

06

Setembro
2008

REDE CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER



RETRATO DO CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL

OMS APONTA AVANÇOS E DESAFIOS PARA O PROGRAMA BRASILEIRO, COMO A IMPLEMENTAÇÃO DE AMBIENTES 100% LIVRES DO TABACO E A POLÍTICA DE PREÇOS E IMPOSTOS

PROCESSO SELETIVO INCA 2009

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA, CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU,
CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E DE QUALIFICAÇÃO DE NÍVEL TÉCNICO

Inscrições on-line
de 1º a 19/9 de 2008 no sítio do INCA
www.inca.gov.br



MEDICINA

RESIDÊNCIA

- Anestesiologia
- Cancerologia Cirúrgica
- Cancerologia Clínica
- Cancerologia Pediátrica
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- Cirurgia Plástica
- Hematologia e Hemoterapia
- Mastologia
- Medicina Intensiva
- Medicina Nuclear
- Patologia
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Radioterapia

ESPECIALIZAÇÃO

- Cirurgia de Tecido Ósseo e Conectivo em Oncologia
- Cirurgia Pediátrica em Oncologia
- Cirurgia Torácica em Oncologia
- Dermatologia em Oncologia
- Dor
- Endoscopia Digestiva em Oncologia
- Hematopatologia
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Medicina Paliativa
- Microcirurgia em Oncologia
- Oncogenética
- Transplante de Medula Óssea
- Urologia em Oncologia

ENFERMAGEM

RESIDÊNCIA

- Enfermagem em Oncologia
- Enfermagem em Oncologia
- Enfermagem em Pesquisa Clínica em Oncologia

ESPECIALIZAÇÃO

NÍVEL TÉCNICO

ESPECIALIZAÇÃO

- Patologia Clínica em Oncologia
- Radioterapia
- Citologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero
- Técnicas de Serviços de Anatomia Patológica

QUALIFICAÇÃO

GRANDES ÁREAS DE ENSINO DA SAÚDE

ESPECIALIZAÇÃO

- Engenharia Clínica Aplicada à Oncologia
- Farmácia Hospitalar em Oncologia
- Física Médica na Área de Radiodiagnóstico
- Física Médica na Área de Radioterapia
- Fisioterapia em Oncologia
- Nutrição em Oncologia
- Odontologia em Oncologia
- Patologia Clínica em Oncologia
- Psicologia em Oncologia

sumário



14

CAPA

Retrato do controle do tabagismo no Brasil

21

PREVENÇÃO

Mudança de paradigma

26

CIÊNCIA

Mais espaço para a pesquisa clínica aliada à formação de profissionais

28

ASSISTÊNCIA

Ferramenta high-tech de gestão hospitalar

30

POLÍTICA

Um pacto renovado pela vida

34

SOCIAL

Patentes e indústria: a encruzilhada das ONGs

38

PERSONAGEM

A serviço da vida



REDE CÂNCER

2008 – Instituto Nacional de Câncer

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

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Chefia da Divisão de Comunicação Social: **Cristina Ruas** | Coordenação-geral do Projeto e Edição: **Claudia Lima e Rodrigo Feijó** | Apoio: **Regina Castro** | Apoio editorial: **Todas as áreas técnicas do INCA** | Produção: **SB Comunicação** | Jornalista responsável: **Simone Beja RP 27416/RJ** | Reportagem: **Kátia Thomas e Raquel Aguiar** | Projeto Gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Sumaya Cavalcanti, Eduardo Samaruga, Felipe de Moraes Chagas e A. Ferruccio Júnior** | Revisão ortográfica: **Gerdal J. Paula** | Tiragem: **10.000 exemplares**

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



Ministério
da Saúde



editorial

Um sonoro não ao cigarro

Prezado leitor,

Associado a quase todos os tipos de câncer, o tabagismo ocupa a matéria de capa desta edição. Em maio, o Brasil recebeu uma missão da Organização Mundial da Saúde (OMS) para conhecer o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. A avaliação, inédita no mundo, ressalta a qualidade das ações, como o monitoramento de resultados e a ousadia do Brasil nas restrições à publicidade. O relatório também aponta os desafios a serem enfrentados no dilema entre a saúde pública e os interesses da indústria, do comércio e da agricultura.

A reportagem traz ainda informações sobre a campanha de alerta aos jovens para os riscos do fumo, lançada pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA). A campanha seguiu o tema mundial Juventude Livre do Tabaco, proposta para as comemorações do Dia Mundial sem Tabaco. Na mesma data, foram lançadas as novas imagens de advertência que estamparão os maços de cigarro, construídas a partir de um estudo inédito sobre o seu potencial de aversão. Ações como essas fazem do Brasil uma liderança global no controle do tabagismo.

O entrevistado é Adail de Almeida Rollo, à frente da Diretoria de Articulação de Redes de

Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. Médico com experiência em gestão, Adail nos conta o desafio de organizar as Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde, desenhadas com o conceito de cooperação intergovernamental, para permitir soluções no setor. Uma meta instigante a ser atingida pelo Programa Mais Saúde, que prevê para 2011 a implantação de 400 Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias).

Por fim, o Instituto Nacional de Câncer traz um exemplo de gestão no Sistema Único de Saúde com o uso de uma nova tecnologia, o PACS (*Picture Archiving and Communication System*). Entre as vantagens do sistema estão o aperfeiçoamento de imagens radiológicas e o arquivamento em menos espaço físico de exames de pacientes, além da manutenção atualizada do prontuário dos doentes, acessíveis a médicos e radiologistas. Primeira instituição do SUS a implementar o sistema, o INCA acredita que essa nova tecnologia será uma importante ferramenta de integração dos centros de alta complexidade.

Nas páginas desta edição, outros assuntos estão em pauta para levar informação atualizada e de qualidade sobre ações efetivas no controle do câncer no Brasil.

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: imprensa@inca.gov.br ou (21) 2506-6103.

ELOGIOS

Recebemos e agradecemos a doação da **Revista Rede Câncer**. Temos certeza de que irá enriquecer, sobremaneira, nosso acervo por ser uma fonte de informação preciosa para os usuários desta Biblioteca.

Maria Hilda Gondim - Diretora da Divisão de Desenvolvimento de Coleções da Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará

Agradecemos o envio da **Revista Rede Câncer**. Gostaríamos de receber continuamente essa publicação, pois houve grande interesse por parte de nosso corpo docente e discente.

Patrícia Silva – Bibliotecária da Fundação Comunitária de Ensino Superior de Itabira, em Minas Gerais

Agradeço o envio da, sob todos os aspectos, competente **Revista Rede Câncer**. Destaco, por razões pessoais, o artigo Prevenção. Com votos de continuado sucesso, reiteramos nosso agradecimento, a par de lhes renovar nossa mais alta consideração e apreço.

José Benevides Medeiros – Presidente da Associação Cearense de Combate ao Câncer

Nós nos sentimos orgulhosos pelos elogios dirigidos à Revista e esperamos contar continuamente com as suas contribuições para aprimorarmos ainda mais o nosso trabalho.

SOLICITAÇÕES

Fiquei conhecendo a **Revista Rede Câncer** recentemente e adorei as suas notícias! Gostaria muito de receber a revista. Sei que está disponível na internet, porém o melhor mesmo é o gosto de folheá-la página por página.

Daiane Caíres de Souza - Enfermeira da Atenção Básica do município de Espinosa, em Minas Gerais

Bom dia! Como faço para receber os exemplares da **Revista Rede Câncer**? Trata-se de instrumento muito importante para o nosso trabalho, que é apoiar as pessoas em tratamento de câncer. Os assuntos dessa revista são de extrema importância



para apoiar os profissionais que atuam na nossa Instituição.

Lourdes de Fátima Alves - assistente social da Unidade de Apoio aos portadores de Câncer de Americana, em São Paulo

Em uma visita ao *site* do INCA, a **Revista Rede Câncer** me chamou a atenção e gostaria de saber se é distribuída gratuitamente ou por assinatura.

Fellipe Martinez - Administrador da Clínica Onco Rad Serviços de Oncologia e Radioterapia, em Minas Gerais

Antes de mais nada, gostaria de parabenizar todos pela revista. Apesar de não ser da área, sou bibliotecário, achei o conteúdo da revista excepcional. As matérias são de ótimo padrão. Gostaria de saber se a revista tem assinatura. E se é paga. Sucesso a todos.

Josiel Machado Santos – Bibliotecário da União de Ensino Superior de Sabinópolis, em Minas Gerais

Li a revista *on line*, da qual gostei muito. Sou enfermeira e gostaria, se possível, de receber os exemplares em minha casa.

Joice Valquíria Ziebell – Paranambi, no Rio Grande do Sul

Ampliamos a tiragem da Revista Rede Câncer para 12 mil exemplares de distribuição gratuita. Pedimos que todas as solicitações de recebimento sejam acompanhadas de uma justificativa. Avaliaremos a possibilidade de inclusão no mailing e esperamos poder atender a todos os pedidos. Agradecemos os elogios e lembramos que todas as edições podem ser acessadas no endereço www.inca.gov.br/revistaredecancer.

notas

Foto: Gabriel Jabour



ENCONTRO REÚNE PROFISSIONAIS DE HEMOCENTROS

Nos dias 31 de julho e 1º de agosto, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados promoveram o 2º Encontro de Profissionais dos Hemocentros, em que apresentaram suas estratégias regionais de campanha. Na ocasião, foram premiados os hemocentros que mais contribuíram para o Registro Nacional de Doadores Voluntários de

Medula Óssea – REDOME: Minas Gerais, Paraná e a Santa Casa de São Paulo. Foram homenageadas também as instituições do Pará, de Goiás e do Ceará por trazerem uma diversidade genética maior para o Registro. No encontro, os participantes puderam conhecer, ainda, as exigências para que o REDOME seja inserido na rede de registros conveniados do National Marrow Donor Program – o banco de dados de doadores dos Estados Unidos. Foram divulgadas também as estatísticas atualizadas da área de transplante.

TROCA DE EXPERIÊNCIAS

O 5º Encontro Anual dos Diretores de Institutos de Câncer, promovido pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), reuniu representantes dos institutos de câncer do mundo inteiro, em Lyon, na França, de 16 a 18 de julho. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) foi representado no evento por seu diretor-geral, Luiz Antonio Santini, e pela coordenadora de pesquisa, Marisa Breitenbach. O diretor-geral apresentou as iniciativas do 2º Congresso Internacional de Controle do Câncer, incluindo a Aliança Latino-Americana e do Caribe para o Controle do Câncer. Os participantes do evento tiveram a oportunidade também de conhecer a infra-estrutura de Pesquisa do INCA e a experiência do Instituto na organização da Rede Latino-Americana de Banco de Tumores.



TREINAMENTO PARA REGISTRO DE CÂNCER

Na primeira semana de junho, mais de 50 profissionais de saúde de 14 estados brasileiros participaram do Curso de Formação Básica de Registradores de Câncer, promovido pela Divisão de Informação da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional de Câncer (CONPREV/INCA). A iniciativa faz parte das ações de prevenção e controle de câncer e busca capacitar os coordenadores e funcionários dos registros de Base Hospitalar (RHC) e de Base Populacional (RCBP) das cinco regiões do país para garantir a qualidade das informações sobre a doença.



COMITÊ DISCUTE VACINA CONTRA HPV

Instituído pelo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, no fim do ano passado, o Comitê Permanente para o acompanhamento da incorporação da vacina contra o HPV (vírus do papiloma humano) no Sistema Único de Saúde (SUS) se reuniu no dia 14 de agosto. No encontro, o Instituto Nacional de Câncer apresentou para discussão uma proposta de divulgação das ações do Comitê e das recomendações contidas no parecer sobre a incorporação da vacina, apresentado pelo grupo ao Ministério da Saúde. A construção de uma estratégia de comunicação é uma das prioridades do grupo. Além do INCA, o Comitê conta com representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).



Centro Colaborador da
Organização Mundial da Saúde
Programa Tabaco ou Saúde

BRASIL É CENTRO COLABORADOR DA OMS

A Organização Pan-Americana da Saúde anunciou, em junho, que o Instituto Nacional de Câncer (INCA) foi designado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como seu Centro Colaborador para o Controle do Tabaco para as Américas. A designação, pela terceira vez consecutiva desde 1997, vale pelos próximos quatro anos, período em que o Instituto continuará a integrar a rede de cooperação internacional da OMS. Um dos critérios para a escolha do centro colaborador é ser referência no controle do tabaco na região. Um dos destaques da política brasileira de controle do tabagismo é a atuação por meio da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ), que articula uma agenda governamental intersetorial em atendimento às obrigações definidas no tratado internacional de controle do tabaco. A Rede Ibero-Americana para o Controle do Tabaco (RIACT), liderada pelo INCA, é outro ponto importante da atuação brasileira. Somado a isso, a criação da nova série de advertências sanitárias, lançada por ocasião do Dia Mundial sem Tabaco, em 31 de maio, foi mais um passo estratégico, atendendo à pauta da OMS.

McDIA MOBILIZA VOLUNTÁRIOS

Coordenado pelo Instituto Ronald McDonald, o McDia Feliz aconteceu no dia 30 de agosto. Nesse dia, todo o dinheiro arrecadado com a venda de sanduíches Big Mac (exceto alguns impostos), além de material promocional como camisetas, bonés e chaveiros, é revertido para instituições de apoio e combate ao câncer infanto-juvenil. Sempre realizado no último sábado de agosto, o evento é o dia de maior movimento em mais de 500 restaurantes McDonald's, contando com uma mobilização de cerca de 30 mil voluntários. Ao longo dos 19 anos da campanha, a renda obtida com o McDia Feliz contribuiu para o crescimento do índice de cura da doença no Brasil: de 35%, no final da década de 80, para a média atual de 70%. A campanha já doou a mais de cem instituições brasileiras, em mais de 20 estados, cerca de R\$ 80 milhões. Os recursos têm viabilizado a implantação de unidades de internação, ambulatórios e salas de quimioterapia, casas de apoio e unidades de transplante de medula óssea.



entrevista

ADAIL DE ALMEIDA ROLLO

*Diretor de Articulação de Redes de
Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde*

Atenção à saúde: política em expansão

Uma teia de assistência hospitalar, formada por profissionais e gestores de saúde para levar ações de atendimento médico de qualidade ao cidadão, melhorando os indicadores de saúde no Brasil. A proposta representa um desafio para os que lutam pela implantação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde. As redes são desenhadas a partir de um conceito que inclui planejamento, gestão e financiamento em cooperação intergovernamental – nas três esferas – e permitem soluções de saúde integradas e adaptadas às necessidades da população de cada região. Esse princípio serve de base para um tipo ideal de organização de saúde, que é meta a ser atingida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como estratégia de transição hoje os chamados Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias). A idéia de regionalização da saúde nasceu na Inglaterra, onde foi idealizado o primeiro modelo de redes de atenção, em 1920. A iniciativa foi tão bem-sucedida naquele país que, posteriormente, chegou a ser “copiada” por russos e cubanos.





“Só conseguiremos abrangência e cobertura, se nos organizarmos em redes de serviço, de forma complementar e integrada.”

No Brasil, com a crise do Inamps, na década de 1970, foram iniciadas ações de integração no setor, como explica o diretor de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, Adail de Almeida Rollo. Em entrevista à **Rede Câncer**, Adail relata a estratégia central do ministro José Gomes Temporão de regionalização das redes integradas de atenção à saúde. Fala ainda do formato da Diretoria de Articulação, área nova, responsável por uma grande estratégia para recuperar a implantação de tais redes. “Só conseguiremos abrangência e cobertura, se nos organizarmos em redes de serviço, de forma complementar e integrada”, defende Adail. A Lei Orgânica 8.080, um dos fundamentos do SUS, reafirma essa questão, colocando a articulação em rede como pressuposto para avançar na integralidade da saúde no país. A previsão do Programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, é de que até 2011 sejam implantados 400 Territórios Integrados no Brasil.

Médico clínico, Adail Rollo tem especialização em Saúde Pública pela Unicamp e experiência na área de gestão. Já foi secretário de Saúde de Sumaré, em São Paulo, e diretor-presidente do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, de Campinas, também em São Paulo. Paulista, atualmente mora em Brasília, com a mulher, também médica. Neto de parteira e irmão de médicos, o contato com as questões de saúde se fez presente cedo na vida de Adail. “Faço parte de uma geração que lutou pela democracia e pelas questões sociais. Participei do movimento de reorganização do Sistema de Saúde e, desde então, atuo na área”, comenta.

Adail é também profissional de apoio a ensino, pesquisa e assistência da Unicamp, na área de Planejamento e Atenção à Saúde, e médico na área de Gestão e Planejamento da Prefeitura de Campinas. Ao longo de sua trajetória, somou outras experiências importantes, como a coordenação da política nacional de humanização da Secretaria de Atenção à Saúde, até chegar à Diretoria de Articulação das Redes de Atenção à Saúde, em 2007, cargo que ocupa até hoje.

REDE CÂNCER – De que forma o Ministério da Saúde pretende expandir as Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde?

ADAIL ROLLO – Por meio dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias), na concepção formulada pelo Pacto pela Saúde, em 2006, como regiões que funcionam a partir da gestão do cuidado coordenada pela atenção básica. Os Teias consistem, portanto, em uma estratégia intermediária de transformação dos atuais sistemas de saúde, que são fragmentados e de baixa capacidade de gestão, em redes regionalizadas, mais fortes, em termos de gerenciamento, ultrapassando questões políticas locais e somando esforços para um atendimento ágil e de qualidade à população.

REDE CÂNCER – Como o Ministério da Saúde estrutura os Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias)?

ADAIL ROLLO – A constituição de um Teia



pode se dar entre municípios, entre estados e mesmo entre países, desde que as unidades tenham identificação em termos culturais. A partir das necessidades de saúde da população a ser atendida, programamos a oferta assistencial, que deve ser feita para atenção básica, especializada e hospitalar de uma determinada região. A metodologia de modelagem dos Teias inclui, em primeiro lugar, a conformação do território, que deve ter entre 100 mil e até 400 mil habitantes, a detecção dos principais problemas de saúde e, então, a criação de um plano de investimento tripartite, para, com os recursos disponíveis, iniciar a ação assistencial.

REDE CÂNCER – Quando foi retomada a questão dos Teias no país?

ADAIL ROLLO - Em 2006, com o Pacto pela Saúde, é retomada a questão da regionalização, com critérios mais flexíveis, de acordo com a diversidade existente no país. É um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade no SUS. O Pacto também redefine as responsabilidades de cada gestor. Entre as prioridades, estão a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e a redução da mortalidade por câncer do colo do útero e de mama, entre outras.

REDE CÂNCER – Quais são os maiores desafios para o sucesso dos Teias?

ADAIL ROLLO – O desafio desses territó-

rios em rede é fazer uma gestão que integre diferentes localidades, uma vez que as unidades vão atender populações de diversos municípios, com realidades distintas. As primeiras iniciativas foram feitas no Ceará. Curitiba tem também uma boa experiência. Recentemente, Minas Gerais e Sergipe estão em bons momentos de implantação. Basicamente, há dois fatores que contribuem para o sucesso dos territórios: o compromisso dos dirigentes e o envolvimento das equipes de saúde. Estamos aprendendo também com outros países, como Espanha, Canadá e Cuba. Para que um Teia funcione bem, pretendemos colocar mais recursos na atenção primária e secundária, ou seja, construir pronto-socorro onde não há, criar mais leitos. Dificuldades existem, pois cada região tem as suas particularidades.

REDE CÂNCER – Como é determinada a criação de um Teia?

ADAIL ROLLO – O critério de modelagem dos Teias é a proximidade e o sentimento de pertencimento devido à interatividade cultural das regiões. É necessário trabalhar também em escala, ou seja, na criação de grandes hospitais que atenderão populações de mais de um município para baixar custos e viabilizar a rede. Outro conceito novo importante que a saúde está trabalhando é priorização da atenção básica, em que é necessário fazer um diagnóstico de qualidade e seguro para que toda a rede de cuidados funcione sem desperdícios. Os países que apresentam sustentabilidade na saúde têm atenção primária forte, equipes valorizadas. Isso acontece na Espanha, no Canadá e na Inglaterra, entre outros países.

REDE CÂNCER – Quais serão os principais benefícios imediatos para a população?



ADAIL ROLLO – Os benefícios de ter uma rede de atenção de boa qualidade se refletem em vários aspectos, como redução da mortalidade infantil, de doenças crônicas e da taxa de internação, entre outros. O que o programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, define como meta é que, até 2011, existam ao menos 400 Teias implantados no Brasil. É um desafio instigante e difícil. Precisamos de recursos e políticas de valorização de profissionais da saúde e de gestores, além de boa formação das equipes. Dentro dos Teias haverá centros especializados oncológicos e ampliação de acesso à farmácia e aos medicamentos, entre outros. Já há previsão orçamentária de recursos para a implementação de atenção primária e secundária nessas 400 regiões.

REDE CÂNCER – Qual o impacto da estruturação efetiva desses territórios para o controle do câncer no país?

ADAIL ROLLO – Infelizmente, o que vemos hoje no SUS é que pacientes chegam com a doença em estágio já avançado, com menos chances de boa sobrevida. Nesse novo modelo de gestão, pretendemos realizar o diagnóstico da doença mais precocemente para aumentar e melhorar a sobrevida dos pacientes, com a otimização de serviços de detecção precoce. Vale ressaltar que, ao analisar a mortalidade proporcional no período de 1930 a 2003, observa-se uma transformação no perfil de morte da população brasileira. Enquanto as mortes por doenças infecciosas e parasitárias foram reduzidas de 46% para 5% no período, os óbitos relacionados às doenças crônicas não-transmissíveis – DCNTs (doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas) tiveram um aumento

substancial, chegando, em 2003, a dois terços da totalidade das causas conhecidas de morte. Para se ter uma idéia, nos países em que há sistema de saúde bem-sucedido, a taxa de óbitos de doentes crônicos, por exemplo, é de 300 por 100 mil habitantes. A do Brasil é de 600 por 100 mil habitantes, portanto temos muito o que fazer. No caso do controle do câncer, especificamente, o que se pretende é ampliar o acesso às ações de prevenção e diagnóstico precoce da doença com a implantação dos Teias.

REDE CÂNCER – O Ministério da Saúde espera uma mudança de paradigma na atenção básica com as redes regionalizadas?

ADAIL ROLLO – Nos Teias, temos instrumentos de gestão clínica para obtermos bons resultados e mudança de indicadores. Daí a importância do prontuário eletrônico e das trocas de experiência a distância, entre outras iniciativas. Os Teias fazem parte de um processo novo de regionalização da saúde. É um processo de mudança que está em curso na forma de organizar o SUS. Há locais mais avançados e outros menos. Na modelagem e estruturação do território, é fundamental o fortalecimento da atenção primária e a capacitação de profissionais para a nova modalidade de gestão. Se estudarmos os modelos de saúde, nos sistemas que utilizam rede, como o inglês, os custos por paciente são de US\$ 1.500 a US\$ 2.000 por habitante por ano. Nos demais, esses custos podem chegar até o dobro ou mais. A boa gestão em rede, além de reduzir gastos, melhora também os indicadores de saúde. Esse é o grande fundamento, pois a produção de saúde tem uma série de condicionantes muito amplas. Para haver bons resultados nesse setor, é necessário fazer convergir várias tecnologias e ações.

artigo

BETÂNIA BUSSINGER

Mestra em Engenharia de Telecomunicações pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

Efeitos biológicos da telefonia celular

A tecnologia sempre nos parece algo relacionado apenas ao bem-estar, à modernidade e à simplificação de atos de nossa vida social. No entanto, a relação entre homens e “máquinas”, ao longo dos anos, pode ser geradora de efeitos biológicos nocivos, nem sempre conhecidos e dimensionados antes de sua utilização. Objeto de estudo científico, a telefonia celular por expor o ser humano à radiação, produz uma gama de efeitos biológicos que vêm sendo alvo de pesquisas nacionais e internacionais. Esses estudos pretendem alertar os usuários e as autoridades reguladoras do setor de telecomunicações para os possíveis riscos que a sua utilização em demasia pode acarretar à saúde pública.

É inquestionável, no entanto, que as comunicações móveis celulares marcaram profundamente o comportamento social no último século e incorporaram-se de modo definitivo ao dia-a-dia de milhões de pessoas no mundo inteiro, que passaram a ficar imersas em ambientes cada vez mais servidos por radiações eletromagnéticas. Eventualmente, esse tipo de radiação pode causar efeitos biológicos. As chamadas radiações não-ionizantes – ou seja, aquelas geradas por emissões de rádio, TV, forno de microondas e pelos celulares – podem provocar efeitos, classificados como térmicos ou não-térmicos. Os tér-



Foto: Sherrie Smith

micos surgem diretamente do aquecimento dos tecidos, como resultado da absorção de parte da energia transportada pela onda eletromagnética. Já os não-térmicos são resultado da interação direta de campos eletromagnéticos com as moléculas que formam o tecido sem estar relacionados com o calor, podendo também gerar danos no organismo.

Atualmente, se considerados apenas os efeitos térmicos, os níveis de radiação aos quais as pessoas podem ser submetidas são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e seguidos no Brasil, conforme orientação da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel). A agência, respeitando as normas internacionais ICNIRP (International Commission on Nonionizing Radiation Protection), por meio de regulamento, estabelece os limites para a exposição humana a campos elétricos, magnéticos e eletromagnéticos, na faixa de radiofrequência entre 9 kHz e 300 GHz. Ou seja, a Anatel regulamenta valores-limite considerados seguros para a exposição humana dentro dessa faixa de frequência. Vários países e algumas cidades brasileiras, como Porto Alegre e Campinas, no entanto, já fixam níveis de radiação abaixo daqueles preconizados pela OMS, obedecendo ao “Princípio da Precaução” – critério aplicado em circunstâncias de risco em potencial em que há necessidade de tomar atitudes sem esperar resultados de pesquisas científicas.

“A telefonia celular, por expor o ser humano à radiação, produz uma gama de efeitos biológicos que vêm sendo alvo de pesquisas nacionais e internacionais.”

Os efeitos biológicos são respostas a um estímulo específico, como a exposição do organismo, por longo período de tempo, às radiações provenientes das comunicações móveis celulares. Os estímulos podem gerar mudanças por estressar o organismo, apesar de o corpo humano possuir seus mecanismos regulatórios para enfrentar esses tipos de agressão. Assim, a radiação não é apenas fonte de energia inócua, podendo ser uma verdadeira ameaça aos seres

vivos, quando não adequadamente utilizada. A radiação não-ionizante provoca efeito cumulativo, variável de acordo com o período de exposição e com a reação de cada organismo.

Pesquisas nacionais e internacionais realizadas em mais de 42 países, ao longo de dez anos, revelam que, mesmo potências mais baixas, ao penetrarem em nossos cérebros, podem prejudicar o organismo. Isso já foi demonstrado, repetidas vezes, em experiências com cobaias, com análises *in vitro* e por meio de pesquisas epidemiológicas. Em 60% dos estudos, foi evidenciado efeito biológico. Essas pesquisas, entretanto, devem durar mais que dez anos, tendo em vista os longos períodos de latência dos tumores cerebrais, efeito biológico mais registrado nos estudos até o momento. Os resultados mostram um aumento de risco de desenvolvimento de diversos tipos de tumor cerebral (como gliomas, astrocitomas, neurinomas acústicos, meningiomas etc.), entre os usuários mais constantes. Foram verificados ainda vários danos também à pele do usuário e ao ouvido – sempre do lado em que se utiliza mais o celular.

Mas o que seria uma exposição prolongada ao celular? Considera-se exposição prolongada de duas a três mil horas de uso, correspondendo a cerca de meia a uma hora por dia, durante seis ou mais anos, coincidindo com o lado da cabeça em que os celulares são usualmente operados. Adiciona-se agora a isso uma enorme utilização de sistemas sem fio (tipo *wireless*, como *WiFi*, *WiMax*, *Bluetooth* etc.), que são certamente em baixo nível, mas, com longos tempos de exposição, também aumentam substancialmente os riscos à saúde. Lamentavelmente, estamos todos expostos às conseqüências de uma tecnologia largamente utilizada, antes mesmo de ter provado ser inócua à saúde.

Faz-se prudente, portanto, um alerta para o fato de os indivíduos que utilizam celulares, com frequência excedente às consideradas aceitáveis, serem mais propensos a sofrer efeitos biológicos causados pela radiação não-ionizante das comunicações móveis celulares. A proposta desse debate é, como acontece em vários países da Europa, estimular órgãos reguladores do serviço no Brasil a reduzir, por conta própria, os valores-limite para exposição à radiação, obedecendo ao chamado “princípio da precaução”. Outro ponto importante dessa discussão é informar à população os riscos e os cuidados necessários à correta utilização dos aparelhos celulares para que danos à saúde sejam evitados em um futuro próximo. ■

capa

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE IDENTIFICA SUCESSOS E DESAFIOS PARA O PROGRAMA BRASILEIRO

Retrato do controle do tabagismo no Brasil

Entre 12 e 27 de maio, o Brasil recebeu uma missão da Organização Mundial da Saúde (OMS), formada por 23 especialistas nacionais e estrangeiros, que acompanharam de perto a experiência do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, criado em 1989. O resultado dessa avaliação inédita, a primeira do tipo realizada no mundo e que servirá como modelo para a aplicação em outros países, ressalta os principais êxitos e os desafios prioritários do país no esforço de combate ao tabaco.

“O Brasil é uma liderança global no controle do tabagismo e sempre esteve na fronteira de novas políticas. Os impactos dessa ação abrangente já podem ser vistos na queda do número de fumantes”, aponta Armando Peruga, líder da missão da OMS no Brasil e coordenador de construção e implementação de políticas públicas da Iniciativa Livre de Tabaco, da OMS. Segundo Peruga, o Brasil foi escolhido para receber a missão da OMS por sua atuação abrangente em estratégias de baixo custo no controle do tabagismo e pela complexidade do seu sistema de saúde.



A missão faz parte de uma escalada nas ações da OMS sobre o controle do tabagismo. No início do ano, a entidade lançou o WPower, primeira análise de escopo global sobre os esforços no controle do tabagismo. A principal conclusão do relatório é de que apenas 5% da população mundial vive em países que adotam medidas-chaves para a redução do tabagismo.

A missão da OMS visitou 74 instituições governamentais e da sociedade civil no Rio de Janeiro, Paraíba, São Paulo, Brasília e Rio Grande do Sul, em uma maratona com 191 entrevistas com profissionais de saúde que participam das diversas esferas de atuação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. O grupo de especialistas usou como parâmetro

a Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco, tratado internacional de saúde baseado na constatação de que o tabagismo é uma epidemia global, adotado pela OMS em 2003 e que teve a adesão do governo brasileiro em 2006.

Os resultados parciais da missão da OMS foram apresentados em Brasília no dia 27 de maio. Tânia Cavalcante, chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional de Câncer (INCA), foi uma das principais anfitriãs da missão da OMS no Brasil. “Os avaliadores estrangeiros ficaram muito impressionados com a característica de descentralização das ações no Brasil, própria do Sistema Único de Saúde”, conta.

A versão preliminar da avaliação realizada no Brasil tem espaço para elogios, principalmente no que se refere também à capacidade de monitoramento de resultados e ousadia nas restrições à publicidade. Ao mesmo tempo, destaca o dilema saúde pública versus os grandes interesses da indústria, do comércio e da agricultura.

Política de preços e impostos, investimento pesado na informação de jovens e controle rigoroso do fumo em locais fechados são alguns dos principais itens na pauta de recomendações da OMS para o programa brasileiro anti-tabagismo. O assunto promete gerar polêmica. Perguntado sobre o que diria se pudesse dar apenas um conselho ao país, Peruga é incisivo: “aumentar imediatamente os preços do cigarro e implementar os ambientes 100% livres da fumaça do tabaco”.

NÚMEROS

No mundo

- Um terço da população mundial adulta fuma = 1,2 bilhão de fumantes
- 5 milhões de mortes/ano (50% nos países em desenvolvimento)
- 10 mil mortes por dia
- Redução de 1% ao ano no número de fumantes

No Brasil

- Dois terços dos fumantes existentes no mundo estão concentrados em dez países, entre eles o Brasil
- 16% da população acima dos 18 anos fumam
- A prevalência de fumantes caiu de 34%, em 1989, para 16%, em 2006

Restrição à publicidade no foco das campanhas para os jovens



Imagens: Divulgação Ministério da Saúde

O combate ao tabagismo entre jovens está no foco das ações da Organização Mundial da Saúde (OMS). A maioria dos fumantes experimenta o primeiro cigarro e se torna dependente antes dos 18 anos. Cerca de 100 mil jovens começam a fumar a cada dia. No Brasil, a experimentação entre jovens é alta. Dados do Vigescola, um inquérito realizado em escolas em 17 capitais brasileiras, sob a coordenação do INCA, apontam que a porcentagem de estudantes que experimentaram cigarros variou, no sexo masculino, de 58%, em Fortaleza, a 36% em Vitória. No sexo feminino, entre 55%, em Porto Alegre, e 31%, em Curitiba.

O líder da missão da OMS ao Brasil afirma que, para sobreviver, a indústria do tabaco precisa substituir as pessoas que largam o cigarro, ou que morrem, por jovens consumidores, e que uma rede de marketing captura milhões de jovens em todo o mundo, tornando-se potenciais destruidores do ponto de vista da saúde pública. “O banimento total da publicidade do tabaco é um estratégia para proteger os jovens”, aponta Peruga.

O Brasil foi pioneiro em ações de restrição da publicidade de derivados do tabaco, com a Lei 9.294, de 1996. Guilherme Fernandes, promotor de justiça do



Ministério Público do Distrito Federal, critica a brecha da lei que permite a publicidade em pontos de venda e conta que desde 2006 está parada no Supremo Tribunal Federal uma ação da Confederação Nacional das Indústrias para liberação da publicidade no país. “Recebemos muitas denúncias de eventos que recebem patrocínios de indústrias de tabaco, mas, na maioria das vezes, faltam provas. Sem evidências concretas, infelizmente, não podemos ingressar com ação”, ressalta.

Segundo a campanha mundial Juventude Livre do Tabaco, lançada pela OMS para o Dia Mundial sem Tabaco de 2008, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, lançou uma campanha agressiva voltada para jovens. Uma das peças da campanha Fique Esperto! indicava a prática de product placement – uma estratégia de posicionamento de produtos – em filmes e novelas. O Conselho de Auto-Regulamentação Publicitária (Conar) reagiu, encaminhando uma representação ao Ministério da Saúde.

Em nota, o Conar informa que a legislação federal e o Código de Auto-Regulamentação são amplamente restritivos em relação à publicidade dos produtos de fumo e só permitem comunicação através de pôsteres afixados na parte interna dos pontos de venda da mercadoria. “Não temos a percepção da ocorrência de product placement, mesmo porque tal prática consistiria em grave infração à legislação sanitária, a ser coibida de imediato”, afirma a nota. Guilherme Athia, diretor de Assuntos Corporativos da Philip Mor-

ris Brasil, afirma que a empresa não vê menores de idade como futuros consumidores. “O marketing da Philip Morris Brasil foca somente os adultos fumantes de nossas marcas e das marcas de nossos concorrentes”, descreve.

“Em relação ao nosso futuro, acreditamos que o mercado de adultos fumantes continuará a existir, pois os nossos futuros consumidores são os adultos que optam por fumar ou que atualmente fumam marcas de concorrentes”, afirma, acrescentando que a empresa atua na capacitação de varejistas sobre a venda para menores de idade. A Philip Morris International é líder do mercado internacional de tabaco, atuando em 160 países. Em 2007, respondeu por 15,6% no mercado internacional de cigarros fora dos Estados Unidos, com uma receita operacional de US\$ 8,9 bilhões.

Segundo Paula Johns, diretora executiva da organização não-governamental Aliança de Controle do Tabagismo (ACTBr), apesar de a indústria alegar que a publicidade de cigarros é voltada para adultos, documentos internos da indústria do tabaco demonstram que seu público-alvo é o jovem fumante em potencial e que as empresas fabricantes gastam milhões em pesquisas para monitorar o comportamento e as preferências de jovens a fim de incentivá-los a fumar e continuar fumando. “A indústria promove eventos, festas fechadas, cria pontos de venda ambulantes. Enfim, o que cabe nas brechas da lei que restringe a publicidade é praticado”, aponta Paula, acrescentando que os departamentos jurídico e de marketing trabalham juntos para garantir que os objetivos da empresa ‘caibam’ dentro da lei.

O jornalista Wilson da Costa Bueno, professor na Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, mantém um *blog* em que critica as iniciativas da indústria do tabaco. Segundo Bueno, o conceito de responsabilidade social tem sido apropriado indevidamente por empresas, interessadas em promover um trabalho de “limpeza de imagem”. O jornalista afirma que a indústria do tabaco realiza ações e desenvolve estratégias para se legitimar, buscando burlar a legislação e a opinião pública. “No jornalismo, ela se insinua, quase sempre, entre os principais veículos de comunicação, patrocinando portais ou cursos para formação de jornalistas promovidos por grandes jornais”, denuncia.

RECOMENDAÇÕES DA OMS

- BANIR A PUBLICIDADE EM PONTOS DE VENDA;
- LIMITAR AS AÇÕES DE RESPONSABILIDADE SOCIAL DAS EMPRESAS DE TABACO.

NOVAS IMAGENS DE ADVERTÊNCIA PARA OS MAÇOS CHOCAM

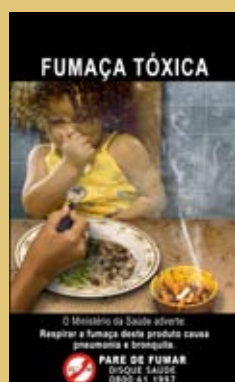


Um feto em um cinzeiro, um pé com gangrena, um paciente terminal observado pela família no leito do hospital: as novas imagens de advertência, que estamparão os maços de cigarro, são duras de olhar. O uso de imagens nos maços como estratégia de informação surgiu no Brasil em 2001 –

a segunda iniciativa desse tipo no mundo. Esta é a primeira vez em que as imagens e mensagens foram selecionadas com base em um estudo sobre o seu potencial de aversão.

Segundo Eliane Volchan, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), as advertências sanitárias têm como objetivo não só informar as conseqüências do cigarro, mas provocar um efeito de contramarketing, desconstruindo o apelo prazeroso da própria embalagem. "Seu efeito é potencializado em

não-fumantes porque estes ainda não estão presos ao ciclo da dependência", admite a neurocientista, especialista em psicofisiologia da emoção. Realizado entre 2006 e 2008 pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), o estudo também contou com a participação da Universidade Federal Fluminense (UFF), da



Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).



A preço de banana

OMS INDICA POLÍTICA DE PREÇOS E IMPOSTOS SOBRE O CIGARRO COMO PRIORIDADE NO CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL

O relatório da missão da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo é taxativo sobre o preço de derivados de tabaco: o cigarro é barato demais no Brasil. O preço médio do cigarro Classe I era, segundo o IBGE, de R\$ 2,64 em janeiro. "A ação sobre impostos deve começar com um aumento imediato sobre as marcas mais baratas. O Governo deveria assumir um compromisso de aumentar substancialmente os preços do cigarro nos próximos anos, por motivo de saúde pública", recomenda Armando Peruga, da OMS.

Um estudo patrocinado pelo Banco Mundial (BIRD), publicado em 2007, aponta o aumento de preços e o combate mais rigoroso ao comércio ilegal como formas de reduzir o consumo do cigarro. O economista Roberto Iglesias, professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) e um dos autores do estudo, explica que os preços da maioria dos produtos do tabaco não acompanharam a inflação. Por isso, o preço real do produto, de acordo com as medições do IBGE, está mais baixo. Para corrigir essa discrepância, seria necessário aumentar o valor de impostos sobre o produto.

Segundo o estudo do BIRD, para retornar a preços realistas a curto prazo, seria necessário um aumento de 23% sobre o preço médio de 2005, ou de 118% da taxa média do IPI de 2005. Tendo como base os preços de 2005, isso resultaria num preço médio de varejo de R\$ 2,72 (aproximadamente US\$ 1,36), o que reduziria o consumo em aproximadamente 11%, ou em torno de 100 cigarros legais *per capita* por ano. Paralelamente, é fundamental ampliar o combate ao comércio ilegal e ao contrabando de cigarros. "O contrabando do cigarro é feito através de carregamento de médio porte e de forma pulverizada, o que dificulta sua fiscalização", sintetiza Iglesias.

RECOMENDAÇÃO DA OMS

- INICIAR UMA POLÍTICA DE LONGO PRAZO GRADUAL E SISTEMÁTICA PARA O AUMENTO DE IMPOSTOS.

Desafios na lavoura

O Brasil é o segundo maior produtor de soja e de tabaco no mundo. As semelhanças param por aí: enquanto a soja envolve latifúndios num sistema altamente mecanizado, 95,9% do cultivo de fumo são baseados em pequenas lavouras familiares. Estima-se que 200 mil famílias estejam envolvidas no cultivo do tabaco no país, 95% delas no Sul. Estados do Nordeste concentram o restante.

Aos 12 anos, Albino Gewehr já acompanhava os pais na lavoura de fumo na cidade de Candelária, no interior do Rio Grande do Sul. Das 6 mil famílias que vivem no município, 4 mil dedicam-se à atividade. Técnico agrícola, Albino ingressou no movimento sindical e hoje atua como assessor técnico da Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar da Região Sul (FetraSul), representando a Central Única de Trabalhadores (CUT) na Câmara Setorial da Cadeia Produtiva do Fumo, junto ao Governo Federal. “A relação de trabalho entre um agricultor semi-analfabeto, que vive nos cantões do Sul, e um oligopólio multinacional nunca poderia ser equilibrada”, dispara.

O fumo de exportação tem alto valor de mercado. O faturamento do setor de tabaco no Brasil foi de R\$ 15,3 bilhões em 2007. Apenas 22% ficam com o produtor. Na década de 1960, segundo Albino, a fumicultura funcionava com base em cooperativas, que foram desestruturadas com a entrada das empresas multinacionais no país. “Os contratos com a indústria asseguram a comercialização da produção, entre outras garantias”, afirma. A FetraSul vem desenvolvendo experiências em pequena escala para a estruturação de cooperativas.

O advogado Guilherme Eidt, especialista em aná-

lise sócioambiental e mestre em Direito constitucional, afirma que as indústrias fumageiras rebaixam a classificação das folhas que são pré-classificadas pelos agricultores, submetendo-os a endividamentos programados. “Eles se vêem obrigados a seguir plantando fumo para pagar dívidas, numa forma de servidão moderna”, denuncia. A ampla utilização de trabalho infantil também é denunciada pelo especialista.

Desenvolvido pela Secretaria de Agricultura Familiar do Ministério do Desenvolvimento Agrário desde 2005, o Programa de Diversificação nas Áreas Cultivadas com Tabaco conta com um aporte de recursos da ordem de R\$ 10 milhões, beneficiando direta e indiretamente 19 mil famílias no Sul, Paraíba, Alagoas, Sergipe e Bahia. “O objetivo é criar oportunidades e estimular as famílias de agricultores a tomarem a decisão de reduzir o cultivo do tabaco”, defende Adriana Gregolin, coordenadora do programa.

Os desafios do campo também passam pela saúde do fumicultor. Silvana Rubano Turci, chefe da Área de Programa de Câncer Ocupacional e Ambiental do INCA, alerta, para a necessidade de investigar a doença da folha do tabaco verde. “Trata-se de um quadro de intoxicação, com náusea, vômitos e dor de cabeça, insônia, relacionado à nicotina presente nas folhas de tabaco que é absorvida pela pele durante o processo de colheita, classificação e amarração das folhas”, indica.

RECOMENDAÇÃO DA OMS

- DIVERSIFICAÇÃO DE CULTURAS GARANTINDO MEIOS DE FINANCIAMENTO

Divulgação: Fetra-sul



Ambientes *quase* livres de tabaco

Mesa na área de fumantes ou não-fumantes? Essa frase já não faz mais parte do diálogo entre clientes e garçons em algumas cidades brasileiras, como Recife, Rio de Janeiro e Distrito Federal. “A Lei 9.294, de 1996, proíbe o uso de produtos derivados do tabaco em recintos coletivos. O decreto que a regulamentou criou uma brecha, já que não conceitua o que é coletivo, mas inova, dizendo que ambiente coletivo é o ambiente fechado”, avalia Guilherme Fernandes Neto, promotor de justiça do Ministério Público do Distrito Federal. A solução, ele aponta, passa por uma revisão da legislação.

O conceito de ambientes 100% livres da fumaça do tabaco é uma das diretrizes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. A base fundamental são as evidências científicas de que não existem níveis seguros de exposição à fumaça ambiental do tabaco. No Brasil, desde o início de 2008, um projeto de lei sobre o tema, apresentado pelo Ministério da Saúde, está em análise no Palácio do Planalto.

A exposição ocupacional de profissionais no setor hoteleiro e de lazer é um dos pontos centrais. Estudos indicam que os garçons são os profissionais mais expostos aos riscos da fumaça ambiental do tabaco: até 600% mais expostos ao tabaco que os próprios fumantes. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) prevê no artigo 157 a proteção do trabalhador em relação a doenças ocupacionais. Some-se a isso a norma regulatória 09, do Departamento Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho, que estabelece a obrigatoriedade da implementação de um programa de prevenção de riscos ambientais.

O procurador Guilherme Fernandes esteve à frente, em 2004, de ações pioneiras do Distrito Federal, primeira unidade da Federação a adotar a eliminação do conceito das áreas de fumantes e restringir o fumo em locais fechados. Em 2006, foi a vez de João Pessoa, na Paraíba. Em fevereiro de 2008, Recife investiu em um processo de pactuação envolvendo Ministério Público, Secretaria de Saúde, vigilância sanitária, proprietários e funcionários do setor de lazer.

A negociação com proprietários dos 7.400 estabelecimentos envolvidos percorreu um caminho com mais percalços, mas o balanço final foi positivo. O presidente do Sindicato dos Hotéis, Bares, Restaurantes e Similares de Pernambuco, Julio Crucho, conta que os estabelecimentos adotaram amplamente a medida. Segundo ele, a entidade vem questionando recentemente



AMBIENTES FECHADOS LIVRES DE TABACO.
UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E OCUPACIONAL.

www.actbr.org.br

a possibilidade de fumar em áreas descobertas. A coordenadora do programa de controle do tabagismo do município, Maristela Menezes, adianta que o próximo foco da política de ambientes 100% livres do tabaco serão os estabelecimentos de ensino.

Em maio, o Rio de Janeiro proibiu o fumo em ambientes fechados por meio de decreto da Prefeitura. No entanto, disputas judiciais frearam o processo. “O argumento dos donos de estabelecimentos, de que haveria perdas econômicas, não tem embasamento. No Rio, apenas 17% da população fuma”, afirma a gerente do Programa de Controle de Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde, Sabrina Pressman. “A partir da experiência de outros países, em que aconteceu a definição dos ambientes 100% livres do tabaco, sabemos que não houve queda de vendas nos estabelecimentos”, afirma Tânia Cavalcante, chefe da Divisão de Controle de Tabagismo do INCA, que é taxativa em afirmar que não existem hoje mecanismos de ventilação capazes de inibir os efeitos da fumaça ambiental do tabaco.

Na indústria, as opiniões estão divididas. Guilherme Athia, diretor de Assuntos Corporativos da Philip Morris Brasil, afirma que as conclusões das autoridades de saúde pública são suficientes para justificar medidas que regulamentem o consumo de cigarro em locais públicos, mas pondera que as regulamentações deveriam permitir a disponibilização de espaços confortáveis onde fumar. “A futura legislação sobre o fumo em público deve levar em consideração os avanços tecnológicos que possibilitaram o desenvolvimento de produtos de tabaco que reduzem de forma substancial a geração de fumaça ambiental de tabaco”, opina.

RECOMENDAÇÃO DA OMS

- IMPLEMENTAR UMA LEI FEDERAL DE AMBIENTES 100% LIVRES DO TABACO.

Tratamento para quem precisa

O cigarro é comprovadamente um gerador de dependência química, definido pela Classificação Internacional de Doenças (CID) como um distúrbio mental e de comportamento devido ao uso de tabaco. Nesse processo, o principal agente é a nicotina, que age sobre receptores cerebrais causando a liberação de dopamina, que tem efeito estimulante efêmero, proporcionando a sensação de prazer. Com a queda dos níveis de nicotina no sangue, a pessoa passa a sofrer efeitos de abstinência, como ansiedade, irritabilidade e angústia, levando-a a fumar novamente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 80% dos 1,3 bilhão de fumantes de todo o mundo queiram parar de fumar. Desde 2004, o Brasil oferece tratamento gratuito para a cessação do tabagismo em diversas unidades básicas de assistência do Sistema Único de Saúde. O processo envolve uma abordagem que contempla aspectos físicos, emocionais e comportamentais. Os medicamentos, fornecidos gratuitamente pelo Governo, são utilizados quando o diagnóstico médico relativo à intensidade de dependência aponta necessidade.

Cremilda Silva, coordenadora do Programa de Tabagismo no Espírito Santo, conta que o estado começou a oferecer tratamento para o tabagismo em unidades de saúde do SUS ainda em 1997, a partir da capacitação de uma profissional da secretaria no INCA. “A maioria dos fumantes diz que gostaria de deixar de fumar, mas prefere adiar essa decisão ou muitas vezes acredita que poderá fazê-lo por conta própria”, afirma.

O sanitarista e pneumologista Alberto José de Araújo, diretor do Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo (NETT) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), conta que o surgimento de diferentes classes de medicamentos foi uma importante mudança no tratamento do tabagismo na última década. Alberto afirma que houve uma mudança de postura dos próprios fumantes, preocupados em alcançar melhor qualidade de vida, e lembra que os fumantes que buscam ajuda profissional para o tratamento conseguem parar de fumar, fazendo, em média, de três a sete tentativas ao longo da vida.

O relato da dona-de-casa Amira Aloquier é um exemplo do sucesso do programa e verdadeira história de superação. No momento mais difícil de sua vida, quando descobriu que a filha caçula, então com dez anos, tinha um tumor no cérebro, decidiu largar os 90 cigarros que fumava diariamente. Amira acompanhava a filha em tratamento no INCA e foi “levada pela mão”, como diz, entre risos, “quase arrastada” pela psicóloga da Pediatria, ao programa de tratamento. Amira está livre do cigarro há um ano e três meses e sua filha vive com saúde.

No Rio de Janeiro, a oferta de tratamento na rede pública começou em 2004, com 15 unidades. Hoje são 76 unidades, atendendo 20 pacientes a cada mês. Sabrina Presman, gerente do Programa de Controle de Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio, conta que mais de mil profissionais de saúde já foram capacitados e os interessados em receber o treinamento para implantação do serviço em novas unidades de saúde precisam aguardar em uma fila de espera. Sabrina acredita que o acompanhamento dos pacientes a longo prazo ainda é um desafio. “Cerca de 45% dos pacientes que passaram pelo tratamento conseguiram parar de fumar. Precisamos saber quem são essas pessoas que não tiveram sucesso e por quê”, aponta.

RECOMENDAÇÃO DA OMS

- AVALIAR A EFICÁCIA DA ESTRATÉGIA PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.



prevenção

ESTUDOS REVISAM CONDUTAS PARA CÂNCER DE PRÓSTATA



Mudança de paradigma

Para detectar precocemente o câncer, há duas estratégias: o diagnóstico em indivíduos com sintomas e o rastreamento, conjunto de exames preconizados para a prevenção de pessoas assintomáticas. A tecnologia de rastreamento, definida por políticas públicas de saúde, é sempre norteadas por evidências científicas bem embasadas, a partir de revisões sistemáticas da literatura disponível sobre o tema. Só há recomendação para que seja implantada uma política de rastreamento quando a realização de exames diminui as taxas de mortalidade por uma determinada doença. No caso do câncer de próstata, todas as revisões das pesquisas de boa qualidade científica até hoje realizadas apontam que não há evidências de que a realização de exames em homens sem sintomas reduza a mortalidade dos que se submetem a esses procedimentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) não recomenda a estruturação de pro-

gramas de rastreamento para o câncer de próstata.

Estão em curso, atualmente, dois grandes estudos que investigam o impacto do rastreamento da doença na mortalidade masculina. São eles o *European Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC), realizado em oito países (Holanda, Suécia, Finlândia, Bélgica, França, Espanha, Itália e Suíça), e o *Prostate, Lung, Colorectal and Ovary* (PLCO), nos Estados Unidos. Até agora, as pesquisas constataram excesso de diagnóstico da doença nos grupos analisados e a maior probabilidade de encontrar tumores de lenta progressão que, muitas vezes, nem chegariam a afetar a saúde do homem, mas, quando detectados, exigem que os pacientes se submetam ao tratamento.

Especialistas em câncer de próstata do serviço de saúde britânico, o National Health Service (NHS), um dos mais conceituados mundialmente, concordam que não existe hoje um método confiável para



“Continuamos preocupados com a doença e aconselhamos investimentos no diagnóstico e no tratamento dos doentes, o mais precocemente possível.”

Ana Ramalho - gerente da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do INCA

rastreamento da doença antes que ela provoque os primeiros sintomas. Portanto, o que está em questão é que o rastreamento, por meio do teste do PSA (da sigla em inglês para dosagem do antígeno prostático específico) e do exame digital da próstata (toque), não consegue ainda diferenciar os cânceres que podem progredir daqueles que terão “comportamento indolente”, ou seja, evolução lenta – que são a maioria. Como consequência, ocorre um excesso de tratamento de cânceres com curso pouco agressivo. Esse tratamento desnecessário de uma doença que não evoluiria, traria mais malefício do que benefício, por causar ansiedade dispensável ao paciente e efeitos colaterais sérios. Ainda de acordo com o NHS, em relação ao tratamento da doença, cerca de 25% dos homens que fazem a retirada total da próstata vão apresentar incontinência urinária e 70% dos homens submetidos a essa cirurgia terão problemas de ereção. Por essas conclusões, o serviço de saúde britânico não recomenda o rastreamento para esse tipo de câncer.

Dedicada à pesquisa, ao diagnóstico e tratamento do câncer, a entidade Cancer Research UK, no Reino Unido, apóia programas de rastreamento que se têm mostrado efetivos em reduzir o número de

mortes, como ressalta o médico Alison Ross, diretor de Informação Científica da instituição. A respeito do uso do PSA, Ross destaca: “A evidência sugere que o exame é útil para homens que já tenham sintomas associados a esse tipo de câncer.” Ele explica ainda que, embora os exames de PSA sejam amplamente usados nos Estados Unidos, há problemas em relação à segurança do teste, como o fato de o exame poder identificar incorretamente o câncer de próstata em alguém que não tenha a doença.

Com base nessas evidências científicas, a recomendação do Instituto Nacional de Câncer (INCA), como órgão do Ministério da Saúde, é não organizar política de rastreamento de câncer de próstata no país. “Continuamos preocupados com a doença e aconselhamos que sejam feitos investimentos no diagnóstico de pacientes com sintomas e no tratamento dos doentes, o mais precocemente possível”, afirma Ana Ramalho, gerente da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do INCA. Portanto, o instituto recomenda que os pacientes com sintomas (como a presença de sangue na urina, necessidade freqüente de urinar, especialmente à noite, jato urinário fraco e dor ou queimação ao urinar) procurem um urologista tão logo surjam estas alterações.

Hoje, com o envelhecimento da população brasileira, tem sido observado um aumento das taxas de incidência do câncer de próstata. Para este ano, por exemplo, a estimativa do INCA para a doença é de 49.530 novos casos. Na maioria deles, porém, a enfermidade apresentará crescimento lento e deve acometer homens acima de 50 anos de idade. No entanto, estudos internacionais sobre a doença apontam que a prevenção desse tipo de câncer está cada vez mais relacionada a atitudes de vida saudáveis, como não fumar, só beber moderadamente, praticar atividades físicas e manter peso adequado. “Essas ações se referem ao câncer de forma geral, pois a saúde é uma conquista a partir de nossas escolhas de vida”, ressalta Ana Ramalho.

Outro ponto importante quando se fala em câncer de próstata no Sistema Único de Saúde (SUS) é que as redes de diagnóstico e tratamento no Brasil precisam ser fortalecidas. “É nossa política ampliar essas redes. Para isso, há necessidade de somar esforços nos níveis municipal, estadual e federal para organizar e gerir as redes de diagnóstico”, afirma Ana Ramalho. “Uma boa notícia é que houve ampliação do número de Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, as chamados Unacons, no país, onde são realizados os tratamentos da doença”, informa.

MÉDICOS DEVEM ESCLARECER OS PACIENTES

A realização do PSA e do toque retal em homens sem sintomas nem sempre indicará a presença de um câncer. Além disso, em muitos casos, se um câncer é encontrado, para eliminar o problema que poderia não progredir de maneira agressiva, será necessária a retirada da próstata ou tratamento como quimioterapia e radioterapia, o que envolve riscos e apresenta efeitos colaterais. “Tudo isso valeria a pena, caso fosse reduzido o número de mortes causadas pela doença. O papel do médico é esclarecer o paciente sem sintomas que desejar se submeter a esses exames a respeito dos prós e contras”, alerta Ana Ramalho. Os únicos tipos de câncer para os quais são desenvolvidas políticas públicas de rastreamento no Brasil hoje são o do colo do útero e o de mama, porque já se constatou que a realização do Papanicolaou e da mamografia impactam a taxa de mortalidade por essas doenças nas mulheres.

Apesar de conhecer todos os riscos do rastreamento, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) ainda adota a sistemática. “Mesmo não sendo um

“O rastreamento não é sustentável do ponto de vista da saúde pública.”

Kátia Leite - patologista do Hospital Sírio-Libanês

exame conclusivo, se validado pelo toque retal, o PSA é um instrumento para o diagnóstico e a projeção da modalidade de tratamento da doença”, acredita o urologista José Carlos de Almeida, presidente da entidade. Para ele, o exame torna-se importante quando feito em homens acima de 45 anos, mesmo sem sintomas da doença. “Até agora acreditamos que a realização do PSA é a única forma de evitarmos quadros avançados da doença”, argumenta José Carlos.

Em contrapartida, a chefe do Laboratório de Investigação Médica da disciplina de urologia da Universidade de São Paulo (USP) e patologista do Hospital Sírio-Libanês, de São Paulo, Kátia Leite, concorda que as evidências científicas até hoje não embasam a decisão de realizar rastreamento de rotina para a detecção do câncer de próstata com o uso do antígeno específico da próstata (PSA). De acordo com ela, estudos recentes ainda não conseguiram identificar os benefícios do rastreamento do câncer de próstata no que se refere à diminuição da mortalidade na população masculina. “O rastreamento não é sustentável do ponto de vista da saúde pública”, acrescenta Kátia Leite. A patologista acrescenta ainda que grandes esforços têm sido feitos na tentativa de encontrar novos marcadores do câncer de próstata, e isso talvez não esteja longe de acontecer.

Uma orientação importante, no entanto, diz respeito ao conhecimento dos fatores de risco. Um dos mais importantes deles é o tabagismo. Considerada doença, a dependência à nicotina é responsável por cerca de 50 outras enfermidades, entre elas vários tipos de câncer (pulmão, laringe, faringe e outros), problemas no aparelho respiratório e cardiovasculares. De acordo com o pneumologista Ricardo Henrique Sampaio Meirelles, da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA, o último relatório da instituição Surgeon General, dos Estados Unidos, mostra alta taxa de mortalidade da doença em fumantes, se comparados a não-fumantes. O documento alerta ainda que parar de fumar pode reduzir a mortalidade por câncer de próstata. “Daí a importância de reforçar a política contra o tabagismo também para combater esse tipo de câncer”, ressalta o pneumologista.

educação

INCA ABRE INSCRIÇÕES PARA CURSOS EM ONCOLOGIA

Ensino de qualidade na base do controle do câncer

No processo do cuidado ao paciente do Sistema Único de Saúde (SUS), além de enfermeiros e médicos, outros profissionais, como técnicos em radiologia e gestores de saúde, desempenham papéis fundamentais para o funcionamento da engrenagem. Concentrar esforços em políticas de formação e qualificação de recursos humanos é um dos pilares para a construção de um atendimento humanizado e de qualidade, com ações eficientes no controle do câncer. É preciso também estar em sintonia com as novidades tecnológicas e levar o conhecimento a todo o país. Hoje, surge uma nova perspectiva ao unir, através de tecnologia interativa, ações presenciais e discussões a distância, intensificando a troca de experiências.

Ao formular e propor políticas públicas relacionadas ao câncer, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) se responsabiliza pela qualificação de equipes multiprofissionais. Tem no ensino uma estratégia de formação de recursos humanos para o SUS, no que se refere à organização da Rede de Atenção Oncológica (RAO). Para o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini, “é preciso formar profissionais competentes e comprometidos com a atenção oncológica desde a promoção da saúde até a oferta de cuidados paliativos”.

A Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC) do INCA tem a responsabilidade de alinhar profissionais individualmente e em equipes nas diversas áreas de atenção à saúde, sempre na perspectiva de controle do câncer para aperfeiçoar o atendimento no SUS. A idéia é transformar as práticas em saúde em um melhor cuidado. “Também temos a preocupação de formar técnicos em outras localidades para que retornem às suas cidades, replicando o atendimento”, destaca a chefe da Divisão de Atividades Acadêmicas do INCA, Simone Vincent. Atualmente, o instituto oferece cursos de aperfeiçoamento, especialização, visita de observação, residência, mestrado e doutorado em áreas específicas da oncologia. Os programas são realizados para Ensino Médico, Enfermagem, Nível Técnico e nas chamadas Grandes Áreas de Ensino da Saúde, que englobam psicologia, serviço social, odontologia, farmácia hospitalar, física médica nas áreas de radiodiagnóstico e radioterapia, nutrição, patologia clínica, engenharia clínica e fisioterapia.

No processo seletivo deste ano, no INCA, há 178 vagas para quem pretende ingressar, em 2009, nas áreas de Ensino Médico, Enfermagem e Grandes Áreas



as de Ensino da Saúde. Já para o Nível Técnico, são 34 vagas disponíveis. Os valores das bolsas de estudo para os aprovados variam de R\$ 511,05 a R\$ 1.916,45. De 1º a 19 de setembro, estão abertas as inscrições para os programas de residência médica e de enfermagem e os cursos de especialização lato sensu e especialização e qualificação de nível técnico.

As estratégias de alguns cursos foram descentralizadas para facilitar a participação de quem está mais distante e suprir demandas educacionais. As provas para técnicos, por exemplo, são enviadas por malote pelo INCA e aplicadas nos locais de origem. Para os candidatos a cursos de qualificação, como o de **Citologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero, as vagas estão** distribuídas igualmente por região, havendo três em cada uma – Norte, Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste. Já para o **Curso de Técnicas de Serviços de Anatomia Patológica, cada uma das regiões tem uma vaga a ser preenchida.** Os candidatos se inscrevem por meio das secretarias estaduais de Saúde e passam por um processo seletivo, em três etapas. Nas regiões em que não houver candidatos aprovados, as vagas serão redistribuídas para outra em que existam classificados.

“Também temos a preocupação de formar técnicos em outras localidades para que retornem às suas cidades, replicando o atendimento.”

SIMONE VINCENT, chefe da divisão de atividades acadêmicas do INCA

A importância da regionalização das vagas se dá pela necessidade de qualificação e especialização de recursos humanos para atender a toda a Rede de Atenção Oncológica. Para se candidatar ao Curso de Citologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero e ao de Técnicas de Serviços de Anatomia Patológica, os alunos devem ter concluído o ensino médio em instituições reconhecidas pelo MEC. “O candidato deve ter, preferencialmente, vínculo empregatício em instituições credenciadas ao SUS que participam do Programa Nacional de Prevenção do Câncer do Colo do Útero”, acrescenta Vânia Teixeira, analista de ensino da Área de Ensino Técnico da Coordenação de Ensino e Divulgação Científica do INCA.



Foto: Nikoláev

PATOLOGIA CERVICAL

Um exemplo de que na saúde é fundamental somar esforços é a parceria do Instituto Nacional de Câncer (INCA) com o Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para capacitação em Patologia Cervical e Colposcopia, iniciada em fevereiro deste ano com o I Curso Interinstitucional de Patologia Cervical. Futuramente, médicos de outras regiões do país poderão ser capacitados em centros locais. “Queremos capacitar os profissionais para o atendimento de mulheres identificadas pelo rastreio primário para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras da doença”, diz Fábio Russomano, responsável pelo Setor de Patologia Cervical do Departamento de Ginecologia do IFF/Fiocruz.

Com boa adesão, o curso tem sido elogiado pelos participantes. Na opinião de Maria da Conceição de Souza Rocha, aluna do curso pela Secretaria Municipal de Saúde de Pirai, no Rio de Janeiro, as aulas levam à reflexão, em parceria com tutores, a partir de experiências reais. “Ficamos motivados a desenvolver ações em nossos locais de trabalho”, declara. ■

Informações mais detalhadas sobre os cursos podem ser obtidas no site do INCA (www.inca.gov.br).

ciência

REDE NACIONAL ESTIMULA A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E ENTIDADES DE ENSINO

Mais espaço para a pesquisa clínica aliada à formação de profissionais

A Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino (RNPC) foi criada em 2005 com o objetivo de estimular esses espaços a assumirem cada vez mais sua vocação na condução de pesquisas científicas com seres humanos, associadas à formação de recursos humanos em saúde. Formada por 19 instituições selecionadas através de edital público, a rede conta com recursos dos Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia da ordem de R\$ 35 milhões distribuídos ao longo de três anos.

Foram escolhidas entidades distribuídas de Norte a Sul do país, numa estratégia de estimular a pesquisa clínica em todas as regiões. Inicialmente, a prioridade foi a criação e consolidação de estruturas, com investimentos em obras, equipamentos e capacitação de recursos humanos. Essa etapa é condição para o momento seguinte, que priorizará as atividades de pesquisa em rede, envolvendo as instituições-membro. Segundo dados preliminares do Departamento de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit), do Ministério da Saúde, as 19 instituições que compõem a rede somam cerca de mil projetos e propostas de pesquisa, em sintonia com a agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde, incluindo estudos de novos medicamentos, procedimentos terapêuticos e métodos para diagnóstico de doenças. Desse montante, 70 referem-se ao campo da oncologia.

“O objetivo é assegurar infra-estrutura para desenvolver pesquisas clínicas em temas que priorizem as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), seja através da criação ou da consolidação de centros de pesquisa clínica vinculados a hospitais de ensino”, observa Flávia Elias, coordenadora geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Pesquisa Clínica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Decit.

Em Belém, no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), da Universidade Federal do Pará, os recursos financeiros recebidos por meio da rede para o desenvolvimento de pesquisas clínicas somaram esforços com a construção da unidade de alta complexidade em oncologia (Unacon), que atuará em assistência e pesquisa. “Antes de planejar-se a criação da Unidade de Pesquisa Clínica, que integra a rede, já estavam em andamento os acertos para a construção da unidade de oncologia”, sintetiza Maria Rita de Cássia Costa Monteiro, coordenadora da Unidade de Pesquisa Clínica do hospital, em fase de implantação.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) também integra a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino. Carlos Gil Ferreira, chefe da Divisão de Pesquisa Clínica do INCA, explica que os recursos estão sendo investidos em instalações físicas e equipamentos. Outra novidade é o desenvolvimento de um sistema de informática em parceria com a Divisão de Tecnologia da Informação do INCA e a Fundação Ary Frauzino (FAF) para acompanhamento da pesquisa clínica, abrindo caminho para a condução de estudos multicêntricos de âmbito nacional. A capacitação de recursos também está nos planos: em 2009, o curso de especialização em enfermagem para pesquisa clínica do INCA, lançado há dois anos, será oferecido através de educação a distância.

Carlos Gil destaca que a oncologia é a especialidade que evolui mais rapidamente na medicina atualmente. “A pesquisa clínica permite validar a segurança e o custo-benefício das novas tecnologias e ao mesmo tempo certificar a validade das estratégias já consolidadas”, observa. Ciente da necessidade premente de pesquisa clínica em oncologia, na última reunião da

“O objetivo é assegurar infra-estrutura para desenvolver pesquisas clínicas em temas que priorizem as necessidades do Sistema Único de Saúde.”

FLAVIA ELIAS, coordenadora de avaliação do Decit

Rede Nacional de Pesquisa Clínica – a nona do grupo, realizada em maio, em Brasília –, Marisa Dreyer Breitenbach, coordenadora de pesquisa do INCA, apresentou a proposta da criação de um campo específico de investigação em oncologia no contexto da rede.

“Usando como critério central a alta prevalência, temos a proposta de concentrar esforços em câncer de mama, colo de útero e pulmão”, destaca a especialista. Recentemente, o INCA preparou um termo de referência, em análise no Ministério da Saúde, para abertura de um edital em pesquisa de câncer de mama localmente avançado. Segundo a coordenadora, uma oportunidade para os integrantes da Rede avançarem em projetos sobre a doença, que desafia a comunidade científica mundial. “Pode haver características próprias desse tumor. Também é preciso observar questões associadas ao tempo de diagnóstico, tipo de tratamento, entre tantas outras hipóteses”, Marisa enumera. A resposta para questões complexas como essa só pode surgir de um estudo multicêntrico e multidisciplinar, num contexto como o que a Rede proporciona. Ações efetivas, gerando novos conhecimentos, são justamente a expectativa do Decit.

Um dos desafios mais relevantes da rede, em seu estágio atual, é promover a colaboração entre ins-

tituições com experiências e necessidades diferentes. Nadine Clausell, coordenadora de pesquisa e pós-graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e atual coordenadora da Rede, explica que uma das formas de superar esse obstáculo é redigir projetos de pesquisa em conjunto. Nadine informa que ainda este ano as instituições-membro deverão participar de editais lançados pelo Decit, disputando verbas em conjunto para desenvolver estudos em parceria. “A idéia de criar uma cultura de pesquisa em rede no Brasil é extremamente salutar e necessária. Isso proporcionará que instituições com graus diferentes de desenvolvimento em pesquisa interajam”, avalia.

Como estratégia de reforço da pesquisa clínica em instituições de ensino, Alair Benedito de Almeida, presidente da Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino (Abrahue), propõe a criação de diretorias de ensino e pesquisa dentro dos hospitais universitários. Geralmente, tais estruturas estão localizadas nas faculdades de Medicina, e não nos hospitais. “Não queremos uma duplicação de estruturas, mas uma facilitação da pesquisa, que, no contexto das universidades, acontece sobretudo nos hospitais”, afirma, indicando que a entidade está em sintonia com o Ministério da Educação nesta proposta.



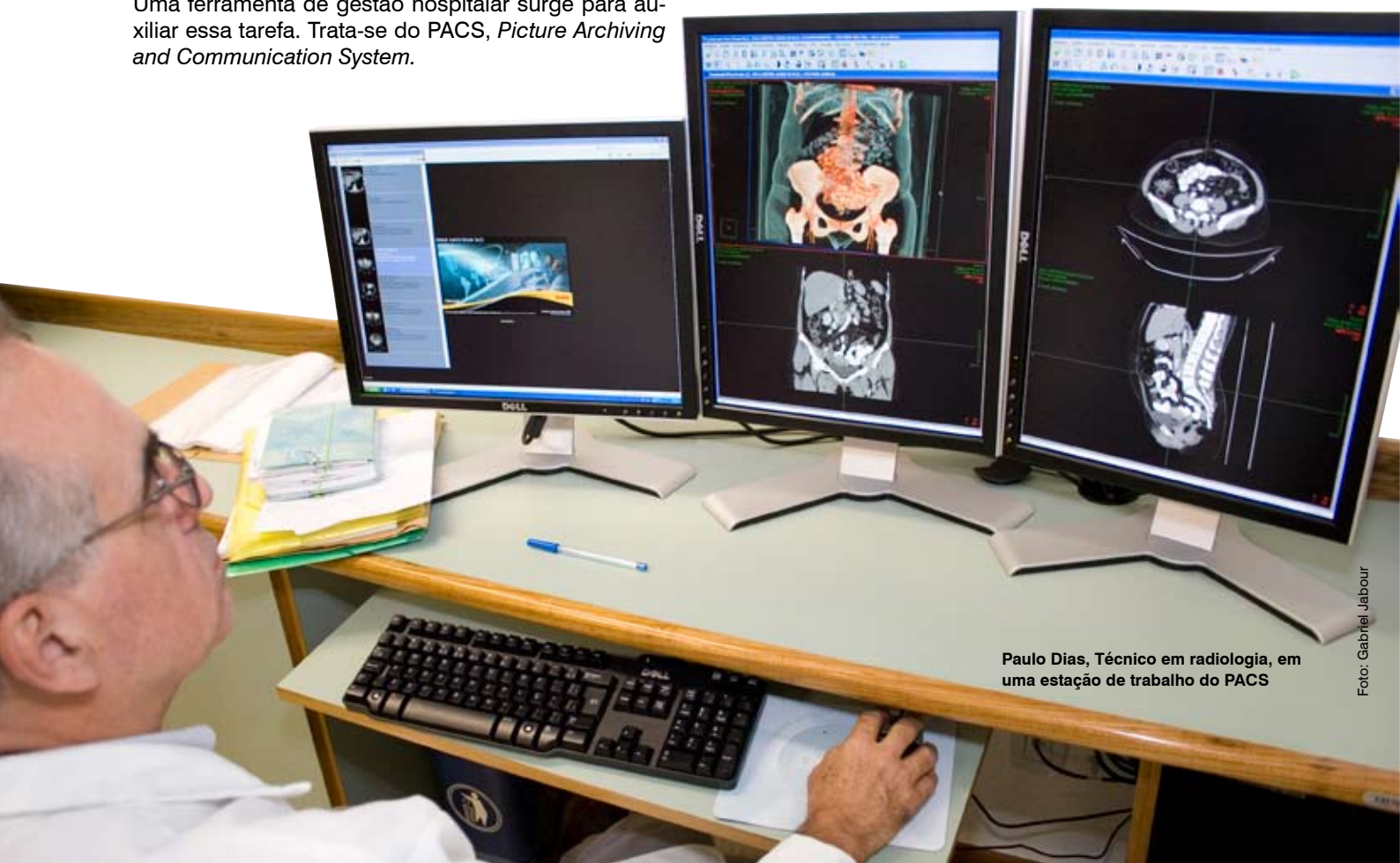
assistência

TECNOLOGIA DÁ SALTO DE QUALIDADE NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

Ferramenta *high-tech* de gestão hospitalar

Com a modernização e o aprimoramento do equipamento radiológico, uma quantidade imensa de imagens e informações de diagnóstico de pacientes passou a ser gerada. Exames como ultra-sonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, endoscopia, mamografia e radiografia geram imagens que precisam estar acopladas a informações clínicas, ao histórico do tratamento do paciente e ao laudo realizado pelo radiologista. Quando os exames geram filmes radiológicos, como um raio-X simples, é preciso arquivá-los por 20 anos, o que exige a disponibilização de um grande espaço físico. Mesmo quando os exames são digitais, a organização de todo o processo de diagnóstico torna-se uma tarefa difícil. Uma ferramenta de gestão hospitalar surge para auxiliar essa tarefa. Trata-se do PACS, *Picture Archiving and Communication System*.

O sistema facilita o gerenciamento inteligente, rápido e seguro de laudos e imagens. Com o PACS, todos os exames passam a ser digitalizados. Alguns equipamentos já geram automaticamente imagens digitais e as demais são digitalizadas após a realização do exame na forma analógica. Os tradicionais filmes radiográficos são dispensados, gerando economia de recursos financeiros e “saúde” para o meio ambiente. Também melhora o atendimento aos pacientes, com a precisão do diagnóstico e as informações compartilhadas pela internet, que permitem uma segunda opinião, ultrapassando os limites da distância.



Paulo Dias, Técnico em radiologia, em uma estação de trabalho do PACS

“Como trabalham com imagens de alta resolução, os médicos têm maior precisão para identificar as alterações patológicas.”

SÉRGIO ARAI, diretor executivo de Tecnologia da Informação do Hospital Albert Einstein

net como principal benefício do sistema, sobretudo em hospitais do interior, onde a mão-de-obra é deficitária. “O PACS permite que o INCA amplie suas possibilidades de interação por meio de treinamento a distância e auxílio nos processos de diagnóstico por todo o país, nos mais de 250 centros de tratamento de câncer que há no Brasil”, afirmou o diretor-geral durante um simpósio realizado na Academia Nacional de Medicina em agosto.

No INCA, primeira instituição a tornar o PACS acessível a usuários do Sistema Único de Saúde, foram investidos R\$ 2,7 milhões, englobando *hardware*, *software*, treinamento e implantação. Calcula-se que, em dois anos e meio, seja recuperado todo o investimento na tecnologia. Haverá uma economia anual de R\$ 1,1 milhão, com a redução de custos operacionais, de manutenção e compra de filmes. Menos gastos com filmes radiológicos foi também um dos motivos para o PACS chegar ao Hospital Naval Marcílio Dias, no Rio de Janeiro, em março deste ano, como afirma Bruno Rigueira Georg, capitão-de-fragata e chefe do Serviço de Radiodiagnóstico do hospital. “O sistema representa um avanço na prestação de saúde e a qualidade no atendimento já é expressiva”, garante.

DIAGNÓSTICO COM MAIS QUALIDADE E RAPIDEZ

A qualidade da imagem é, sem dúvida, uma das grandes vantagens do PACS. A nova era da radiologia inclui a *workstation* – estação de trabalho composta por grandes monitores de alta definição –, em que os radiologistas obtêm reconstruções das imagens radiografadas em todas as posições e ângulos, entre outros recursos. A tecnologia ajuda a ampliar o olhar do radiologista, tornando seu trabalho mais ágil e confiável. “As possibilidades de um laudo mais seguro são incríveis, com os recursos da estação de trabalho”, destaca Paulo Frederico Dias, técnico em radiologia e administrador do PACS no Hospital do Câncer II do INCA.

O fato de auxiliar os médicos no diagnóstico é também destacado como vantagem do PACS por Sérgio Arai, diretor executivo de Tecnologia da Infor-

mação do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, pioneiro na implantação do sistema no Brasil, em 2004. “Como trabalham com imagens de alta resolução, os médicos têm maior precisão para identificar as alterações patológicas”, explica Arai, ressaltando ainda um outro ponto importante: a eliminação do transporte físico das imagens, conferindo mais segurança ao processo.

A rapidez no acesso à imagem traz agilidade para o tratamento dos pacientes. Como dispensa a fase de revelação dos exames, o PACS permite que a imagem seja acessada em qualquer computador da instituição onde ele esteja instalado, imediatamente após a geração do exame no equipamento. “É necessário que o diagnóstico seja rápido para que existam mais chances de sucesso do tratamento. Com o PACS, tudo isso ficou facilitado”, explica Cláudia Camisão, chefe da Radiologia do Hospital do Câncer II.

“É necessário que o diagnóstico seja rápido para que existam mais chances de sucesso do tratamento. Com o PACS, tudo isso ficou facilitado.”

CLÁUDIA CAMISÃO, chefe da Radiologia do Hospital do Câncer II

Já para o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, a implantação do PACS em hospitais públicos e privados no país é considerada inevitável por ser o caminho mais eficiente, econômico e rápido para o armazenamento e a comunicação dos exames de imagem aos médicos. “A implantação do PACS no Brasil está relativamente atrasada em relação a países no mesmo grau de desenvolvimento”, observa Renato Adam Mendonça, primeiro-secretário do Colégio Brasileiro de Radiologia.

‘SAÚDE’ ATÉ PARA O MEIO AMBIENTE

Sem a revelação dos filmes radiográficos devido à introdução do sistema no INCA, é estimada uma economia de 7.962.624 litros de água por ano, pois já não são mais necessárias as processadoras do antigo esquema de revelação de filmes. “O meio ambiente também ficará livre de 52 kg de prata anualmente, que eram originados das revelações das películas no instituto”, acrescenta o analista de sistemas Reynaldo César Xavier Tavares, assessor especial da Coordenação de Assistência do instituto. ■

política

CÂNCER DE MAMA E COLO DO ÚTERO SÃO PRIORIDADES NAS AÇÕES DE RASTREAMENTO NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Um pacto renovado pela vida

O Pacto pela Vida surgiu em 2006 como um compromisso do Governo Federal, dos estados e dos municípios em diversas áreas da saúde – uma espécie de acordo comum que pudesse perdurar mesmo com as mudanças dos planos de governo para o setor. Faz parte do Pacto pela Saúde, que conta com outros dois componentes: o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Pacto em Defesa do SUS.

As metas do Pacto pela Vida para 2008 foram publicadas na Portaria GM 325/08, do Ministério da Saúde, e aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada por gestores do SUS das três esferas de governo. Cada estado dialogou com seus municípios e avaliou a capacidade de responder às metas nacionais propostas, de acordo com as características da capacidade de seus sistemas de saúde. As propostas de cumprimento de metas do Pacto pela Vida foram inseridas em um sistema informatizado, o SisPacto.

No controle do câncer, o pacto prevê ações de rastreamento para o câncer de colo de útero e mama, que são os mais incidentes entre mulheres no Brasil, excetuando-se o câncer de pele não-melanoma. A cada ano, são pactuados indicadores que permitem acompanhar o andamento das ações nos estados. Em relação aos indicadores de controle do câncer do colo do útero e do câncer de mama, o processo foi coordenado pela equipe técnica do INCA. “Como o Brasil possui diferenças regionais muito marcantes, os

estados têm condições muito distintas de atender aos indicadores pactuados”, explica Beatriz Kneipp, técnica da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do INCA.

Para esclarecer o processo de pactuação, foram realizadas videoconferências e contatos diretos em cada estado com a equipe técnica do INCA. “Os estados podem fazer contra-propostas aos indicadores, de acordo com sua capacidade instalada, tanto no sentido de ampliar quanto no de reduzir as metas”, explica Ronaldo Corrêa, técnico da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do Instituto.

Para 2008, foi mantido o mesmo indicador do ano anterior para o controle do câncer de colo de útero: a razão de exames citopatológicos entre mulheres de 25 e 59 anos em relação à população feminina da área, nessa mesma faixa etária. Esse valor dá uma dimensão de quantas mulheres estão sendo rastreadas para câncer de colo de útero dentro da faixa etária em que tal medida é indicada. Seis estados estão trabalhando com metas inferiores à pactuada nacionalmente. O Estado do Maranhão foi o único que propôs uma meta superior, devido ao resultado obtido em 2007.

Neste ano, um novo indicador muito importante foi inserido: o tratamento de mulheres que são diagnosticadas com lesões precursoras de alto grau de risco para câncer do colo do útero. A meta proposta pelo Ministério da Saúde é que sejam registradas no Sistema de Informações do Programa do Câncer de Colo do Útero (Siscolo) informações sobre o acompanhamento e tratamento de 100% das mulheres com resultados positivos para lesão de alto grau no rastreamento, com o objetivo de acompanhar todas as mulheres que precisem de tratamento. Os estados também puderam pactuar o indicador complementar referente à qualidade dos exames citopatológicos realizados. Apenas cinco estados não se comprometeram com este indicador.

O Siscolo foi desenvolvido pelo INCA, em parceria com o Departamento de Informática do SUS (Datapus), para o fornecimento de dados informatizados dos procedimentos referentes ao rastreamento, investigação

diagnóstica e tratamento dos cânceres do colo do útero das mulheres atendidas no SUS. “Com os dados fornecidos pelo sistema, é possível acompanhar o desenvolvimento das ações do programa de controle do câncer de colo do útero de uma forma global, identificando necessidades de aperfeiçoamento”, resume Beatriz. O Siscolo permite avaliar por meio de indicadores se a população-alvo está sendo atingida e qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas. Também armazena dados sobre a qualidade da coleta de material em exames para os diagnósticos laboratoriais, além de apontar qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas após a realização do diagnóstico.

Em relação ao câncer de mama, o indicador pactuado foi a proporção de municípios com serviço de mamografia capacitados no Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama), que será implantado em todo o país. A proposta do Ministério da Saúde é a capacitação de todos os estados e municípios que possuem serviços credenciados ao SUS. O Sismama, que deverá cumprir o mesmo papel do Siscolo, será lançado no fim de 2008. Mesmo antes de entrar no ar, já está presente entre os indicadores do Pacto pela Vida.

O Paraná foi um dos 10 primeiros estados a receber o treinamento oferecido pelo INCA no Sismama, ainda em abril. “Participaram técnicos responsáveis pelo Controle do Câncer e digitadores nas Regionais de Saúde, que estão em processo de discussão dessas informações com os municípios, adequando à realidade local”, explica Sydneia Marques, chefe da Divisão de Doenças Degenerativas da Secretaria de Saúde do Paraná. Em continuidade ao processo de qualificação para a utilização do sistema, o estado realiza qualificações para as instituições que realizam mamografias, exames cito e histopatológico de mama para o SUS.

A coordenadora de Atenção à Saúde da Mulher, da Secretaria de Saúde do Piauí, Maria Auzeni de Moura Fé, informa que foram desenvolvidos indicadores regionais, além das pactuações assumidas. “O estado também se compromete a monitorar a concentração de mamografias em mulheres de 40 a 69 anos e a proporção de punção de mama dos casos necessários”, resume.

A implantação dos sistemas permite a padronização de dados, o que possibilita observar perfis das doenças e comparar as informações no âmbito nacional e com outros países. Também controlam o repasse de verbas para as entidades que prestam serviços ao SUS com a realização dos exames de rastreamento do câncer de mama e de colo de útero, numa garantia de transparência de gastos.

Câncer de mama

- Prevenido através de exames clínicos periódicos.
- Mulheres a partir dos 40 anos devem realizar o exame clínico das mamas anualmente. Aquelas entre 50 e 69 anos, além do exame clínico, precisam realizar a mamografia, no mínimo, a cada dois anos. Mulheres com risco muito elevado de câncer de mama deverão realizar a mamografia anualmente a partir dos 35 anos.
- No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres.
- A cada ano, 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama.

Câncer do colo do útero

- Associado à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), transmitido através de contato íntimo de pele na região genital durante a relação sexual.
- Detectado através do exame papanicolaou, que faz parte do exame ginecológico de rotina, disponível em todas as unidades básicas de saúde.
- Mulheres entre 25 e 59 anos devem realizar o exame periodicamente. Inicialmente, é recomendado um exame por ano. No caso de dois exames normais seguidos, com intervalo de um ano entre eles, o exame deverá ser feito a cada três anos.
- A cura do câncer de colo de útero é de quase 100% quando detectado precocemente.

O Pacto pela Vida conta com seis prioridades centrais:

- implantar a política nacional da pessoa idosa;
- controlar o câncer do colo do útero e de mama;
- reduzir a mortalidade materna e infantil;
- fortalecer a capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias;
- reforçar a atenção primária em saúde;
- instituir a Política Nacional de Promoção da Saúde. ■



Mais informações em www.saude.gov.br, no item *Pacto pela Saúde*.

rede

REDE DE ALTA COMPLEXIDADE NO TRATAMENTO DO CÂNCER É DEFINIDA NOS ESTADOS

Endereço certo

Brasil acaba de ganhar um novo mapa: o roteiro das redes estaduais de alta complexidade para diagnóstico e tratamento do câncer. A nova estrutura, com 277 unidades de saúde, apresenta uma mudança conceitual importante em relação ao modelo anterior: os serviços de radioterapia e quimioterapia que atuavam de forma isolada passaram a ser integrados a uma rede mais abrangente. Há Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, chamados de Unacons e Cacons respectivamente. As primeiras estão capacitadas para o atendimento dos cânceres mais prevalentes e os outros para o atendimento de todos os tipos de câncer. Também foi criada a categoria dos complexos hospitalares.

A meta é garantir a atenção integral ao paciente - desde o diagnóstico definitivo até o tratamento em suas diversas abordagens, incluindo quimioterapia, radioterapia, cuidados paliativos e apoio multidisciplinar. “De nada adianta uma grande quantidade de Cacons e Unacons distribuídos no país, se não existir uma organização em rede que propicie o acesso da população a serviços que auxiliem na prevenção e detecção precoce do câncer”, resume Antônio Bertholasce, técnico da Divisão de Gestão da Rede Oncológica do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ele acrescenta que a iniciativa é consoante aos princípios de regionalização e descentralização da assistência do SUS. “Busca-se garantir o acesso ao tratamento do câncer o mais próximo da residência do paciente, considerando tanto a redução dos gastos para o sistema de saúde quanto o sofrimento

que envolve o tratamento da doença, em níveis individual e familiar”, afirma.

Annemeri Livinalli, diretora técnico-científica da Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (Sobrafo), destaca que, embora os serviços isolados de quimioterapia tenham suprido a necessidade da população no seu tratamento, oferecer unidades hospitalares com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral representa um avanço na melhoria do atendimento ao paciente oncológico. A especialista alerta, no entanto, para o processo de transição do serviço isolado de quimioterapia para unidades mais abrangentes. “O descredenciamento das clínicas que até então forneciam seus serviços à população é uma situação delicada, que deve acontecer gradativamente para não causar prejuízo ao atendimento”, observa.

Para a definição das unidades que compõem as redes estaduais de alta complexidade de assistência oncológica, foi considerada a produção de procedimentos cirúrgicos e de radioterapia e quimioterapia desenvolvidos por cada estabelecimento de saúde habilitado em oncologia nos anos de 2006 e 2007, além de visitas coordenadas por técnicos do INCA e do Ministério da Saúde em conjunto com técnicos das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde. Também houve mudanças no sistema de repasse de recursos do Governo Federal para unidades de alta complexidade que prestam serviços ao SUS. Hoje, o número de unidades habilitadas na rede é igual ao número de faturantes – ou seja: a própria



unidade credenciada recebe recursos pelos serviços prestados. Antes, um mesmo habitado se multiplicava, pelo faturamento em separado dos serviços de cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia. A estratégia garante maior transparência e controle no repasse de verbas.

A Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT) considera que a extinção dos serviços isolados de radioterapia é equivocada. Segundo Neiro Waechter da Motta, presidente da entidade, o sistema anterior já garantia o tratamento integral do paciente, por meio da obrigatoriedade da parceria entre a Unacon e o serviço isolado. “Da forma como foi idealizada, a formação de complexos hospitalares tira a auto-

nomia dos serviços isolados, deixando-os à mercê da boa vontade e do interesse dos dirigentes da Unacon em cumprir o contrato celebrado entre as partes, pois o valor dos procedimentos radioterápicos será repassado à Unacon. Não têm sido poucas as comunicações de serviços de radioterapia instalados em hospitais credenciados que têm o repasse não pago ou atrasado”.

A estruturação das redes estaduais é vista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) como um avanço no sentido de garantir ainda mais a qualidade do atendimento prestado à população. Permanece, no entanto, o desafio da carência na composição de equipes. “Os controles das atividades e metas de atuação precisam de melhor adequação. Além dos mecanismos de controle requeridos pelo sistema oficial, considero que as sociedades de especialidades devem contribuir para a avaliação da qualidade da assistência prestada e dos especialistas nela envolvidos”, argumenta Eduardo Linhares, presidente da SBCO, adiantando que a entidade está desenvolvendo em parceria com a Sociedade Brasileira de Oncologia mecanismos para acompanhar as condições de trabalho e infra-estrutura nas atividades de cirurgia oncológica na rede de alta complexidade.

O coordenador-geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde está confiante em relação às mudanças recentes nas redes estaduais de alta complexidade. “A maior satisfação foi ver o envolvimento e o compromisso assumidos pelas secretarias estaduais de Saúde”, reconhece Joselito Pedrosa. As secretarias de estado são justamente as responsáveis pela avaliação anual das entidades credenciadas junto à rede. “Somos todos responsáveis pelo SUS, no que respeita à sua funcionalidade, qualidade e sustentabilidade. Essa percepção é fundamental para as secretarias estaduais assumirem seu papel de vigilância e monitoramento da qualidade das atividades desempenhadas pelas unidades de alta complexidade.”

social

FINANCIAMENTO PELA INDÚSTRIA E PROPRIEDADE
INTELECTUAL LEVANTAM POLÊMICA

Patentes e indústria: a encruzilhada das ONGs



Uma das principais decisões da 61ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em maio, reunindo mais de 2.700 participantes, foi a remoção de barreiras relativas à propriedade intelectual para o acesso a medicamentos e tratamento. A resolução sobre o tema, aprovada durante a Assembléia Geral, parte do reconhecimento de que a pobreza é um importante fator impeditivo ao acesso aos benefícios da inovação na área de saúde pública.

O tema é delicado, uma vez que envolve investimentos volumosos e recebe pressões de diversas esferas, inclusive de entidades representativas de pacientes. Em maio, pouco antes da 61ª Assembléia Mundial de Saúde, o Grupo de Trabalho Intergovernamental de Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (IGWG), da OMS, que preparou o material base para as discussões durante a última edição do encontro, recebeu um abaixo-assinado apresentado pela ONG Patients and Patents pedindo a revisão do posicionamento do organismo em relação à política de propriedade intelectual sobre medicamentos. No abaixo-assinado, chamado Declaração de Pacientes sobre

Inovação e Acesso, figuravam integrantes de associações e ONGs que se declaram destinadas à representação de grupos de pacientes.

O documento (que pode ser acessado em www.patientsandpatents.com) possui não mais de 20 linhas, seguidas pelas assinaturas de entidades que representam pacientes nos cinco continentes. Textualmente, o documento diz que é essencial que a OMS não dê prosseguimento às recomendações de mudança na proteção internacional de patentes até que os grupos de pacientes estejam “educados e engajados” na discussão. A recomendação que encerra o documento sugere que a OMS estude iniciativas de parcerias público-privadas.

Um estudo da ONG internacional *Essential Action* apontou que 61 das mais de 110 entidades signatárias contam com financiamentos oriundos de indústrias farmacêuticas. Destas, nove são brasileiras e três delas afirmam dedicar-se ao controle do câncer: Associação Brasileira do Câncer (ABCâncer), Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale) e Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama). Em 2007, durante a rodada de ouvido-



A 61ª Assembléia Mundial de Saúde reuniu 2.700 participantes, em maio, na Suíça

ria popular na internet da OMS sobre o tema de patentes, a Essencial Action já denunciara as ligações com a indústria farmacêutica das ONGs que enviavam comentários ao debate *on line*.

“As ações de ONGs não podem ser independentes e imparciais se os doadores ou financiadores são ou podem ser potencialmente beneficiados pelo posicionamento político que essas entidades assumem”, afirma Jim Donahue, diretor de projetos da Essencial Action. Segundo Donahue, as empresas privadas estão focadas no lucro e o princípio das ONGs, de serem organizações não-lucrativas, entra em conflito. Por isso, ele opina, as entidades financiadas por indústrias farmacêuticas não devem ser proibidas de participar do processo de negociação sobre propriedade intelectual, mas tal participação deve acontecer em condições de transparência, em que as relações de financiamento sejam apresentadas de forma clara.

UM IMPASSE ÉTICO

Nenhuma das três ONGs brasileiras voltadas para a questão do câncer que subscreveram o abaixo-assinado informaram quais as suas fontes e os seus mecanismos de financiamento. A **Revista Rede Câncer** perguntou à ABCâncer e à Abrale a respeito do volume de recursos recebidos de indústrias farmacêuticas e se o financiamento por empresas de medicamentos tem influência sobre o posicionamento da entidade em relação à política de patentes e de propriedade intelectual, mas nenhuma das duas encaminhou respostas a essas questões. Maira Caleffi, presidente da Femama, afirmou à **Revista Rede Câncer** que “uma parte pequena dos recursos da entidade é oriunda da indústria farmacêutica”, sem explicitar os valores.

De acordo com matéria publicada na *Folha de S. Paulo*, em maio deste ano, ao menos 70% do orçamento de R\$ 936 mil da ABCâncer vêm de cinco laboratórios. Também de acordo com o jornal, a Abrale recebeu, no ano passado, R\$ 1,5 milhão de oito laboratórios. A reportagem não citou o montante de recursos arrecadados pela Femama.

O diretor-presidente da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), Edmur Pastorelo, defende posições claras. Para ele, por se declararem defensoras de uma causa, é imprescindível que as ONGs divulguem, com transparência, seus objetivos e interesses, o que inclui demonstrar publicamente como se sustentam financeiramente, a origem das verbas recebidas e como são empregadas. “Infelizmente, esse é um aspecto nebuloso”, afirma Pastorelo. “Pode existir



Assembléia decide remover barreiras relativas à propriedade intelectual para o acesso a medicamentos e tratamento

Fotos: WHO/Oliver O'Hanlon

“Pode existir conflito de interesses entre as ONGs representativas de pacientes com câncer e as indústrias farmacêuticas e não há como fechar os olhos a isso. Quero crer, que mais por inocência do que por má-fé.”

EDMUR PASTORELO, diretor-presidente da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP)

conflito de interesses entre as ONGs representativas de pacientes com câncer e as indústrias farmacêuticas e não há como fechar os olhos a isso. Quero crer, que mais por inocência do que por má-fé.”

As assinaturas brasileiras no abaixo-assinado foram colhidas durante a Conferência de Pacientes em Inovação e Saúde Pública, em São Paulo, quando se reuniram 30 entidades da América Latina que afirmam representar pacientes. O encontro foi promovido pelas ONGs Alianza Latina, Abrale e Consumer Advocate Network, com apoio da PhRMA – associação que representa as principais companhias farmacêuticas dos Estados Unidos. “A PhRMA ofereceu apoio incondicional para o *workshop* realizado em São Paulo”, afirma Mark Grayson, vice-presidente de comunicação e relações públicas da PhRMA, acrescentando que funcionários da entidade e representantes da indústria não participaram do encontro.

O médico Luiz Antonio Negrão Dias afirma que não questiona qualquer quesito da legalidade da relação entre entidades representativas de pacientes e indústrias farmacêuticas. “Questiono, sim, até onde não estamos ultrapassando o limite do que é moral, ético e se esse posicionamento contrário à quebra de patentes expressa o pensamento e interesse dos pacientes com câncer”, afirma. “Como médico, que vivencia o problema, sou a favor da redução do tempo das patentes. Não sou paciente, mas se fosse, estaria a favor também”, declara.

Para o filósofo Fermin Roland Schramm, professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o princípio de beneficência da bioética está no centro da questão. “A lógica é o Governo pagar menos pelo preço do medicamento para garantir o acesso a um maior número de pessoas.

Qualquer iniciativa que amplie o acesso a medicamentos, seja a quebra de patentes, ou outro mecanismo, estará de acordo com esse princípio”, explica.

A questão do acesso a medicamentos tem outras frentes de embate, como a chamada judicialização da medicina. Muitas organizações não-governamentais trabalham oferecendo apoio jurídico a pacientes para que obtenham medicamentos não incorporados pelo Sistema Único de Saúde, ou medicamentos em fase de experimentação. Marília Casseb, superintendente executiva da ABCâncer, afirma que “orientar, sobretudo os pacientes sem poder aquisitivo, a obter medicamentos aos quais o Governo não lhes dá acesso é parte importante do trabalho e da missão da instituição”.

A farmacêutica industrial especializada em saúde pública Lore Lamb, assessora técnica responsável pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), acredita que a discussão do tema é fundamental. “A questão do posicionamento de ONGs representativas de pacientes que entram no judiciário para garantir o acesso a medicamentos está na ordem do dia, sobretudo mediante a recente divulgação de existência de conflito de interesse no caso de muitas ONGs que são subsidiadas por companhias farmacêuticas, sem que esta condição esteja explicitada”, afirma.

Lore Lamb informa que a oncologia é a área com maior impacto financeiro, não pelo volume de ações, mas pelo alto custo dos medicamentos demandados. Muitas vezes, os critérios técnicos que deveriam nortear sempre o acesso a medicamentos não são seguidos. Segundo a especialista, nesses casos a existência de conflito de interesse deve estar claramente explicitada quando a mesma reivindica o acesso a medicamentos. ■



UM 'HERÓI' PARA QUEM AGUARDA TRANSPLANTE DE MEDULA

A serviço da vida

A entrevista estava marcada e o fotógrafo já começava a fazer as primeiras imagens de André de Souza Chagas, 35 anos, cabo do Corpo de Bombeiros do Quartel do Catete, no Rio, quando a sirene tocou. Era o sinal para cancelar todo o esquema agendado com mais de uma semana de antecedência. Motivo: uma emergência. Horas depois, ficaríamos sabendo que André, bombeiro há 11 anos, foi prestar socorro a um homem que tinha sido atropelado no bairro de Botafogo. Para ele e seus colegas de equipe, nada demais. Uma sexta-feira como outra qualquer, com direito à feijoada no cardápio dos 80 integrantes do grupamento. Situações de risco, adrenalina e corre-corre fazem parte do cotidiano do André bombeiro, que é casado, pai de uma menina de 5 anos, que, em breve, ganhará uma irmãzinha.

O que poucos sabem, porém, é que, mesmo sendo um “salvador” profissional de vidas – com a média de seis atendimentos diários –, André continua sua “missão” também fora do trabalho: ele é doador de medula óssea. Constantemente, também doa sangue e já pensa em doar seus órgãos. A justificativa é uma só: “Se Deus dá uma chance a alguém para continuar a viver, não sou eu quem vai negar.” O transplante de medula óssea é uma forma de tratamento e, muitas vezes, a única chance de cura para pacientes com leucemia e outras doenças do sangue.

Há quatro anos, André é cadastrado no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome), do Instituto Nacional de Câncer (INCA). “Eu tinha feito uma doação de sangue no Hemorio e uma assistente social me viu de farda e perguntou se não me interessaria em doar medula.” Ao justificar os motivos para aderir à causa, ele ainda se comove, lembrando que perdeu uma tia querida com câncer de mama. “Eu me senti feliz em poder, mais uma vez, ajudar alguém a viver”, acrescenta o bombeiro.



Para o cadastro, é necessária a coleta de 5 ml de sangue para exames e o preenchimento de uma ficha com informações pessoais do candidato à doação. A amostra é submetida a um teste de laboratório chamado HLA, que identifica as características genéticas e permite avaliar a compatibilidade com os candidatos a transplante. Caso haja compatibilidade com o paciente, outros exames serão necessários. “No Hemorio, fui informado de que poderia até não ser chamado, mas seis meses depois me ligaram para que eu fizesse a doação”, lembra André. A decisão de se tornar um doador de medula foi logo apoiada pela mulher, Daniela, que é técnica de enfermagem e acompanhou André às reuniões do Redome.

Já na etapa da doação, que é um procedimento que se faz em centro cirúrgico, sob anestesia peridural ou geral, é necessária a internação por um mínimo de 24 horas. André já passou por isso. Ele foi convocado e, durante o processo realizado no INCA, teve chance de conhecer mais de perto as pessoas que estavam à espera de um transplante. “Havia um rapaz de 16 anos, com leucemia, que estava na enfermaria aguardando a vinda de um irmão do Nordeste para doar medula para ele. Em momento algum, o rapaz ficava triste ou desanimado. Para mim, foi compensador saber que estava ajudando a amenizar o sofrimento de alguém e trazendo esperança”, recorda. Após a cirurgia, o bombeiro ficou de licença por 15 dias e, na volta ao trabalho, evitava serviços mais pesados. Chefe da guarnição da viatura, André é responsável por definir o material a ser usado em um resgate e a estratégia de execução do salvamento.

“Se Deus dá uma chance a alguém para continuar a viver, não sou eu quem vai negar.”

AÇÃO E PENSAMENTO POSITIVOS

Em seu dia-a-dia, André de Souza Chagas já se acostumou a enfrentar com tranqüilidade toda sorte de imprevistos. Às vezes, porém, o inesperado torna-se motivo de risadas. O “herói da vida urbana”, que tira de letra a doação de sangue e de medula, confessa que uma vez perdeu o fôlego por causa de um macaco-prego de grande porte que apareceu em um posto de gasolina, no Largo do Machado, na Zona Sul do Rio de Janeiro. “Corremos muito para conseguir capturá-lo e, no fim, ele fugiu. Estávamos todos exaustos”, relembra o bombeiro, em meio a risos. Mesmo quando o salvamento deixa de ter um “final feliz”, o desânimo passa longe desse bombeiro, que nunca pensou em deixar sua profissão.

Desde o pedido de resgate para um animal de estimação até o drama de um operário que, ao limpar vidraças, fica preso em um equipamento no 17º andar de um prédio, tudo é motivo para prestar socorro. “Quando estamos diante de situações mais dramáticas, não tenho medo e sempre penso positivo, acreditando que estou preparado para solucionar o problema”, comenta André. Foi com essa mesma lógica que ele se entregou à doação de medula. “Estou seguro de que posso contribuir para que alguém tenha chance de cura”, diz. Quanto aos pré-requisitos para se tornar um doador de medula, André não hesita: “Basta a vontade de ajudar o próximo. É muito importante fazer diferença na vida dos outros. Se você puder fazer algo para ajudar alguém, não meça esforços”, aconselha.



No momento da entrevista: pausa para mais um resgate



No dia-a-dia, tranqüilidade para planejar as tarefas



Foto do acervo da família

André tem o apoio incondicional da família



Foto Divulgação CBMRJ

Desafios inusitados....



Foto de Gabriel Jabour

... e salvamentos bem-sucedidos

SERVIÇO

REDOME AMPLIA NÚMERO DE DOADORES

O Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea, instalado no INCA, está ampliando o número de doadores cadastrados em razão das campanhas de sensibilização. Quanto mais pessoas se cadastrarem, maiores são as chances de o paciente encontrar um doador compatível. Entre brasileiros, a possibilidade é de aproximadamente uma em 100 mil. As informações sobre todos os pacientes com indicação para transplante são armazenadas no Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (Rereme), também coordenado pelo INCA. Hoje há cerca de 900 cadastrados em busca de um doador compatível.

COMO SE TORNAR UM DOADOR

- Qualquer pessoa entre 18 e 55 anos com boa saúde (sem doença infecciosa ou incapacitante) poderá cadastrar-se para doar medula óssea. Para isso, basta procurar o hemocentro de seu estado.
- Caso haja compatibilidade, o candidato será convocado a realizar a doação.
- Para o doador, a doação será apenas um incômodo passageiro, pois a medula se recompõe em menos de 15 dias. Para o doente, é a diferença entre a vida e a morte. A doação de medula óssea é um gesto de solidariedade e de amor ao próximo.

ONDE DOAR?

O cadastro como doador voluntário de medula óssea pode ser feito nos hemocentros de cada estado. No Rio de Janeiro, além do Hemorio, o INCA também faz a coleta de sangue e o cadastramento de doadores voluntários de medula óssea. Para mais informações: (21) 2506-6064. Para verificar a lista completa de endereços, basta acessar o site do INCA, na página http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=2146.

COMO É FEITA A DOAÇÃO?

O interessado deve procurar o hemocentro de seu estado com documento de identidade original. Será retirada pela veia do doador uma pequena quantidade de sangue (5 ml) e preenchida uma ficha com informações pessoais. O sangue será tipado por exame de histocompatibilidade (HLA), que é um teste de laboratório para identificar as características genéticas que podem influenciar o transplante. O tipo de HLA do doador será incluído no cadastro do banco de medula para quando houver paciente compatível.

internas

HC IV COMEMORA DEZ ANOS

A unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Hospital do Câncer IV (HC IV), completa dez anos. Em 1998, o Instituto construiu o prédio do HC IV, que fica ao lado do Hospital do Câncer III, em Vila Isabel, no Rio. A unidade passou, então, a receber os pacientes que necessitam de apoio e cuidados especiais no fim da vida. Para celebrar os dez anos de existência, foi realizado um café da manhã, no dia 27 de agosto, com distribuição de brindes, palestra motivacional ministrada pelo “Gari Sorriso”, além de um almoço de confraternização no Pavilhão de São Cristóvão. O HC IV é referência nacional, além de ter grande destaque no cenário internacional. Para o último Congresso Latino-Americano de Cuidados Paliativos, realizado em março, em Lima, no Peru, a unidade contribuiu com 37% dos trabalhos enviados.



TECNOLOGIA EM FAVOR DA VIDA

Uma nova tecnologia está disponível no Instituto Nacional de Câncer (INCA), com a inauguração do Setor de Ecoendoscopia, no dia 18 de agosto. Após o aprimoramento no Instituto, o procedimento, que associa a imagem endoscópica à ultra-sonográfica de alta frequência, será difundido para centros oncológicos de todo o país. O Ministério da Saúde investiu R\$ 700 mil na tecnologia, que é mais precisa, menos invasiva e reduz o número de internações e cirurgias, tornando-se complemento para outros métodos de imagem. A nova tecnologia é indicada para o diagnóstico de diversos tipos de câncer, entre eles os de mama, fígado, pulmão, cólon, esôfago, linfomas e gastrointestinais.

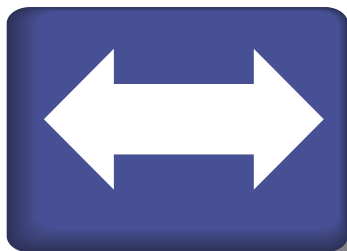
BRINQUEDOTECA É REINAUGURADA

Espaço fundamental no contexto da internação infantil, a Brinquedoteca do Instituto Nacional de Câncer foi reinaugurada no dia 5 de agosto, após reforma custeada pelo programa Nossos Sonhos São Possíveis. O mobiliário foi modernizado e adequado às crianças e adolescentes, que também ganharam novo material escolar, DVD, TV, brinquedos e livros. O conceito do novo espaço está alinhado à política de humanização do INCA, permitindo um local de acolhimento, integração e convivência para as crianças, capaz de melhorar a adesão ao tratamento. “O hospital afasta os pequenos de sua rotina e a Brinquedoteca permite que as crianças resgatem o papel de agentes e não de pacientes”, afirma Eliana Oliveira, psicomotricista educacional da Brinquedoteca. O programa Nossos Sonhos São Possíveis, criado pela Sanofi-Aventis Brasil em 1999, instala brinquedotecas nas enfermarias de serviços pediátricos de hospitais públicos de referência.



INFORMAÇÃO DE QUALIDADE SOBRE O CÂNCER

Para divulgar informações atualizadas sobre as ações de controle do câncer à imprensa e a formadores de opinião nas áreas de Saúde e Política, o Instituto Nacional de Câncer acaba de lançar o boletim eletrônico Notícias do INCA. A publicação, quinzenal, veicula ainda links para as newsletters Por um Mundo sem Tabaco e Medula Net, também produzidas pelo Instituto. Será possível ainda o acesso direto à revista Rede Câncer e à Rádio INCA – Informação e Saúde, veículos de comunicação da instituição. Em 2007, uma pesquisa realizada pelo Instituto, com mais de duas mil pessoas em todo o Brasil, verificou que a doença ainda é considerada um sinônimo de morte. As ferramentas de comunicação e a atuação da imprensa são decisivas para mudar esse quadro, uma vez que, pelo menos, um terço dos casos da doença poderiam ser evitados com atitudes em favor da saúde, como não fumar, realizar atividades físicas, alimentar-se de forma adequada e evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.



MUDANÇA NA GESTÃO DE RECURSOS

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) modificou a forma de gerenciar seus recursos. A partir de agora, com a contratualização do INCA com o Ministério da Saúde, os investimentos destinados ao controle do câncer serão repassados diretamente do Ministério para o Instituto, nos mesmos moldes utilizados para os hospitais de ensino. Para chegar à contratualização, foi elaborado um Plano Operativo, com metas de produção para este ano, avaliadas em termos quantitativos e qualitativos. “O cumprimento dessas metas é fundamental para a manutenção do acordo e o recebimento dos recursos”, esclarece o diretor-geral do INCA, Luiz Antonio Santini. Com a mudança, o INCA poderá contratar os serviços da Fundação Ary Frauzino para ações e projetos no Instituto, dentro das exigências dos órgãos de controle. A aliança estratégica com a sua fundação de apoio garantirá o cumprimento da missão do INCA de aprimorar recursos tecnológicos, adequar espaços físicos, criar soluções gerenciais e manter o padrão de qualidade das ações desenvolvidas pela instituição.

OS NÚMEROS DO INCA

No dia 1º de julho, o diretor-geral do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Luiz Antonio Santini, reuniu-se com os chefes de serviço do INCA para divulgar os investimentos feitos recentemente na instituição. Em média, têm sido investidos no Instituto, por ano, R\$ 12 milhões em equipamentos, quase R\$ 40 milhões em medicamentos, e outros R\$ 40 milhões em material de consumo. Nos últimos quatro anos, foram gastos R\$ 30 milhões em obras. Os investimentos são previstos em planejamento anual e de acordo com as necessidades da instituição. Em relação aos indicadores de produção do hospital, a maioria se mantém no mesmo patamar ao longo dos últimos quatro anos. Santini destacou ainda o fortalecimento da Rede Oncorio, que organiza atenção oncológica no estado do Rio de Janeiro, por meio de investimento e capacitação em vários hospitais. O diretor finalizou o encontro abordando o futuro da instituição, que tem seu principal pilar na construção do novo campus.

Foto: Andrizej Gdulia



Ambientes 100% Livres de Fumo: um direito de todos.



www.inca.gov.br



**PARE DE FUMAR
DISQUE SAÚDE
0800 61 1997**



Ministério
da Saúde



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Divisão de Comunicação Social
Praça Cruz Vermelha, nº 23 - 4º andar • Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20230-130

www.redecancer.org.br