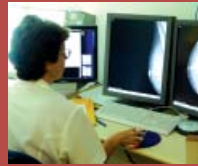
O Instituto Nacional de Câncer (INCA) está formando parcerias com empresas para aumentar o número de doadores de medula óssea no Brasil. Organizações como Arcelor e Oi já fazem parte deste projeto. Além de ajudar centenas de pacientes, sua Empresa ganha em responsabilidade social. A doação de medula óssea é um ato de solidariedade e pode ser a única chance de pessoas com doenças como a leucemia.

Para mais informações : (21) 2506-6389 / medula@inca.gov.br



DOAÇÃO DE
MEDULA ÓSSEA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

sumário



6

ENTREVISTA

*Nova política
combate a idéia
ultrapassada de que
o câncer é fatal*

16

PREVENÇÃO

*Programa anti-
tabagismo brasileiro:
uma iniciativa bem-
sucedida*

18

CAPA

*Inca comemora
70 anos: Um
exemplo para a
saúde do Brasil*

24

PERSONAGEM

*Psicóloga
reconstitui história
nos depoimentos
de personagens*

26

REDE

*Aparecem os
primeiros resultados
e o apoio do
Instituto Avon*

32

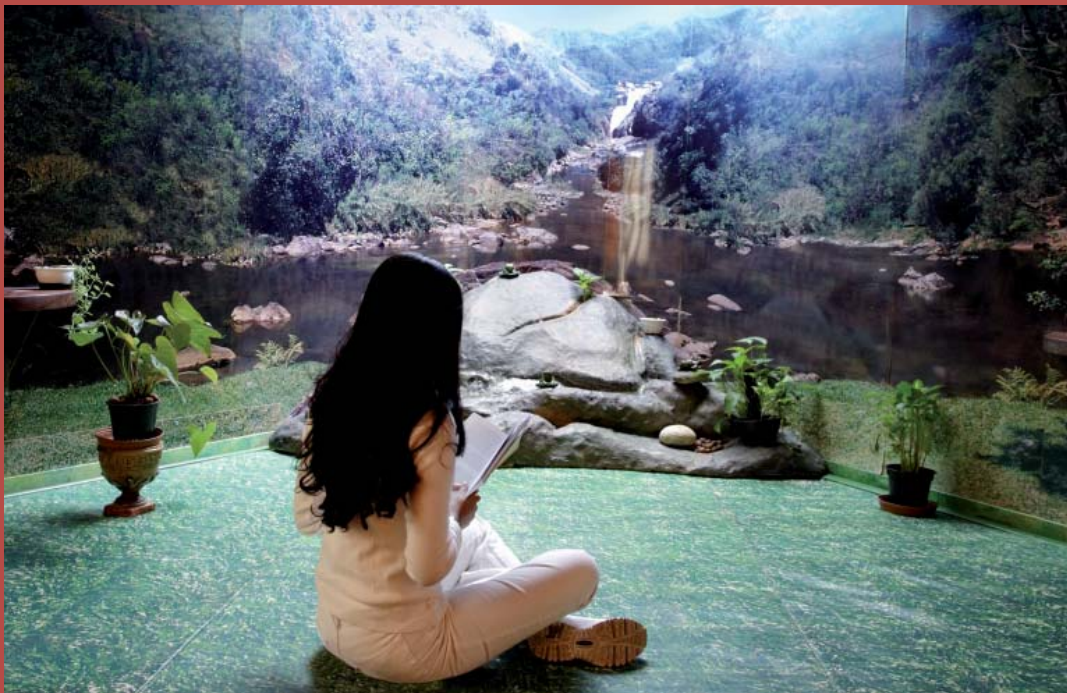
SOCIAL

*Parceria com
Arcelor amplia
doadores de medula
óssea no País*

36

ASSISTÊNCIA

*Assistência
domiciliar reduz
custos e melhora
resultados*



REDE CÂNCER

2007 – Instituto Nacional de Câncer

A Revista Rede Câncer é uma publicação do Núcleo de Imprensa da Divisão de Comunicação Social do INCA. A reprodução total ou parcial das informações contidas nesta publicação é permitida sempre e quando for citada a fonte.

Ministério da Saúde: **José Gomes Temporão** | Secretaria de Atenção à Saúde: **José Carlos de Moraes** (interino) | Instituto Nacional de Câncer: **Luiz Antonio Santini** | Coordenação da Revista: Divisão de Comunicação Social (DCS): **Cristina Ruas** | Edição: Núcleo de Imprensa da DCS: **Jacqueline Boechat, Regina Castro, Rodrigo Feijó e Tatiane Marques (estagiária)** | Produção: **Informe Comunicação** | Reportagem: **Daniella Almeida, Karenina Moss, Rhaiana Rondon e Rodrigo Costa** | Jornalista Responsável: **Rodrigo Costa JP 4112 DF** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães**; Distribuição e Editoração Gráfica: **Gráfica Brasil** | Tiragem: **10.000 exemplares**

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



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



Ministério
da Saúde



A nova fase do INCA

Prezado leitor,

O ano de 2007 representa um marco na história do INCA, pois nele vamos comemorar os 70 anos da criação, por decreto, do Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, que, na época, era no Rio de Janeiro.

Esse longo tempo, já eloqüente por si, significou muito para o serviço de saúde no Brasil, onde as instituições, especialmente na esfera pública, para sobreviver e crescer, precisam resistir bravamente às imprevisíveis oscilações políticas e econômicas por que passam o País. A história do INCA, exemplo dessa longa trajetória de luta, ganha maior importância por tratar-se de um caso raro de instituição cuja trajetória confunde-se com a própria história da evolução do tratamento de uma doença: o câncer.

Atualmente, o instituto vive uma fase promissora, tendo se permitido assumir sua função primordial, na definição das diretrizes de abordagem do câncer em todo o território nacional.

Desde o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, em dezembro de 2005, todo o empenho foi dado na promoção de ações integradas do governo com a sociedade para a instrumentação

de uma nova política, que se materializa numa sólida e abrangente Rede de Atenção Oncológica. E, a partir dela, demos início a uma mudança profunda e definitiva na sociedade, buscando um novo paradigma: o câncer visto como problema de saúde pública.

Nesse sentido, lançamos esta nova publicação trimestral, que surge como mais um instrumento de informação e desestigmatização do câncer que, há muito, deixou de ser uma doença terminal. Perversa é a falta de informação e o preconceito que restringem o tratamento do câncer a estágios avançados, quando os sintomas são gritantes. Estamos falando de uma verdadeira mudança cultural.

A **Rede Câncer** pretende ser uma fonte segura de informação para a população em geral. Nela divulgaremos ações e pesquisas, valorizando ações bem-sucedidas dentro e fora da esfera da saúde. Nosso objetivo maior é, utilizando uma linguagem objetiva e acessível, desmistificar a doença, aprimorando a comunicação com a mesma excelência que faz do INCA um centro de referência reconhecido mundialmente.

Boa leitura!


Diretor-Geral do INCA

Prevenção é o melhor caminho

O médico e professor universitário Luiz Antonio Santini, um fluminense de 61 anos, está perto de completar dois anos à frente do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no qual é responsável por coordenar a nova Política Nacional de Atenção Oncológica, que consolida o Instituto em sua função primordial: definir e disseminar as diretrizes que norteiam ações de combate e prevenção do câncer em todo o território nacional.

Sua experiência como docente inclui a direção da Faculdade de Medicina da UFF, onde atualmente é professor-adjunto. Como gestor de saúde pública, já

exerceu o cargo de subsecretário estadual de saúde do Rio de Janeiro e de secretário municipal de Nova Friburgo. Antes de assumir a diretoria-geral foi coordenador de ações estratégicas do INCA.

À frente do Instituto, dedica atenção especial ao fortalecimento do novo modelo de gestão participativa. Para pôr em prática o novo sistema, investe, desde outubro de 2005, na consolidação da Rede de Atenção Oncológica, que surge como principal mecanismo de instrumentação da política nacional, tendo como enfoque básico a prevenção, a descentralização e a informação. Segundo ele, a organização da luta contra o câncer no âmbito dessa rede rompe com a organização tradicional em pirâmide, propondo à sociedade brasileira sua participação e seu comprometimento de cidadã.

REVISTA ONCO – *O que muda com a nova Política Nacional de Atenção Oncológica?*

SANTINI – Até muito recentemente, o câncer era visto como uma doença terminal, ligada exclusivamente a procedimentos de alta complexidade, como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, que são procedimentos necessários nesse tipo de tratamento. Muito mais que a mudança de atitude, a luta contra o câncer é uma luta contra o preconceito. Persiste a idéia falsa de que câncer é uma doença fatal. Certa vez, um motorista de táxi me falou: “Lh, doutor, disseram pra minha mulher que ela tinha que fazer o exame de colo do útero, mas ela disse que não vai fazer de jeito nenhum porque tem medo de ter a doença”. Isso tem que acabar! Hoje, concentramos nossos esforços para mudar esse paradigma e abordar o câncer como um problema de saúde pública. Para se ter uma idéia do que isso representa, a maior parte dos nossos gastos é com diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos de casos já avançados. A nova política muda o enfoque da atenção oncológica, possibilitando a detecção precoce e aumentando as chances de sucesso no tratamento. Nossa meta é mudar o paradigma para atuar preventivamente, de modo que possamos reduzir o número de casos graves ou em estágio avançado, mais onerosos e de eficácia limitada. Não temos



“Cada vez mais, fica evidente que o enfrentamento de um problema de saúde pública não pode ficar restrito às esferas governamentais”

pretensão de reduzir o número de casos, pois o câncer é uma doença ligada ao grau de desenvolvimento e de desenvolvimento da população e tende a aumentar. Precisamos melhorar e otimizar nossos gastos. Para se ter uma idéia, de 2000 a 2006 houve um aumento superior a 120% nos gastos do SUS com o câncer.

O crescimento é justificado não só pelo aumento no número de casos, mas especialmente pela evolução do tratamento com a incorporação de novas tecnologias, incluindo novas drogas, e o conseqüente aumento da sobrevivência desses pacientes.

RO – *Como é feita a distribuição dos recursos na área da saúde?*

Santini – Até bem recentemente, o Ministério da Saúde reunia todos os recursos que lhe eram disponibilizados e distribuía de acordo com o critério populacional. O problema é que se desperdiçavam muitos recursos pela falta de estrutura para o atendimento eficaz. Hoje, o orçamento da saúde é tripartite: tem participação federal, do município e do estado. Mas ainda não funciona plenamente porque aguarda a aprovação de uma proposta de emenda constitucional, há anos em discussão no Congresso, que determina o percentual dos recursos que estados e municípios têm que destinar à saúde. Por isso, a maioria dos estados e municípios descumpra essa repartição orçamentária. Além disso, acabam gastando indevidamente por falta de planejamento ou capacitação para avaliar os gastos prioritários. Nosso objetivo é que as metas sejam definidas pelos próprios estados

e municípios para melhor alocação de recursos. Cabe à Rede de Atenção Oncológica subsidiar e capacitar os gestores para o planejamento estratégico, enquanto os estados e os municípios determinam suas ações de acordo com o perfil da doença, que varia conforme a região e os hábitos de sua população.

RO – *Como tornar esses gastos mais eficientes?*

Santini – Essa é uma questão muito complexa, especialmente no caso do câncer, por envolver diversos fatores culturais, sociais, biológicos e ambientais. Há ainda uma dificuldade muito grande de expansão da atenção oncológica, principalmente pelo mecanismo de financiamento do SUS. Esse mecanismo mostra-se eficiente para o repasse de verbas de procedimentos simples. Como a atenção oncológica depende de procedimentos de alta complexidade e dispendiosos, o mecanismo revela um engessamento incompatível com as demandas e a evolução natural da doença. Ao avaliar o aumento dos gastos, verifica-se que permitiram mais absorver a demanda que ampliar a oferta de serviços. Para aumentar a capacidade de diagnóstico precoce e ampliar a rede de atendimento, especialmente nas regiões mais carentes de assistência, precisaremos de mais recursos. Quando nossa capacidade de diagnóstico precoce crescer, estimamos um aumento ainda maior dos custos. E o que fazer para enfrentar um problema dessa magnitude? Prevenção. A mudança de perspectiva implica não focar os investimentos apenas no tratamento, mas abranger ações de promoção da saúde e prevenção da doença.



“Persiste a idéia falsa de que câncer é uma doença fatal”

RO – *Como implementar essa nova abordagem?*

Santini – A definição de prioridades é uma forma de melhor qualificar os gastos e projetar resultados mais eficazes com a saúde. Para isso, a nova política estabelece cinco prioridades: definição de critérios para a avaliação dos serviços públicos e privados; fomento, coordenação e execução da incorporação tecnológica, incluindo novas drogas; o Programa Nacional de Controle do Tabagismo; o Plano de Controle do Câncer de Mama e Colo de Útero, (ambos compromissos firmados pelo Pacto pela Vida, junto ao Ministério da Saúde); e, finalmente, a consolidação da Rede de Atenção Oncológica, nosso principal foco de atuação. Isso porque, cada vez mais, fica evidente que o enfrentamento de um problema de saúde pública não pode ficar restrito às esferas governamentais. É crescente a participação de outros segmentos da sociedade, como organizações não-governamentais, centros de pesquisa e universidades, na busca de soluções para os diferentes problemas de saúde que afetam a população. O desafio está em articularmos todas essas ações de forma que se possa fazer uma intervenção mais integral e com maior possibilidade de eficácia.

Daí, a necessidade de consolidação da Rede de Atenção Oncológica em todo o território nacional.

RO – *Como avalia a estrutura científica brasileira, especialmente na oncologia?*

Santini – O Brasil já está num nível bastante sofisticado de pesquisas em oncologia, mas falta ousadia na incorporação dos resultados ao sistema de saúde, o que também é prioridade da nova política de atenção oncológica. Para isso, é preciso aperfeiçoar o sistema de informação, sobretudo quanto aos tipos de câncer passíveis de rastreamento, para que todos os casos possam ser acompanhados, de forma que a abordagem correta ocorra no momento adequado. Se estamos consolidando uma política cujo foco é a prevenção, a comunicação torna-se uma prioridade. Parece existir um desequilíbrio entre a real dimensão do câncer e sua compreensão pela sociedade. É um tema que deve fazer parte do dia-a-dia das pessoas, e não mais ser visto como um problema grave e, portanto, para especialistas. É isso que temos urgência de mudar, é este paradigma: o câncer é um problema de saúde pública. Essa nova visão da doença amplia a participação de novos atores da sociedade e dissemina iniciativas mais eficazes. Nessa perspectiva, propomos a consolidação da Rede de Atenção Oncológica, promovendo a integração de diferentes parceiros, governamentais e não-governamentais, na formulação e execução de saberes, ações e serviços, todos integrados ao SUS e à sociedade. Hoje, os sistemas de pesquisas são autônomos. Nosso objetivo junto ao Ministério da Saúde é constituir uma sub-rede de pesquisa, que também integrará essa Rede que nós estamos defendendo.

RO – *Por que a ênfase no câncer de mama e no do colo do útero?*

Santini – Nosso planejamento é definido com base nos relatórios anuais que registram a incidência, o tipo e o estágio do câncer em cada região do País, e estimativas. Em um ano, produzimos as estimativas e as projeções; no seguinte, a análise dos registros. Ambas, fundamentais para a definição de ações. Neste caso, foi definido como uma das prioridades os dois tipos de câncer mais comuns entre as mulheres: o de colo de útero e o de mama, segundo em incidência no País. É intolerável que o câncer do colo do útero, que é prevenível e curável,

seja o segundo de maior incidência e a quarta causa de morte feminina no País. Segundo dados do IBGE, em 2003, cerca de 69% das mulheres com mais de 25 anos de idade já fizeram o exame preventivo, sem haver, no entanto, redução da mortalidade por esse tipo de câncer. Entre as possíveis razões, consideramos a falta de qualidade dos exames, a falta de acompanhamento das pacientes e de conscientização da população. Então, retornamos à questão-chave de melhorar a prevenção e o diagnóstico precoce que, por sua vez, dependem da consolidação da Rede. Pela precariedade da atenção oncológica em todos os níveis da rede de saúde, os tratamentos concentram-se nos estágios muito avançados da doença. Para mudar esse quadro, é preciso envolver e capacitar todos os profissionais nesses níveis. No caso do câncer do colo do útero, como em quase todos os demais tipos, se for detectado precocemente é curável. Além disso, torna-se evitável com a disponibilidade da vacina contra o vírus causador: o HPV, sexualmente transmissível. O problema agora é viabilizar financeiramente a inclusão de uma vacina cara, como essa, ao calendário de imunização. Uma das discussões atuais é sobre o uso de um fundo internacional para financiamento das pesquisas, que respondem pela maior parte do alto custo de produtos como as vacinas. Em média, 95% do custo de uma vacina é para pagar a pesquisa realizada, só 5 a 10% cobrem o custo de produção. Desse modo, o fundo internacional financiado pelos países mais ricos pagaria o custo da pesquisa para os países mais pobres comprarem a vacina pelo custo da produção. Mas isso ainda não funciona efetivamente.

RO – *Como a Rede de Atenção Oncológica funciona atualmente?*

Santini – Temos promovido regularmente, conforme as demandas regionais, oficinas de capacitação dos gestores. Basta que as secretarias estaduais e municipais entrem em contato conosco, o que pode ser feito por meio do portal da rede - www.redecancer.org.br. O site, gerenciado pelo INCA, oferece todo tipo de informação e subsídios para a estruturação das diversas sub-redes que integrarão a Rede de Atenção Oncológica, além de dados e acesso a outros órgãos, ONGs e instituições, inclusive internacionais, que abordem os mais diversos aspectos do câncer. Como temos uma missão que é a consolidação da rede de atendimento, o portal



“A luta contra o câncer é também uma luta contra o preconceito”

constitui um serviço completo para gerenciamento de dados e estimativas do câncer, bem como auxílio e parâmetro para a definição de estratégias e a programação de atendimento ao câncer, conforme os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, o gestor pode levantar o número de procedimentos, como quimioterapias e radioterapias, que ele pode executar com base em seu orçamento. Nosso maior desafio é continuar mobilizando cada vez mais atores e colaboradores comprometidos com esta causa: uma nova visão do câncer como problema de saúde pública.

RO – *Como fazer parte da rede? Qualquer instituição ou pessoa física tem acesso a ela?*

Santini – Sim, qualquer instituição ou pessoa física tem acesso e pode interagir com a rede. Mas, para participar, tem que estar credenciada para atuar na área a partir de algum órgão, pesquisa ou instituição. É lógico que isso vai ter que evoluir a curto prazo, para termos um controle qualitativo mais eficiente. Porém, nesta primeira fase, preferimos manter livre o acesso para atrair e mobilizar o maior número possível de colaboradores. ■

A nova abordagem do câncer

Segundo projeção da Organização Mundial da Saúde, o número de novos casos de câncer aumentará de 10 milhões para 15 milhões, em 20 anos, e 60% ocorrerão nos países em desenvolvimento. No Brasil, o INCA estima mais de 470 mil novos casos de câncer a cada ano, e que já representa a segunda causa de morte, com mais de 130 mil óbitos anuais. Para se ter uma idéia da magnitude desses números, trata-se de um universo de pacientes maior do que o total de brasileiros infectados pelo vírus HIV nos últimos 24 anos. Mas esses números seriam infinitamente maiores, não fossem os 70 anos de atuação do Instituto Nacional de Câncer, que colocou o Brasil entre os cinco principais centros de referência mundial para o tratamento da doença, desde 2002. Hoje, graças a esse trabalho, nossas estimativas e expectativas são similares às do Primeiro Mundo.

O INCA surgiu com a missão de assessorar o Ministério da Saúde na abordagem do câncer, o que no início era quase uma utopia diante da falta de recursos e de estrutura. Ao longo do tempo, surgiram tecnologias mais avançadas e modernas para o tratamento do câncer que, além de incorporarem mudanças no conhecimento da própria doença, refletiram-se em alterações na estrutura e no perfil do Instituto, sem abandonar jamais seu compromisso inicial. Um desses marcos históricos foi, por exemplo, a introdução da radioterapia, que permitiu o tratamento na maioria dos casos, mas não visava a cura. À época, era o primeiro tratamento paliativo de relativa eficácia que proporcionava melhor qualidade e prolongamento da vida do paciente.

Hoje, o câncer é reconhecido como um problema de saúde pública que requer uma abordagem multidisciplinar. Para se ter uma noção dessa complexidade, precisamos estabelecer metas: reduzir a mortalidade, reduzir a incidência de novos casos e melhorar a qualidade de vida do paciente. Para obter qualquer resultado nessa luta, é preciso combinar resultados nesses três propósitos.

Nessa perspectiva, o INCA direciona seu foco de atuação para a estruturação da Rede de Atenção Oncológica. Trata-se de uma nova diretriz que propõe uma mudança de filosofia na abordagem do câncer. É preciso estender a responsabilidade do controle da doença a todos os níveis e setores da sociedade, tendo como enfoque a prevenção. A implementação da Rede baseia-se no desenvolvimento de mecanismos de integração dentro e fora do SUS e fora, com a sociedade.

Mas como viabilizar isso? Com a posse do novo ministro da saúde, José Gomes Temporão, há uma expectativa muito boa, graças ao cenário político favorável, de modo especial para o Rio de Janeiro, que restabeleceu saudáveis relações administrativas e políticas com o governo federal.

Nacionalmente, o Sistema Único de Saúde do Brasil tem evoluído de forma fantástica e conquistado muitas vitórias. Somos um dos poucos países a erradicar algumas doenças, como sarampo, poliomielite e varíola. Nosso programa de atendimento

Política preventiva envolve a sociedade no controle da doença

da Aids é exemplo mundial, bem como nosso programa de imunização.

O problema é que, quando se trata de câncer, ainda há muita desinformação e preconceito. É, portanto, um problema que não está restrito aos especialistas, e deve ser visto pelo conjunto de profissionais da saúde. De modo geral, a população recebia um diagnóstico de câncer como se fosse uma sentença de morte. Hoje, não é mais assim.

A consolidação da Rede deve envolver representantes dos mais diversos segmentos, como jornalistas, professores e formadores de opinião, para difundir a nova filosofia. Por isso, ela também deve ser complexa, composta de diversas sub-redes que se entrelaçam por região, abrangendo vários aspectos de controle da doença, como pesquisa, prevenção, promoção de hábitos saudáveis, diagnóstico precoce e tratamento.

Mudar a cultura e pôr fim ao preconceito: esse é o conceito básico da rede. Para isso, é preciso articular diferentes saberes, perspectivas e setores da sociedade para mostrar que o câncer há muito deixou de ser doença fatal.

Um ótimo exemplo desse trabalho consistente de comunicação e mobilização social é a campanha de combate ao tabagismo. Internamente, o sucesso das nossas ações educativas permitiu uma redução de 32% para 19% na prevalência de fumantes na população, entre 1989 e 2003. Fora de casa, fomos escolhidos pelos

192 países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) para presidir o processo de negociação, que resultou no primeiro tratado internacional de saúde pública da história, que visa frear a expansão da epidemia do tabagismo: a Convenção Quadro. Trata-se de novo contexto para o combate ao câncer, que promove a integração de diferentes atores sociais para a articulação de uma rede consistente, que abrange todo o território nacional. A partir da mobilização social, reeducaremos a sociedade, mudando definitivamente a abordagem da doença como problema de saúde pública. Isso significa, por exemplo, ter consciência de que o câncer pode ser causado pelo tabagismo ou que pode ser facilmente curado e detectado cedo, com exames de rotina.

Por isso, a disseminação da informação é um componente fundamental. Precisamos, juntos, acabar com o preconceito. ■



notas

BRASIL É UM DOS PAÍSES COM MAIOR RISCO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À SÍLICA. A CONCLUSÃO É DA EPIDEMIOLOGISTA DO INCA FÁTIMA SUELI NETO RIBEIRO, QUE DELIMITOU UM PADRÃO PARA O CÁLCULO DE PESSOAS EXPOSTAS EM UMA REGIÃO. NO BRASIL, SÃO MAIS DE 6 MILHÕES DE TRABALHADORES EM SITUAÇÃO DE RISCO.

VACINA CONTRA HPV PODE SER INCORPORADA AO SUS

O INCA tem liderado as discussões junto ao Ministério da Saúde para viabilizar a incorporação da vacina contra o vírus HPV – considerado um dos principais causadores do câncer de colo do útero – ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para o diretor-geral do INCA, Luiz Antônio Santini, os maiores desafios são o elevado custo do tratamento, cerca de R\$ 820, sua duração de seis meses (três doses) e sua relativa eficácia, visto que a duração da imunização continua indeterminada. Mas já representa um grande avanço no combate ao HPV, associado a 70% dos casos desse tipo de câncer. “Estamos concentrando nossos esforços para negociar melhores condições com os laboratórios para viabilizar seu uso pelo SUS”, afirma. A vacina já foi liberada pela Anvisa, mas Santini alerta que ainda é cedo para estimar os reais impactos técnicos, financeiros e comportamentais da nova arma. “É fundamental esclarecer a população sobre as condições em que a vacina poderá mesmo ser eficaz. Pelo que sabemos até o momento, as principais beneficiadas serão meninas e adolescentes antes da fase sexualmente ativa”, alerta.

NOVA UNIDADE NA REDE BRASILCORD

A Rede Nacional de Bancos Públicos de Cordão Umbilical (Rede BrasilCord) inaugurou sua nova unidade, na cidade paulista de Ribeirão Preto. A Rede foi criada em setembro de 2004, pelo Ministério da Saúde, para garantir os estoques de sangue de cordão umbilical e o atendimento à população brasileira. Além desta, possui ainda três unidades na Unicamp, no Hospital Albert Einstein, ambas em São Paulo, e outra no Instituto Nacional de Câncer, com capacidade total de armazenamento de 4100 cordões: uma na Unicamp, uma no Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, e a terceira no Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro. Esta última encontra-se em fase de ampliação, de 4 mil para 10 mil unidades, a partir de abril. A meta da Rede BrasilCord é totalizar 10 unidades nos próximos três anos, e ampliar sua capacidade de armazenamento para 50 mil cordões, número suficiente para garantir a auto-suficiência brasileira.

CÉLULAS-TRONCO

O sangue do cordão umbilical do recém-nascido, antes descartado, ganhou valor com a evolução do aproveitamento das células-tronco nas terapias que antes exigiam o transplante de medula óssea. O uso do sangue do cordão umbilical para restaurar o funcionamento da medula óssea nos casos de leucemia, por exemplo, tornou-se comum ainda na década de 1990. Graças à capacidade comprovada de formar novas células de sangue, as células-tronco também são utilizadas para outros propósitos, como: suporte ao tratamento de outros tipos de câncer; recuperação do sistema imunológico, enfraquecido pelas sessões de quimioterapia; e tratamento da anemia e da imunodeficiência congênita.





“CRIANÇAS DE HOJE, MUNDO DE AMANHÃ”

Este é o slogan da campanha da União Internacional de Combate ao Câncer – UICC, que deverá orientar ações de prevenção à doença, de 2007 a 2012, envolvendo 86 países. O alvo da campanha é a conscientização da população, com foco nas crianças e nos pais, para melhorar o estilo de vida a partir de mudanças simples de hábitos que podem reduzir os riscos e os casos de câncer em todo o mundo, além da vacinação contra vírus causadores de alguns tipos específicos de câncer, como o HPV. A campanha global baseia-se em quatro preceitos-chave: fornecer ambiente livre do cigarro para as crianças; incentivar o estilo de vida saudável, com alimentação equilibrada e exercícios regulares; estimular a vacinação contra vírus causadores de tipos específicos de câncer; difundir os cuidados de proteção contra o sol. O fato é que hábitos saudáveis estabelecidos desde cedo têm um impacto significativo na saúde anos mais tarde e o ambiente em que as crianças crescem influencia seu comportamento no futuro.

INCA REFORÇA O PROJETO HEMOFILIA BRASIL



Projeto **Hemofilia** Brasil

A Divisão de Genética do INCA integra o “Estudo multicêntrico para caracterização molecular das hemofilias A e B e

determinação da condição de portadora de hemofilia no Brasil”. A partir dele, pretende-se determinar o padrão molecular das hemofilias A e B em nossa população e a condição de portadora das mulheres ligadas a esses pacientes. A Divisão foi escolhida por contar com equipamentos adequados para o seqüenciamento automático de DNA, com experiência reconhecida como participante do programa Genoma Brasileiro. As hemofilias são doenças hemorrágicas e podem ser de causa genética (herança ligada ao X) ou adquirida (rara, em geral resultante de doenças auto-imunes e câncer). As hereditárias (objeto deste estudo) estão relacionadas a mutações nos genes que codificam os fatores VIII e IX da coagulação. De acordo com dados do Ministério da Saúde, estimam-se 8,3 mil casos de hemofilia A e B no País.

2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER



Já estão abertas as inscrições para o envio de trabalhos para o 2º Congresso Internacional de Controle do Câncer de 2007 (2º ICC 2007), que será realizado de 25 a 28 de novembro, no Rio

de Janeiro, como parte das comemorações dos 70 anos do Instituto. Com o tema “Construindo a colaboração global”, o evento promoverá o debate e a troca de experiências entre os maiores especialistas do mundo no controle do câncer. O enfoque desta edição será a discussão, a consolidação e a disseminação de políticas de prevenção e combate ao câncer, como é feito no Brasil pelo INCA, de modo que reflita a realidade da América Latina, especialmente os países carentes de uma política nacional consistente, como é o caso da Nicarágua. Entre as presenças já confirmadas, o destaque é o radioterapeuta Simon B. Sutcliffe, presidente do BC Cancer Agency (Canadá).

Leucemia infantil

Centro de referência brasileiro para o tratamento da leucemia, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) está finalizando uma pesquisa que investiga em todo o País as causas da doença em bebês com idade inferior a dois anos. Com a divulgação dos resultados, o estudo já rendeu discussões em congressos e algumas revistas científicas internacionais após a publicação do artigo *Infant Acute Leukemia and Maternal Exposures during Pregnancy*, na edição de dezembro da revista *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*.

Para a autora e também coordenadora da pesquisa, Maria do Socorro Pombo de Oliveira, o artigo tem causado grande impacto na comunidade científica internacional porque, pela primeira vez, um estudo desse porte associa o uso de anticoncepcionais durante a gravidez ao desenvolvimento da leucemia ainda na fase fetal. A causa mais provável seria uma alteração genética no organismo do bebê, pela exposição da mãe ao hormônio estrogênio. De acordo com o estudo, as dosagens do hormônio podem deformar um gene do bebê chamado MLL (Mixed Lineage Leukemia).

Até o momento, foram analisados 220 dos 239 casos notificados, em crianças até 21 meses portadoras de leucemia. “As chances da doença desenvolver-se em bebês expostos ao estrogênio são três vezes maiores que nos bebês não expostos”, alerta.

A conclusão reacende as discussões sobre os riscos da automedicação e da desinformação. “Algumas



Arquivo INCA

A coordenadora alerta para os riscos da automedicação.

mulheres tomam pílulas anticoncepcionais por acreditarem que esse medicamento provoca um aborto espontâneo, ou simplesmente consomem o hormônio de maneira errada, por não buscarem uma recomendação médica adequada. Práticas que são mais comuns nas classes menos favorecidas”, explica a pesquisadora. Segundo ela, a pesquisa inicia nova etapa para investigar a ocorrência de outros tipos de tumores infantis associados a essas exposições na gestação.

Ao final da pesquisa, o Instituto pretende iniciar ações de alerta à população sobre os perigos da ingestão de hormônios pelas gestantes. “É necessário um trabalho junto às comunidades. A informação é a melhor forma de solucionar o problema e prevenir o surgimento de mais casos”.

O MÉTODO

Para cada caso de leucemia identificado, foram selecionados dois ou três bebês saudáveis. Tanto as mães das crianças portadoras da doença como as das crianças sem leucemia responderam a um questionário semelhante, com perguntas sobre o consumo do hormônio e o nível social da família. Durante o estudo, também foi questionado se a gravidez foi desejada e se houve um acompanhamento pré-natal.

Depois de preenchidos os questionários, as respostas foram estudadas e comparadas, assim como os exames marcadores moleculares, indispensáveis no diagnóstico da leucemia. Esses procedimentos, que detectam algum tipo de alteração genética causadora da leucemia, são também importantes para o tratamento.

Iniciado em 2000, o trabalho é conduzido pelo Grupo Brasileiro para o Estudo de Leucemias Agudas Infantis, sob a coordenação dos pesquisadores Maria do Socorro Pombo de Oliveira, do INCA, e Sérgio Koifman, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Participam ainda outras 14 instituições brasileiras, como o Hospital de Apoio - Secretaria Estadual de Saúde do DF, a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade Federal de Minas Gerais, o Centro Infantil Boldrini e a Sociedade de Oncologia da Bahia, entre outras.

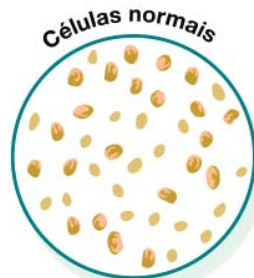
O TRATAMENTO

O protocolo de tratamento para leucemia em bebês é complexo. Abrange quimioterapia para destruir as células leucêmicas,

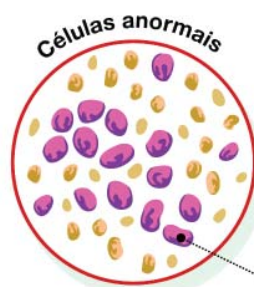
LEUCEMIA NA GRAVIDEZ

COMO SURGE O PROBLEMA

1 **Produção comprometida** – Na **medula óssea**, produzem-se as chamadas séries (elementos) do sangue: os glóbulos brancos, responsáveis pela defesa do organismo; os glóbulos vermelhos, responsáveis por distribuir o oxigênio dos pulmões para todo o corpo; e as plaquetas, que cuidam da coagulação do sangue.



2 A exposição da **mãe** ao hormônio estrogênio pode deformar um gene do bebê chamado MLL (mixed lineage leukemia).



3 A leucemia tem como causa a reprodução desordenada de **glóbulos brancos imperfeitos** dentro da medula. Os elementos defeituosos ocupam espaço demais e impedem a produção de outros compostos.

Conseqüências: O baixo número de plaquetas, por exemplo, causa hemorragias nas gengivas, no nariz e nos olhos. Elas podem também acontecer no aparelho digestivo ou mesmo no cérebro. Na pele, aparecem manchas roxas sem que o paciente tenha sofrido qualquer trauma que as justifique. Já o baixo número de glóbulos vermelhos provoca anemia e, como conseqüência, fadiga, cansaço, indisposição. Enquanto isso, o número reduzido de glóbulos brancos saudáveis no organismo ocasiona uma série de infecções.

com medicação específica e em quantidade apropriada. Também reforça o sistema imunológico do bebê com antibióticos e cuidados para evitar lesões teciduais irreversíveis, como hidratação venosa e transfusão de componentes sanguíneos, para evitar hemorragias.

O Instituto Nacional de Câncer conta também com 57 profissionais

para a capacitação das várias instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde, nas seguintes cidades: Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Goiânia, Itabuna, João Pessoa, Recife, Salvador e São Paulo. Além de médicos especializados, dispõe de profissionais treinados que desempenham serviços complementares, como exames e diagnósticos. ■

prevenção

FOTOS CONSCIENTIZAM SOBRE RISCOS DO HÁBITO DE FUMAR

Imagens que valem mais que palavras

As fotos de advertência utilizadas nas embalagens de produtos com tabaco têm reduzido o número de fumantes gradativamente desde a sua implementação. De acordo com os dados do último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, o número de pessoas com mais de 15 anos que fumam caiu de 32%, em 1989, para 19%, no ano de 2003. Entre as ações governamentais e legislativas apontadas como as de maior efeito e influência para esse recuo, está o uso de embalagens de produtos de tabaco como veículo de comunicação sobre os riscos que o hábito de fumar traz à saúde.



Esta estratégia avançou muito nos últimos anos. A medida pioneira adotada em 1988, que reproduzia em maços de cigarros o alerta “O Ministério da Saúde adverte: Fumar faz mal à saúde” precisava ser mais forte e direta ao consumidor, para inibir o consumo e, também, estimular o fim do hábito de fumar. Por isso, a legislação atual (MP 2.134-30, de 24 de maio de 2001) obriga a inserção de advertências acompanhadas de imagens que ilustrem seu sentido, no material de propaganda e nas embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco, exceto nas destinadas à exportação.

Segundo a coordenadora do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do INCA, a médica Tânia Maria Cavalcante, esse tipo de abordagem é “um primeiro passo para fazer o fumante conhecer a real dimensão dos riscos e danos causados pelo tabaco”. Pesquisas mostram que muitos fumantes, para conseguir momentos de abstinência, recorrem à visualização mental de um pulmão danificado pelo tabaco ou mesmo de uma pessoa próxima que tenha sofrido de alguma doença grave relacionada ao tabagismo.

As embalagens - Os maços de cigarros estão presentes em todos os momentos da vida de um fumante, em situações de



TABAGISMO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1,2 bilhão de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), seja fumante. O hábito de fumar mata, por ano, cerca de 4,9 milhões de pessoas, o que corresponde a mais de dez mil mortes por dia. Só no Brasil morrem, todos os anos, 200 mil pessoas. Caso as atuais tendências de expansão do consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para dez milhões de mortes/ano em 2030, sendo metade delas em indivíduos entre 35 e 69 anos.



prazer, assim como em momentos de tristeza. E muitas vezes o fumante acende seu cigarro em um ato mecânico. Por isso, o maço é, comumente, usado pela indústria tabagista como instrumento de marketing para transmissão de mensagens subliminares que visam tranquilizar o fumante acerca dos riscos de fumar. “Cores, nomes de marca sugestivos, tipos de letra e formas são engenhosamente elaborados para atrair o fumante e criar falsas percepções de prazer e sucesso”, alerta a médica.

Nesse contexto, o maço passou a ser encarado como muleta no dia-a-dia de um dependente químico da nicotina também pelas autoridades brasileiras. Então, o uso das próprias embalagens para divulgar os malefícios desses produtos passou a seguir a mesma estratégia de marketing dos fabricantes.

Na prática, o efeito da medida é afugentar novos fumantes e quebrar o ato do dependente de recorrer ao maço a todo momento. Tânia Cavalcante defende a veiculação de mensagens ainda mais incisivas, aliada às ilustrações. “Antes, as advertências eram pouco visíveis, ficavam na lateral, discretas e com cores pouco contrastantes por falta de lei que as regulamentasse”. Segundo ela, “a leitura do

usuário era de que o risco poderia não ser tão grave e, até mesmo, que o governo não valorizava tanto este tipo de informação”.


Pesquisa realizada pela Ouvidoria do Ministério da Saúde, entre março e dezembro de 2002, revela que 92% dos entrevistados apoiaram a medida, 79% disseram que as fotos das advertências deveriam ser mais chocantes e 90% tiveram conhecimento sobre o número do serviço *Disque Pare de Fumar* (0800-61-1997) por meio dos maços. Foram realizadas 89.305 entrevistas, sendo que 80% do total eram fumantes.

Desde 2004, cinco imagens de advertências estão em exibição no verso dos maços de cigarros comercializados no Brasil. Outras cinco já foram veiculadas desde que foi instituída a obrigatoriedade de exibição.

A partir de julho deste ano, novas fotos devem substituir as atuais, conforme previsto nos contratos de direitos de uso de imagem. A troca é necessária, pois, “com o passar do tempo, esse tipo de medida tende a perder seu impacto inicial”, justifica Tânia. Para ter acesso a todas as fotografias que já fizeram parte do programa, acesse a página eletrônica www.inca.gov.br/tabagismo. ■

capoa

INCA COMEMORA UMA HISTÓRIA DIGNA DE ORGULHO PARA O BRASIL



O Instituto Nacional de Câncer comemora seu septuagésimo aniversário. São 70 anos de uma trajetória de superação e vitórias, que acompanha a própria evolução histórica da doença e de seu tratamento, refletindo mudanças na organização, fazendo do INCA tudo o que ele representa hoje: um centro de referência no tratamento e na prevenção do câncer, dentro e fora do País. Graças a esse trabalho, o Brasil foi apontado pela Organização Mundial da Saúde, em 2002, como um dos cinco países-modelo no controle da doença em âmbito mundial. Em 2005, inspirou a França a criar o seu *Institut National du Cancer* nos moldes do antecessor brasileiro. Hoje, como gestor da Política Nacional de Atenção Oncológica, o INCA assume de vez a liderança na promoção da educação, da pesquisa, do tratamento e da prevenção na área do câncer. Para marcar a data, uma série de eventos reforçará a divulgação de medidas preventivas e formas de tratamento da doença. Entre eles, destaca-se o 2º Congresso Internacional de Controle do Câncer (25 a 28 de novembro), no Rio de Janeiro, que reunirá os maiores especialistas do mundo no controle do câncer, visando à consolidação de políticas de prevenção e controle ao câncer, voltadas para a realidade dos

anos de luta pela vida

países latinos. Para o grande público, a comemoração prevê o lançamento de um cartão telefônico comemorativo, a inauguração do Espaço Cultural do INCA, a realização de uma Feira da Saúde e a distribuição de programas de rádio para todo Brasil. As fachadas das unidades hospitalares serão decoradas com empenas (banners gigantes) em homenagem ao aniversário. Haverá ainda o lançamento da primeira edição do Prêmio INCA de Jornalismo, que premiará as melhores matérias jornalísticas sobre o câncer destinadas ao público leigo, e veiculadas em jornais, revistas, redes de TV, rádios e na internet.



UMA HISTÓRIA DE SUPERAÇÃO

Tudo começou na década de 30, com a reorientação da política nacional de saúde, em virtude do aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, como o câncer.

O primeiro esforço para a instalação de um centro para o tratamento do câncer data de 1931. Mas o projeto não se concretizou, porque o prédio foi cedido para a Faculdade de Medicina, logo que a obra foi concluída. Na época, pós-revolução de 1930, o Brasil tinha como prioridade a industrialização e os problemas sanitários, como controle da febre amarela, da varíola e da peste, relegando o combate ao câncer a segundo plano.

Em 1934, durante a Segunda Guerra, surge uma segunda promessa de constituição do serviço de atendimento do câncer na esfera pública, que, logo após sua inauguração, seria entregue à Polícia Militar e, mais uma vez, relocado. Desta vez, para a Lapa.

Pioneiro na pesquisa e no tratamento do câncer no Brasil, o cirurgião e sanitarista gaúcho Mário Kroeff conseguiu finalmente o apoio do presidente Getúlio Vargas para criar o Centro de Cancerologia, para o qual seria nomeado diretor, em 1938. Nos bastidores, diz-se que o apoio só se concretizou graças à projeção política que a técnica eletro-cirúrgica, introduzida no Brasil por Kroeff, traria se disponibilizada à população, desde que o governo construísse um centro exclusivo para o tratamento do câncer.



Em 13 de janeiro de 1937, o presidente Getúlio Vargas assinou o Decreto-Lei nº 387, que cria o Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro. Surge assim o primeiro núcleo governamental de combate ao câncer no País, ligado ao Departamento de Saúde Pública do Ministério da Educação e Saúde.

Para que esse Centro fosse instalado, em 1º de março de 1937, o presidente da República autorizou o destaque de 200.000\$000 (duzentos mil réis) do selo da Educação e Saúde, para a construção de um novo pavilhão, anexo ao Hospital Estácio de Sá. As instalações seriam inauguradas pouco mais de um ano depois, em 14 de maio de 1938, com 40 leitos, um bloco cirúrgico, um aparelho de raios X e outro de radioterapia. Nesse período, o serviço era limitado a acolher e amenizar o sofrimento de vítimas da doença que, na época, tinham poucas possibilidades de tratamento e cura.

Por insistência e perseverança de Mário Kroeff, o Centro converteu-se em Serviço Nacional de Câncer (SNC), em 1941, quando reassumiria sua direção. A criação do SNC incorporaria novas atribuições como organizar, orientar e controlar, em todo o País, a Campanha contra o Câncer, ampliando a visão inicial do governo de se limitar à instalação de um órgão hospitalar para tratamento da doença na capital da República. Surgia aí a concepção do câncer como problema de saúde pública.

Buscando desenvolver uma política nacional de controle do câncer, três anos mais tarde, o Centro de Cancerologia transforma-se no Instituto de Câncer, órgão de suporte executivo do SNC. Nesse período, o serviço enfrentaria sérios percalços, passando a funcionar em instalações inadequadas até ser transferido, em 1946, para o Hospital Gaffrée e Guinle.

A aquisição de uma sede própria e definitiva passou a nortear os objetivos institucionais. Ainda em 1946, são transferidos para o patrimônio da União dois terrenos e um imóvel em construção, localizados na Praça Cruz Vermelha, onde começa a ser construído o novo instituto. Onze anos mais tarde, em 1957, o prédio é inaugurado pelo então presidente da República, Juscelino Kubitschek. Para o ex-diretor e atual secretário municipal da saúde do Rio de Janeiro, Jacob Kligerman, a mudança do hospital Gaffrée e Guinle para a Casa de Saúde Pedro Ernesto, atual sede do Instituto na Praça da Cruz Vermelha, seria o primeiro grande marco na história do INCA desde a sua criação.

Definitivamente equipado e instalado na Praça da Cruz Vermelha, no centro do Rio de Janeiro,





o INCA torna-se reconhecido como órgão público de referência para a pesquisa, o ensino e o tratamento do câncer. A partir daí, uma equipe constituída por renomados profissionais da área da saúde começa a construir sua história, que seria marcada por algumas mudanças de localização e muitas transformações estruturais, organizacionais e funcionais até que, em 28 de janeiro de 1961, torna-se o Instituto Nacional de Câncer, pelo Decreto-Lei nº 50.251.

Para o diretor-geral, Luiz Antônio Santini, vale ressaltar que o incremento político e orçamentário que resultou na consolidação do Instituto Nacional de Câncer só foi possível com a participação da sociedade. O que também se deu de modo complexo, abrangendo o apoio à política, as campanhas contra o câncer, as lideranças médicas e a superação de mitos e preconceitos que envolviam a doença.

Em 1961, é aprovado o novo regimento do Instituto, atribuindo-lhe novas competências nos campos assistencial, científico e educacional. Segue-se uma fase áurea para a Instituição, marcada pela formação de recursos humanos especializados e pela ampliação das suas instalações.

Entretanto, a reorientação das políticas econômica e de saúde, a partir da década de 60, originaria mudanças que, por um lado, beneficiariam a medicina previdenciária e, por outro, reduziriam drasticamente o orçamento do Ministério da Saúde. As medidas resultaram em muitas modificações estruturais e funcionais para o INCA.

Na segunda metade da década de 60, novos fatos marcariam sua história. Em 22 de dezembro de 1967, o Decreto-Lei nº 61.968 cria a Campanha Nacional de Combate ao Câncer – CNCC, com o objetivo de agilizar, financeira e administrativamente, o controle do câncer no Brasil. Em seguida e sob inúmeros protestos, em 1969, o Instituto deixa o Ministério da Saúde, passando à Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entidade ligada ao Ministério da Educação e Cultura, para três meses depois passar à administração da recém criada Fundação das Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara – FEFIEG. Graças à mobilização de seus funcionários, em 1972, é reintegrado ao Ministério da Saúde.

Os primeiros anos da década de 80 marcariam o início de um período de crescimento e recuperação do INCA. Em 1980, passa a receber recursos financeiros da CNCC, num processo de co-gestão acordado entre o Ministério da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, que permitiu, em apenas dois anos, duplicar a prestação de serviços médicos pelo Instituto. Passaram-



se inúmeras reformas, novos programas e convênios técnico-científicos, que projetariam ainda mais o INCA como um centro médico-hospitalar especializado.

Com a extinção da Campanha, surge o Pro-Onco, que amplia a atuação com programas nacionais em diferentes aspectos do controle do câncer, como informação (registros), combate ao tabagismo, prevenção, educação e divulgação técnico-científica. Segundo Santini, o programa foi fundamental para possibilitar ao INCA cumprir plenamente a sua missão nacional.

No final de 80 e início dos anos 90, a evolução da quimioterapia mudaria completamente a história da doença. Por exemplo, os cânceres infantis e a leucemia, cuja expectativa de cura variava entre 20% e 30%, saltou para 70%. Essa foi uma mudança radical que transformou alguns tipos de câncer em doenças crônicas. A partir daí, o paciente pôde

conviver com o câncer durante muitos anos e, em outros tipos, como o de mama, ter uma sobrevida considerável.

Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, que cria o SUS (Sistema Único de Saúde), novo impulso é dado ao INCA, como órgão referencial para o estabelecimento de parâmetros e para a avaliação da prestação de serviços ao SUS. Em 1991, 1998 e 2000, decretos presidenciais ratificariam a função do INCA como órgão governamental responsável pela formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e como respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador. Além de incorporar novas unidades hospitalares em sua estrutura organizacional, reestruturou o seu sistema de gestão, enfatizando o desenvolvimento humano. Foi criado o Centro de Recursos Humanos, hoje uma unidade estratégica na formulação e na execução de políticas institucionais. Considerado outro marco na história, o Conselho de Bioética também é criado para discutir as questões morais e filosóficas, vitais na abordagem do câncer.

Uma medida que possibilitou estas ações foi com a criação da Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer – FAF, em 1991, que surge como principal apoio financeiro do INCA. Sua atuação efetiva permitiu implantar uma filosofia de Recursos Humanos moderna, coerente e compatível com a nova missão institucional. Para Kligerman, a constituição da FAF foi um grande diferencial nessa história. “A FAF exerceu um papel determinante para viabilizar o avanço técnico e científico do INCA, tornando-o referencial no campo das incorporações tecnológicas e um órgão de grande importância para o SUS, promovendo inclusive o incremento do corpo técnico com pessoal altamente qualificado”, defende o ex-diretor. ■

O INCA HOJE

Em 2000, buscando estender a assistência oncológica integral para fora das capitais, o Ministério da Saúde regulamentou o ‘Projeto Expande’ - Projeto de Expansão da Assistência Oncológica, que prevê a criação ou a implementação de centros de oncologia em hospitais gerais, para oferecer serviços diagnósticos, cirúrgicos, quimioterápicos, radioterápicos e de cuidados paliativos em áreas antes sem cobertura para o câncer. Sob a direção do cirurgião Luiz Antonio Santini, desde julho de 2005, o INCA vem concentrando seus esforços para a estruturação da Rede de Atenção Oncológica, principal instrumento de articulação e execução da nova Política de Atenção Oncológica. “Nossa meta é fortalecer a capacidade de gestão do INCA para que as ações nacionais sejam cada vez mais consistentes e eficazes”, resume.



ELES FIZERAM A DIFERENÇA

Para chegar a órgão normativo do Ministério da Saúde, o INCA passou por muitas fases e dificuldades que só foram superadas graças à continuidade administrativa que caracterizou sua história. Desde a sua criação, 20 nomes assumiram sua direção sem abandonar seu ideal. Sem desmerecer os demais, citamos alguns que, de algum modo, marcaram esta trajetória.

MARIO KROEFF

1938 a 1941 (Centro de Cancerologia)

1941 a 1954 (Serviço Nacional de Câncer)

O cirurgião gaúcho Mário Kroeff, considerado o idealizador do INCA, foi o pioneiro na concepção do câncer como problema de saúde pública. Trouxe para o Brasil, em 1927, o primeiro aparelho de eletrocoagulação que, na época, era considerado a arma mais poderosa no tratamento do câncer. Foi precursor na luta para a constituição de um serviço nacional do câncer.

ARY FRAUZINO

1980 a 1985

Foi chefe do Serviço de Cirurgia Abdominal, de 1964 a 1980, quando assumiu a direção-geral do INCA. Promoveu inúmeras reformas, programas e firmou convênios técnico-científicos, que projetariam ainda mais o INCA como um centro médico-hospitalar especializado, de ensino e de pesquisa. Lutou pelo estabelecimento de uma fundação para dar apoio técnico e financeiro à Instituição, e que daria origem à Fundação Ary Frauzino (1991).

MARCOS MORAES

Abr/1990 a set/1998

Marcos Moraes implantou uma administração ágil e moderna capaz de promover as reformas necessárias para consolidar o INCA como órgão público de referência para o controle do câncer. Em sua gestão, surgiu a Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer, um passo vital para que o INCA logo conquistasse o reconhecimento internacional. Foi nomeado para o Programa Tabaco ou Saúde (1997), pela OMS, e realizador do 17º Congresso Internacional de Câncer (1998), pela União Internacional contra o Câncer.



Marcelo Casa Jr/ABr



JACOB KLIGERMAN

Set/1998 a mar/2003

Durante sua gestão, o instituto experimentou sólidos avanços qualitativos no que diz respeito à prestação da assistência oncológica integral e integrada. "Deixei a direção com a sensação absoluta de ter feito um trabalho digno e decente", garante. Kligerman é o atual Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. "A experiência no INCA foi fundamental para direcionar minha atuação. Além disso, boa parte da minha equipe atual na Secretaria é oriunda do INCA.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Set/2003 a jun/2005

O novo ministro da Saúde estimulou a integração com outras instituições, como Fiocruz, Anvisa, UNICAMP e USP, entre outras. Em sua gestão, foram criados o Banco Nacional de Tumores e o DNA, a Rede Brasilcord e a Campanha de Doação de Medula Óssea que, em 1 ano, duplicou o número de doadores no Registro de Doadores de Medula Óssea (REDOME).

Resgatando a memória de quem fez história

“Quem trabalha numa instituição como essa, não lida só com histórias tristes. Há muita alegria e gratificação.”

Realizadora de um projeto que promete resgatar e eternizar as histórias das pessoas que fizeram do INCA tudo o que ele representa hoje, Cassilda Soares é um exemplo de abnegação e idealismo, como tantos outros que marcaram os 70 anos do Instituto. Com um brilho nos olhos, a assessora de Projetos Especiais da Coordenação de Recursos Humanos não contém a emoção ao falar dos mais de 26 anos que dedicou ao Instituto. “Hoje, algumas pessoas não sabem quem fez parte dessa história”, afirma. É justamente esse tipo de comprometimento que a autora pretende valorizar e recuperar com um livro-documentário. Sua maior motivação é recuperar a história e mostrar o valor de personagens importantes da Instituição.

O projeto nasceu em março de 2005, durante o recadastramento da força de trabalho do INCA para a Coordenação de Recursos Humanos. Inicialmen-

te, a pesquisa limitava-se a uma retrospectiva de 10 anos, mas foi crescendo à medida que a autora se surpreendia com a riqueza dos personagens e das histórias exemplares.

Sua proposta é contextualizar os 70 anos a partir da visão e dos depoimentos dos próprios atores, entre diretores, funcionários, voluntários e até mesmo pacientes. Muito mais do que os fatos históricos, o livro reproduzirá a emoção das pessoas que fizeram parte dessa história cheia de imprevisibilidades, diante das transformações políticas e estruturais que, algumas vezes, ameaçaram interromper ou mudar o rumo institucional. “O fator humano sempre foi o grande diferencial. Pessoas comprometidas com o ideal de combater o câncer garantiram a trajetória institucional, apesar das turbulências enfrentadas”, explica. Segundo Cassilda, o que todos os personagens têm em comum é uma relação de afeto e de paixão pelo INCA.

A autora já iniciou o processo de apuração e captação dos depoimentos que conduzirão a narrativa. Por causa da complexidade e extensão da pesquisa oral e documental, que inclui parte de acervos particulares, Cassilda contará com a co-autoria de outros personagens ligados à história do INCA, como o médico Ernesto Rymer, um dos primeiros residentes do Instituto, e do funcionário aposentado Paulo Rebelo, um dos grandes conhecedores da história da Instituição. “Sinto uma obrigação de resgatar e eternizar a alma desta instituição por meio dos depoimentos dos personagens”, justifica. ■



CASSILDA DOS SANTOS SOARES

57 anos, Psicóloga

Nascida em 15 de agosto de 1949, numa pequena aldeia de Coimbra, em Portugal, Cassilda Soares é filha única do casal de lavradores portugueses Antonio Augusto Ferreira Soares e Maria dos Santos Antonia. Órfã de pai desde um ano e meio, veio para o Brasil aos 11, onde continuou os estudos sob a custódia do tio Antonio, irmão mais velho de sua mãe, que a criou. A psicologia surgiu como uma segunda opção ao vestibular de medicina. Iniciou os estudos na Universidade Gama Filho, em 1972, onde se formaria cinco anos mais tarde. Iniciou sua vida profissional em outubro de 76 como consultora de Recursos Humanos, área na qual se especializou e jamais abandonou, sendo responsável pelo recrutamento e seleção, treinamento, cargos e salários, avaliação do desempenho e do desenvolvimento organizacional. Na área da saúde, começou a atuar, ainda em 1979, na Fundação das Pioneiras Sociais. Após ter liderado uma greve nas Pioneiras Sociais, em 1985, sofreu perseguição interna, que culminou com sua transferência para o INCA, onde aderiu à Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Atuou como chefe de Gabinete na direção do Hospital do Câncer (90-91) e, em seguida, chefe de Gabinete da Direção-Geral do INCA (92-93). Entre tantas realizações, Cassilda foi a responsável pela criação da Divisão de Saúde do Trabalhador. "Sinto muito orgulho, porque esta Divisão, hoje, compõe a estrutura organizacional do INCA". Tecnologista sênior do Ministério da Saúde, atualmente atua na Assessoria de Projetos Especiais da Coordenação de Recursos Humanos.

HISTÓRIAS CURIOSAS E DIVERTIDAS

No início dos anos 90, a unidade do INCA, localizada na Praça da Cruz Vermelha, Centro do Rio, foi evacuada após uma ameaça anônima de uma suposta bomba instalada no 6º andar. Foi um verdadeiro corre-corre para evacuar às pressas todo o edifício, principalmente os pacientes, o que acabou revelando a falta de preparo de todo o quadro de funcionários para emergências desse tipo. No momento de susto e desespero, os pacientes foram transportados nos braços dos funcionários, o que enfureceu o então diretor-geral do Instituto, Marcos Moraes. Felizmente não passou de um trote, mas a situação trouxe à baila uma discussão sobre plano de contingência, problema, hoje, já solucionado".



Na década de 90, outra história de mistério, porém alegre, virou mito. Por volta de 1997, a equipe de enfermagem foi regularmente surpreendida com as aparições misteriosas de uma enfermeira, vista apenas pelos pacientes e familiares na ala de pediatria. No início da manhã, quando as equipes iniciavam os atendimentos de rotina, surpreendiam-se com a descrição da 'enfermeira louca' que já havia cuidado das medicações, da assepsia ou até mesmo do conserto de cateteres, entre outras rotinas da enfermagem. Na época, membros da equipe acreditavam tratar-se da então chefe do plantão, Ailse Bittencourt. Hoje, chefe de enfermagem do Hospital do Câncer I, Ailse se diverte com o mistério e garante: nunca se soube quem era a enfermeira misteriosa.



Rede de Atenção Oncológica já é realidade

Fotos: Divulgação Avon

Dois anos após ser instituída, a Rede de Atenção Oncológica começa a dar resultados. Principal mecanismo de articulação e implementação das diretrizes da nova Política Nacional de Atenção Oncológica a Rede estende a abordagem do câncer além do assistencialismo, promovendo a negociação e a integração entre diferentes setores envolvidos e a sociedade. Um bom exemplo para todo o País é o eficiente trabalho na atenção ao câncer de mama no estado de Mato Grosso do Sul. Graças à sólida parceria entre Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Instituto Avon, 11.880 mulheres já foram beneficiadas com uma campanha de prevenção e melhoria na detecção da doença, só na região.

Com o apoio da campanha “Toque de Vida”, promovida pelo Instituto Avon, o INCA levou para as cidades de Dourados, Campo Grande e Três Lagoas oficinas de capacitação dos profissionais da saúde, conduzidas pelos seus técnicos, para melhorar a qualidade dos exames de detecção. Ao mesmo tempo, outra parte do trabalho foi dedicada à divulgação dos exames preventivos, incluindo a distribuição de cartilhas da mulher, material educativo para o agente de saúde, pôsteres e cartazes sobre a campanha, buscando sensibilizar o maior número possível de pessoas.

O resultado foi surpreendente, segundo Luiz Cláudio Thuler, coordenador do projeto e atual editor da Revista Brasileira de Cancerologia. A meta de exames estabelecida para os três municípios foi ultrapassada em 33,4%. As mulheres que apresentaram suspeitas da doença foram encaminhadas para exames



de detecção, como mamografia e biópsia. Por fim, foram detectados 15 casos de câncer de mama entre as participantes, todas tratadas ainda em estágio inicial da doença, o que garante melhores resultados no tratamento e maiores chances de cura.

A REDE

A Rede de Atenção Oncológica, faz parte da nova política, que propõe aos gestores municipais e estaduais ampliar a prevenção e o tratamento do câncer em todas as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), adequando ações às necessidades de cada região.

Desde então, a Rede tem orientado os esforços do governo e dos parceiros privados para o controle

do câncer. Segundo a coordenadora da atenção oncológica de Mato Grosso do Sul, Silvana Dorneles, antes, já havia uma preocupação com relação à detecção, à vigilância e à prevenção do câncer. No entanto, o trabalho era desarticulado. “Hoje, sabemos a forma correta de aplicar todos os esforços, a quem devemos recorrer e quais são os nossos aliados, o que nos dá maior agilidade e eficácia”, explica Silvana Dorneles.

METAS E DESAFIOS

O desafio principal é a divulgação de informações para promover a mudança cultural necessária para o câncer ser abordado definitivamente como problema de saúde pública. E a Rede possui um fator estruturante, especialmente na comunicação, que envolve toda a sociedade, no intuito de acabar com os preconceitos e a idéia ultrapassada de que o câncer é uma doença fatal. O câncer não entra na pauta diária por causa do preconceito, um assunto que pode parecer inconveniente para um bate-papo corriqueiro ou mesmo para os noticiários.

Desde o lançamento da nova política, o INCA e o Ministério da Saúde têm promovido oficinas de capacitação de profissionais das Secretarias de Saúde, para estruturação da Rede. A partir daí, gestores indicados pela própria Secretaria planejam suas atividades de acordo com o quadro ou perfil do câncer em sua região, conforme as diretrizes da nova política.

A nova política já provoca impacto nas Secretarias Estaduais de todo o Brasil. Nelas, os gestores da Rede já estão utilizando o aplicativo on-line que serve como um instrumento de gestão das ações para o controle do câncer. Pelo portal www.redecancer.org.br, os gestores têm acesso a todo tipo de informação sobre a doença, programas já implementados, metas, referências e diretrizes para estruturar suas ações. O site que abriga o novo sistema também disponibiliza documentos técnicos, pareceres, leis e informações gerais para auxiliar o planejamento.

A PARCERIA

A parceria INCA-Instituto Avon começou ainda em 2003. Além de divulgar as formas de prevenção e detecção da doença, o Instituto Avon dá suporte financeiro e logístico às campanhas e aos projetos pelo programa “Um beijo pela vida”, inspirado na Campa-



na mundial *Kiss Goodbye to Breast Cancer*, promovida pela Avon Foundation de Nova York (EUA).

As verbas são arrecadadas a partir de 7% do valor da venda de alguns produtos da Avon, que são alternados periodicamente para que o consumidor possa contribuir constantemente. Até esse ano, o Instituto Avon apoiou 58 projetos, aplicando na causa cerca de R\$ 10 milhões e envolvendo mais de 400 mil mulheres em todo o País.

Esse ano, a Fundação investirá R\$ 237 mil no incremento do número de procedimentos de mamografia em 30 hospitais do Sistema Único de Saúde em municípios da Paraíba e em Porto Alegre. Cada mamógrafo tem capacidade para realizar até 880 exames, por mês. O problema é que muitos procedimentos têm que ser refeitos por má operação e manutenção dos equipamentos. Por isso, segundo Lírio Cipriani, diretor-executivo do Instituto Avon, o programa também investe na qualificação dos profissionais que operam os aparelhos. “Pretendemos melhorar o aproveitamento e a eficácia dos exames por meio da certificação de qualidade da mamografia nas unidades do SUS”, afirma.

A Instituição já está recebendo projetos pela campanha ‘Um beijo pela vida’. O prazo para envio das propostas, segue um roteiro e critérios, e está disponível no site do Instituto (www.institutoavon.org.br), vai até maio. ■

Assistência oncológica em atualização



O curso permite o aprendizado no equipamento de uso diário.

Em 2006, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), lançou o primeiro curso a distância da entidade, intitulado “O Elétron na Radioterapia”. O curso também é pioneiro na área de Física Médica da América Latina. Seu público-alvo é composto de físicos médicos (profissionais ou pós-graduandos), vinculados às instituições que operam aceleradores lineares, equipamentos que produzem feixes de elétrons, muito utilizados na radioterapia em pacientes com câncer. No Brasil, há cerca de 30 aceleradores para fins terapêuticos que, ao serem utilizados pela primeira vez, e depois periodicamente, precisam ser calibrados para funcionarem adequadamente.

O objetivo principal do curso é capacitar esses profissionais para dosar corretamente os feixes de elétrons (dosimetria), bem como executar testes de controle de qualidade com eficácia e segurança. Segundo Euclides Arreguy, da Coordenação de Ensino e Divulgação Científica, se a calibragem da radiação estiver acima da recomendada, o paciente pode ser queimado. E a carga inferior não é menos prejudicial, pois o paciente é submetido a um tratamento pouco eficaz. Se a dose estiver errada, não adianta o físico fazer o cálculo e o médico prescrever o tratamento, já que nunca vai saber que dose o paciente recebeu. “É o trabalho do físico médico que garante o bom funcionamento desses aparelhos e a qualidade do tratamento”, explica.

O curso a distância foi elaborado por meio de cooperação técnica entre o Programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT), a Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC) - ambos do INCA - e o Programa de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública (EaD/ENSP), da Fiocruz. O INCA investiu cerca de R\$ 86 mil na realização desse projeto e na produção de todo o material didático.

Nesta parceria, a Fiocruz - reconhecida internacionalmente por sua vasta experiência em ensino a distância - entrou com todo o suporte técnico-operacional e o planejamento pedagógico. Ao INCA (PQRT), coube a formulação do conteúdo. Arreguy garante que todos os conceitos repassados aos alunos “estão em conformidade com as normas da Agência Internacional de Energia Atômica e da Comissão Nacional de Energia Nuclear”.



INCA prepara versão em espanhol para América Latina.

CURSO A DISTÂNCIA

Ao todo, o curso “O Elétron na Radioterapia” contabilizou 161 inscrições. A primeira turma teve início em julho do ano passado. Com carga horária de 60 horas e duração média de três meses, foram realizadas quatro edições, totalizando 81 alunos.

De acordo com a supervisora do PQRT do INCA, Anna Maria Campos, a proposta de ensino a distância, se comparada com curso presencial, reduz custos com deslocamento e hospedagem de professores e alunos. “Sobretudo, facilita o aprendizado do estudante sem prejudicar o atendimento ao público, pois as aulas podem ser praticadas no momento em que o equipamento está fora de uso (noites, feriados e fins de semana), à escolha do próprio aluno”, acrescenta Anna Maria. Entre outras vantagens, a supervisora relaciona: a padronização do ensino (todos os alunos, independentemente de sua localização geográfica, têm acesso ao mesmo conteúdo pedagógico); o desenvolvimento prático do curso no próprio aparelho em que trabalha (ao término da aula, o feixe já estará dosado); e, em caso de dúvidas, a facilidade de acesso ao material didático e à orientação dos professores para conferir se o que ele fez está correto e, se necessário, repetir os procedimentos.

A educação a distância exige grande responsabilidade do aluno, que está livre para decidir quando e onde estudar, mas, por outro lado, tem o dever de planejar seus estudos. Mesmo sem o compromisso de freqüentar aulas, não há como acompanhar o curso sem dedicar-se aos estudos. ■

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Cada um dos estudantes tem seu tutor (profissional do PQRT, de reconhecida competência na área, e especialmente treinado para exercer a tutoria) que o acompanhará durante todo o curso e será o responsável por avaliar seu aproveitamento. A qualquer momento, o aluno pode procurá-lo para tirar dúvidas e obter orientação. Seu desempenho será avaliado com base na resolução das atividades dos módulos do curso e, também, da avaliação final de cada unidade. Os comentários e a avaliação serão remetidos ao aluno. Atividades e avaliações consideradas insuficientes pelo tutor deverão, necessariamente, ser refeitas. O conjunto dos conceitos por módulo será consolidado em uma média final. Assim, os alunos regularmente matriculados, que obtiverem aprendizado satisfatório e cumprirem todos os requisitos administrativos, receberão o certificado de conclusão, emitido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e pelo INCA.

REFERÊNCIA INTERNACIONAL E PROJETOS

O curso “O Elétron na Radioterapia” já alcançou visibilidade internacional, tendo sido apresentado em um congresso em Viena, em 2006. O material didático está sendo produzido em uma versão em espanhol a ser distribuída a físicos médicos da América Latina. Anna Maria declara que “a medida vai beneficiar pacientes desses países, que terão mais qualidade em seus tratamentos”.

No Brasil, existe a previsão de aberturas de duas novas turmas neste ano (uma em cada semestre) para atendimento de outros físicos médicos interessados. Uma segunda proposta de ensino a distância está em fase de elaboração pelos técnicos da PQRT. De acordo com Anna Maria, será destinado à atualização em braquiterapia de baixa e alta dosagem para físicos. E o princípio será o mesmo: a combinação de aulas teóricas e práticas via Internet. As inscrições devem ser abertas no segundo semestre deste ano.

INCA qualifica exame do câncer de mama



Um levantamento do Ministério da Saúde mostrou que, no Brasil, a maior parte dos casos de câncer de mama é diagnosticada em estágio avançado, o que onera e limita o tratamento. Quanto mais cedo for detectado um câncer de mama, maiores serão as chances de cura. Para reverter esse quadro e incentivar o diagnóstico precoce, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) distribuiu uma publicação que promete aprimorar os procedimentos clínicos para identificação dos casos de câncer de mama em todo o País.

Intitulada “Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer de Mama”, a publicação, de conteúdo inédito, orienta e capacita os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), para melhor identificar, atender, registrar e encaminhar novos casos de câncer de mama. Segundo a coordenadora de prevenção e vigilância do INCA, responsável pela publicação, Gulnar Azevedo, todos os níveis de atenção à saúde, tanto a alta complexidade quanto a média e a atenção básica, devem estar arti-

culados para que o diagnóstico e o tratamento sejam oferecidos com qualidade e no momento adequado.

A idéia surgiu a partir de um Documento de Consenso com os parâmetros assistenciais, elaborado durante um encontro realizado em 2003, que reuniu representantes de várias organizações especialistas no assunto. “O documento não apresentava o detalhamento das ações sugeridas e os gestores estaduais e municipais tinham dificuldade de pôr em prática as recomendações”, explica Ronaldo Silva, técnico da Divisão de Atenção Oncológica do INCA. “Percebemos a necessidade de um documento mais operacional e prático para os gestores”, conta. Assim, o INCA elaborou um novo material, com uma linguagem mais acessível, com tudo o que o gestor deve fazer para detectar precocemente o câncer. O documento traz também informações de gestão, como distribuição de recursos e fórmulas para calcular quantas consultas, exames, biópsias e mamografias são necessários para a detecção do câncer de mama. “Para tudo que estiver relacionado ao câncer de mama, é oferecido um parâmetro para a construção das ações. A proposta é disponibilizar aos gestores e coordenadores um passo-a-passo para a programação de ações eficazes de controle do câncer”, resume o técnico.

A nova publicação defende a aplicação dos parâmetros técnicos de programação para facilitar e promover a estruturação de Redes Regionais de Atenção Oncológica. Dessa forma, todos os estados e municípios deverão trabalhar em conjunto no controle do câncer e todas as informações coletadas sobre a doença serão compartilhadas. As ‘Redes Re-



Passo-a-passo: documento orienta os profissionais do SUS para uma melhor detecção precoce do câncer de mama.

gionais' integrarão a 'Rede Nacional', envolvendo diferentes parceiros, tanto do governo quanto da sociedade civil. "Com a organização de dados, ficará mais fácil definir novos parâmetros para a organização e o planejamento da atenção ao câncer de mama, respeitando-se ainda as características da doença em cada região", explica a coordenadora Gulnar Azevedo.

Os técnicos da Divisão de Atenção Oncológica do INCA foram os responsáveis pela metodologia de trabalho e pela formulação do material. "A expectativa do INCA é de que, a longo prazo, o documento ajude também a diminuir a mortalidade por câncer de mama", afirma Gulnar Azevedo.

Há dois tipos de exames de rastreamento do câncer de mama: o exame clínico e a mamografia. O exame clínico deve ser feito por um profissional da saúde e pode detectar a doença em fase inicial. Para o diagnóstico mais preciso, utiliza-se a mamografia, a ultra-sonografia e a biópsia.

O INCA lançou, ainda em dezembro passado, uma tiragem com 25 mil exemplares que estão sendo distribuídos para as secretarias estaduais e municipais, universidades, centros de mastologia

e bibliotecas de todo o País. O documento também está disponível no site do INCA: <http://www.inca.gov.br/inca/arquivos/publicacoes/parametrotexto.pdf>.

O Câncer – Segundo o INCA, o câncer de mama representa hoje a maior causa de morte entre as mulheres brasileiras. São mais de nove mil por ano. A doença atinge principalmente as mulheres, mas existem casos em homens. Alguns fatores favorecem o aparecimento do câncer de mama, como a primeira gravidez em idade tardia, o envelhecimento, a obesidade, a inatividade física e o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, todos associados ao desenvolvimento da doença. "A detecção precoce é uma forma de mudar esse quadro. Quando o câncer é descoberto em estágio inicial, as chances de tratamento e cura aumentam consideravelmente", alerta Gulnar Azevedo.

A redução da mortalidade por câncer de mama é uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde, que busca uma nova abordagem do câncer como um problema de saúde pública. ■

Parceria aumenta número de doadores

Pacientes indicados para transplante de medula óssea agora têm mais chances de achar um doador compatível. A Campanha Nacional de Doação de Medula Óssea, projeto desenvolvido desde 2004 pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), incentiva pessoas saudáveis a se cadastrar como doadores. Graças ao apoio de empresas públicas e privadas, os resultados são surpreendentes: nos últimos dois anos, o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) saltou de 80 mil, em 2004, para 355 mil cadastrados em 2007.

Criado em 1993, o Redome é uma importante ferramenta na busca de doadores compatíveis. O sistema reúne informações de pessoas que se dispõem a doar medula para transplante e de cordões umbilicais, que são armazenados em bancos públicos. Quando o paciente não tem um doador aparentado, como um irmão, a solução para o transplante de medula é buscar um doador compatível no sistema de cadastro brasileiro. Se não for encontrado, o mesmo sistema possibilita uma busca nos dados internacionais.

Com o objetivo de captar novos doadores, o INCA, responsável pelo gerenciamento do Redome, tem conquistado o apoio moral, organizacional e financeiro de hemocentros, instituições e empresas. Um bom exemplo dessa parceria de sucesso é a Arcelor Brasil S/A, a maior siderúrgica da América Latina e a principal apoiadora dessa missão. Além de financiar a compra de equipamentos e participar do custeio de materiais de campanhas, a Arcelor promove desde 2005 uma campanha de doação entre seus funcionários, que já cadastrou 36 mil doadores até agora.

A campanha, iniciada em Minas Gerais e no Espírito Santo, onde estão localizadas suas grandes usinas, avança para São Paulo. “O papel da Arcelor Brasil é sensibilizar os doadores. Toda a logística operacional fica por conta dos hemocentros, que conscientizam os voluntários, tiram o sangue e mandam as amostras para os laboratórios”, explica Paulo Roberto, consultor de Recursos Humanos da Belgo Arcelor Brasil. Depois de mostrar a importância de fazer a doação, as equipes dos hemocentros regionais chegam para a etapa de execução, que inclui palestra de conscientização e, depois, retirada de sangue dos candidatos a doadores. Nas usinas, por exemplo, são formados grupos de 20 empregados, que passam pela palestra e pela coleta sanguínea. É o caso do analista financeiro Ênio Henriques Júnior, cadastrado há um ano no Redome. “Quando fiquei sabendo da campanha, não pensei duas vezes para me cadastrar. Sempre fui doador de sangue e seria uma satisfação poder ajudar alguém que precise de uma nova medula. Sei das dificuldades de ser compatível com alguém mas, quando me chamarem, estarei à disposição”, promete.



O reforço do cadastro nacional é muito importante para atender melhor à demanda de pacientes, por questões de proximidade genética. **A iniciativa já mobilizou 36 mil doadores, e a meta para a próxima etapa será cadastrar 500 mil doadores.**

Lei da Genética: a chance é de 25 a 30% de encontrar um doador na família. A compatibilidade depende das características nos leucócitos.

Os hemocentros ficam, em média, cinco dias nas usinas e dois na comunidade. A execução da campanha nas comunidades é feita em escolas centrais, para facilitar o acesso dos habitantes e a realização de palestras simultâneas em várias salas. Os cartazes e as faixas de incentivo são colocados em ônibus, nos restaurantes que os funcionários freqüentam e também nas comunidades mais próximas. “Nossa campanha tem uma motivação altamente social, visto que se insere no programa de Responsabilidade Social da Belgo e da Arcelor Brasil”, diz o coordenador-geral do projeto, Márcio Mendes Ferreira, vice-presidente de Recursos Humanos e Relações Institucionais da Arcelor Brasil S.A.



BONS RESULTADOS

A ação possibilitou um aumento significativo também no número de transplantes com doadores não aparentados. “Hoje são realizados mais transplantes por meio da busca no Redome do que com doações internacionais, que eram a maioria até 2004”, afirma o doutor Luis Fernando Bouzas, diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea do INCA. No ano passado, 110 pessoas receberam nova medula óssea. Dessas, 70% utilizaram doadores brasileiros. Isso representa não só mais chances para os pacientes com indicações de transplante, como também maior economia para o Brasil. Em média, um procedimento com doador internacional custa R\$ 65 mil para o governo. Se a medula compatível for identificada no Brasil, esse valor cai para cerca de R\$ 40 mil. “Além da economia, o processo burocrático com doador nacional é muito mais ágil”, completa o diretor.

Foram feitos 110 transplantes não aparentados em 2006. Desses, 70% utilizaram doadores brasileiros.

TRANSPLANTES

As principais indicações para transplante de medula óssea são doenças que afetam as células do sangue, como anemia aplásica grave, e alguns tipos de leucemia, como mielóide aguda, mielóide crônica e linfóide aguda. O transplante é a única alternativa real de cura também nos casos de mieloma múltiplo, linfomas, doenças genéticas, imunodeficiências congênitas e outras 70 doenças. “Existem casos de leucemia, dependendo da faixa etária, em que é possível curar usando apenas com o tratamento quimioterápico que antecede o transplante”, afirma Luis Fernando Bouzas.

O transplante é um tratamento que consiste na substituição de uma medula óssea doente por células normais. Divide-se em três tipos: autogênico, alogênico e singênico.

O autogênico é aplicado quando a medula ou as células precursoras provêm do próprio indivíduo transplantado. “Pessoas que não tenham a medula comprometida ou em que o estágio da doença per-



Banco de cordão: maiores chances de doador compatível.

mita separar as células boas das doentes, como no caso de um tumor de ovário, aonde não tem acome-timento da medula, o tratamento pode ser feito com a própria medula do paciente”, explica o Dr. Bouzas. Os médicos colhem a medula, congelam, fazem o tratamento químico para matar as células atingidas e aí reimplantam a medula.

Para o transplante alogênico, é necessário um doador voluntário ou dos bancos. Esse transplante também pode ser feito a partir de células precursoras de medula óssea, obtidas do sangue de um cordão umbilical. Existe ainda a possibilidade do transplante singênico, quando se usa a medula de um irmão gêmeo.

CUIDADOS

Depois de se submeter a um tratamento que destruirá a própria medula, o paciente recebe a medula sadia por meio de uma transfusão de sangue. A nova medula é rica em células chamadas progenitoras, que entram na corrente sanguínea, circulam e vão se alojar na medula óssea, onde se desenvolvem. Durante o período em que essas células ainda não são capazes de produzir glóbulos brancos, vermelhos e plaquetas em quantidade suficiente para manter as taxas dentro da normalidade, o paciente fica sem defesa no organismo e acaba mais exposto a doenças infecto-contagiosas e hemorragias. Por isso, é necessário que permaneça internado no hospital, em regime de isolamento, por cerca de 40 dias. Se houver complicações, o tempo de internação pode chegar a seis meses. Segundo o diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea do INCA, a boa evolução durante o transplante depende de vários fatores: o estágio da doença (diagnóstico precoce), o estado geral, as condições nutricionais e clínicas, além, é claro, de um doador ideal. Os principais riscos relacionam-se às infecções e às drogas quimioterápicas utilizadas durante o tratamento. “Nos casos de transplante de medula, a rejeição é rara”, garante.

70% dos pacientes não têm a chance de achar um doador na família. Essas pessoas dependem dos doadores voluntários ou dos bancos de cordões.

No período de 2000 a 2004, a média era de 20 transplantes por ano. Hoje são cerca de 96.



A logística e o operacional ficam a cargo dos hemocentros.

SER UM DOADOR

Qualquer pessoa entre 18 e 55 anos com boa saúde poderá doar medula óssea. Para se cadastrar, o candidato a doador deverá procurar um hemocentro, onde será agendada uma entrevista para esclarecer dúvidas a respeito das doações. Em seguida, será feita a coleta de uma amostra de sangue (10 ml) para serem identificadas características genéticas importantes para a seleção de um doador. Os dados são inseridos no cadastro do Redome e, sempre que surgir um novo paciente, a compatibilidade será verificada. Se for confirmada, o doador será consultado para decidir sobre a doação.

O transplante de medula óssea é um procedimento seguro, realizado em ambiente cirúrgico, feito sob anestesia geral, e requer internação de 24 horas. É possível doar mais de uma vez. A medula recom põe-se em 15 dias e é possível realizar outras doações sem nenhum dano à saúde.

Edvaldo Gama fez a doação em dezembro de 2005 e conta que a sensação de poder ajudar alguém é indescritível. “Me cadastrei com a intenção de ajudar a sobrinha de uma amiga, mas não imaginava o quanto era difícil ser compatível com alguém, e acabei ficando cadastrado”. Passaram-se dez anos e Edvaldo foi chamado para fazer a doação. Depois de passar por anestesia geral e um procedimento cirúrgico simples, o doador garante que, apesar do descon-

forto que sentiu por alguns dias, a ação valeu a pena. “O amor ao próximo não tem valor; doarei enquanto minha idade permitir”, conta entusiasmado o militar de 50 anos. “Já que não tenho dinheiro para ajudar, dão o que tenho de bom”, complementa.

O próximo passo importante da Campanha Nacional de Doação de Medula Óssea é investigar quais casos não estão sendo atendidos e tentar focar a busca de doadores na área em que poderá haver maior índice de compatibilidade. Nas campanhas será mais pontual a procura de um tipo genético específico. O objetivo é atender a pacientes que ainda não encontraram doadores compatíveis.

Apesar da miscigenação ser um fator que dificulta a busca de doadores, a probabilidade de encontrar um doador não-aparentado no Brasil é de um para cem mil, por questões de proximidade genética. No exterior, essa chance é ainda menor: um para um milhão. Com base nesses dados, está comprovado que o reforço do cadastro nacional é muito importante para atender melhor à demanda de pacientes.

A meta para a próxima etapa será cadastrar 500 mil doadores voluntários. Outro ponto que já está em discussão é o compartilhamento das informações nacionais do Redome com postos internacionais. “Nós consultamos o cadastro de outros países, porém eles não têm acesso a nossas informações, isso não é justo”, afirma o dr. Luis Fernando. Esse processo já está sendo viabilizado, mas ainda há impedimentos legais. ■

assistência

VISITA DOMICILIAR REDUZ CUSTOS E GARANTE BEM ESTAR DE MAIS PACIENTES

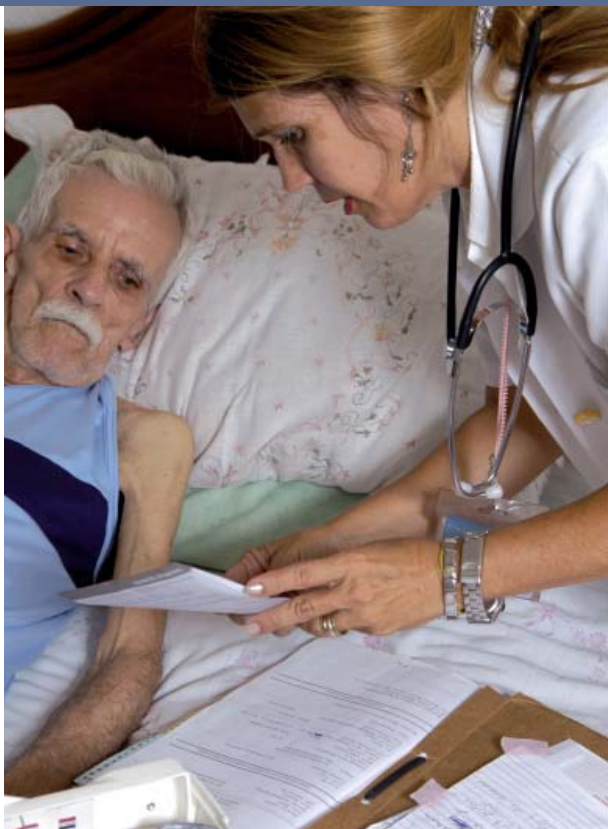
Desde 1989, o Hospital do Câncer IV vem desenvolvendo o maior programa de assistência domiciliar da América Latina que, hoje, beneficia mais de 380 pacientes por mês. Trata-se de um programa de cuidados paliativos para melhorar as condições de vida das vítimas do câncer sem chance de cura, que esperam a hora da morte sem sair de casa ou se afastar da família. Manter esses pacientes em seu ambiente, além de estimular a participação efetiva dos

familiares nos cuidados, mostra-se a melhor alternativa para a medicina paliativa.

Para a diretora do HC IV, dra. Cláudia Naylor, o resultado é a melhora imediata do bem-estar desses pacientes e, conseqüentemente, a redução dos custos com atendimento ambulatorial e de internações em até 65%. “A consolidação deste tipo de serviço nos permite um melhor acompanhamento e maior disponibilidade de insumos para os 1.250 pacientes que mensalmente são assistidos em nossa unidade”, explica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 50% dos futuros pacientes com diagnóstico de câncer vão evoluir para um quadro sem possibilidade de cura. Porém, mesmo em fase terminal, a qualidade de vida desses pacientes pode ser mantida com a Medicina Paliativa.

A médica inglesa Cecily Saunders foi a precursora no desenvolvimento dessas técnicas nas décadas



Ambiente familiar: redução de até 65% nos custos do HC IV.

de 50 e 60, até a fundação do *San Christopher's Hospice*, em 1967, que difundiu a medicina paliativa na Inglaterra, no Canadá, nos EUA e na Austrália. Inspirado por ela, o atendimento de cuidados paliativos no INCA teve início em 1986, no antigo Hospital de Oncologia – atual Hospital do Câncer II (HC II) –, com o programa de atendimento de pacientes sem possibilidades terapêuticas.

Com o aumento progressivo do número de pacientes, em 1989, o programa evoluiu para Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico. A partir de então, foram ampliadas suas atividades, que resultaram no programa de atendimento domiciliar, até então composto por um quadro de voluntários. Em 1991, foi implantado o primeiro serviço de cuidados paliativos do Hospital do Câncer I e, com a consolidação desse tipo de atendimento na Instituição e sua crescente demanda, foi criado, em 1998, o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), hoje conhecido como Hospital do Câncer IV.

O programa é conduzido por equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. O trabalho envolve



Dignidade até o fim da vida

toda a família do paciente, que precisa ser capacitada para o acondicionamento e a administração dos medicamentos e alimentos, a assepsia do paciente e os cuidados com higiene do ambiente, entre outros. Para isso, o programa desenvolveu o Manual do Cuidador, até mesmo para analfabetos, que ensina passo a passo todos os cuidados necessários. “Promovemos um verdadeiro trabalho de reeducação da família, especial-

mente do ‘cuidador’ identificado pela equipe, que deverá gerenciar o atendimento”, afirma o coordenador das equipes de assistência domiciliar, dr. Marcos Caetano.

Segundo o médico, muitas vezes o obstáculo é externo, como a falta de segurança ou riscos para o atendimento nas áreas mais violentas. Nesses casos, os assistentes sociais entram em ação para avaliar, com a família, a possibilidade de mudança do local

QUEM PARTICIPA

O que determina a participação do paciente no programa é a sua condição clínica. São incluídos somente os casos de pacientes sem possibilidade de atendimento terapêutico e incapacitados de se deslocarem.

A avaliação é feita nos postos avançados do HC IV, em cada uma das unidades do Hospital do Câncer, após o encaminhamento do médico e da assistente social de cada setor. Depois, o assistente social deverá identificar o possível 'cuidador', muitas vezes alguém de fora da família ou um parente distante, que será capacitado para o atendimento domiciliar, e ainda receberá orientação psicológica. Como o atendimento domiciliar reduz os riscos de contaminação e de infecções, além de melhorar o bem-estar, algumas vezes, os pacientes retomam o atendimento ambulatorial após apresentar melhorias clínicas significativas no controle dos sintomas para, quando necessário, retornarem ao ambiente domiciliar. As visitas são normalmente divididas em turnos e agendadas conforme a necessidade ou o perfil clínico de cada paciente. Cada equipe faz em média seis visitas por dia, com duração de 40 minutos à 1 hora e meia. Há pacientes que recebem a visita de um profissional a cada 2 ou 3 dias, desde que identificada a necessidade pelos integrantes da equipe.



14h00

Primeiramente, são montados os kits personalizados pela equipe da farmácia. Há uma lista de aproximadamente 10 medicamentos mais utilizados, mas o kit é composto de acordo com o perfil clínico do paciente.



14h20

Além dos medicamentos e do material para assepsia e curativos, os kits podem conter colchão, roupas e cesta básica, entre outros benefícios. O programa oferece todo tipo de auxílio, até mesmo de custo de passagem do cuidador, desde que solicitado pelo assistente social.



15h00

Rotina: Os cuidados paliativos têm o objetivo de controlar os sintomas da doença, que variam conforme o tipo e o estágio do tumor. Fadiga, anorexia e dor são os mais frequentes em praticamente 80% dos pacientes. "Nosso objetivo é proporcionar um final de vida digno", resume a enfermeira.



15h20

O pintor autônomo Albimar Moura mantém-se lúcido e vaidoso. Ao tomar conhecimento de nossa reportagem, o paciente insistiu em fazer a barba, apesar do desconforto de dores abdominais. Segundo sua sobrinha e 'cuidadora', ele gosta de se manter ativo e independente, não aceitando ajuda de ninguém.

de atendimento para uma nova residência ou um posto de saúde mais próximo. Em média, cinco atendimentos são cancelados ou remanejados a cada mês. "Ainda assim, nosso maior desafio é estruturar o ambiente e a família que, por uma questão cultural, tendem a se afastar desse tipo de paciente", alerta.

E há outro problema: o coordenador da equipe garante que não é fácil encontrar profissionais qualificados dispostos a correr riscos nas áreas mais violentas. No início, o

serviço funcionava com apenas três carros, todos do Ministério da Saúde, e equipes reduzidas de apenas três médicos e cinco enfermeiras. "Na época, ainda esbarrávamos na burocracia para uso e manutenção dos veículos federais, o que acabava atrasando ou mesmo inviabilizando o atendimento". Hoje, essa parte é terceirizada, o que garante maiores dinamismo e eficiência ao serviço.

O programa conta com 11 veículos, 8 médicos, 9 enfermeiros, 5 psicólogos, 5 fisioterapeu-



14h30

Com os kits montados, a equipe deixa o HC IV, em Vila Isabel, e segue para Cascadura, Zona Norte do Rio, onde atenderá sr. Albimar Moura, 79 anos, vítima do câncer de intestino, diagnosticado há 2 anos, e há 6 meses na assistência domiciliar.



14h50

O termômetro de rua marca 38°. Chegamos à residência da dona Maria José Galhano, irmã do paciente, numa simples e simpática vila de Cascadura.



15h40

Após todos os exames de rotina, a enfermeira dá instruções para limpeza e substituição do curativo à 'cuidadora', Rosa Maria Galhano Baptista, 56 anos. Sobrinha do paciente, ela se reveza nos cuidados com outros três irmãos.



16h00

A 'cuidadora' recebe as últimas instruções, receitas e orientações para a próxima visita, que deverá ocorrer em uma semana. Para ela, esse tem sido um período muito difícil, apesar do alívio que trouxe a inclusão de seu tio no programa.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Nossa equipe de reportagem acompanhou a enfermeira Maria Vitória Matias Dias, 47 anos, que mostrou, passo-a-passo, a rotina dos profissionais que integram a equipe do programa. Com experiência de mais de 26 anos em enfermagem, Maria Vitória diverte-se com os sustos e os casos estranhos que já enfrentou ao longo de 7 anos de visitas domiciliares. "Já corri de cachorro, galo e até jacaré, além de ter sido abordada por traficantes. Hoje, não me preocupo com nada disso. Minha maior motivação e, ao mesmo tempo, gratificação é ajudar essas famílias". Segundo ela, o mais difícil é lidar com a falta de preparo dos familiares e a precariedade dos ambientes, especialmente nas áreas de baixa renda. "A gente encontra todo tipo de família. Algumas vezes, famílias que trazem um histórico ruim com o paciente, situações de conflito, ou dificuldades de relacionamento".

tas e 5 assistentes sociais responsáveis por uma média de 13 mil visitas ao mês. O número de beneficiados cresceu uma média de 30% ao ano, até sua capacidade média atual de mais de 380 pacientes por mês. "Nossa meta é melhorar a qualidade do programa para garantir a regularidade de, ao menos, uma visita por semana a cada família", afirma o coordenador.

As equipes são distribuídas por região de atendimento e podem ser remanejadas sempre que

necessário para suprir a carência de alguma região. O atendimento abrange um raio de 70km a partir do HC IV, em Vila Isabel, e é dividido em cinco regiões: Norte, Centro-Sul, Baixada, Niterói-São Gonçalo e Zona Oeste, abrangendo outros municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro. Para se ter uma idéia da distribuição do atendimento, a região Centro-Sul responde por apenas 8% do volume de visitas, cocentrando-se a maior parte na Baixada (32%),

Oeste, (26%), Norte (16%) e Niterói / São Gonçalo (16%).

A eficácia do programa é comprovada pelo número de pacientes que permanecem no programa até o falecimento. À medida que melhora a auto-estima do paciente, aumenta a resposta aos medicamentos. "Mais de 30% dos nossos pacientes morrem em casa, o que corrobora os resultados do atendimento. Quando os sintomas não são controlados, o paciente não consegue permanecer no domicílio", resume. ■

internas

NO PRÓXIMO DIA 31 DE MAIO, 192 PAÍSES PARTICIPAM DE MAIS UMA EDIÇÃO DO DIA MUNDIAL SEM TABACO. COM O TEMA AMBIENTES LIVRES DA FUMAÇA – “SMOKE-FREE ENVIRONMENTS”, A OMS PRETENDE ALERTAR QUE VENTILAÇÃO E FILTRAGEM DO AR NÃO SÃO SUFICIENTES PARA REDUZIR A EXPOSIÇÃO PASSIVA AOS MALEFÍCIOS DA FUMAÇA.

70 ANOS NA TELA



Como parte das ações comemorativas dos 70 anos, o INCA lança seu primeiro vídeo institucional. É mais uma ferramenta para consolidar sua imagem de responsável pela formulação e coordenação das políticas de controle do câncer em todo o País, e não apenas uma unidade hospitalar como ainda pode parecer. Com duração de 10 minutos, o roteiro apresenta, de forma sintética e concisa, as diferentes áreas, atividades

e projetos do Instituto. O trabalho valoriza a trajetória do INCA nos depoimentos diversos de quem fez e faz parte dela, como pacientes, parceiros, pesquisadores, funcionários, e residentes. Tem personagem que se tratou de um câncer de mama durante a gestação de seu filho. Tem até quem conseguiu parar de fumar graças às campanhas antitabagismo. A novidade irá incrementar a apresentação do INCA em congressos, seminários e solenidades, já buscando atrair novos parceiros e colaboradores. A apresentação é da atriz Zezé Polessa, que também é médica, e não cobrou pela participação.

MAIS UMA PARCERIA DE SUCESSO

O resultado da campanha “Doe um trocado do seu troco”, promovida pela Rede Economia de Supermercados desde o ano passado, deve, em breve, gerar bons frutos. O cheque simbólico no valor de R\$ 28.247,16 já foi entregue ao INCA Voluntário, em cerimônia que contou com a presença do diretor-geral do Instituto, Luiz Antonio Santini. Para ele, mais importante que o valor arrecadado, ‘a iniciativa de uma grande rede de supermercados como esta é fundamental para sensibilizar e atrair novos colaboradores, além de informar e desmistificar a doença para a população’. Ainda em definição, há algumas possíveis aplicações para a doação: novo aparelho de laser para tratamento de mucosite, reforma da área externa do 11º andar, poltronas para acompanhantes do 5º andar e aparelho eco-transesofágico.



CuriosAção

O Espaço CuriosAção tem garantido a melhoria da qualidade de vida dos pacientes do HC IV e seus familiares, promovendo atividades físicas, recreativas, informativas e psicológicas, sob a orientação de uma equipe multidisciplinar. Além de estimular a socialização com a equipe que os acompanha, o projeto proporciona, ao ‘cuidador’, um dia de descanso. A prática, que já é estabelecida nos grandes centros internacionais, é pioneira no Brasil e está alinhada com as diretrizes do Instituto de promover e oferecer cuidados paliativos oncológicos da mais alta qualidade, e ainda promover a humanização exemplar para as unidades de saúde em todo o País. São beneficiados os pacientes da Internação Hospitalar, da Internação Domiciliar e da Área de Ambulatório, especialmente os que residem fora do estado do Rio de Janeiro e passam o dia na unidade aguardando o transporte de volta para casa. A triagem é feita pelo Serviço Social, que encaminha uma média de 15 pacientes por dia.



Dentre as atividades de humanização realizadas pelo HC IV, a Sala do Silêncio

VER PARA CRER

O HC IV é uma das 22 unidades do SUS, no Rio de Janeiro, retratadas em vídeo documentário pelo projeto 'Memórias da Humanização', que está resgatando e registrando a memória do SUS que dá certo. O projeto integra a Política Nacional de Humanização - PNH, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, que pretende ainda promover a troca de conhecimentos, assim como a criação de redes de cooperação entre os serviços e organizações de saúde. As fotografias e os vídeos que compõem a mostra foram produzidos a partir de uma oficina de roteiro, que envolveu profissionais da saúde das diversas unidades do SUS. O objetivo era retratar bons exemplos de humanização na saúde, valorizando a criatividade e o ponto de vista desses profissionais, desde a criação dos roteiros até a edição final. Todo o material integra o acervo do Banco de Dados da Política Nacional de Humanização, que servirá para a divulgação e a disseminação de iniciativas bem-sucedidas em todo o País, estimulando parcerias, trocas e construção coletiva de um SUS mais humanizado. Novas mostras serão realizadas em todo o País. A primeira ocorrerá na 4ª Semana de Humanização, a ser realizada de 9 a 13 de abril, no Ministério da Saúde, em Brasília. Em breve, o material também estará acessível em portal na Internet.

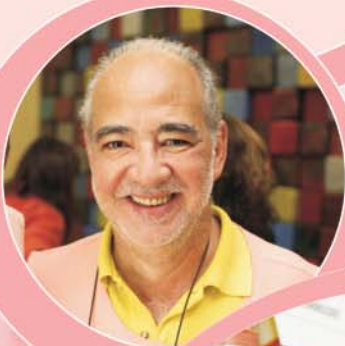
KIT DO PACIENTE

Outra iniciativa que tem dado bons frutos é o 'Kit do Paciente', que reúne todas as informações necessárias sobre as atividades e os serviços oferecidos pelo INCA, além de esclarecimentos sobre a doença. São distribuídos quase 800 kits a cada mês, com informações sobre doação de sangue, plaquetas, medula óssea, uma cartilha com os direitos e as responsabilidades dos pacientes e um folheto com os dias e os horários das reuniões para acompanhantes. O material é entregue no momento da matrícula, em qualquer uma das unidades hospitalares (HC I, HC II, HC III e CEMO). No HC IV, é distribuído um manual específico da unidade de cuidados paliativos. Ao longo do tratamento, o paciente recebe outras informações e vai completando o seu kit. A proposta do projeto é atualizar e aprimorar o kit regularmente, com a ajuda e sugestões de pacientes, familiares e funcionários.



**Esperança temos de sobra.
O resto a gente conquista !**

O INCAvoluntário tem como missão contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes do INCA e seus acompanhantes, promovendo e apoiando atividades de inclusão social e resgate de cidadania.



**Faça sua doação
ao INCAvoluntário:
Banco do Brasil
Agência: 3118-6
Conta: 16021-0
Você também
pode ajudar.**



Para mais informações:
(21) 3970 - 7971
incavoluntario@inca.gov.br

www.inca.gov.br
INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



2º CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER

25-28 DE NOVEMBRO DE 2007 RIO DE JANEIRO | BRASIL

Temos a honra de convidá-lo a participar do **2º Congresso Internacional de Controle do Câncer**, que será realizado no Rio de Janeiro, de 25 a 28 de novembro de 2007. Este congresso dá seqüência ao primeiro, realizado em Vancouver, Canadá, em 2005.

O Congresso surge como uma oportunidade para focarmos o controle do câncer como um problema de saúde pública e, simultaneamente, avaliarmos seu impacto social, econômico e financeiro. Também serão debatidos os avanços e desafios na luta contra o câncer para a elaboração de propostas de estratégias.

Esperamos encontrá-lo em novembro de 2007.

Dr. Luiz Antonio Santini

Presidente do 2º Congresso Internacional de Controle do Câncer
Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer – INCA/MS

Simon B. Sutcliffe, MD, FRCP, FRCPC, FRCR

Presidente do Comitê Deliberativo Internacional
Vice-Presidente, Canadian Strategy for Cancer Control
Presidente, BC Cancer Agency

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Seis grandes sessões oferecem alternativas aos participantes de vários países. Cada uma das sessões é planejada por diferentes especialistas globais que formam o Comitê Científico.

Sessão 1: “Semelhanças e diferenças” entre o controle de doenças crônicas e o câncer

Sessão 2: “Estratégias de prevenção do câncer”- avanços até a presente data e desafios para implementação

Sessão 3: “Novas abordagens e tecnologias” - adequando esforços renovados às realidades cultural e financeira

Sessão 4: “Controle do câncer e resultados”- uso de indicadores em sistemas de saúde públicos e privados

Sessão 5: “O valor da proposta” em investir no controle do câncer para a população

Sessão 6: “Mobilização de uma comunidade global comprometida com a prática” - promovendo a construção, complementação e sinergia das atividades em curso

SUBMISSÃO DE TRABALHOS

O trabalho de pesquisa deve ser original, inovador e não ter sido apresentado anteriormente. As inscrições serão feitas por formulário eletrônico pelo site www.cancercontrol2007.com. Os trabalhos, que serão analisados pelo Comitê de Avaliação de Trabalhos do Congresso, devem ser enviados até o dia **2 de julho de 2007**. Os autores de trabalhos aprovados poderão participar das plenárias como oradores. Eles deverão efetuar a inscrição pelo site até **31 de agosto**, para usufruir da tarifa reduzida.

DATAS IMPORTANTES

Início das inscrições on-line	30 de março de 2007
Início do envio de trabalhos	30 de março de 2007
Data-limite para envio de trabalhos	02 de julho de 2007
Resultado dos trabalhos aceitos	31 de julho de 2007
Encerramento do 1º prazo para inscrições	31 de agosto de 2007
Data-limite para reserva de hotel	31 de agosto de 2007
Encerramento do 2º prazo para inscrições	01 de outubro de 2007
Início do Congresso	25 de novembro de 2007

INTERNATIONAL CONFERENCE SERVICES LIMITED
2101-1177 West Hastings Street Vancouver, BC Canada V6E 2K3
Phone: +1 604 681 2153 / Fax: +1 604 681 1049
cancercontrol2007@meet-ics.com
www.cancercontrol2007.com



REALIZAÇÃO:



Ministério
da Saúde



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



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



Comunicação Social / INCA - 2007

WWW.INCA.GOV.BR



Ministério da Saúde

