

10

Fevereiro
2010

REDE CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



NO CONTROLE DO CÂNCER, O PAPEL DA INFORMAÇÃO

REVISTA CHEGA À 10ª EDIÇÃO E INTENSIFICA DEBATE DE TEMAS DE INTERESSE PARA GESTORES DE SAÚDE E A SOCIEDADE

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Seja o amigo oculto de alguém por toda a vida.

Procure um hemocentro e cadastre-se no **REDOME – Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea**. Qualquer pessoa que tenha entre 18 e 55 anos, com boa saúde e sem doenças transmissíveis pelo sangue, pode doar. Se você já é um doador, lembre-se de manter seus dados atualizados. **Dê um presente para quem depende de você para viver.**

www.inca.gov.br

REDOME
REGISTRO NACIONAL DE DOADORES

INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

SUS 

Ministério
da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

sumário



12

CAPA

O câncer sem fronteiras

21

ASSISTÊNCIA

A missão de trazer alívio

24

PREVENÇÃO

Sol, modo de usar

26

CIÊNCIA

Pesquisa oncológica em rede

28

PERSONAGEM

Pedaladas de um sobrevivente

30

SOCIAL

Se quiser falar com Deus

33

POLÍTICA

Socialmente responsável. Será?



REDE CÂNCER

2010 – Instituto Nacional de Câncer

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

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

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



Ministério
da Saúde



editorial

Comunicação em linha com a gestão

Prezado leitor,

Neste número especial, comemoramos a 10ª edição da **Revista Rede Câncer**. A boa receptividade por parte dos leitores de todo o país mostra o acerto na escolha da linha editorial desta publicação jornalística, que tem como objetivo principal a divulgação científica. Usar uma linguagem clara para falar com públicos diversos, promovendo o debate sobre conceitos básicos da ciência que interferem na vida de cada um é a melhor forma de promover a mobilização social. Mobilização que consideramos imprescindível para o controle do câncer. Além de importante ferramenta de comunicação, a **Rede Câncer** é também uma oportunidade para exercer a cidadania, ao informar sobre a doença e desmitificá-la.

Como parte das comemorações, queremos ampliar o conhecimento sobre os nossos leitores. Em breve, todas as pessoas cadastradas receberão uma carta-resposta, que poderá ser enviada de volta para a revista gratuitamente pelo Correio. A carta é um questionário de avaliação e também funcionará como recadastramento dos endereços para os quais são enviadas as versões impressas. Essa é mais uma

iniciativa para o constante aperfeiçoamento da publicação. Contamos com a participação de todos.

Excepcionalmente neste número, abrimos o espaço das notas para o encarte especial com informações de destaque da *Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil*, publicação do Instituto Nacional de Câncer que pode ser acessada na íntegra pelo site www.inca.gov.br/estimativa/2010. Com informações de referência para este ano e para 2011, o estudo tem como proposta constituir-se em uma ferramenta de planejamento, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), útil a todos os que desempenham papéis no controle do câncer no país.

Também trazemos à discussão o tema Responsabilidade Social. A reportagem mostra que o conceito tem sido usado pela indústria do tabaco como estratégia para compensar o avanço das restrições legais à publicidade de seus produtos. A alimentação volta à pauta na entrevista com Carlos Augusto Monteiro, médico e professor titular do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Boa leitura!



LUIZ ANTONIO SANTINI
Diretor-Geral do INCA

cartas

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

ELOGIOS

Fiquei muito satisfeita com o resultado da entrevista concedida à **Revista Rede Câncer** para o artigo Hora de Dizer Ah!, sobre prevenção do câncer da cavidade oral, na última edição.

Berenice Navarro Antoniazzi, Belo Horizonte, MG

Sou estudante de medicina da Universidade Federal do Tocantins e participo da Liga de Oncologia da instituição. Gosto muito da **Revista Rede Câncer** e considero-a um bom veículo de conhecimento na área oncológica.

Thiessa Vieira, Palmas, TO

Sou enfermeira da rede hospitalar e fiquei encantada com a qualidade da **Revista Rede Câncer**, além da grande utilidade que tem para o meu trabalho.

Nívea Silveira de Almeida, Jequié, BA

Tive conhecimento da **Revista Rede Câncer** através do site do INCA. Gostaria de parabenizá-los pelas excelentes matérias apresentadas. Elas têm sido muito importantes para a atualização e compreensão dessa nossa área.

Kamila Martins, Natal, RN

Agradecemos o envio da publicação **Revista Rede Câncer**. Aproveitamos a oportunidade para parabenizá-los pelo conteúdo informativo e educativo.

Mara Pereira da Cunha, São Paulo, SP

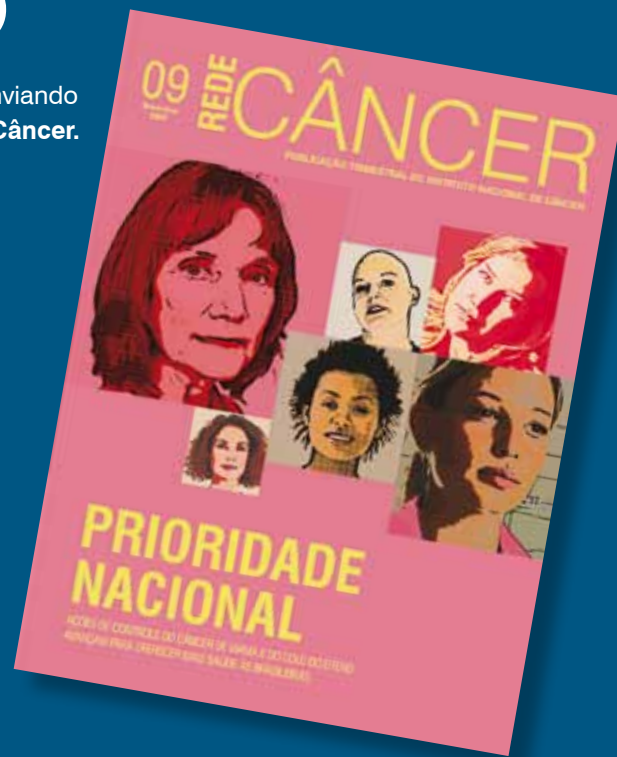
Tive a oportunidade de ler a **Revista Rede Câncer** de um amigo e pude ver o quanto é especial para a vida dos profissionais da saúde, para, por meio dela, sermos atualizados.

Cristiano Inácio Martins, Chalé, MG

Agradecemos o envio de mensagens para a Revista Rede Câncer.

SOLICITAÇÕES

Tive a oportunidade de ver um exemplar da revista. Fiquei impressionado com os conteúdos. Sou



enfermeiro, trabalho em um hospital e também participo de programas na rádio local. Gostaria de receber a revista, que, sem dúvida, vai contribuir muito no meu trabalho.

Joânio Martins, Sumé, PB

Sou médico da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e participo da Câmara Técnica de Oncologia da Macrorregião. Gostaria de receber a **Revista Rede Câncer**, cuja temática contempla os principais objetivos de nosso grupo, que são a qualificação da atenção e o fortalecimento da rede em nossa região.

Saverio Paulo Laurito Gagliardi, Campinas, SP

Gostaria de parabenizar toda a equipe desta revista pelo excelente e belo trabalho. Sou gerente de comunicação da Associação de Combate ao Câncer do Centro-Oeste de Minas. Para nosso conhecimento e disseminação de tão importantes informações, gostaria de receber esta importante publicação.

Consuelo Reis Fonseca, Divinópolis, MG

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

entrevista

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO

*Professor titular do Departamento de Nutrição da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo*

O peso além do prato



“Há necessidade de enfrentar o *lobby* poderoso das indústrias transnacionais de alimentos, que têm ligações fortes com todas as áreas do poder no país. A ação pública não deve se restringir a limitar a publicidade dos alimentos não saudáveis”

O perfil de saúde da população brasileira tem evoluído de forma positiva em relação aos males provocados pela carência alimentar, mas tem perdido pontos valiosos para a obesidade, o diabetes e determinados tipos de câncer. O atual padrão de alimentação – que despreza alimentos tradicionais *in natura* e supervaloriza produtos industrializados – está causando o adoecimento da população mundial, inclusive de crianças e adolescentes.

Os especialistas insistem: alimentação adequada faz bem à saúde. No entanto, em meio à publicidade sedutora travestida de facilidade e economia de tempo, muitos não resistem ao apelo de trocar um saudável prato de comida por sanduíches ou lanches rápidos. A concorrência chega a ser desleal. Médico, pós-doutorado pelo Instituto de Nutrição Humana da Universidade de Columbia, nos Estados Unidos, e professor titular do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Carlos Augusto Monteiro se ocupa de um pesado desafio: estimular a adoção da alimentação saudável pela população.

Defensor incansável dos alimentos *in natura* e do tão almejado “prato equilibrado”, Carlos Augusto Monteiro estuda o assunto em sua essência e ministra palestras em eventos nacionais e internacionais. Na conferência de abertura do V Congresso Pan-americano de Incentivo ao Consumo de Frutas e Hortaliças para a Promoção da Saúde, realizado em setembro, em Brasília, o professor reforçou a obrigatoriedade de ter frutas e algum carboidrato no café da manhã. “No almoço, não pode faltar uma boa salada com variadas hortaliças. Se houver uma leguminosa, como lentilha ou grão-de-bico, melhor ainda”, declara o especialista, que presta consultorias frequentes ao Ministério da Saúde, à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e à Organização Mundial da Saúde (OMS).

Morador de São Paulo, com 61 anos, pai de duas filhas e avô de três netos, Carlos Augusto Monteiro segue a própria orientação com disciplina e garante que prazer à mesa e saúde não são incompatíveis. Pelo contrário! Em entrevista à **Rede Câncer**, o pro-

fessor traça um perfil da alimentação do brasileiro e seus impactos físicos, econômicos e sociais.

REDE CÂNCER – Que tipos de doença estão associados ou são comprovadamente decorrentes da alimentação errada?

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO – De forma bem sintética, podemos dizer que o perfil de saúde da população tem evoluído de maneira bastante positiva em relação ao risco de doenças provocadas por carência alimentar e doenças infecciosas. Por outro lado, de forma negativa quanto a doenças crônicas não transmissíveis, em particular obesidade, diabetes e determinados tipos de câncer. Neste último caso, a piora é decorrente de tendências preocupantes no padrão de alimentação da população, particularmente o abandono de alimentos tradicionais, *in natura* ou minimamente processados, por alimentos industrializados e ultraprocessados. Especialistas em saúde e nutrição apontam que o aumento rápido do consumo de alimentos processados, amparado por sofisticadas estratégias de marketing das indústrias multinacionais que controlam o setor, é uma das causas de adoecimento da população mundial hoje, inclusive de crianças e adolescentes. Tanto que vários países têm adotado medidas legais para limitar a publicidade desses alimentos.

REDE CÂNCER – Quais os impactos econômicos e sociais para o país que a alimentação inadequada acarreta?

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO – Os resultados da alimentação inadequada para a população se refletem no surgimento de doenças crônicas, como obesidade, diabetes e câncer, que representam parcela elevada dos gastos com saúde em qualquer país, além de infligirem grande sofrimento para os doentes e suas famílias. O crescimento do setor de alimentos industrializados prontos para o consumo é registrado no Brasil por pesquisas de orçamento familiar, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No entanto, a alimentação incorreta é um problema



“O aumento rápido do consumo de alimentos processados é uma das causas de adoecimento da população mundial”

que afeta não somente o Brasil, mas também o mundo inteiro. Após avaliar as evidências sobre os efeitos perigosos da publicidade de alimentos dirigida a crianças, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um conjunto de recomendações para orientar os governos nacionais no que diz respeito à regulamentação dessa atividade. Essas orientações foram discutidas em 2009 e serão submetidas à votação na Assembleia Mundial de Saúde, a ser realizada em 2010.

REDE CÂNCER – Sendo o Brasil um país rico em frutas e hortaliças, a que atribui o seu baixo consumo?

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO – Existem muitos fatores que reduzem o consumo de frutas e hortaliças, incluindo o preço, nem sempre acessível para os mais pobres, a oferta irregular e nem sempre de qualidade desses itens, em particular nas periferias das grandes cidades. E, no caso das hortaliças, enfrentamos hoje a desvalorização das habilidades culinárias da população e, em algumas regiões, a falta de hábito de incluir esse tipo de produto no cardápio. Todas essas limitações, entretanto, são passíveis de solução por meio da definição e implementação de políticas públicas que estimulem o consumo de frutas e hortaliças.

REDE CÂNCER – O que são alimentos ultraprocessados?

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO – Alimentos ultraprocessados são, essencialmente, alimentos industrializados prontos ou semiprontos para consumo. Em sua imensa maioria, eles contêm grande quantidade de açúcar, gorduras não saudáveis e sal, pouca fibra, e alta densidade energética, ou seja, apresentam excessiva quantidade de calorias por volume. O fato de serem prontos para consumo induz padrões de consumo não saudáveis, como substituir refeições por lanches, comer sozinho, vendo televisão ou até trabalhando. Alimentos ultraprocessados são altamente lucrativos para a indústria que os fabrica e, por essa razão, concentram investimentos enormes em publicidade. O marketing sofisticado e sem limites, ou seja, desregulado, desses alimentos está na base do crescimento astronômico desse grupo de produtos no Brasil e na maioria dos países do mundo.

REDE CÂNCER – Por que é necessário reduzir o consumo desse tipo de alimento?

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO – Um estudo recente do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) - que avaliou a composição nutricional de 30 alimentos industrializados muito consumidos pela população brasileira, em especial, por crianças e adolescentes - comprovou o caráter não saudável dos alimentos ultraprocessados. O estudo provou que bolinhos e salgadinhos continham açúcar, gorduras e sal excedendo várias vezes o máximo recomendado para uma alimentação equilibrada. Outros equívocos foram constatados também como erros na informação nutricional exibida nas embalagens dos produtos. E mais: sua publicidade envolvia procedimentos condenáveis e já nem mais pratica-



dos pelas mesmas indústrias em outros países: o uso de personagens famosos do universo infantil e a presença de “bichinhos” e outros brindes nas embalagens.

REDE CÂNCER – Esses alimentos costumam ser mais agradáveis ao paladar. Por que isso ocorre?

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO – A hiperpalatabilidade é outra característica dos alimentos ultraprocessados, conseguida a partir dos ingredientes básicos desses produtos (açúcar, gordura e sal) e do uso de aditivos alimentares especialmente desenvolvidos com essa finalidade. A hiperpalatabilidade é reconhecida e reforçada pela publicidade desses alimentos. Basta atentar para o conteúdo das mensagens publicitárias: “você não pode resistir!”

REDE CÂNCER – Qual é a estratégia de marketing usada hoje pela indústria de alimentos?

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO – Diante da saturação dos mercados dos países desenvolvidos, as indústrias de alimentos ultraprocessados (refrigerantes, bebidas açucaradas em geral, biscoitos, chocolates, salgadinhos, embutidos, comida preparada para bebê etc.) estão investindo pesadamente em mercados como Brasil, México, China e África do Sul. Em particular entre famílias de baixa renda, que ainda constituem a imensa maioria da população desses países. Esse investimento se traduz na criação de linhas populares de produtos de menor custo unitário, o que se consegue por vezes com a diminuição do tamanho das embalagens (pacotes de biscoitos recheados com três ou quatro unidades, por exemplo). Essa estratégia de marketing para atingir as famílias de baixa renda de países emergentes envolve a introdução no mercado de produtos que a empresa líder do setor chama de *popularly positioned products* (produtos popularmente

“A ideia principal é atrair a população à escolha de alimentos frescos ou minimamente processados”

posicionados). O crescimento mundial da produção e do consumo de alimentos ultraprocessados tem gerado impactos desfavoráveis, inclusive em termos culturais e ambientais. Estudos recentes examinam os efeitos da globalização da alimentação no meio ambiente e o impacto nas culturas alimentares tradicionais.

REDE CÂNCER – Quais os maiores desafios das políticas públicas para promover a alimentação saudável?

CARLOS AUGUSTO MONTEIRO – Acreditamos que as políticas públicas devem ser adotadas pelo Governo, como a regulamentação da publicidade de alimentos e de políticas fiscais para estimular o consumo de alimentos *in natura*, como frutas e hortaliças, e ainda desestimular o consumo de produtos ultraprocessados. Para tanto, há necessidade de enfrentar o *lobby* poderoso das indústrias transnacionais de alimentos, que têm ligações fortes com todas as áreas do poder no país. A experiência internacional revela que apenas informar as pessoas não é suficiente para deter o crescimento da cultura alimentar do *fast-food*. Por outro lado, a ação pública não deve se restringir a limitar a publicidade dos alimentos não saudáveis. Opções saudáveis devem ser simultaneamente incentivadas e apoiadas. Afinal, a ideia principal é atrair a população à escolha de alimentos frescos ou minimamente processados. |

artigo

PAULO M. BUSS

*Professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz*

Membro titular da Academia Nacional de Medicina

Promoção da saúde

Os cuidados integrais com a saúde implicam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco e, depois de instalada a doença, o tratamento adequado dos doentes. Esses três tipos de ação têm áreas de superposição, como seria de esperar. Neste pequeno artigo de divulgação, pretendo apresentar o conceito de promoção da saúde e o espectro de ações que estão embutidas na prática da promoção da saúde pelos profissionais da área e pela comunidade.

Saúde é um direito humano fundamental reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Como tal, a saúde se encontra em pé de igualdade com outros direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade etc. A saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida.

Saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados, fato que podemos reconhecer no nosso cotidiano, com o qual pesquisadores e cientistas concordam inteiramente. Isto é, a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Em síntese, promover a saúde é promover a qualidade de vida.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, gerou um dos

mais importantes documentos sobre o tema no cenário mundial – a Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde, que estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos, definindo os campos de ação. De acordo com o documento, promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”.

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. A saúde é, portanto, um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A carta afirma que são recursos indispensáveis para ter saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, com toda a complexidade que implicam alguns desses conceitos. A promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Na maior parte do tempo de suas vidas, a maioria das pessoas é saudável, ou seja, não necessita de hospitais, CTI ou complexos procedimentos médicos, diagnósticos ou terapêuticos. Mas, durante toda a vida, todas as pessoas necessitam de água e ar puros, ambiente saudável, alimentação adequada, situações social, econômica e cultural favoráveis, prevenção de problemas específicos de saúde, assim como educação e informação – estes, componentes importantes da promoção da saúde. Então, para promover a saúde, é preciso enfrentar os chamados determinantes sociais da saúde.

A promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e, intra-setorialmente, pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais etc.

Assim, para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econô-

micos no interior dessas sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que uma sociedade conquiste saúde para todos os seus integrantes, é necessária ação intersetorial e políticas públicas saudáveis.

Além disso, espera-se uma série de políticas no campo da saúde para que uma sociedade alcance o objetivo de ter pessoas saudáveis, que realizem o pleno potencial humano de longevidade com qualidade de vida, vivendo ademais uma vida socialmente produtiva. A Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde fez uma análise profunda dos determinantes sociais da saúde no Brasil e uma série de políticas e ações, cujo objetivo último é a promoção da saúde.

Para a atenção integral de saúde, será necessário utilizar e integrar saberes e práticas hoje reunidos em compartimentos isolados: atenção médico-hospitalar; programas de saúde pública; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; educação para a saúde etc. com ações extra-setoriais em distintos campos, como água, esgoto, resíduos, drenagem urbana, e também na educação, habitação, alimentação e nutrição etc., e dirigir esses saberes e práticas integrados a um território peculiar, diferente de outros territórios, onde habita uma população com características culturais, sociais, políticas, econômicas etc. também diferentes de outras populações que vivem em outros territórios.

Em resumo, é a proposta de uma nova prática sanitária interdisciplinar, que integra diferentes saberes e práticas intra e extra-setoriais, que se revestem de uma nova qualidade ao articular-se, organizadas pelo paradigma da promoção da saúde, para o enfrentamento dos problemas existentes num território singular. Os

Programas de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, hoje em implementação no Brasil, são propostas promissoras e estruturantes de uma nova prática e merecem o mais decidido apoio político e técnico para sua implementação. |

SUGESTÕES DE LEITURA:

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

<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/index.php>

capoa

REVISTA REDE CÂNCER COMEMORA DÉCIMO NÚMERO E SE CONSOLIDA COMO VEÍCULO DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

O câncer sem fronteiras

No fim de 2005, a história do controle do câncer no Brasil ganhava um marco com a publicação da Política Nacional de Atenção Oncológica. Assumia-se, por meio de portaria, que a doença é um problema de saúde pública, o que implicava o envolvimento de toda a sociedade em ações nesse campo. Mobilização social passou a ser mais do que necessária: para o Instituto Nacional de Câncer (INCA), tornou-se imprescindível. Várias ações de comunicação começaram a ser desenvolvidas. Para conquistar a mobilização de forma efetiva, era preciso ampliar o debate sobre o controle da doença, alcançando novos espaços, adicionando outros discursos e enfatizando temas de menor destaque.

Nas comemorações dos 70 anos do INCA, em maio de 2007, um instrumento de comunicação se somou às ações já desenvolvidas para fortalecer ainda mais a mobilização social. Era lançada a **Revista Rede Câncer**, publicação jornalística diferenciada que se dedicaria exatamente a apresentar a doença como um problema de saúde pública e a



A publicação melhora meu conhecimento técnico-científico, atualizando-me e permitindo que proporcione melhor qualidade da assistência aos usuários do SUS. Destaco a reportagem com o vice-presidente José Alencar. Um ótimo exemplo para os mais jovens.

FRANCISCO MOISÉS LOPES DE MORAIS, enfermeiro, atualmente trabalhando em gestão no Planeja-SUS e Sispacto de Caroebe/RR

A Revista Rede Câncer é de grande utilidade para os alunos dos cursos da área de saúde da Universidade de Salvador (Unifacs), pois é instrumento de pesquisa para as monografias dos estudantes com interesse na temática do câncer. Além disso, o *layout* é agradável e a linguagem é acessível e interessante.

MARIANA PÁDUA, bibliotecária da Universidade de Salvador/BA

expandir a rede de instituições e pessoas envolvidas com o controle do câncer.

A revista surgia na lógica da divulgação científica, que compreende a circulação de informações voltadas para o público leigo. Para isso, ela se valeria do discurso não científico, com o objetivo de permitir que o maior número de pessoas tivesse acesso a conceitos e processos básicos da ciência e pudesse participar do debate sobre temas que impactam suas vidas. No caso especial do controle do câncer, era preciso tornar públicos os novos conhecimentos surgidos nas mais diversas áreas desse extenso conjunto de doenças que é o câncer. Hoje, a revista chega à 10ª edição tendo conquistado um espaço importante e crescimento graças à colaboração de especialistas e leitores de todo o país.

DESAFIO

Fazer uma revista bem-sucedida, informativa e interessante na área da saúde pública é, sem dúvida, um desafio. Rogério Lannes, coordenador do programa Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde (Radis), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), aposta na pluralidade de discursos como estratégia para garantir a democratização da comunicação em saúde. O programa mantém uma revista mensal homônima especializada em saúde, com foco em políticas públicas. “A revista é instrumento político para o controle social em instâncias de decisões referentes a políticas públicas”, afirma. Rogério avalia que publicações como *Radis* e **Rede Câncer** ampliam o acesso à informação, tão desigual no Brasil.

Nos últimos anos, temas de saúde têm recebido cada vez mais destaque na imprensa. Para a repórter especial de saúde da revista *Época*, Cristiane Segatto, que atua há 15 anos na área, esse crescimento é resultado do maior interesse do público. A jornalista destaca que, além de reportagens sobre bem-estar, prevenção e tratamento de

doenças, matérias com foco em políticas de saúde – como a melhoria e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) – estão conquistando mais espaço na mídia. Cristiane observa que os gestores vivem diariamente envolvidos com a produção de novos conhecimentos no campo da ciência. “Como eles precisam decidir em quais terapias investir os recursos limitados da saúde, a **Rede Câncer** contribui para que tomem decisões embasadas nas melhores evidências disponíveis”, considera.

Também em dia com os temas de saúde em destaque na mídia, a jornalista Cláudia Jurberg, do Programa de Oncobiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), investiga como o câncer é tratado pela imprensa – em jornais e revistas, rádio e televisão. Em suas pesquisas, Cláudia constatou que, até há poucos anos, o tema era um tabu. “A mídia não falava de câncer no fim de semana”, exemplifica. Hoje, esse quadro mudou e a cobertura é mais correta, responsável e especializada. “A **Rede Câncer** é importante fonte de informação, até mesmo para pautar veículos de comunicação – sobretudo os do interior, menos influenciados pelo imediatismo e ineditismo”, avalia.

PRODUÇÃO

O processo de produção da **Revista Rede Câncer** não é muito diferente do de outras publicações do gênero. A partir da definição da pauta, que funciona como um roteiro dos aspectos que serão investigados na apuração das matérias, os editores determinam a distribuição dos textos nas páginas da revista, considerando os assuntos que mereceram maior destaque. Com a pauta, os repórteres fazem as entrevistas e levantam as informações para escrever os textos de acordo com a orientação dos editores. Depois, as matérias passam pela edição, quando são avaliados o conteúdo e a forma como estão redigidas. A etapa seguinte é a diagramação (disposição dos textos, títulos e fotos) da revista, para, depois da revisão final, ir para a gráfica.

De início, para pensar o que seria publicado a cada edição da revista, a equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA se reunia e definia os assuntos. Em 6 de março de 2009, por meio da Portaria nº 77, o Diretor-Geral do INCA, Luiz Antonio Santini, instituiu a Comissão Editorial da **Revista Rede Câncer**. A partir da oitava edição, o grupo entrou em cena para colaborar na elaboração da pauta. A Comissão Editorial trouxe respaldo institucional à publicação, que entrava em uma nova fase, consolidando sua importância na comunicação do INCA com seus públicos. “Contamos com a colaboração de representantes de todas as coordenações-gerais do INCA. São pesquisadores, sanitaristas, estatísticos, que trazem novos olhares e enriquecem a pauta, que se torna mais plural”, avalia a editora Claudia Lima.

Outra contribuição importante para o constante aperfeiçoamento da revista é a dos leitores. Estar mais próximo desse leitor e saber o que ele pensa sobre a publicação foram os motivos para criar, na quarta edição (março/2008), a seção Cartas. A ideia era estimular sua manifestação, por meio de críticas e sugestões, para melhorar cada vez mais o conteúdo da revista. “Nós nos surpreendemos ao receber tantas cartas, muitas de pequenos municípios, com elogios à publicação. Esse retorno é muito positivo”, comenta o editor Rodrigo Feijó.

CIRCULAÇÃO

Com periodicidade trimestral e tiragem de 12 mil exemplares, a **Revista Rede Câncer** tem 10 mil exemplares postados gratuitamente para todo o país. Metade desse volume é destinado a cobrir todas as Secretarias Municipais de Saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), unidades de assistência de Alta Complexidade (Unacons), instituições de pesquisa e entidades internacionais, além de hemocentros, parceiros da Rede de Atenção Oncológica (RAO) e a Rede BiblioSUS também recebem exemplares da revista. No mundo virtual, há vários registros da repercussão das matérias da **Rede Câncer** (a revista está disponível, na íntegra, no site do INCA - www.inca.gov.br/revistaredecancer), em páginas relacionadas à doença e a temas de saúde, blogs, entre outras redes sociais.

A informação de qualidade é, sem dúvida, um poderoso instrumento de gestão da saúde pública. A existência de revistas como a Rede Câncer, com linha editorial bem definida e material cuidadosamente produzido, exige de nós a comemoração de cada aniversário, desde o início de sua publicação.

Isso sem contar, no caso específico da Rede Câncer, a responsabilidade desse veículo ao fazer circular informações, orientações e reflexões entre milhares de gestores de saúde que lidam diretamente com os desafios do combate, tratamento e prevenção ao câncer.

Se, por um lado, a doença é um problema de saúde pública que já representa a segunda causa de morte no país e consome anualmente cerca de R\$ 1,3 bilhão em recursos do SUS, por outro, temos o privilégio de contar com uma instituição como o INCA, respeitada no Brasil e no mundo pela qualidade do atendimento ao cidadão e pelos resultados que oferece à sociedade.

Eu, particularmente, tenho um carinho especial pelas publicações do INCA, onde tive a satisfação de exercer o cargo de diretor durante quase dois anos.

Sei também da importância de uma gestão eficiente para a prevenção e o tratamento do câncer no Brasil. É exatamente nesse contexto que a Rede Câncer atua: levando informações relevantes que possam ajudar os gestores de saúde nessa árdua tarefa de elaborar ações que efetivamente façam a diferença.

Aos profissionais da Rede Câncer deixo os meus parabéns pelo aniversário e votos de continuidade do belíssimo trabalho realizado nesses três anos.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO, ministro da Saúde



Foto: Carlos Jr.

Reunião de pauta da revista. Maria de Fátima Batalha Menezes, Marcell de Oliveira Santos, José Vicent Payá, Cláudio Pompeiano Noronha, Edmilson Silva (chefe da Divisão de Comunicação Social), Claudia Lima e Rodrigo Feijó (editores) e Liliâne Maria Planel Lugarinho

COMISSÃO EDITORIAL

Cláudio Pompeiano Noronha

Médico com pós-graduação em Epidemiologia e Saúde Pública, atualmente coordena a Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) do INCA. “A revista hoje se transformou em um dos principais veículos do INCA, na área de comunicação. Uma grande contribuição para um desafio que é de toda a sociedade.”

José Vicent Payá

Formado em Comunicação Social, com especialização em Gestão em Saúde e Planejamento Estratégico pela ENSP e MBA em Gestão Executiva da Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). “A Rede Câncer tem esta forte característica de inclusão, não só de leitores, mas também, sobretudo, de possíveis parceiros nesta busca por uma melhor qualidade de vida da população brasileira.”

José Eduardo Couto de Castro

Coordenador-geral de Gestão Assistencial do INCA. Formado em Clínica Médica, atua em ambiente hospitalar – em um conceito classificado como “hospitalista” – com foco em terapia intensiva. Cursou MBA Executivo em Saúde pela Coppead – UFRJ, passando, então, a atuar também em gestão.

Maria de Fátima Batalha Menezes

Enfermeira, doutora em Enfermagem e coordenadora da Educação Continuada da Divisão de Enfermagem do Hospital do Câncer I do INCA. “Penso que a

revista tem grande alcance no país, principalmente na equipe multiprofissional atuante nos CACONS e UNACONS, unidades que atendem pacientes oncológicos.”

Carlos Gil Moreira Ferreira

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, tem doutorado em Oncologia Experimental pela Free University of Amsterdam. Coordenador de Pesquisa Clínica e Incorporação Tecnológica do INCA. Traz para a Comissão Editorial a experiência adquirida principalmente no desenvolvimento de drogas, biologia molecular aplicada e banco de tumores.

Marceli de Oliveira Santos

Estatística especializada na área de Saúde Pública, com doutorado em Epidemiologia pela Unicamp, integra a CONPREV. “Participar da comissão faz de mim uma profissional melhor, ampliando meu conhecimento e o contato com informações que rotineiramente não teria”, diz. Para ela, a revista cumpre um importante papel com todos os profissionais envolvidos com o câncer.

Liliane Maria Planel Lugarinho

Médica, mestra em Saúde Pública pela ENSP e chefe da área de Saúde do Trabalhador do INCA. Para ela, o cuidado com a linguagem é fundamental para atingir os vários segmentos da Oncologia. “Acredito que a principal qualidade da **Revista Rede Câncer** é abordar os temas em linguagem acessível sem perder o caráter informativo-científico.”

Conheci a revista através do site do INCA. Como trabalho em uma instituição de referência em tratamento de câncer no Piauí, os conhecimentos e as novas informações que irei adquirir com a publicação serão extremamente relevantes.

NÁQUIA FRANCO OLIVEIRA, nutricionista do Hospital São Marcos, em Teresina/PI

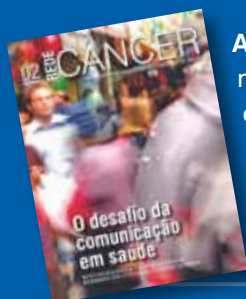
A Revista Rede Câncer é um meio privilegiado de informação. Tive acesso à revista na unidade de saúde em que trabalho. Acrescento que sou paciente oncológica desde 2007 e sei o quanto é importante ter informações sobre a doença e a sua prevenção. Parabéns a toda a equipe pela iniciativa e pelo brilhante trabalho!

WANDERLÉIA DA CONSOLAÇÃO PAIVA, psicóloga da unidade básica de saúde de Desterro do Melo/MG e professora na UEMG e UNIPAC de Barbacena

VOLTANDO A FITA... OU MELHOR, A PÁGINA



Mairo/2007 - Na *Entrevista* com o Diretor-Geral do INCA, Luiz Antonio Santini, foi levantada a bandeira da Política Nacional de Atenção Oncológica: *Prevenção é o melhor remédio*. Na seção *Assistência*, um tema pouco abordado na imprensa até aquela data: o atendimento domiciliar a um doente em cuidados paliativos. “Passávamos a ter uma publicação em que poderíamos debater questões importantes para o controle da doença, às quais não conseguíamos dar visibilidade por meio do trabalho de assessoria de imprensa”, comenta Claudia Lima.



Agosto/2007 - A reportagem de capa discutiu como efetivamente vinha sendo assumida a comunicação em saúde no âmbito do SUS. Na época, a equipe de comunicação do INCA acabara de concluir pesquisa sobre a concepção dos brasileiros a respeito do câncer. Os resultados indicavam que era preciso modificar o processo de comunicação em relação à doença. O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, reforçou essa tese na seção *Entrevista*, ao explicar que a saúde é parte de um movimento cultural e social que pressupõe a conscientização – dinâmica em que a comunicação é primordial.



Novembro/2007 - A escolha de Ana Maria Braga para a seção *Personagem* foi influenciada por pesquisa qualitativa da Divisão de Comunicação, em parceria com o Instituto Avon. Os entrevistados citaram a apresentadora como modelo de superação: uma vencedora que encarou o câncer, sem medo ou vergonha. A matéria de capa foi dedicada ao 2º Congresso Internacional para Controle do Câncer (ICCC, na sigla em inglês), realizado naquele mês, no Rio de Janeiro, destacando o lançamento da Rede Latino-americana para o Controle do Câncer.



Março/2008 - O leitor passava a ter voz com a criação da seção *Cartas*. Os editores foram surpreendidos com o volume de correspondência devido ao curto período de circulação da revista. O lançamento do Programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, e a 13ª Conferência Nacional de Saúde, marco para as questões relativas ao controle do câncer, foram destaque. Pensada como um projeto para o ano de comemorações dos 70 anos do INCA, a revista fechava um ciclo. Com o sucesso das quatro primeiras edições, ela tornou-se uma atividade permanente do INCA.



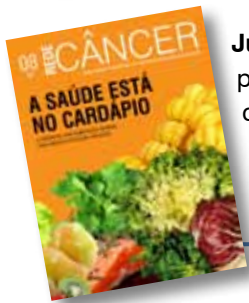
Junho/2008 - Os números do câncer. Mais uma vez, a abordagem da **Rede Câncer** superava os limites da grande imprensa, mostrando aos gestores como são produzidas as estimativas de incidência da doença que subsidiam as políticas públicas. “Há espaço na imprensa para divulgar as estimativas, mas não para explicar a metodologia que produz esses dados. E essa informação é valiosa para gestores e outros profissionais de saúde”, avalia Rodrigo Feijó.



Setembro/2008 - A matéria de capa apresentou a avaliação do Programa de Controle do Tabagismo pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e apontou o Brasil como referência na área. Na seção *Social*, foi discutida a relação entre organizações não governamentais e a indústria farmacêutica, com base em estudo internacional divulgado na época. A revista foi pioneira em abordar novos paradigmas em relação a diretrizes internacionais para o diagnóstico e tratamento da doença, como a discussão sobre o rastreamento do câncer de próstata. “Antes de a imprensa noticiar que estudos internacionais questionavam a validade do rastreamento do câncer de próstata, a **Rede Câncer** tratou do assunto”, destaca Rodrigo.



Fevereiro/2009 - Publicação inédita sobre câncer infantil no país foi tema da reportagem especial. Os tumores são a principal causa de morte por doença para o grupo entre 5 e 19 anos, perdendo apenas para causas externas, como acidentes. Já na seção *Rede*, a revista antecipava que o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) estava às vésperas de comemorar a marca de 1 milhão de cadastrados.



Julho/2009 - A edição teve como matéria de capa a alimentação saudável, abordando aspectos políticos e sociais. Foi publicada entrevista com o vice-presidente da República, José Alencar, que contou, de forma franca, sua luta para sobreviver ao câncer, deixando uma mensagem de dignidade e esperança no enfrentamento da doença. Também foi entrevistado um dos ganhadores do Prêmio Nobel de Medicina de 2008 pelos estudos a respeito do vírus HPV, o médico alemão Harald zur Hausen.



Novembro/2009 - A reportagem de capa sobre controle do câncer de mama e do colo do útero foi motivada por encontro internacional sobre o tema, promovido pelo INCA, e balizada pela perspectiva da mulher. Destaque também para a saúde do homem – pauta da entrevista com o coordenador da área técnica de Saúde do Homem, do Ministério da Saúde, Baldur Schubert, por ocasião do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

A Revista Rede Câncer foi fundamental para mim, pois estive à frente do Programa de Saúde a Distância, em que desenvolvemos atividades como palestras preventivas e conscientização a respeito da doença.

ALESSANDRO BARBOSA DOS REIS, estudante de Biomedicina em Redenção/PA

educação

PROJETOS LEVAM SAÚDE E PREVENÇÃO PARA A SALA DE AULA,
MUDANDO A VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Quadro, giz ... e saúde

Quanto mais cedo forem adotados, mais benefícios os hábitos e as opções de vida saudáveis são capazes de trazer. Por isso, promover saúde e prevenção entre crianças e jovens é uma oportunidade de agir hoje para mudar o cenário epidemiológico de amanhã. E o papel da escola nesse processo ganha cada vez mais importância.

Na estratégia Saúde para Todos no Século XXI, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis devem ter abordagem privilegiada no ambiente escolar. A entidade define como Escola Promotora da Saúde aquela que inclui a educação para a saúde no currículo. Nos temas mais variados – prevenção de Aids, câncer e meio ambiente –, uma série de iniciativas está levando o conhecimento sobre saúde para dentro da sala de aula em todo o país.



ENSINO E APRENDIZADO

O sociólogo Pedro Demo, reconhecido por sua ampla produção acadêmica com o tema Educação, acredita que toda proposta educacional deve não apenas incluir informação sobre saúde, mas também considerar a saúde como bem maior da pessoa e da comunidade. Segundo o especialista, o movimento de inclusão do tema da saúde nas escolas brasileiras ganhou força com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, na qual se entende a escola como uma instância abrangente, focada no conceito mais pleno de educação da criança.

“Começamos a entender que não bastava tratar de saúde em matérias curriculares afins, mas que essa preocupação deveria impregnar o dia a dia da escola”, lembra, destacando que a criança atua como elemento multiplicador, cobrando a família em termos de saúde. “É importante uma visão educacional na qual a criança aprenda a pensar e a fazer saúde, em si, na família e na comunidade, tornando-se agente engajado, crítico e criativo de saúde”, completa. Como desafios, o sociólogo defende o aprimoramento da formação dos docentes como questão central. Segundo ele, saúde e meio ambiente precisam fazer parte do processo de aprendizagem todo dia, sem estarem reduzidos a eventos ou campanhas pontuais.

SAÚDE EM MAIS DE 1.200 MUNICÍPIOS

Inserir temas de saúde e prevenção na rotina das aulas é o principal desafio do Programa Saúde na Escola, desenvolvido pelos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde desde 2007. O programa está presente em 16.470 escolas, num total de 1,5 milhão de estudantes atendidos. Inicialmente, foram priorizados os municípios com menor Índice de Desenvolvimento de Educação Básica. Até 2008, 609 municípios haviam aderido à iniciativa. Em 2009, esse número mais do que dobrou, com a adesão de novos 687 municípios. Atualmente, o programa está espalhado em um a cada cinco municípios do país.

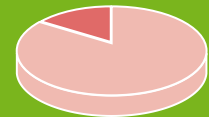
Karen Oliva, consultora da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do MEC, aponta que o programa tem como foco promover a saúde e a cultura da paz, fortalecendo a relação entre as redes públicas de saúde e de educação. “O Programa Saúde na Escola articula as ações do Sistema Único de Saúde com as ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e

EDUCAÇÃO ENTRE CRIANÇAS E JOVENS BRASILEIROS

No Brasil, estão na escola:



97,5% das crianças com idade entre 6 e 14 anos



84,1% dos adolescentes com idade entre 15 e 17 anos

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

suas famílias”, pontua. Na execução do programa, a primeira fase é focada nas condições de saúde dos alunos — avaliações clínica, psicossocial, oftalmológica, auditiva, nutricional e da saúde da boca, além da atualização do calendário de vacinas e medição da pressão arterial. As etapas seguintes incluem educação para a prevenção em saúde, sem abrir mão da avaliação contínua da saúde dos estudantes. Cada vez mais, o Programa de Saúde da Família tem atuado em sinergia com o Programa Saúde na Escola.

Segundo Karen, o programa é fundamentado no reconhecimento da diversidade que caracteriza a sociedade brasileira. Portanto, ela destaca, em cada local onde o programa é implantado, é imprescindível considerar as especificidades locais e regionais, os aspectos da saúde relativos a gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia e condição social, entre outros aspectos. Os gestores municipais interessados em levar o Programa Saúde na Escola para seu município devem ficar atentos ao próximo calendário de adesão, que será publicado no *Diário Oficial da União* e na página do Programa Saúde na Escola na internet (www.mec.gov.br/secad).

CÂNCER É MOTE PARA PREVENÇÃO

Levar o tema do câncer para a sala de aula a partir de seu componente de prevenção é a proposta do Programa Saber Saúde, iniciativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) que chega a 2 milhões de estudantes das redes pública e privada. O programa tem uma proposta de abordagem multidisciplinar, contemplando os temas tabagismo, consumo de álcool, exposição ao sol, prevenção no sexo, atividades físicas e alimentação saudável.

O projeto é desenvolvido a partir do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que opera em uma lógica descentralizada. Assim, os coordenadores esta-

duais do programa são capacitados e reproduzem localmente esse conhecimento, adaptando a metodologia às realidades locais. A experiência piloto começou em 1996, com a elaboração da estratégia educativa e materiais pedagógicos. A pedagoga Andréa Reis, técnica do programa Saber Saúde, destaca que um dos diferenciais da iniciativa é inserir os temas de prevenção do câncer em todas as disciplinas. “O professor não quer mais uma tarefa na sua rotina. Então, o programa traz uma série de estratégias que podem ser empregadas ao longo do processo de ensino e aprendizado”, indica.

DSTs E AIDS EM PAUTA

Com foco na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e Aids, o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas surgiu em 2003, como resultado da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Hoje, a iniciativa está inserida no Programa Saúde na Escola e também inclui temas de gênero, etnia, direitos sexuais e reprodutivos, viver com HIV, saúde sexual e reprodutiva, uso de drogas e gravidez. Em muitos municípios que adotam o programa, as ações educativas são acompanhadas pela disponibilização de preservativos nas escolas.

Como forma de estimular as atividades e reforçar as atividades do programa, foi criado em 2000 o Prêmio Escola, inicialmente com o objetivo de selecionar projetos pedagógicos que tratavam os temas. Em 2005, o prêmio mudou o foco para a perspectiva do aluno. Concorriam cartazes e, hoje, os estudantes do ensino fundamental e médio participam da competição de histórias em quadrinhos. “A opção é interessante porque abre caminho para emoção, criatividade e construção coletiva. A linguagem de história em quadrinhos tem um caráter lúdico que amplia o significado daquilo que é estudado”, afirma Mariana Braga, oficial de projetos responsável pelo Prêmio Escola no escritório da Unesco no Brasil.

A psicóloga, que há 15 anos atua no campo da educação, indica que trabalhar na escola temas que

costumam ser tabus melhora a relação entre professor e aluno, além do diálogo dos jovens com suas famílias. Como os professores têm dificuldade de lidar com esses assuntos, a Unesco, em parceria com o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, está desenvolvendo materiais didáticos específicos. Está incluída uma série em histórias em quadrinhos para os alunos e um guia de referência com estratégias pedagógicas, no qual os professores de diferentes disciplinas encontrarão alternativas para discutir os temas em sala de aula.

AMBIENTE TAMBÉM É SAÚDE

Num mundo em que ambiente e saúde são cada vez mais indissociáveis, as ações dedicadas ao estímulo da consciência ambiental entre crianças e jovens também ganham espaço nas escolas. É o caso do projeto Mata Atlântica Vai à Escola, desenvolvido pela Organização Não Governamental SOS Mata Atlântica, que ganhou a edição de 2009 do Prêmio Darcy Ribeiro de Educação, concedido pela Comissão de Educação e Cultura da Câmara dos Deputados.

O projeto, que atendeu 13 mil alunos em escolas do estado de São Paulo, atua nas instituições parceiras com atividades de educação ambiental, incluindo temas como lixo, desperdício, qualidade da água, preservação da fauna e da flora e destruição da Mata Atlântica. Segundo a coordenadora do projeto, Beatriz Siqueira, o objetivo é sensibilizar, capacitar e mobilizar professores e alunos do ensino fundamental das redes pública e privada sobre a importância da conservação ambiental.

A ecóloga explica que o ambiente está diretamente ligado à saúde humana. A presença de áreas verdes melhora a qualidade do ar e da água, além de aumentar a qualidade de vida, afirma. “Trabalhamos muito sobre a mudança de postura das pessoas: o que eu, como cidadã, posso contribuir para a questão ambiental. O ambiente é um problema que vai afetar muito mais as próximas gerações. A expectativa é que as crianças de hoje cresçam com uma consciência ambiental que lhes permita viver em um ambiente melhor”, opina. |



ESTIMATIVA | 2010

Incidência de Câncer no Brasil



Em novembro de 2009, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) lançou a *Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil*, com informações de referência para os anos 2010 e 2011.

A publicação traz informações detalhadas e regionalizadas sobre os tipos de câncer mais incidentes no país e é a principal ferramenta para os gestores de saúde definirem em que ações e serviços investir para atender, de forma mais eficaz, as necessidades da população na área de atenção oncológica.

Além de subsidiar o planejamento de ações e a alocação de recursos para ações de controle, prevenção e tratamento do câncer, a *Estimativa* constitui uma fonte de consulta valiosa também para médicos, pesquisadores e estudantes, sendo citada por numerosos trabalhos científicos desenvolvidos na pesquisa de câncer.

Este encarte traz informações de destaque da publicação, que pode ser acessada, na íntegra, pelo site www.inca.gov.br/estimativa/2010.

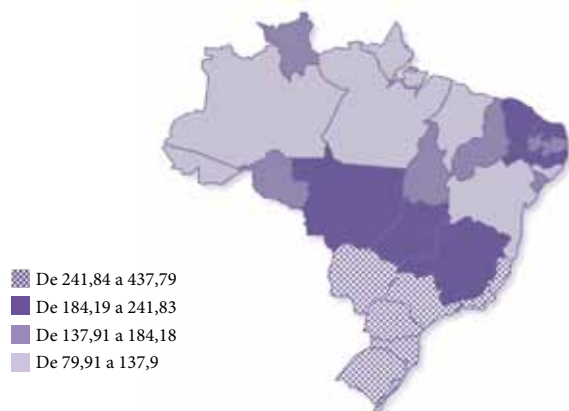
Estimativas para o ano 2010 de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa de Casos Novos					
	Homem		Mulher		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Próstata	52.350	22,2	-	-	52.350	10,7
Mama Feminina	-	-	49.240	19,5	49.240	10,1
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.800	7,5	9.830	3,9	27.630	5,6
Cólon e Reto	13.310	5,6	14.800	5,8	28.110	5,7
Estômago	13.820	5,8	7.680	3,0	21.500	4,4
Colo do Útero	-	-	18.430	7,3	18.430	3,8
Cavidade Oral	10.330	4,4	3.790	1,5	14.120	2,9
Esôfago	7.890	3,3	2.740	1,1	10.630	2,2
Leucemias	5.240	2,2	4.340	1,7	9.580	2,0
Pele Melanoma	2.960	1,3	2.970	1,2	5.930	1,2
Pele Não Melanoma	53.410	22,6	60.440	23,9	113.850	23,3
Outras Localizações	59.130	25,0	78.770	31,1	137.900	28,2
Todas as Neoplasias	236.240		253.030		489.270	

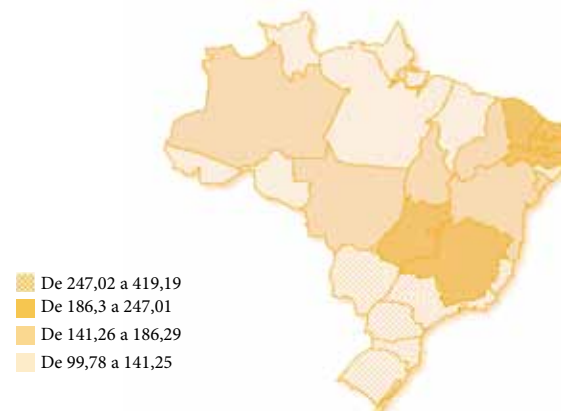
*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.
Fonte: Instituto Nacional de Câncer - INCA/MS.

Representação espacial das taxas brutas de incidência de câncer por 100 mil habitantes, estimadas para o ano de 2010, segundo a Unidade da Federação

Homens



Mulheres



Estimativas para o ano 2010 de número de casos novos de câncer, por Estado e Região

Região/Estados	Todas as Neoplasias			Traqueia, Brônquio e Pulmão			Estômago			Cólon e Reto			Esôfago		
	Casos Novos			Casos Novos			Casos Novos			Casos Novos			Casos Novos		
	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total
Brasil	236.240	253.030	489.270	17.800	9.830	27.630	13.820	7.680	21.500	13.310	14.800	28.110	7.890	2.740	10.630
Acre	350	350	700	30	20	50	30	**	40	**	**	20	**	**	20
Amapá	320	370	690	30	20	50	50	20	70	**	**	20	**	**	20
Amazonas	2.190	2.590	4.780	170	120	290	210	110	320	80	80	160	30	**	40
Pará	3.440	4.280	7.720	250	140	390	420	230	650	130	160	290	60	20	80
Rondônia	1.290	1.170	2.460	100	60	160	90	30	120	30	30	60	40	**	50
Roraima	320	310	630	20	**	30	20	**	30	**	**	20	**	**	20
Tocantins	1.020	1.120	2.140	70	40	110	40	30	70	30	20	50	20	**	30
Região Norte	8.930	10.190	19.120	670	410	1.080	860	440	1.300	300	320	620	180	80	260
Alagoas	1.610	2.160	3.770	110	90	200	80	60	140	50	70	120	40	20	60
Bahia	9.830	10.950	20.780	540	310	850	610	380	990	350	470	820	300	110	410
Ceará	8.280	9.870	18.150	490	370	860	730	440	1.170	250	280	530	230	120	350
Maranhão	2.580	3.350	5.930	170	100	270	200	110	310	70	100	170	40	20	60
Paraíba	2.960	3.570	6.530	130	90	220	190	130	320	80	100	180	80	50	130
Pernambuco	8.510	11.160	19.670	530	350	880	450	310	760	280	440	720	210	110	320
Piauí	2.260	2.380	4.640	130	80	210	90	60	150	70	70	140	40	20	60
Rio Grande do Norte	2.890	3.380	6.270	170	120	290	190	120	310	110	120	230	70	30	100
Sergipe	1.610	2.000	3.610	110	60	170	80	50	130	50	80	130	30	**	40
Região Nordeste	40.530	48.820	89.350	2.380	1.570	3.950	2.620	1.660	4.280	1.310	1.730	3.040	1.040	490	1.530
Distrito Federal	2.710	3.220	5.930	190	110	300	150	90	240	160	210	370	60	30	90
Goiás	6.130	6.390	12.520	470	300	770	310	170	480	310	330	640	180	50	230
Mato Grosso	2.940	2.620	5.560	220	110	330	180	80	260	110	110	220	90	30	120
Mato Grosso do Sul	3.180	3.150	6.330	230	130	360	210	80	290	180	170	350	110	30	140
Região Centro-Oeste	14.960	15.380	30.340	1.110	650	1.760	850	420	1.270	760	820	1.580	440	140	580
Espírito Santo	4.700	4.640	9.340	330	170	500	360	160	520	220	260	480	220	70	290
Minas Gerais	22.840	23.790	46.630	1.460	850	2.310	1.290	710	2.000	1.040	1.210	2.250	1.040	380	1.420
Rio de Janeiro	25.550	30.400	55.950	2.080	1.220	3.300	1.250	810	2.060	1.790	2.130	3.920	720	270	990
São Paulo	66.640	69.420	136.060	4.880	2.620	7.500	3.910	2.070	5.980	4.880	5.190	10.070	2.010	510	2.520
Região Sudeste	119.730	128.250	247.980	8.750	4.860	13.610	6.810	3.750	10.560	7.930	8.790	16.720	3.990	1.230	5.220
Paraná	17.410	17.010	34.420	1.230	720	1.950	1.130	570	1.700	1.030	1.030	2.060	760	270	1.030
Rio Grande do Sul	24.520	24.410	48.930	2.710	1.250	3.960	930	560	1.490	1.520	1.610	3.130	1.040	420	1.460
Santa Catarina	10.160	8.970	19.130	950	370	1.320	620	280	900	460	500	960	440	110	550
Região Sul	52.090	50.390	102.480	4.890	2.340	7.230	2.680	1.410	4.090	3.010	3.140	6.150	2.240	800	3.040

** Menor que 15 casos.

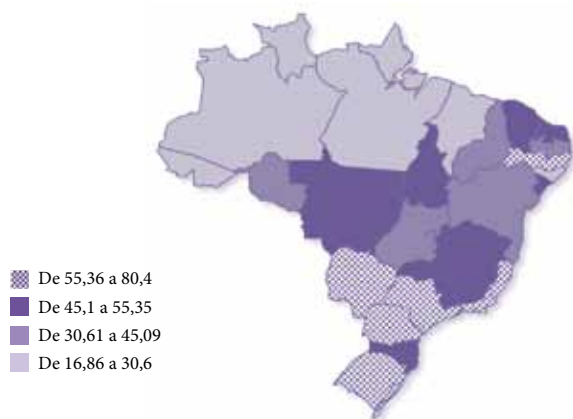
Fonte: Instituto Nacional de Câncer - INCA/MS.

Leucemias			Cavidade Oral			Pele Melanoma			Pele Não Melanoma			Mama Feminina	Colo do Útero	Próstata	Outras Localizações		
Casos Novos			Casos Novos			Casos Novos			Casos Novos						Casos Novos		
Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total	Casos Novos	Casos Novos	Casos Novos	Homem	Mulher	Total
5.240	4.340	9.580	10.330	3.790	14.120	2.960	2.970	5.930	53.410	60.440	113.850	49.240	18.430	52.350	59.130	78.770	137.900
**	**	20	**	**	20	**	**	20	120	110	230	40	50	90	30	70	100
**	**	20	**	**	20	**	**	20	60	80	140	40	60	60	70	100	170
70	50	120	50	30	80	20	**	30	320	370	690	310	560	430	810	940	1.750
140	120	260	120	70	190	30	20	50	870	1.140	2.010	640	790	700	720	950	1.670
30	20	50	40	**	50	**	**	20	460	340	800	160	120	270	220	380	600
**	**	20	**	**	20	**	**	20	80	30	110	40	50	70	80	120	200
40	30	70	20	**	30	**	**	20	180	160	340	120	190	340	270	500	770
310	250	560	260	150	410	100	80	180	2.090	2.230	4.320	1.350	1.820	1.960	2.200	3.060	5.260
70	50	120	80	50	130	20	**	30	530	830	1.360	350	270	450	180	360	540
230	210	440	530	260	790	60	60	120	3.320	3.350	6.670	1.970	1.030	2.970	920	2.800	3.720
210	170	380	270	230	500	50	60	110	3.340	3.420	6.760	1.660	860	2.240	470	2.260	2.730
110	80	190	50	40	90	**	**	20	670	720	1.390	390	730	690	570	1.050	1.620
90	80	170	150	90	240	20	20	40	1.330	1.360	2.690	550	300	790	100	800	900
200	190	390	370	210	580	60	60	120	2.590	3.880	6.470	2.120	1.020	2.470	1.350	2.470	3.820
70	50	120	60	50	110	**	20	30	1.040	1.080	2.120	350	350	680	70	250	320
110	80	190	120	90	210	20	**	30	1.280	1.650	2.930	540	230	760	60	390	450
40	30	70	110	50	160	20	20	40	500	570	1.070	340	260	520	150	530	680
1.130	940	2.070	1.740	1.070	2.810	270	270	540	14.600	16.860	31.460	8.270	5.050	11.570	3.870	10.910	14.780
60	60	120	110	40	150	30	30	60	440	560	1.000	670	230	560	950	1.190	2.140
150	120	270	240	110	350	60	40	100	1.320	2.550	3.870	1.070	540	1.360	1.730	1.110	2.840
80	50	130	110	40	150	20	20	40	740	770	1.510	400	330	710	680	680	1.360
80	50	130	110	40	150	20	30	50	660	790	1.450	550	310	800	780	970	1.750
370	280	650	570	230	800	130	120	250	3.160	4.670	7.830	2.690	1.410	3.430	4.140	3.950	8.090
100	80	180	240	100	340	50	40	90	970	1.050	2.020	820	440	1.040	1.170	1.450	2.620
530	410	940	870	310	1.180	220	240	460	3.520	4.750	8.270	4.250	1.330	5.350	7.520	9.350	16.870
510	430	940	1.470	480	1.950	220	180	400	5.320	5.550	10.870	7.470	2.080	6.020	6.170	9.780	15.950
1.320	1.130	2.450	3.230	890	4.120	950	1.040	1.990	11.810	12.670	24.480	15.080	3.190	13.160	20.490	25.030	45.520
2.460	2.050	4.510	5.810	1.780	7.590	1.440	1.500	2.940	21.620	24.020	45.640	27.620	7.040	25.570	35.350	45.610	80.960
350	300	650	770	240	1.010	290	320	610	3.700	4.890	8.590	2.990	1.250	3.620	4.530	4.430	8.960
430	350	780	800	250	1.050	480	450	930	4.190	4.660	8.850	4.750	1.250	4.510	7.910	8.860	16.770
190	170	360	380	70	450	250	230	480	4.050	3.110	7.160	1.570	610	1.690	1.130	1.950	3.080
970	820	1.790	1.950	560	2.510	1.020	1.000	2.020	11.940	12.660	24.600	9.310	3.110	9.820	13.570	15.240	28.810

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes, estimadas para o ano de 2010, segundo a Unidade da Federação

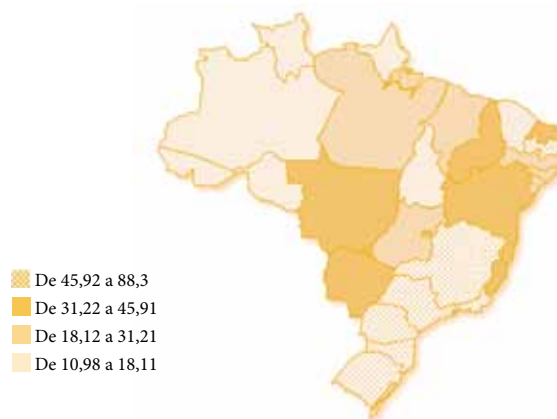
Homens

Neoplasia maligna da próstata

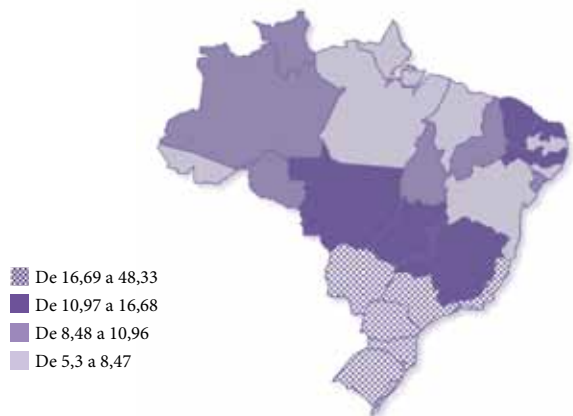


Mulheres

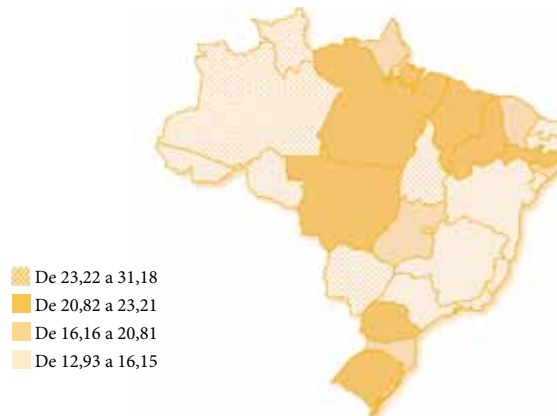
Neoplasia maligna da mama feminina



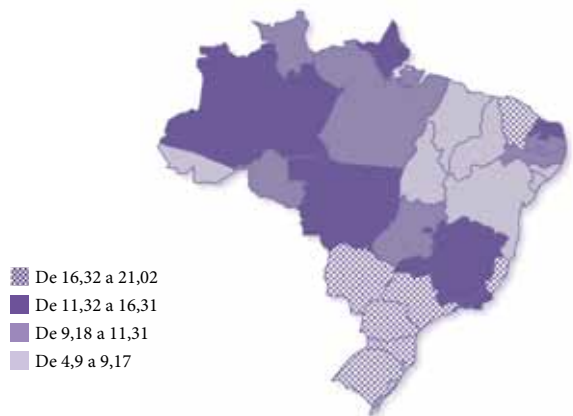
Neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e dos pulmões



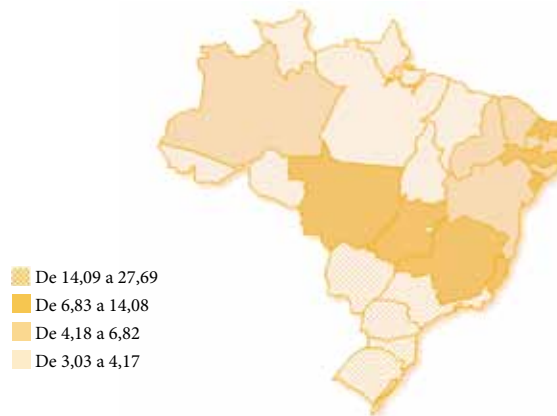
Neoplasia maligna do colo do útero



Neoplasia maligna do estômago



Neoplasia maligna do cólon e reto



assistência

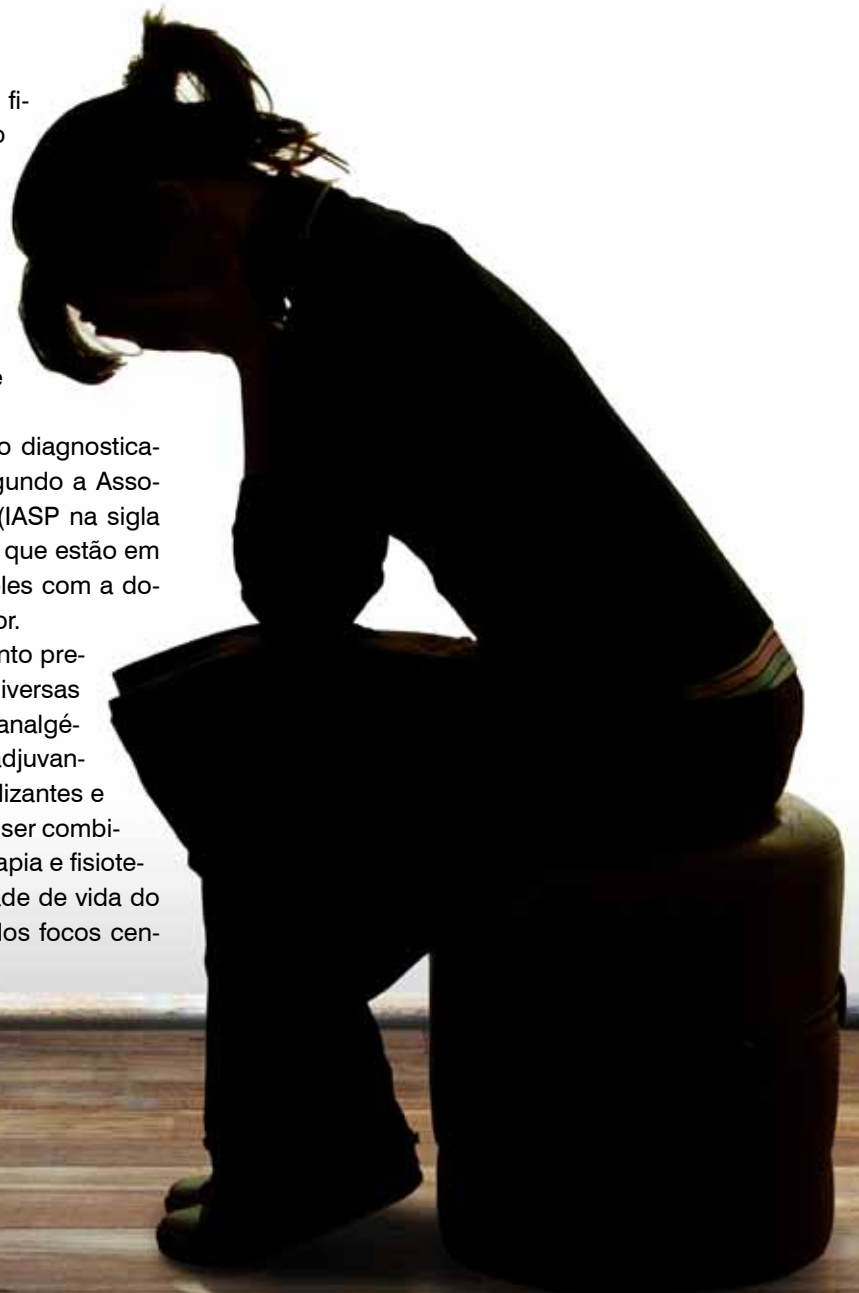
ESTUDO DA DOR ENVOLVE AVANÇOS DA CIÊNCIA, PROFISSIONAIS CADA VEZ MAIS QUALIFICADOS E AINDA MUITOS DESAFIOS

A missão de trazer alívio

“A dor é sempre cruel.” A frase do filósofo Sêneca retrata bem a forma como a dor é percebida em nossa sociedade. Quando se trata de enfrentar doenças graves, como o câncer, é preciso que profissionais, pacientes e famílias entendam o conceito de dor total, que envolve todas as suas dimensões – não só os aspectos físicos, mas os emocionais e psicossociais.

Mais de dez milhões de pessoas são diagnosticadas com neoplasias todos os anos e, segundo a Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP na sigla em inglês), cerca de um terço dos adultos que estão em tratamento do câncer e dois terços daqueles com a doença avançada poderão conviver com a dor.

Por ter origens variadas, seu tratamento precisa ser individualizado e pode envolver diversas estratégias terapêuticas, incluindo drogas analgésicas, que aliviam ou suprimem a dor, e adjuvantes, que reforçam sua ação - como tranquilizantes e antidepressivos. Os medicamentos devem ser combinados a medidas de apoio, como psicoterapia e fisioterapia. Com o objetivo de manter a qualidade de vida do paciente, o controle da dor torna-se um dos focos centrais do cuidado em oncologia.



MÚLTIPLAS ABORDAGENS

Um exemplo da ação interdisciplinar nesse campo é desenvolvido no Instituto Nacional de Câncer (INCA), que criou a Clínica de Dor, onde estão reunidos profissionais das áreas de medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia e terapia, entre outras. Ismar Cavalcanti, chefe da Clínica, afirma que o papel dos profissionais de saúde que tratam a dor é informar os pacientes e suas famílias. “É fundamental o trabalho de uma equipe multiprofissional treinada e capacitada, que, por meio do uso de ferramentas validadas, avalia a intensidade da dor. Os objetivos são controlar a dor e os efeitos adversos do tratamento, visando ao conforto e à qualidade de vida dos pacientes”, explica.

Flávia Claro da Silva, anestesiológica da Clínica da Dor do INCA, afirma que é possível ter um bom controle da dor oncológica em 80% a 90% dos pacientes. Segundo a especialista, paciente e familiares devem ser vistos como uma unidade de cuidado. “Um risco é a incompreensão. É importante se certificar de que o doente e o familiar entenderam todas as instruções”, indica. O paciente deve estar ciente dos possíveis efeitos colaterais, que podem incluir prisão de ventre, sonolência, náusea e alteração de processos mentais de memória, juízo e raciocínio. E a família precisa estar orientada sobre como proceder nesses casos.

MEDICAMENTOS: ALTERNATIVAS NUMEROSAS

Fisiologicamente, a dor ligada ao câncer pode estar associada ao crescimento do tumor – pela infiltração em áreas inervadas ou compressão de tecidos e nervos, por exemplo. Também se relaciona com procedimentos de radioterapia e de quimioterapia. Há um amplo arsenal de medicamentos para controlar o componente físico da dor oncológica. Para a escolha da alternativa terapêutica, utiliza-se a chamada “escada analgésica” proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A medicação é baseada na intensidade da dor reportada pelo paciente e classificada pelo médico, e pode associar várias drogas analgésicas disponíveis, inclusive substâncias com ação semelhante à do ópio, conhecidas como opioides – classe de medicamentos disponí-

vel no Brasil desde o final da década de 1980 e com uso regulamentado por portaria ministerial.

FOCO NA COMUNICAÇÃO

A psicóloga Ana Valéria Miceli, especialista certificada pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor e coordenadora do curso de especialização em psicologia em oncologia do INCA, destaca a importância do diálogo. “O paciente não coloca as informações objetivamente. O profissional de saúde precisa estar receptivo para ouvir esse relato”, afirma. A comunicação é fundamental para desfazer alguns mitos comuns que podem prejudicar a adesão ao tratamento, como a resistência ao uso de morfina, associada, no imaginário, a um momento final da doença.

Segundo Ana Valéria, o tempo despendido na consulta é importante para estabelecimento de um laço de confiança. “O paciente vivencia a ambivalência de querer conhecer sua situação de saúde, mas, ao mesmo tempo, sente medo”, afirma. “Ele pode não contar que a dor aumentou, por exemplo, ou ter vergonha de dizer que sente dor em um membro fantasma”, explica, indicando que as soluções dependem do diálogo.

PROCESSOS DE MENSURAÇÃO

Como objetivar a dor, que, por si, nasce subjetiva? A anestesiológica Flávia Claro, em sua tese de mestrado, traduziu e testou duas escalas usadas internacionalmente para a avaliação da intensidade da dor em crianças e adolescentes. As escalas são recursos usados para que os pacientes indiquem como se sentem, apontando para figuras impressas com as quais se identifiquem, para que os profissionais possam avaliar o paciente, com observações sobre expressões e movimentos.

A falta de processos de avaliação do quadro doloroso muitas vezes leva ao controle inadequado. O estudo adaptou a Escala de Faces Revisada (FPS-R5, uma “régua” horizontal com as figuras de seis faces, com a correlação métrica de 0-10, numa escala crescente de dor); e a Flacc (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), uma tabela usada para avaliação de padrões de comportamento antes e depois da administração de analgésicos.

As versões revisadas foram submetidas a especialistas e pré-testadas com 20 pacientes de 7 a 17



Escala FPS-R

TABELA DA ESCALA FLACC			
CATEGORIAS	PONTUAÇÃO: 1	PONTUAÇÃO: 2	PONTUAÇÃO: 3
FACE	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
ATIVIDADE	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para a frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
CHORO	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos, queixa ocasional	Choro contínuo, grito ou soluço, queixa com frequência
CONSOLABILIDADE	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais, pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

anos e 22 profissionais do INCA. “Validamos a capacidade das escalas adaptadas em mensurar bem a dor, o que indica que elas são um instrumento confiável para avaliar a dor na realidade do Brasil”, descreve Flávia. Entre os pacientes, 90% compreenderam as escalas apresentadas, percentual que subiu para 100% entre os profissionais de saúde.

EDUCAÇÃO PARA A DOR

Cibele Pimenta, professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, trabalha em dor oncológica há quase 20 anos. Ela ressalta que o sofrimento tem uma série de aspectos, a começar do momento do diagnóstico, no qual o paciente se depara com as ansiedades sobre tudo o que pode acontecer. “O paciente não tem só a dor, ele tem um câncer”, afirma. De acordo com a especialista, existe uma dimensão de educação para a dor – para viver a situação de câncer, o tratamento e os sintomas.

“Educar quer dizer identificar e trabalhar com o paciente e a família o que é crença anterior – os chamados aspectos disfuncionais. Existe um sofrimento envolvido no câncer que não podemos negar, mas cabe, no cuidado da dor, evitar ideias exageradas ou catastróficas”, indica Cibele. “A maioria dos pacientes de câncer hoje têm entre 50 e 60 anos de idade e se lembram de, quando crianças, verem uma determinada realidade das pessoas que, naquela época, tinham um diagnóstico de neoplasia”, descreve. Segundo Cibele, essa memória emocional aciona lembranças trágicas sobre a doença.

CUIDADOS PALIATIVOS

Em pacientes com câncer avançado, a dor é a terceira queixa mais frequente, sendo mais comuns as de fadiga e falta de apetite, segundo Claudia Naylor, diretora do Hospital do Câncer IV, unidade de cuidados paliativos do INCA – dedicada à qualidade de vida de pacientes sem possibilidade de cura do tumor. Para a

médica, é fundamental que se avalie o paciente como um todo, incluindo determinantes psicológicos e sociais, como crença, religiosidade, condição econômica e interações familiares. Claudia ressalta que a preocupação em relação à educação permanente dos profissionais de toda a equipe interdisciplinar envolvida no cuidado da dor é fundamental.

Lilian Henneman, anestesiológica e geriatra da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conta que no cuidado paliativo o paciente é abordado nos vários aspectos da identidade do ser humano, incluindo o cuidado com o luto daqueles que ficam e do próprio paciente, que atravessa um processo de perda da identidade por mudança de características físicas, como emagrecimento, no momento avançado da doença. “O principal foco é a qualidade de vida. É proporcionar ao paciente uma vida ativa e prazerosa o maior tempo possível”, destaca.

APOSTAS E DESAFIOS

No último XVIII Congresso Brasileiro de Canceirologia (Concan 2009), Cibele Pimenta apresentou um tema provocativo: Estamos tratando a dor adequadamente no Brasil? Ela considera que o tratamento da dor no país teve avanços importantes nos últimos 15 anos, contando com ações do governo, de profissionais de saúde e de entidades científicas. Em 2002, houve avanço do ponto de vista formal, com a criação de uma série de portarias pelo Ministério da Saúde com foco em controle da dor e cuidados paliativos – incluindo iniciativas de padronização de medicamentos adquiridos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

“Hoje o país tem os elementos mínimos para um controle da dor adequado, mas ainda falta muito para introduzir de fato a política de controle da dor e de cuidados paliativos no SUS”, avalia. Segundo Cibele, toda a rede do SUS precisa estar pronta para tratar a dor, dos centros especializados ao programa de saúde da família. Ela ressalta, ainda, que uma ampla ação de educação continuada deve ser priorizada. |

prevenção

PELE SAUDÁVEL EXIGE CUIDADOS, PROTEÇÃO E NOVOS PARADIGMAS DE BELEZA

SOL, MODO DE USAR



Foto: Léo dos Santos

Rosto corado, corpo bronzeado, semblante saudável e jovial. A pele morena, símbolo do país tropical e da geração saúde, mostra, no entanto, a sua outra face: provoca envelhecimento e aumenta o risco de câncer. Mas será possível conquistar o tal “bronzeado saudável”? O dermatologista Carlos Eduardo Alves dos Santos, médico da Seção de Dermatologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA), é categórico: esse conceito é um mito. “O bronzeado é apenas uma demonstração de que o organismo está tentando se defender contra uma agressão do sol à pele”, alerta.

A radiação que provoca o bronzeamento é composta por raios ultravioleta A (UVA) e B (UVB) – este o principal fator de risco para o câncer de pele. O UVB está presente das 10h às 16h, horário em que a expo-

sição ao sol deve ser rigorosamente evitada. Os raios UVA não provocam queimaduras como os UVB, mas estão associados ao envelhecimento e são emitidos desde o início da manhã até o fim da tarde, explica o dermatologista. Por isso, a proteção solar – incluindo filtros cosméticos, óculos escuros e chapéu – é necessária até em dias nublados.

O ‘PECADO’ DA COR

Outro problema grave provocado pelo descaso em relação aos perigos do sol e pela falsa impressão de saúde culturalmente associada ao bronzeado são as câmaras de radiação ultravioleta, conhecidas como câmaras de bronzeamento artificial. Criadas

para otimizar o tratamento de doenças dermatológicas, como psoríase e vitiligo, foram usadas também como recurso estético para atingir o bronzeado. “O objetivo do uso estético das câmaras de radiação ultravioleta é acelerar o bronzeamento, por meio da exposição intensa a raios UVA e UVB, que são agentes cancerígenos”, alerta Silvana Turci, responsável pela área de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho e ao Ambiente do INCA.

Em 2009, as câmaras foram proibidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para fins estéticos. “O Brasil é o primeiro a adotar a proibição, mas sabemos que a Organização Mundial da Saúde está preocupada com o tema”, ressalta Dirceu Barbaño, diretor da Anvisa. A proibição tem o aval da Sociedade Brasileira de Dermatologia. “A medida, além de prevenir fotodermatoses e câncer de pele, evita epidemia de melanoma maligno, como acontece hoje na Europa e nos Estados Unidos”, declara o chefe do Departamento de Oncologia Cutânea da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), Nilton Nasser.

Como o melanoma é um dos tumores de maior agressividade e letalidade entre os de pele, com cerca de 6 mil novos casos registrados por ano no país, a proibição do uso de bronzeadores artificiais pela Anvisa foi bem recebida também no Hospital A. C. Camargo, em São Paulo. “O bronzeamento artificial pode funcionar como uma bomba, pois uma única aplicação aumenta o risco de melanoma em 15%. E seu uso antes dos 35 anos pode aumentar em até 75% a incidência da doença”, alerta o oncologista e diretor da Oncologia Cutânea do hospital, João Duprat Neto.

PARA SALVAR A PELE

Se, em tempos distantes, a pele clara era sinal de nobreza, a partir da década de 1950 a cultura do bronzeamento passou a ser tão arraigada no mundo que muitas pessoas resistem a aceitar os perigos da exposição ao sol e a necessidade de se proteger. Quando a vontade de escurecer a pele torna-se uma obsessão, motivada pelo culto ao corpo, é hora de procurar também ajuda psicológica. O distúrbio é chamado de tanorexia – do inglês *to tan*, que significa bronzear-se – e atinge, sobretudo, mulheres com idades entre 20 e 30 anos, destaca o dermatologista Carlos Eduardo Alves dos Santos.

Mas há alternativas para obter o bronzeado sem queimar a pele. A ingestão de betacaroteno – presente em frutas e legumes amarelos, laranjas e vermelhos – confere coloração sutil à pele e pode saciar a vontade de escurecê-la, explica o dermatologista. Outra opção

“O bronzeado é apenas uma demonstração de que o organismo está tentando se defender contra uma agressão do sol à pele”

CARLOS EDUARDO ALVES DOS SANTOS, médico da Seção de Dermatologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA)

são os autobronzeadores à base de dihidroxiacetona, disponíveis sob a forma de cremes e loções. “Eles atuam na camada mais externa da pele, provocando uma coloração marrom semelhante à do bronzeado, porém sem queimar. Contraindicado apenas para alérgicos à fórmula”, observa o dermatologista.

Outros fatores ainda são associados ao câncer de pele, como predisposição genética, úlceras crônicas, cicatrizes, viroses, verrugas e doenças raras, como o xeroderma pigmentoso, que condiciona maior sensibilidade à luz e pode provocar mutilações. No entanto, não há dúvidas de que o principal fator de risco para o câncer de pele é a radiação ultravioleta – proveniente do sol ou das câmaras de bronzeamento.

Os malefícios da exposição inadequada ao sol são muitos, mas há aspectos positivos também das radiações solares. A radiação ultravioleta, por exemplo, desencadeia a absorção de vitamina D, que previne a depressão e é responsável pela fixação do cálcio. “Para obter esses benefícios, 20 minutos de sol por semana, pela manhã e sempre com proteção, são suficientes”, conclui Carlos Eduardo.

TRABALHADORES VULNERÁVEIS

Não é apenas a exposição ao sol por motivo de lazer que causa danos à pele. O trabalho também pode deixar profissionais vulneráveis ao câncer. Silvana Turci informa que o câncer de pele é o principal tipo relacionado ao trabalho, em especial em cidades do interior, onde agricultores ou pescadores permanecem o dia inteiro expostos à radiação ultravioleta sem proteção, alerta.

Com planejamento e investimento, porém, é possível respeitar a pele e a saúde dos profissionais que se expõem ao sol durante a rotina laboral. Desde 2001, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) disponibiliza protetor solar para uso dos carteiros, que passam de duas a três horas da jornada de trabalho nas ruas. De acordo com o Departamento de Relacionamento Institucional, cerca de 53 mil profissionais em todo o país recebem filtro solar e uniformes adequados. I

ciência

INSTITUTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
PARA O CÂNCER REÚNE PESQUISADORES
EM TORNO DA DOENÇA

Pesquisa oncológica em rede

Uma rede nacional de pesquisa científica, tecnológica e de inovação para enfrentar o câncer, composta por estudiosos de diferentes especialidades, espalhados por todo o país. Essa é a proposta do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para o Controle do Câncer (INCT-Câncer), criado no fim de 2008 pelo Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT), que aprovou ainda mais 122 institutos nacionais com a mesma estrutura descentralizada e multidisciplinar que tratam de diversos temas. Como instituição-sede da rede para pesquisa oncológica, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) tem papel estratégico na iniciativa.

O novo centro de pesquisa agrega abordagens diversas e complementares, incluindo pesquisa básica de mecanismos moleculares e biológicos do câncer, desenvolvimento de novos fármacos a partir de produtos naturais e investigação epidemiológica do câncer no Brasil. “Outra característica importante é a descentralização dos recursos e a valorização de grupos de pesquisa de todo o país”, afirma o coordenador-geral do INCT-Câncer, Hector Seuanez Abreu, pesquisador em ciências da saúde e chefe do Programa de Genética do INCA. O projeto terá dois anos de duração.

O INCT-Câncer é formado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS),



Foto: Peter Illiciev

“Como instituição-sede do INCT-Câncer, o INCA soma a excelência em assistência a qualidade em pesquisa”

HECTOR SEUANEZ ABREU, pesquisador do INCA e coordenador-geral do INCT-Câncer

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), pelo Museu Nacional, pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), Universidade de São Paulo – *campus* São Carlos, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), além do INCA.

SOMA DE EXPERIÊNCIAS

Na UFRJ, por exemplo, 12 pesquisadores trabalham em linhas que envolvem a imunologia de tumores, produção de novos quimioterápicos e biologia molecular. “A vantagem de trabalhar em rede é a possibilidade de somar *expertises* em torno de um problema. Assim, os avanços são muito mais rápidos”, ressalta Vivian Rumjanek, professora titular do Instituto de Bioquímica Médica da instituição e participante do comitê gestor do INCT-Câncer.

Além da oportunidade para a pesquisa da doença, Hector destaca que a estruturação do INCT-Câncer traz visibilidade e reconhecimento para o INCA, órgão encarregado pelo Ministério da Saúde para o controle do câncer. “Como instituição-sede do INCT-Câncer, o INCA é reconhecido também pelo Ministério de Ciência e Tecnologia, somando a excelência em assistência a qualidade em pesquisa”, comemora Hector Seuanez.

O investimento, custeado pelo Ministério de Ciência e Tecnologia, por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e a Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), totaliza R\$ 4.800.000,00. Em meados de janeiro de 2009, o INCT-Câncer recebeu a primeira das três cotas de financiamento. Agora, começa a se estruturar, com a contratação de bolsistas e a importação de equipamentos de países, como Estados Unidos e Japão, entre outros, para dar suporte ao trabalho dos pesquisadores. No fim do projeto, o INCT-Câncer precisará apresentar trabalhos publicados em revistas especializadas de destaque, ter formado pessoal, apontar as estruturas que foram criadas e mostrar o impacto de todo o projeto na sociedade.

A EVOLUÇÃO DO MODELO

A formação de redes nacionais para a pesquisa é estratégia do Ministério de Ciência e Tecnologia para a geração de conhecimento científico e tecnológico em diversas áreas. A economista Ana Lúcia Assad, responsável do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela coordenação dos INCTs, explica que o modelo vem sendo amadurecido desde a criação do Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (Pronex) e dos Institutos do Milênio, entidades virtuais de estudos. “Com os INCTs, o objetivo é agregar diferentes especialidades e iniciativas de pesquisa existentes no país para atender demandas da sociedade”, detalha Ana Lúcia, ressaltando, em especial, as necessidades da área de saúde.

O edital para a criação dos institutos nacionais foi elaborado por uma comissão formada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, por intermédio do CNPq, em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e a Faperj. Uma das exigências para os projetos que concorreram no edital foi a inclusão de grupos iniciantes nas redes de pesquisa.

O programa abriu duas categorias para a inscrição de candidatos ao INCT: a de demanda espontânea, que recebeu projetos para expansão do conhecimento científico em qualquer área, e a de demanda induzida, com temas prioritários do Programa de Aceleração do Crescimento da Ciência e Tecnologia (PAC-CT), que aprovou projetos como o INCT-Câncer, por exemplo. As 261 propostas recebidas foram analisadas por uma comissão internacional, formada por especialistas de todas as áreas do conhecimento. A rigorosa avaliação resultou na criação de 123 INCTs, que começam a se estruturar este ano. |

HORIZONTES DOS ESTUDOS RELACIONADOS AO CÂNCER

- *Pesquisa básica: desenvolvimento nacional e concorrência global.*
- *Pesquisa de produtos naturais: investimento em farmacogenética, incluindo a fauna e a flora terrestres e marinhas do país.*
- *Investigação epidemiológica: mapeamento da frequência e intensidade dos diferentes tipos de câncer que se manifestam em cada região do Brasil.*

CICLISTA AMERICANO SUPERA O CÂNCER, VENCE PROVAS E FAZ DA DOENÇA BANDEIRA DE LUTA PELA VIDA

Pedaladas de um sobrevivente

Não se trata apenas de um atleta excepcional, recordista do principal circuito de ciclismo do mundo, o *Tour de France*, conquistado sete vezes consecutivas entre 1999 e 2005. Lance Armstrong é, sobretudo, protagonista da luta pela vida – em especial a de pacientes oncológicos de todo o mundo. Em 1997, após vencer o câncer, Armstrong criou a Fundação Lance Armstrong para enfrentar globalmente a doença. Uma das iniciativas mais recentes de Lance é promover e coletar assinaturas para a Declaração Mundial do Câncer, documento lançado em 2006 e revisado em 2008 que estabelece 11 metas para reduzir significativamente a magnitude do problema do câncer no mundo em 2020. Em agosto de 2009, o presidente da União Internacional Contra o Câncer (UICC), David Hill, recebeu mais de 100 mil assinaturas de apoio coletadas pela fundação.

Os desafios sempre estiveram presentes na vida desse vencedor. Nascido em 18 de setembro de 1971 em Austin, nos Estados Unidos, Armstrong teve o primeiro contato com o esporte por meio da natação. O atleta levantava-se diariamente às 4h45 para treinar,

sempre motivado pela mãe, Linda Mooneyham, que o ensinou desde cedo a lutar pela vida. Depois que o pai abandonou a família, Linda acumulava até três empregos para sustentar o filho e permitir que ele se desenvolvesse no esporte.

Aos 13 anos, Armstrong descobriu o triatlo e venceu o concurso *Iron Kids Triathlon*. Aos 21, sendo um dos mais novos a competir, conquistou o Campeonato do Mundo de Ciclismo em Estrada, treinado por Chris Carmichael, que o acompanharia por toda a carreira. Aos 25 anos, já era considerado o melhor ciclista do mundo, vencedor dos principais circuitos internacionais, como *World Championships* e *Tour du Pont*, além do *Tour de France*.

O atleta parecia invencível e não poderia imaginar as duras provas que iria enfrentar. Em 1996, aos 25 anos, conheceu um adversário difícil: o diagnóstico de câncer no testículo. O quadro de saúde foi agravado pela descoberta tardia da doença, fruto do desca-so em relação a sintomas, como uma grande inflamação na virilha. Resultado: ele teria de enfrentar tumores no abdome, pulmão e cérebro.



A notícia da doença, porém, só fez confirmar o perfil de conquista e invencibilidade do ciclista. Armstrong estava disposto a lutar pela vida e a vencer a doença. Esforçou-se para entender o seu problema e armou-se com conhecimento e confiança na medicina. “Enganou-se na pessoa ao escolher um corpo para viver; cometeu um erro ao escolher o meu”, afirmava, reconhecendo-se como um sobrevivente, e não uma vítima do câncer.

Sobreviver não foi, no entanto, uma tarefa fácil. Armstrong ouviu de médicos que sua probabilidade de continuar vivendo era de 40%. A empresa que o patrocinava rescindiu o contrato e o ciclista precisou se desfazer de alguns bens para continuar a luta. Mesmo assim, seguiu em frente. Entre outubro e dezembro de 1996, enfrentou o delicado tratamento, realizado no Centro Médico da Universidade de Indiana, nos Estados Unidos, e passou por duas cirurgias: uma para remover o testículo afetado pela doença e outra para extrair duas lesões do cérebro. Um mês após a conclusão da quimioterapia, Armstrong voltava a saborear a vitória – desta vez, no amor. Em 1997, conheceu a companheira Kristin Richard, sua esposa durante cinco anos e mãe de seus três filhos: Luke e as gêmeas Grace e Isabelle. No mesmo ano, criou a fundação que leva seu nome, apoia e patrocina o controle do câncer.

Depois de superar a principal prova de sua vida, Armstrong estava pronto para impressionar o mundo mais uma vez, voltando a pedalar profissionalmente. A primeira corrida após o câncer foi a Rota do Sol, na Espanha, que lhe rendeu a 14ª colocação. Em seguida, ao participar da etapa Paris-Nice, não obteve melhor resultado. Como desistir nunca foi uma opção para o atleta, em 1999 o ciclista deu início à série de conquistas que o consagraria recordista mundial do *Tour de France*. Incansável, Armstrong conta sua história nos livros *It's Not About the Bike* e a biografia *Vontade de Vencer – A Minha Corrida contra o Câncer*.

NA VIDA, A FORÇA

União é força, conhecimento é poder, atitude é tudo. Com esse lema, a Fundação Lance Armstrong, nos Estados Unidos, promove prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer e possibilita melhor qualidade de vida para quem luta contra a doença. Investir em pesquisa e aproximar o conhecimento científico de quem supera o câncer são as principais estratégias para minimizar o sofrimento e a mortalidade associados à doença.



Em 2004, a Fundação Lance Armstrong uniu-se à Nike para lançar a campanha *Live Strong*, representada pela pulseira amarela de 1 dólar que virou febre no mundo inteiro. A linha de produtos cresceu e hoje inclui camisetas, casacos, mochilas, tênis, garrafas e muito mais. Tudo em amarelo, cor que, para Armstrong, significa luta e esperança. Com o convidativo slogan *Use amarelo e ajude a transformar esperança em ação*, a iniciativa já acumulou 80 milhões de dólares, investidos exclusivamente na luta contra o câncer.

O lema da instituição – *live strong* (viva com força) – sintetiza a personalidade do atleta, sobrevivente e ativista social que provou ao mundo ser possível conquistar tudo, principalmente a vida. |

UNIÃO E CONHECIMENTO PARA VENCER A DOENÇA

Desenvolvida pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), a Declaração Mundial do Câncer propõe metas para a redução do impacto da doença no mundo até 2020. O documento representa o consenso internacional entre fundações, organizações governamentais e não governamentais, setor privado, entidades profissionais, comunidade científica e sociedade civil para a eliminação do câncer como principal ameaça às futuras gerações. As ações prioritárias incluem políticas de saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento. Para ler e assinar a declaração, acesse www.uicc.org/wcd.

*A matéria foi feita com informações extraídas do site www.lancearmstrong.com

social

ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL, COADJUVANTE DE SUCESSO NO TRATAMENTO DE DOENÇAS

Se quiser falar com Deus



Analgésicos, pílulas, injeções e tratamentos para curar o corpo são parte da rotina de hospitais. Em paralelo ao sofrimento físico, no entanto, os males mais dolorosos também contaminam o espírito dos pacientes, que precisam de algo que a medicina sozinha não é capaz de suprir em seu conhecimento: a necessidade de conforto, de acolhimento para lidar com a doença. Esse tipo de atendimento é previsto em lei federal – que dá ao usuário do sistema de saúde o direito à assistência religiosa ou espiritual – e ratificado na Lei do Serviço Voluntário.

No mundo inteiro, ações que incluem a espiri-

tualidade no conceito de saúde vêm ganhando força por se revelarem parte fundamental na condução da terapêutica de doenças, entre elas o câncer. Cada vez mais, a ciência se aproxima da espiritualidade, a partir de uma visão do atendimento humanizado ao paciente. Professor e psiquiatra do Departamento de Psiquiatria e Ciências do Comportamento do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, em Nova York, nos Estados Unidos, William Breitbart aposta nessa tendência.

O especialista desenvolveu um método de psicoterapia para melhorar o bem-estar espiritual de pacientes sem possibilidades de cura e coordena vários

“Aqueles que conseguem manter um senso de propósito e bem-estar espiritual têm menos depressão, desesperança e mais qualidade de vida”

WILLIAM BREITBART, professor do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, nos EUA.

estudos que demonstram a eficácia desse cuidado em oncologia. “Os resultados mostram que aqueles que conseguem manter um senso de propósito e bem-estar espiritual têm menos depressão, desesperança e mais qualidade de vida”, afirma Breitbart.

A espiritualidade, particularmente em seus aspectos não religiosos - que enfocam o significado e o propósito da vida ao enfrentar uma doença como o câncer -, pode ser utilizada no cuidado com o paciente. “Intervenções baseadas no significado da vida e na dignidade já estão em teste e provavelmente serão utilizadas clinicamente no futuro”, prevê o psiquiatra.

SENTIDO PARA A VIDA

A ideia é compartilhada por outro psiquiatra do mesmo departamento do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Jimmy Holland. Ele defende que o paciente oncológico, em casos de terminalidade, deve aprender a lidar com a possível proximidade da morte. Pessoas que enfrentam a doença se sentem gratificadas com suas crenças religiosas e espirituais. “Quem tem convicções mais fortes antes de adoecer utiliza esse recurso para lidar melhor com a situação. Outros apoiam-se em ideias filosóficas, o que também os ajuda a aceitar o sofrimento”, declara o psiquiatra.

Para o teólogo Leonardo Boff, quando nos confrontamos com limites incontornáveis, como, por exemplo, as frustrações e a morte, não adianta se tornar revoltado ou resignado. Tudo muda se houver criatividade para fazer dos limites fontes de energia e de crescimento. “É o que chamamos de resiliência: tirar vantagens das dificuldades. E, aqui, tem seu lugar um sentido espiritual da vida, sem o qual a felicidade não se sustenta a médio e longo prazos”, pondera.

A psicóloga Ana Valéria Miceli, do Hospital do Câncer I, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), considera que a chamada dor espiritual ocorre quando existe ameaça à existência e a pessoa não encontra sentido para aquilo que vive e tem a sensação de estar

desamparada. Segundo a profissional, é possível melhorar todas as formas de dor, mesmo a física, quando o paciente sente-se confortado espiritualmente e cuidado, tanto fisicamente quanto psicológica e socialmente.

“O conforto espiritual facilita a compreensão do que se passa, deixa o paciente apaziguado e o familiar com mais equilíbrio emocional para auxiliar o doente, o que torna menos difícil as relações com a equipe responsável pelo tratamento”, afirma Ana Valéria. Para a psicóloga, esse tipo de cuidado é importante também para os profissionais.

NECESSIDADES SUBJETIVAS

O cirurgião oncológico do Hospital do Câncer I, José Adalberto Fernandes Oliveira, coordena o Núcleo de Assistência Voluntária Espiritual (NAVE), do INCA, inaugurado em setembro de 2009. O embrião da ideia surgiu em 2007. “Hoje, temos uma estrutura que conta com nove voluntários das religiões católica, evangélica, espírita e messiânica, além de 60 pessoas aguardando para auxiliar quem precisa”, conta o médico. José Adalberto explica que o trabalho não fica restrito à capela no quarto andar do hospital, mas é feito em toda a unidade.

Os participantes, todos voluntários, são selecionados e treinados. Recebem noções de ética, psico-oncologia e orientação sobre controle de infecção hospitalar. “A assistência espiritual atua onde a ciência não dá conta e a moral se atrapalha”, destaca o cirurgião, católico praticante. E, para dar uma dimensão simples de uma atividade tão complexa, explica a sua teoria. “Deus é a comunicação e as religiões são os idiomas para falar com Ele”, compara.

Um dos pioneiros em suprir necessidades subjetivas de pacientes em instituições de saúde é o Comitê de Assistência Religiosa (CARE), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, instituído em 1945. O princípio básico dos integrantes do CARE – padres e pastores – é atender as pessoas em sua individualidade. É o que ressalta o padre Anísio Baldessin, um dos idealizadores do comitê oficializado em 2004. “As pessoas podem ou não ter uma religião, que pode ser igual ou diferente daquela que o integrante do CARE professa. Acima de tudo, atendemos pessoas”, afirma.

APOIO COM ORAÇÕES E SILÊNCIO

Os voluntários do CARE fazem orações e visitas a pacientes nos leitos, realizam celebrações de missas e cultos. “O que mais acontece são as conversas

“Não se pode cuidar do corpo sem cuidar da alma”

JOSÉ LUÍS PEREIRA ALVES, ex-paciente e hoje voluntário no INCA

17 anos trabalhando como capelão do Hospital das Clínicas, padre Anísio tem um entendimento muito peculiar do sentimento de dor. “As piores dores são sempre as nossas, porque nós as sentimos. As dores alheias, apenas podemos imaginar”, opina.

Enfermeiro, teólogo e integrante da Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), Luís Roberto Pinheiro Braga, clérigo da Igreja Presbiteriana Brasileira, ressalta que o conceito de assistência religiosa em unidades de saúde hoje é mais amplo. Envolve, além das celebrações e sacramentos, pesquisas em religiosidade e espiritualidade aplicadas ao processo terapêutico, e participação no desenvolvimento integrado do bem-estar do paciente e de seus familiares, e de profissionais de saúde.

Ele destaca que, por ser hospital público, a assistência espiritual tem fundamento ecumênico. “Caso um paciente peça um representante de sua religião, nós providenciamos sua vinda”, detalha o clérigo, que confia nas inspirações do espírito de Deus para consolar quem sofre. “Muitas vezes, porém, o nosso silêncio profundo transmite mais solidariedade do que as palavras. Afagar a mão ou o rosto de um paciente é celebrar mais a esperança do que tentar explicá-la”, acredita.

CONFORTO NO DIA A DIA

É exatamente para ajudar a tornar mais leve a rotina do hospital que a voluntária Cacilda Pinto, do Núcleo de Assistência Voluntária Espiritual do INCA, trabalha. Messiânica, prestes a se aposentar, sente-se bem em sua atividade no hospital, onde fica de plantão para prestar conforto espiritual a pacientes ou profissionais. “Só fazendo o próximo feliz é que encontramos a felicidade. Através do pensamento e da oração, peço que Deus fique no comando da situação e auxilie quem nos procura”, comenta Cacilda, acrescentando que é preciso encarar a doença também como parte da realidade da vida.

Quem também se deu conta de que a doença não pode ser excluída da vida foi o administrador de empresas aposentado José Luís Pereira Alves, de 79 anos. Em um *check-up* habitual, aos 56 anos de idade, descobriu um tipo raro de leucemia e se tratou no INCA. “Eu sou espírita e não me desesperei quando recebi o diagnóstico, pois acreditava que tinha que passar por aquilo, que havia um propósito para aquela doença”, conta ele, que fez o tratamento por três anos.

José Luís ia ao Hospital de Câncer I diariamente para fazer uso de medicamentos e ficou internado por uma semana. “Recebia assistência espiritual e isso foi fundamental para mim. Com o estudo do Evangelho, eu me sentia esperançoso e confiante na cura”, recorda-se. Naquele período, conheceu muitas pessoas e decidiu se tornar voluntário do INCA, onde atua hoje no setor de Laringologia. “Não se pode cuidar do corpo sem cuidar da alma”, ensina. I



política

AS ESTRATÉGIAS E OS INVESTIMENTOS DA INDÚSTRIA DO TABACO EM RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA

Socialmente responsável. Será?



Responsabilidade social, cidadania empresarial, ética corporativa. São numerosas as nomenclaturas para a prática que nos últimos anos se tornou quase obrigatória entre os mais variados tipos de organização. A indústria do tabaco não fica de fora dessa tendência. Considerando as implicações do produto e do processo de produção das indústrias do tabaco – no que se refere à saúde humana, impactos ambientais, relações de trabalho precárias no campo, entre outros aspectos –, a pergunta se torna inevitável: uma indústria de tabaco pode ser socialmente responsável?

O jornalista Wilson da Costa Bueno, professor da Universidade de São Paulo e da Universidade Metodista de São Paulo, tem comentários incisivos sobre o tema. “A utilização do argumento de responsabilidade social pelas

indústrias de tabaco deve ser encarada como mais um exemplo candente da chamada hipocrisia empresarial.”

Segundo Wilson, na prática, há um desvirtuamento do conceito de responsabilidade social, que é reduzido pela indústria tabagista e também por outros setores, como o agroquímico, farmacêutico e de fabricantes de armas e bebidas, a ações isoladas, quando efetivamente deveria ser assumido em sua plenitude, como filosofia de gestão. “A responsabilidade social da indústria tabagista é mais uma das farsas empresariais e evidencia a disposição de confundir a opinião pública, um autêntico e equivocado processo de ‘limpeza de imagem’ que deve ser sistematicamente repudiado”, opina.

Wilson aponta que a comunicação da indústria tabagista, respaldada no argumento da responsabi-

lidade social, ignora valores básicos como a ética e a transparência. “A tentativa de anular o efeito nefasto do cigarro pela divulgação de ações isoladas representa uma postura de empresas que insistem em mascarar os danos que seus produtos provocam na sociedade, em particular na qualidade de vida dos cidadãos”, pontua.

Tânia Cavalcante, chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer (INCA), afirma que a responsabilidade social tem sido usada como recurso das indústrias de tabaco para compensar o avanço nas restrições legais quanto ao uso de publicidade. Os objetivos seriam a formação de uma imagem positiva perante o público e o estabelecimento de diálogo com lideranças e formadores de opinião do governo, políticos e reguladores. “Em síntese, é uma ação de marketing”, aponta.

DANOS

Além dos males causados à saúde dos tabagistas, os danos à economia, ao meio ambiente e aos agricultores que plantam fumo também são amplos. No aspecto econômico, a associação entre tabaco e pobreza é destacada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2004, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas publicou uma resolução na qual reconhece o impacto social negativo do tabagismo para a saúde, a economia, o desenvolvimento e o ambiente. No processo de cultivo e tratamento das folhas, além do contato manual pelos agricultores, associado à doença da mão verde (um tipo de intoxicação causada pela nicotina), existe a necessidade de uso de fornos de secagem das folhas, movidos à queima de lenha ou carvão, o que implica a emissão de gás carbônico para a atmosfera.

No campo, também se multiplicam as denúncias de trabalho infantil e de relações de trabalho que geram a dependência do agricultor em relação às indústrias que compram as folhas de tabaco por meio de metas de produção e de acordos de preço. A socióloga Paula Johns, diretora executiva da organização não-governamental Aliança de Controle do Tabagismo, destaca que a responsabilidade social das indústrias de tabaco deveria começar no campo. “As relações trabalhistas são precárias. Existe exploração do agricultor, contratos de adesão, sujeitos ao preço estabelecido pela indústria. No relatório social das indústrias, o campo aparece como um cartão postal, mas a realidade das lavouras é de pobreza”, afirma.

INICIATIVAS

A equipe de reportagem da **Revista Rede Câncer** tentou ouvir as indústrias de tabaco. Por telefone, o escritório da Associação Brasileira da Indústria do Fumo (Abifumo), em Brasília, informou que a entidade não concede entrevistas, conforme previsto em seu estatuto, e indicou que as empresas associadas deveriam ser procuradas. A Souza Cruz, subsidiária da British American Tobacco, e a Philip Morris - as duas de maior porte no setor fumageiro no Brasil. As empresas foram contatadas, pelo menos, três vezes cada uma, mas não responderam às solicitações de entrevista. No *website* da Souza Cruz, no item referente à responsabilidade social, entre as ações destacadas estão iniciativas de erradicação do trabalho infantil, desenvolvimento social responsável, agricultura sustentável e biodiversidade. A companhia mantém, desde 2000, o Instituto Souza Cruz, que indica como sua missão “contribuir para educar e formar jovens empreendedores no meio rural brasileiro, através de iniciativas que potencializem seu protagonismo nos processos de desenvolvimento sustentável”.

Iniciativas como o Diálogos Universitários, da Souza Cruz, que leva palestras de profissionais de destaque em diversas áreas para universidades, são inseridas como ações de responsabilidade social. “A ação ocorre justamente nas universidades, onde estão os jovens, um dos nichos de consumo mais importantes para a indústria do tabaco”, pontua Tânia Cavalcante. O discurso de liberdade de escolha é o mais usado pela indústria do tabaco para justificar seu produto. “O argumento é de ser uma empresa legal, que paga seus impostos e vende um produto para maiores de idade. Mas esse argumento pode ser válido para um produto que torna dependente metade daqueles que o experimentam, sobretudo entre famílias de menor renda e escolaridade?”, questiona.

A Philip Morris ressalta em seu *website* as ações com foco no ambiente: “Desenvolvemos um programa abrangente sobre meio ambiente, saúde e segurança em todas as nossas fábricas. O programa exige que cada unidade monitore os impactos ambientais de suas operações, incluindo emissões de poluentes no ar, geração de resíduos e consumo de água”. O *website* também indica que a empresa realiza doações para instituições assistenciais sem fins lucrativos há mais de 40 anos, em cinco áreas: fome e pobreza extrema; educação; sustentabilidade ambiental e condições de vida em comunidades rurais; auxílio em catástrofes e violência doméstica. A meta consiste em “influir de forma essencial e positiva nas comunidades locais onde operamos e onde nossos funcionários vivem e trabalham”.

VERDADE

Tânia Cavalcante conta que a abertura de documentos internos da indústria do tabaco no final da década de 90 durante litígios judiciais nos Estados Unidos e no Reino Unido trouxe ao conhecimento do público uma série de estratégias de uso das ações de responsabilidade social como uma prática utilizada mundialmente pelas transnacionais de tabaco, em especial nos países mais pobres. “Nesses documentos, a responsabilidade social é apontada como uma das formas de intervenção nas políticas públicas de redução ao consumo do tabaco”, aponta. Tânia ressalta que o discurso que se pode observar nas ações de responsabilidade social das empresas de tabaco não tem nenhuma relação com o produto que a empresa vende. “Não há ações de responsabilidade social com relação aos problemas de saúde associados ao tabagismo, por exemplo”, afirma.

“Obviamente, os documentos internos que vieram à tona com as estratégias de mentiras deliberadas geraram uma imagem negativa para o público. A responsabilidade social é o caminho que as indústrias encontraram para se relacionar com a sociedade. Na verdade, não passa de propaganda”, diz Paula Johns. A socióloga considera que, quanto mais regulamentados a comercialização e o consumo do cigarro, mais a indústria tem a necessidade de garantir formas alternativas de atingir o público. “A indústria reconhece que vende um produto de risco, até mesmo porque, com todas as evidências que existem nesse sentido, seria inviável negar. Eles reconhecem que é um produto de risco, mas buscam compensar com outras ações”, pontua.

SUCESSO

Tânia ressalta, no entanto, que já existem restrições a essa estratégia da indústria do tabaco. No episódio de definição do Índice de Sustentabilidade da Bolsa de Valores de São Paulo (Bovespa), após grande pressão do INCA e de outras entidades, como o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), essas indústrias ficaram de fora da lista de empresas e corporações reconhecidamente com ações socialmente responsáveis.

Diversos acordos, tratados e documentos internacionais contemplam o controle do tabagismo. O principal é a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, tratado internacional de saúde pública do qual o Brasil é signatário, que determina um conjunto de medidas para deter a expansão do consumo de tabaco e seus danos à saúde. No artigo 5.3, a convenção indica a necessidade de proteger as políticas de saúde pública dos interesses comerciais da indústria do tabaco. |



rede

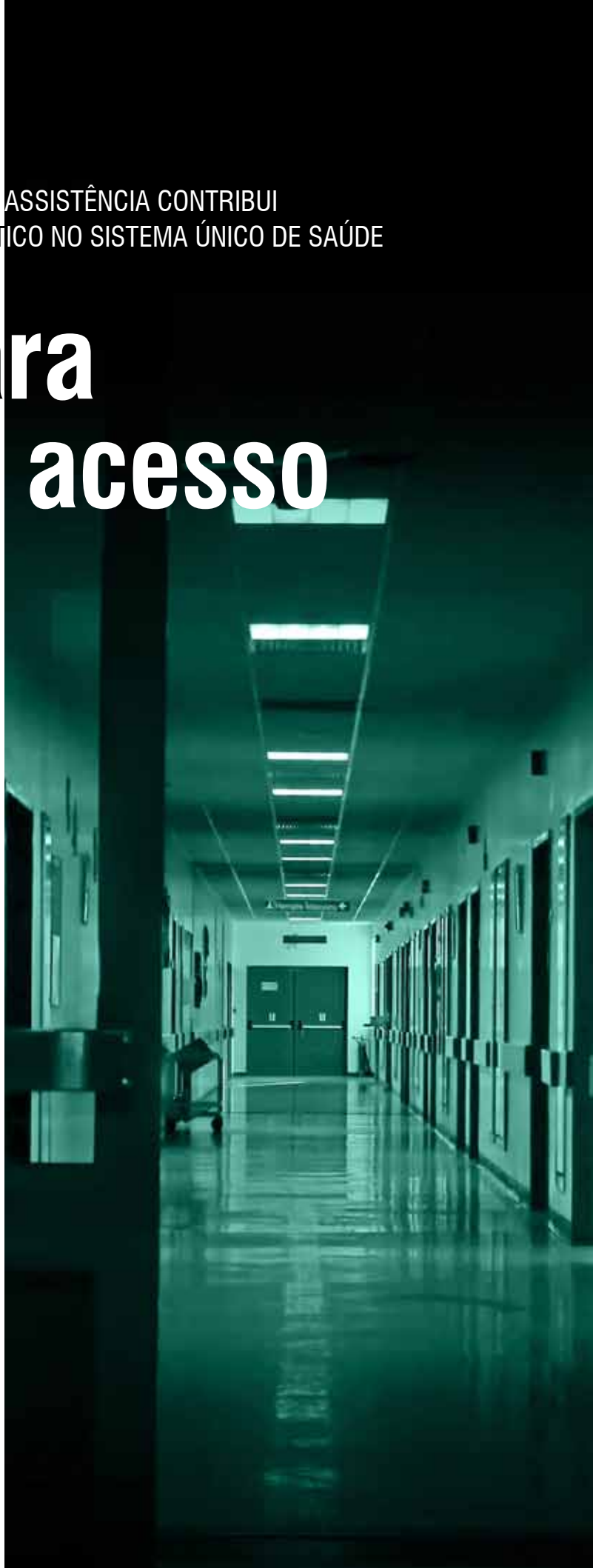
UMA COMPLEXA REDE DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA CONTRIBUI PARA A EQUIDADE E O ACESSO DEMOCRÁTICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Regular para garantir acesso

Em um país com mais de 180 milhões de habitantes e no qual a saúde é um direito garantido a todos pela Constituição Federal, a ordenação do fluxo de pacientes e serviços é condição para a assistência em saúde. A Regulação do Acesso à Assistência, que está por trás de todo esse processo, é uma das faces do Sistema Único de Saúde (SUS) que o usuário pouco conhece, uma vez que opera nos bastidores da garantia do atendimento.

Tudo o que diz respeito à ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde no sistema público brasileiro passa pela regulação, que está diretamente ligada à característica de descentralização do SUS. Regida por uma política nacional jovem, estabelecida em 2008, envolve as esferas gestoras federal, estadual e municipal e integra todas as ações que intermedeiam a demanda dos cidadãos por serviços de saúde e a oferta que o sistema pode oferecer.

A regulação está inserida no componente de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria do SUS, atuando ao mesmo tempo pelo lado da oferta – otimizando os recursos assistenciais disponíveis – e pelo lado da demanda – na busca de garantir a melhor alternativa assistencial em face das necessidades de atenção e assistência à saúde da população. Opera sobre todo o encaminhamento e seguimento do paciente no sistema de saúde, desde o acesso à oportunidade de diagnóstico até o desfecho, com a adoção da alternativa terapêutica adequada. Especialmente no caso do câncer, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são condições para uma



ação de saúde eficaz. A regulação assume, assim, um papel importante, com impacto em sobrevida e em qualidade de vida do paciente.

PORTAS DE ENTRADA

Em um cenário ideal, um cidadão brasileiro que necessite de assistência deveria buscar uma unidade básica de saúde e, quando preciso, a partir daí, ser orientado para outras unidades com a finalidade de realizar algum procedimento para diagnóstico ou receber o tratamento necessário em outras de maior complexidade. De acordo com o chefe da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação do Ministério da Saúde, Cláudio Brasil da Cunha, a partir do momento em que se institui um processo de regulação de acesso, torna-se viável identificar os usuários que estão procurando diretamente a alta complexidade, evidenciando uma falha na atenção básica. “Conseguimos começar a identificar os nós críticos, como a situação de usuários com patologias que deveriam ser atendidos na atenção básica, mas que usam como porta de entrada prontos-socorros ou serviços de urgência e emergência. A partir da regulação, consegue-se desenhar um fluxo melhor”, avalia.

Cláudio explica que a regulação envolve três dimensões de atuação, integradas entre si: a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência. Cabe à gestão federal cooperar técnica e financeiramente com a qualificação das atividades nesse âmbito. Uma iniciativa tem sido a informatização das redes de regulação, por meio da oferta do Sistema de Regulação (SISREG). Cláudio também ressalta a realização de oficinas e a disponibilização de cursos para capacitação das equipes técnicas envolvidas no tema em estados e municípios.

ARTICULAÇÃO DAS AÇÕES

Atualmente, estão instalados no Brasil 117 complexos reguladores que podem ser estaduais, municipais ou dedicados a um conjunto de localidades. A meta até 2011 é chegar a 302. Os complexos reguladores integram centrais de internação e de urgências, centrais de consultas e exames, além de serviços de transporte de usuários com ações de contratação, controle assistencial e avaliação das ações de saúde e outras funções da gestão, como a programação de ações e a regionalização.

Entre os avanços recentes na área, Cláudio destaca o desenvolvimento de um projeto piloto na região

“Conseguimos começar a identificar os nós críticos, a partir da regulação e, assim, desenhar um fluxo melhor”

CLÁUDIO BRASIL DA CUNHA, chefe da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação, do Ministério da Saúde

do Médio São Francisco. O desafio é articular a demanda de dois municípios limítrofes – Petrolina e Juazeiro –, situados em estados diferentes. “Vamos ter uma primeira experiência de regulação interestadual, o que tem demandado um esforço de pactuação entre os estados envolvidos”, detalha. Outra novidade é um projeto que está sendo estruturado com foco na redução da mortalidade infantil nos estados da Região Amazônica e do Nordeste, com ênfase na regulação de leitos de UTI neonatal e de obstetria. “Estamos vivendo um processo que não pode retroagir, porque está contribuindo para a consolidação do SUS”, sintetiza.

NA PONTA DO SISTEMA

No Mato Grosso do Sul, a regulação teve início em março de 2002, mas somente em 2007 passou a exercer seu papel no fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS. A diretora de Gestão Estratégica da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, Christine Maymone Gonçalves, aponta que vários aspectos são determinantes para o sucesso da implementação da regulação no estado, com destaque para o esforço de fomentar a participação dos gestores municipais.

Com a implantação da regulação, os usuários do SUS conseguem a garantia de um atendimento com mais equidade no acesso, norteados pelo critério da necessidade, e não da influência pessoal ou da capacidade de deslocamento do próprio paciente. “Isso minimiza de forma definitiva as fraudes na produção, que mascaram as informações e lesam os cofres públicos, não provendo à população a atenção em saúde necessária”, afirma. No estado, é necessária a implantação de uma regulação sistematizada de leitos de UTI, leitos de urgência e emergência e cirurgias eletivas, prevista para janeiro de 2010. “A ação de comunicação com o paciente também é condição para um fluxo regulado e referenciado, erradicando a busca espontânea, assistemática e não regulada de serviços de saúde, viabilizando uma gestão adequada das filas de espera”, acrescenta Christine.



COMPROMISSO COM O USUÁRIO

Jane Emídio Dias, coordenadora de saúde do adulto e do idoso no município de Campinas, em São Paulo, indica que a regulação do SUS na região – que atende mais de 4 milhões de pessoas da cidade e de áreas vizinhas – permitiu identificar as demandas de ampliação prioritárias na oferta de serviços de saúde em oncologia, além de aproveitar melhor os recursos instalados. “Identificamos, por exemplo, que as vagas de uma unidade pediátrica em radioterapia poderiam ser melhor aproveitadas se disponibilizadas para o tratamento de pacientes adultos. Ao mesmo tempo, a regulação permite identificar quando a demanda está subdimensionada, o que nos orienta na aquisição de equipamentos”, explica.

Um grupo de trabalho tem atuado para avaliar as especificidades de cada unidade de saúde de alta complexidade em oncologia, invertendo a lógica da demanda. “Queremos observar, do ponto de vista da capacidade de cada unidade, aquilo que ela pode oferecer de melhor”, resume Jane. O principal desafio é a redução do tempo de espera entre suspeição, diagnóstico e tratamento.

REGULAÇÃO EM ONCOLOGIA

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) tem participado da estruturação da regulação em oncologia em diversas localidades do país. Ana Ramalho, gerente da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do INCA, conta que, sem a regulação estruturada, o paciente tem o papel de bater de porta em porta, até conseguir atendimento. “A proposta do SUS de qualidade e equidade não existe sem o componente da

regulação, que se coloca como uma questão de democracia”, afirma. Lucia Giordani, técnica da Coordenação Geral de Gestão Assistencial do INCA, ressalta que a regulação é importante para aproveitar melhor a capacidade instalada na rede. “A regulação não apenas faz o acolhimento do paciente; ela faz o diagnóstico da rede”, explica.

No Médio Paraíba, no estado do Rio de Janeiro, uma nova unidade oncológica está sendo construída. O INCA atua em colaboração com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (Cismepa), que envolve 12 municípios da região, para garantir que essa ampliação da rede oncológica seja acompanhada por uma regulação eficaz. “Se não garantimos o acesso, a construção de uma nova unidade não tem impacto. Estamos trabalhando antecipadamente para garantir que a regulação esteja organizada no momento de inauguração da nova unidade”, afirma Rodrigo Lages Dias, coordenador técnico do consórcio.

EXPERIÊNCIA DE SUCESSO

Anna Paula Penteado, diretora do Centro de Controle, Avaliação e Auditoria, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, no Paraná, explica que a cidade conta com um sistema de regulação e controle, inicialmente focado em oncologia, desde 1999. Trata-se de um sistema informatizado que faz todo o acompanhamento individual do paciente ao longo do tratamento. “O sistema permite cruzar informações administrativas como a base de cadastro do paciente, do estabelecimento e o histórico do atendimento”, indica. A porta de entrada no sistema de saúde é regulada nas unidades básicas do município. O paciente usa o Cartão Qualidade Saúde, que é vinculado a seu prontuário.

Anna conta que o esforço é organizar toda a linha de cuidado. “Hoje, a fila de espera para mamografia está zerada. Com o diagnóstico precoce e o tratamento em fases iniciais, poderemos ter resultados de ações mais positivas para os pacientes”, comemora. |

DOCUMENTOS IMPORTANTES

- Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores (www.saude.gov.br).
- Portaria GM 1.559, de 1º de agosto de 2008.

A luta contra o câncer
precisa da sua participação
para conquistar vitórias.
Vitórias pela vida.

Acesse o site fundacaodocancer.org.br e saiba como ajudar.

A Fundação do Câncer é conhecida por arrecadar recursos que são utilizados em diversos projetos do Instituto Nacional do Câncer, o INCA. Além disso, a Fundação promove a divulgação da causa, mobilizando a sociedade a respeito da importância da prevenção e controle da doença.

Se cada um faz a sua parte, juntos, podemos fazer mais pela vida.

 **FUNDAÇÃO DO CÂNCER**
com você, pela vida



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde



01

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Divisão de Comunicação Social

Praça Cruz Vermelha, 23 - 4º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20230-130

www.redecancer.org.br