

NESTA EDIÇÃO



Ensino médico

Gestor do MEC critica professores que trocam sala de aula por laboratório

RADIS

comunicação em saúde

DESDE 1982



Nº 52 • Dezembro de 2006

Av. Brasil, 4.036/515, Manguinhos
Rio de Janeiro, RJ • 21040-361

www.ensp.fiocruz.br/radis

Impresso Especial

050202087-3/2004-DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz

...CORREIOS...



Situação do câncer no Brasil

Publicação inédita do Inca analisa e comenta os dados sobre incidência, mortalidade e ações de controle da doença no país



Publicar ou morrer: a luta continua

Bruno Camarinha Dominguez

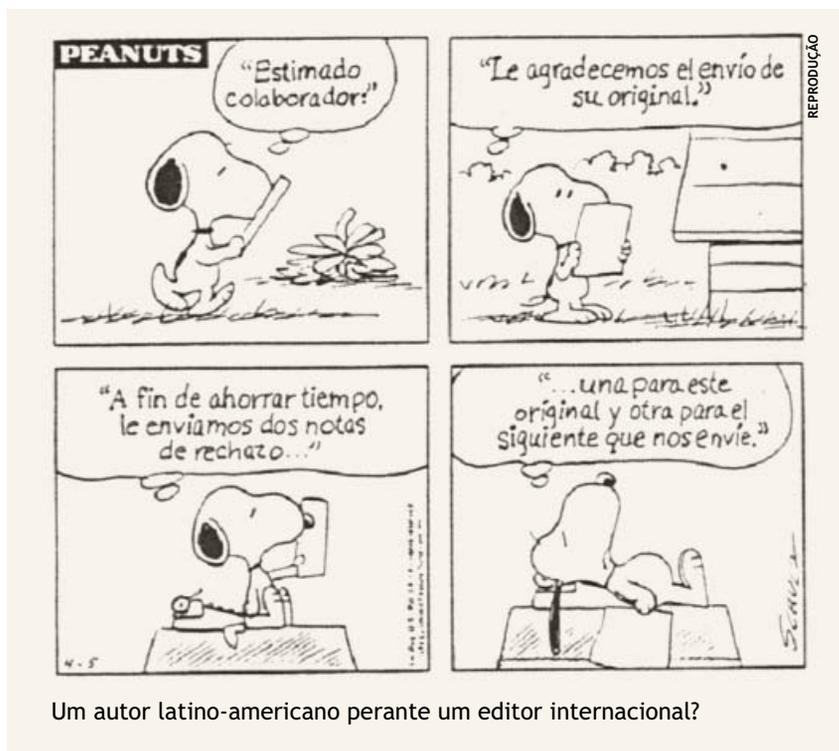
A Revista de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, lançou no fim de agosto a segunda edição comemorativa dos seus 40 anos ininterruptos de veiculação, nos quais somou 939 artigos científicos publicados. O número especial, dividido em três partes, faz um balanço da construção e da divulgação de conhecimento na área. A primeira reúne textos que traçam um panorama da produção da ciência no país e de questões relativas a sua divulgação. A pesquisa em saúde, as questões éticas enfrentadas pelos editores de periódicos científicos e o papel da internet no fluxo deste tipo de comunicação são alguns dos temas abordados.

Na segunda parte, pesquisadores apresentam o estado da arte da produção científica brasileira em diferentes campos disciplinares e temáticos da saúde coletiva: ciências sociais, política, planejamento e gestão, epidemiologia, saúde mental, violência, entre outros. O último bloco abriga uma análise da atuação da própria Revista de Saúde Pública. "A publicação parece alargar seu alcance e repercussão, embora continue fiel aos temas de interesse da saúde pública do Brasil", conclui o autor do texto, o epidemiologista Júlio Cesar Rodrigues Pereira.

Um dos destaques da edição é o artigo "Publicações científicas e as relações Norte-Sul: racismo editorial?", assinado pelo epidemiologista César Victora e a doutora em Educação Carmen Moreira. A dupla trata de uma questão fundamental para a carreira de pesquisadores: a dificuldade para publicar artigos científicos em periódicos internacionais.

"Na vida acadêmica, poucas coisas são mais frustrantes do que receber uma carta com a expressão: 'pensamos que seu texto seria mais adequado para uma publicação local ou regional'", dizem. Esse sentimento de decepção, que até virou piada numa das tiras do Peanuts (ver ilustração), é uma realidade para grande parte dos pesquisadores: 90% ou mais dos artigos são rejeitados imediatamente, sem revisão externa, pela maior parte das revistas internacionais de qualidade.

Bem-humorado, o texto demonstra o preconceito editorial de periódicos



Um autor latino-americano perante um editor internacional?

científicos dos países do Norte contra autores do Sul. Victora e Carmen partem de uma constatação: entre 1992 e 2001, 90,4% dos artigos presentes neste tipo de publicação, exclusivamente na área da saúde, eram de países de alta renda; 7,9%, de países de renda média (destes, apenas 0,7% do Brasil); e 2,7 de países de baixa renda.

Enquete feita com os 351 primeiros autores de textos publicados em 2005 nos periódicos Revista de Saúde Pública (FSP/USP), Cadernos de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e Revista Brasileira de Epidemiologia (Abrasco) apontou que três quartos dos respondentes concordaram totalmente (25%) ou parcialmente (50%) com a afirmação de que existe tal discriminação. Apenas 8% discordaram totalmente.

Para Victora e Carmen, esse desequilíbrio também tem ligação direta com a pequena participação de pesquisadores do Sul nos conselhos editoriais das principais revistas do setor. Um estudo comprova a tese: em 2003, somente oito dos 111 conselheiros das cinco maiores publicações médicas eram do Hemisfério Sul. Na ocasião, o editor da Lancet, revista médica do Reino Unido, descreveu a situação como "racismo institucional".

ALGUMAS DEFICIÊNCIAS

"Mas não parece ser justo atribuir toda a responsabilidade aos editores", ressaltam os autores. Segundo os próprios participantes da enquete, os artigos brasileiros são pouco atraentes por apresentarem problemas e peculiaridades. Por exemplo, deficiências na redação em inglês, falta de empatia com o leitor, resultados muito específicos para a realidade brasileira ou abordagem de questões relativas às iniquidades em saúde, tema que desperta pouco interesse de periódicos do Norte.

Outros motivos apresentados para explicar o acentuado desequilíbrio: baixos investimentos em pesquisa dos países do Sul em relação aos do Norte, número reduzido de pesquisadores e laboratórios e "fuga de cérebros" para países ricos.

Mas há saída. O preconceito editorial pode ser superado por trabalhos com apresentação de qualidade e metodologia sólida, avaliam Victora e Carmen. E o crescimento em ritmo veloz da produção brasileira em revistas internacionais, fruto da expansão dos setores de pós-graduação e pesquisa nas últimas décadas, é uma prova de que os obstáculos não são intransponíveis. 

Informação salva vidas

Desde 1998, 27 de novembro é o Dia Nacional de Combate ao Câncer. Momento para conscientizar a população – e os próprios profissionais e instituições de saúde – da importância da prevenção da doença, que registra 472 mil novos casos e 134 mil mortes por ano no Brasil. O tema deste ano – *Câncer: a informação pode salvar vidas* – pretende ressaltar a relação entre conhecimento sobre prevenção e diagnóstico precoce e redução das taxas de mortalidade e incidência da doença.

Em apoio a este esforço importante para a saúde pública, o Programa RADIS dedica amplo espaço desta revista e a totalidade deste editorial ao tema. Nossa matéria de capa se baseia no excelente trabalho do Inca *A situação do câncer no Brasil*, publicação analítica que aborda causas, incidência, prevenção, tratamento, formação profissional e pesquisa, entre outros aspectos.

Em 2004, o câncer foi a segunda causa de morte feminina no Brasil (15,1%), atrás apenas das doenças do aparelho circulatório, e a terceira de morte masculina (12,8%), depois das circulatórias, das causas externas e das mal definidas. Há tipos predominantes de câncer dependendo do desenvolvimento dos países. Mas o Brasil convive tanto com os associados ao melhor nível socioeconômico – mama, próstata e cólon/reto – quanto com os associados à pobreza – colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral.

É importante que o profissional de saúde e cada vez mais pessoas tenham noção de como se desenvolvem os tumores e

reconheçam sinais de alarme como nódulos, febre contínua, feridas que não cicatrizam, indigestão constante e rouquidão crônica. Quanto mais cedo o diagnóstico, maior o sucesso no tratamento.

Prevenção é essencial. Há fatores de risco que, em separado ou associados, podem desencadear o aparecimento da doença. O excesso de peso é a segunda principal causa evitável de câncer. A primeira é seguramente o tabagismo, que responde por 30% das mortes e 90% dos casos de câncer de pulmão. E a exposição passiva à fumaça do tabaco está, sim, associada ao câncer de pulmão e à insuficiência coronariana entre adultos, além de sintomas respiratórios em crianças e retardo no crescimento intra-uterino como consequência do fumo na gravidez.

Mas, acima de tudo, vale a pena a promoção da saúde, ao que a publicação do Inca dá grande ênfase. Vida saudável na infância e adolescência é essencial. Frutas, legumes e verduras na alimentação diária fornecem ao organismo substâncias nutricionais protetoras, algumas com ação específica contra o câncer. Para os que desejarem parar de fumar, há eficazes métodos já na rede pública de saúde e o estímulo de saber que a propensão à mortalidade pelo câncer de pulmão cai em três vezes (de 15 para 4 vezes mais que os que nunca fumaram na vida) entre os ex-fumantes. Boa leitura e saúde para todos!

Rogério Lannes Rocha
Coordenador do Programa RADIS



Comunicação e Saúde

- ♦ Publicar ou morrer: a luta continua 2

Editorial

- ♦ Informação salva vidas 3

Cartum

3

Cartas

4

Súmula

5



Toques da Redação

7



Situação do câncer no Brasil

- ♦ Um balanço da doença que a globalização expandiu 8

Radis adverte

15

Serviço

18

Pós-Tudo

- ♦ Choque de decência no ensino da Medicina 19

CARTUM





CARTAS

PSICÓLOGOS NO SUS



Me preocupa a relevância dada aos psicólogos que atuam no SUS. Vejo discursos médicos e das mais diversas áreas da equipe multidisciplinar, que ganham mais espaço e valor a cada dia que passa. O que me deixa extremamente alegre e satisfeita. Porém, me questiono:

onde está a psicologia nisso tudo? Será que uma alimentação saudável aliada a exercícios físicos regulares basta para uma boa saúde mental? Por que nosso papel profissional está tão deixado de lado? Adoro a *Radis*. Muito obrigada pela preocupação com a Saúde Pública e Coletiva do nosso país.

♦ Bianca Bortolini, psicóloga, Curitiba

INTEGRALIDADE NA SAÚDE

Sou estudante de Enfermagem da Faen/UERN e me sinto lisonjeada em receber a *Radis*, especialmente a edição nº 49, em que a Faen foi citada entre as experiências de integralidade na reportagem sobre o EnsinaSUS. Isso nos estimula a dedicarmos ainda mais esforços a nossa formação em saúde.

♦ Fátima do Rosário de O. Lima, Parrelhas, RN

Tive a oportunidade de conhecer a *Radis* e me encantei com os artigos do nº 49. Sou supervisora

do Programa Redução de Riscos e Danos em DST/Aids, com formação em Educação Física. Sou fã dos princípios do SUS e quero divulgá-los com meu trabalho.

♦ Maria Amélia B. Gonçalves, Marília, SP

Vi a edição nº 49 com uma amiga na faculdade e anotei o site de vocês: adoro estar sempre informada na minha área. Parabéns por fazerem assinaturas gratuitas.

♦ Renata O. E. Barbosa, Governador Valadares, MG

BIOPIRATARIA EM DEBATE

Parabéns pelo artigo sobre a biopirataria (*Radis* 49), que está chegando às raias da paranóia. Serviu tanto para alertar os pesquisadores, com relação ao compartilhamento seguro de idéias, sem paranóia, como também, para mostrar a importância de dividir para somar, afinal, a pesquisa só avança após discussões e questionamentos entre os pares. Um belo artigo para ser discutido em sala de aula nos programas de graduação e pós-graduação.

♦ Aparecida de Luca, orientadora acadêmica do Programa de Mestrado em Enfermagem da Unirio, Rio de Janeiro

EXPEDIENTE



RADIS é uma publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Periodicidade mensal
Tiragem 50.000 exemplares
Assinatura grátis
(sujeita à ampliação do cadastro)

Presidente da Fiocruz Paulo Buss
Diretor da Ensp Antônio Ivo de Carvalho

Ouvidoria Fiocruz
Telefax (21) 3885-1762
Site www.fiocruz.br/ouvidoria

PROGRAMA RADIS
Coordenação Rogério Lannes Rocha
Subcoordenação Justa Helena Franco

USO DA INFORMAÇÃO — O conteúdo da revista *Radis* pode ser livremente utilizado e reproduzido em qualquer meio de comunicação impresso, radiofônico, televisivo e eletrônico, desde que acompanhado dos créditos gerais e da assinatura dos jornalistas

Edição Marinilda Carvalho
Reportagem Katia Machado (subeditora),
Adriano De Lavor e Bruno Camarinha Dominguez

Arte Aristides Dutra (subeditor) e Cassiano Pinheiro (estágio supervisionado)

Documentação Jorge Ricardo Pereira,
Laís Tavares e Sandra Suzano

Secretaria e Administração Onésimo Gouvêa, Fábio Renato Lucas, Cícero Carneiro e Mariane Gonzaga Viana (estágio supervisionado)

Informática Oswaldo José Filho e Mario Cesar G. F. Júnior (estágio supervisionado)

Endereço
Av. Brasil, 4.036, sala 515 — Manguinhos
Rio de Janeiro / RJ — CEP 21040-361
Tel. (21) 3882-9118
Fax (21) 3882-9119

E-Mail radis@ensp.fiocruz.br
Site www.ensp.fiocruz.br/radis
Impressão
Ediouro Gráfica e Editora SA

responsáveis pelas matérias reproduzidas. Solicitamos aos veículos que reproduzirem ou citarem conteúdo de nossas publicações que enviem para o *Radis* um exemplar da publicação em que a menção ocorre, as referências da reprodução ou a URL da Web.

CONSOLIDAÇÃO DO SUS

É muito bom ler algo que instiga os trabalhadores do SUS a continuarmos na defesa de um sistema de saúde que somente será efetivo se a participação da sociedade se der de forma objetiva, no cotidiano dos serviços e com muita clareza. Os que já defendem o SUS continuarão a fazê-lo. Os usuários, porém, necessitam de apoio institucional para compreender as nuances do sistema. Continuamos na defesa.
♦ Helga Muller Mengel e Magda Solange Dor, Aracaju

Como estudante de Serviço Social, são para mim de grande importância as discussões acerca da saúde pública, para conhecer não apenas os limites, mas também as reais possibilidades de consolidação do SUS. Esta revista é muito indicada

na bibliografia sobre políticas sociais, e também por sua credibilidade.

♦ Ana Luiza S. Bezerra, Queimadas, PB

À ESPERA DA RADIS

Acho que desde 1989 recebo as revistas do *Radis*, uma maravilha. Mas não tenho recebido nenhuma e gostaria de saber o que está acontecendo. Sou funcionária da Secretaria de Saúde há 26 anos e o recebimento das revistas sempre foi muito útil e importante para mim. Por favor, considerem o tempo em que sempre contei com vocês.

♦ Rosa Soares do Nascimento, Feira de Santana, BA

Fiz a solicitação da revista e estava recebendo os exemplares regularmente, porém há cerca de dois meses não recebi mais. Gostaria de saber o que houve. Fiquei muito triste, pois a revista tem contribuído muito para minhas atividades profissionais.

♦ Angela Maria M. M. Noronha, Assis, SP

Sou estudante de Enfermagem e leitor da revista desde que um professor a apresentou em sala de aula. A *Radis* me ajuda muito nas aulas, e quando não recebo ou atrasa fico muito triste: não posso discutir com os colegas de classe as matérias, que são muito importantes.

♦ Luciano Ferreira de Gouvêa, Duque de Caxias, RJ

Tive o prazer de conhecer a *Radis* — um colega de universidade trouxe-me alguns exemplares. Fiquei muito interessada! Sou estudante de Enfermagem e trabalho como técnica de laboratório em análises clínicas. Todo profissional deve manter-se informado.

♦ Perla S. B. Araujo, Campina Grande, PB

Caros leitores, a revista tem cumprido rigorosamente os prazos. Estamos conferindo os nossos cadastros. Pedimos também que consultem, por favor, a agência de correio mais próxima para apurar se há algum problema local.

NORMAS PARA CORRESPONDÊNCIA

A *Radis* solicita que a correspondência dos leitores para publicação (carta, e-mail ou fax) contenha identificação completa do remetente: nome, endereço e telefone. Por questões de espaço, o texto pode ser resumido.

SÚMULA

UM FARMACÊUTICO À FRENTE DO CNS

O primeiro presidente eleito na história do Conselho Nacional de Saúde é o farmacêutico Francisco Batista Júnior, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança Social (CNTSS/CUT), que conquistou 76% dos votos dos conselheiros na sessão plenária de 8 de novembro. Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, representante do segmento de usuários pela Associação Brasileira de Ostomizados (Abraso), ficou com 23% dos votos.

Desde a criação do CNS, há 70 anos, o ministro da Saúde ocupava o cargo. Para Francisco, essa mudança é um marco no fortalecimento do controle social e exemplo para o resto do país. "Temos muita clareza de que cortamos o cortão umbilical que existia até então: a obrigatoriedade de que o presidente do conselho fosse o ministro da Saúde", disse à *Radis*. "Isso gerava situações de desconforto, questionamentos sobre a liberdade e a autonomia do conselho".

Francisco entende que a relação hoje passa a ser outra: de reconhecimento, de respeito e de coexistência política madura. "Tem tudo para significar um avanço na organização, na autonomia e da democratização do conselho, com todas as repercussões positivas nos estados e municípios." A íntegra da entrevista de Francisco estará na próxima edição da *Radis*, que tratará de controle social.

Na mesma sessão foi eleita a Mesa Diretora: Ruth Ribeiro Bittencourt, do Conselho Federal de Serviço Social (Cfess); Carmen Lucia Luiz, da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL); Wander Geraldo da Silva, da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam); Artur Custódio Moreira de Sousa, do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan); Ciro Mortella, da Confederação Nacional da Indústria (CNI), e Antônio Alves de Souza, representante do Ministério da Saúde.

O decreto nº 5.839 (julho/2006) definiu o novo processo eleitoral e a nova composição do CNS, que agora reúne 48 titulares e 96 suplentes, todos eleitos.

UMA CHINESA À FRENTE DA OMS

O plenário da Assembléia Extraordinária Mundial da Saúde, em Genebra, confirmou em 9/11 o nome da sanitarista chinesa Margaret Chan, de 59 anos, para diretora-geral da OMS. Ela concorria com quatro outros indicados para substituir Lee Jong-Wook, que morreu em maio. Formada em Medicina no Canadá e especializada em Saúde Pública em Cingapura, Margaret Chan enfrentou os primeiros surtos da gripe aviária em 1997 e da Sars em 2003, quando chefiava a saúde em Hong Kong (hoje reintegrada à China), onde introduziu a Atenção Primária com foco na promoção da saúde. Está na OMS desde 2003, primeiro na área de influenza aviária, depois na de doenças infecciosas. "Queremos ser julgados pelo impacto sobre a saúde dos povos africanos e das mulheres, indicadores-chave do desempenho da OMS", disse, após sua confirmação. "Todos os povos, todas as regiões são igualmente importantes para a OMS, uma organização mundial que deve atingir a todos em toda parte; mas precisamos focar nossa atenção nos mais necessitados."

UMA DEMOCRATA À FRENTE DO CONGRESSO AMERICANO

A deputada democrata Nancy Pelosi, 66 anos, reeleita em novembro, estava cotada para ser a primeira mulher a ocupar o cargo de *speaker* — presidente — da Câmara de Representantes dos Estados Unidos, o que a deixaria em segundo lugar na linha de sucessão da Casa Branca, atrás apenas do vice-presidente. Aos 66 anos, Nancy é o perfeito oposto do presidente conservador George W. Bush: faz crítica rigorosa da guerra no Iraque e do controle da migração; católica, apóia aborto, adoção e casamento gay, pesquistas com células embrionárias. Ativista dos direitos humanos, votou não ao caráter permanente do *Patriot Act* de Bush — que, no contexto da "guerra ao terror", reduz as liberdades civis e os direitos individuais dos americanos — e às tentativas de corte nos recursos previdenciários ou de aumento da contribuição pelos inativos.

DOS TRANSGÊNICOS À NANOTECNOLOGIA

O cidadão nem conseguiu ver resolvida a polêmica dos alimentos transgênicos e já tem pela frente comida com nanotecnologia. O *New York Times* publicou em 10 de outubro reportagem de Barnaby J. Feder sobre "engineering food" – comida "engenheirada", como já se diz por aqui – em nível molecular.

Entraram no mercado americano – "discretamente" – colorantes sintéticos, conservantes e embalagens com base em nanotecnologia. Suas aplicações comerciais somam US\$ 410 milhões (o mercado de alimentos beira os US\$ 3 trilhões!), e estima-se que superará US\$ 5 bilhões em seis anos.

Segundo Feder, o setor quer medidas reguladoras imediatas, antes que comece a oposição, como aos transgênicos. Mas já começou. "Impressionante como isso avançou", disse Ronnie Cummins, diretor do Organic Consumers Group, que defende alimentos orgânicos. "Comparada à nanotecnologia, a ameaça dos transgênicos é brincadeira".

MUDANÇA NA LEI DE BIOSSEGURANÇA

A Lei de Biossegurança, aprovada em 2005, fixava a distância-padrão de 10 km entre lavouras geneticamente modificadas e unidades de conservação (parques ou reservas ambientais). Isso mudou: um decreto e uma medida provisória estabelecem que para a soja transgênica a distância mínima agora é de 500 metros; para o algodão, entre 800 metros e 5 km (caso a reserva contenha espécies silvestres de algodão, sujeitas a contaminação pela transgênica). O Greenpeace considerou a mudança uma "afrenta ao princípio da precaução" e acusou o governo de relaxar na vigilância dos transgênicos. O secretário de Biodiversidade e Florestas do Ministério do Meio Ambiente, João Paulo Capobianco, negou: "É justamente o contrário. As novas regras corrigem distorção da lei, que pensava somente na soja". Segundo ele, na prática, o marco antigo "raramente era usado".

DDT REABILITADO NO COMBATE À MALÁRIA

A OMS voltou atrás numa diretriz de Atrês décadas e reabilitou o uso do pesticida DDT no controle da malária. O borrifo de DDT nas casas infestadas de mosquitos foi proibido por seu impacto no

meio ambiente e no corpo humano. O diretor do Programa Mundial de Malária da OMS, Arata Lochi, foi enfático: "De todos os inseticidas seguros, o mais eficiente é o DDT". Para o diretor-assistente, Anarfi Asamoah-Baah, "indícios científicos e programáticos claramente apóiam a revisão" da direttriz. "A aplicação nas casas reduz rapidamente o número de infecções pelo mosquito, o custo é baixo e o DDT não apresenta riscos à saúde se usado adequadamente".

Há 40 anos, o livro *A primavera silenciosa*, da ecologista americana Rachel Carson, afirmava que o pesticida estava destruindo a vida selvagem na América do Norte e na Europa Ocidental. Um país após o outro baniu o DDT, exceto no continente africano. E a África do Sul retomou o uso do DDT, 10 anos após proibi-lo, porque os mosquitos desenvolveram resistência a outros produtos.

MAIS MORTES POR AGROTÓXICO

A Agência Fapesp divulgou em 8 de novembro estudo sobre o envenenamento por agrotóxicos no Brasil: se em 1993 houve 6 mil casos, com 161 mortes, em 2003 foram 14 mil, com 238 mortes. A pesquisa é do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), coordenado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT), da Fiocruz. O agrotóxico já é a terceira maior causa de intoxicação no país, atrás de medicamentos e animais peçonhentos, e os números podem ser mais altos porque há subnotificação de casos não-agudos. "É difícil captar a intoxicação crônica, que se manifesta a longo prazo", disse a coordenadora do Sinitox, Rosany Bochner. O produto mais ameaçador é o popular "chumbinho", agrotóxico usado como raticida. "Tem matado muita gente". Executado pela Anvisa, o sistema atende a população em casos de intoxicação em 36 centros de 19 estados.

Disque-Intoxicação da Anvisa

0800-722-6001

Site do Sinitox

www.fiocruz.br/sinitox/

ADEUS A UM PESADELO

Foi eliminado o maior depósito de pneus velhos do Brasil, que ficava na zona industrial de Sorocaba (SP). Eram 45 mil toneladas de pneus, ou 9 milhões de unidades, acumuladas a céu aberto ao longo de 20 anos – o paraíso do *Aedes aegypti*. Foi tudo transformado em pó para fabricação de tapetes de borracha, como previa acordo feito

em 2002 entre o Ministério Público Estadual, um fabricante de tapetes e a Associação Nacional da Indústria de Pneumáticos, que investiu US\$ 10 milhões em coleta e destruição de pneus velhos. A entidade tem 176 pontos de coleta em 19 estados.

FUTURO SECRETÁRIO DO RJ CONVOCA ENSP

O *Globo* de 15/11 informou que o futuro secretário de Saúde do Estado do Rio, Sérgio Côrtes, anunciou parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) na preparação de um programa de gestão hospitalar e capacitação profissional – 35 pesquisadores de várias áreas da escola já estão mobilizados. O secretário indicado pelo governador eleito, Sérgio Cabral (PMDB), disse que sua prioridade será o profissional de saúde. A ENSP tem longa tradição de cooperação, que agora ganha caráter sistemático, com a SES-RJ. Sérgio Côrtes teve participação ativa na gestão da crise da saúde do Rio no primeiro semestre de 2005.

O PREÇO DA MORTE NO PARÁ

Os participantes do painel "Defesa da defesa no Brasil", parte da programação do 50º Congresso da União Internacional dos Advogados, promovido de 31/10 a 1º/11 em Salvador, ouviram do sacerdote e advogado José Boeing que o preço do assassinato do frei (e também advogado) Henri Burin des Roziers, 75 anos, da Comissão Pastoral da Terra (CPT) paraense, está estipulado em R\$ 100 mil. A execução dos demais padres que atuam nos conflitos de terra e na defesa dos direitos humanos no estado fica em R\$ 50 mil. Como a do próprio Boeing, também da CPT. Ele vive em Xinguara (PA) e trabalhava com a missionária americana Dorothy Stang, morta a tiros (12/2/2005) no município de Anapu. Segundo o padre Boeing, esses preços são de conhecimento público no sudeste paraense: qualquer grileiro ou fazendeiro sabe quanto custa mandar matar um ativista religioso. Para matar sindicalistas, os pistoleiros cobram R\$ 10 mil; posseiros e lavradores, R\$ 5 mil. ■

SÚMULA é produzida a partir do acompanhamento crítico do que é divulgado na mídia impressa e eletrônica.



toques da redação



DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

— Saiu o resultado do edital que a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

(CNDSS) lançou em junho, com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para projetos de pesquisa sobre a relação entre determinantes sociais e a situação de saúde, incluindo avaliação de intervenções sobre estes determinantes.

Foram selecionados 83 projetos em quatro grandes subáreas: estudo de Determinantes Sociais da Saúde; Saúde da Pessoa com Deficiência; Saúde da População Negra; Saúde da População Masculina.

A CNDSS, criada em março de 2006 (*Radis* 45), promoveu em setembro, na sede da Opa/OMS, em Brasília, seminário metodológico sobre avaliação das intervenções nos determinantes sociais da saúde (DSS). Os objetivos eram: revisar metodologias disponíveis para avaliar intervenções sobre DSS; analisar se e como estas metodologias vêm sendo utilizadas no Brasil; propor mudanças para aperfeiçoar a avaliação destas intervenções; identificar experiências internacionais neste campo úteis para o país — Andras Uthof, coordenador da Divisão de Desenvolvimento Social da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), foi um dos expositores desta sessão temática.

Mais informações

Resultado www.determinantes.fiocruz.br/RESULTADO%20EDITAL%20SELECIONADOS.xls

Íntegra das apresentações

www.determinantes.fiocruz.br

DÊ COLO AO BEBÊ! — Nos primeiros três meses de vida, é fundamental para o desenvolvimento emocional e neurológico do bebê obter resposta dos pais ao choro. Foi o que constatou estudo da Queensland University of Technology (Austrália) e do River Early Parenting Centre (EUA). Ou seja: dar colo ao bebê que chora não “estraga” a criança.



A CERVEJA DO PAN??? — Espantoso que as autoridades de saúde permitam a propaganda de uma tal Sol dizendo-se “a cerveja oficial dos Jogos Pan-Americanos”. Como assim, oficial? Será servida no café da manhã da Vila Olímpica? Em quadras, pistas, gramados e piscinas? No pódio? O Ministério da Saúde vem se destacando internacionalmente pelo veto rigoroso à propaganda que associa o esporte a fatores de risco à saúde, como o fumo, e agora silencia quando uma cerveja não só patrocina os jogos, como se diz “oficial” num evento que atrairá a atenção da juventude brasileira.

POLÍTICA À MESA — José Augusto Pádua, professor de História da UFRJ, publicou artigo na *Folha de S. Paulo* (29/10) no qual considera “assustador” imaginar-se que algo vital como a semente acabe nas mãos de conglomerados empresariais, cujo interesse nas novas tecnologias, segundo ele, é dominar a oferta de sementes e reduzir a autonomia dos agricultores e, por extensão, das sociedades. “O consumidor, ao optar pelo que comer e a qual modelo favorecer, pode estar fazendo política no mais alto grau.”

QUE ESTADO, CARA-PÁLIDA? — A Companhia Vale do Rio Doce encaminhou denúncia contra o Brasil à Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, pedindo que o país adote políticas de proteção aos povos indígenas, que invadem as terras da empresa e já causaram

prejuízo de US\$ 15 milhões. “A ineficácia do Estado faz com que os índios, sem quaisquer projetos estruturantes, dependam cada vez mais das verbas repassadas por empresas privadas”, afirmou a empresa. Um tanto difícil de entender... Essa valiosíssima estatal foi comprada a preço de banana segundo a mais fina receita neoliberal de Estado mínimo — aquela que prevê corte nos orçamentos da área social (a mesma dos “projetos estruturantes”). Desaloja indígenas, transforma as matas em desertos verdes... e o Estado que resolve.

ECOS DO ABRASCÃO — Boa parte das apresentações do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, em agosto, no Rio de Janeiro, está disponível no site da Abrasco (www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=116).

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA — Ganhou destaque na edição nº 54 da revista *Pharmacia Brasileira*, do Conselho Federal de Farmácia (que o RADIS recebeu em novembro), o discurso no Congresso Mundial de Farmácia, em Salvador, do ministro da Saúde, Agenor Álvares — que é farmacêutico-sanitarista. Um trecho:

“Falar em atuação conjunta faz pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde e das ações e serviços de assistência farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este pode ser determinante para a qualidade do resultado, é imperativo que a assistência farmacêutica seja vista sob ótica integral.

A integralidade aqui tratada vai além do conceito amplo no qual se insere a assistência farmacêutica no SUS. Acima de tudo, é preciso que as etapas que a constituem sejam bem estruturadas e articuladas para garantir a atenção integral à saúde.

Em outras palavras, não é suficiente considerar que se está oferecendo Atenção Integral à Saúde quando a assistência farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos: adquirir, armazenar e distribuir. É preciso agregar valor às ações e serviços de saúde por meio do desenvolvimento da assistência farmacêutica.”

SITUAÇÃO DO CÂNCER NO BRASIL

Um balanço da doença que a globalização expandiu



O Instituto Nacional de Câncer (Inca), do Ministério da Saúde, lançou em 27 de novembro a publicação *Situação do câncer no Brasil*, que analisa e comenta os dados sobre incidência, mortalidade e ações de controle da doença no país à luz das evidências epidemiológicas mais atualizadas. A obra, que a *Radis* resume nesta edição, complementa e contextualiza os números das *Estimativas*, publicação que o Inca edita anualmente desde 1995 a partir das informações geradas pelos Registros de Câncer de Base Populacional, hoje coletados em 19 cidades brasileiras – dados vitais para que gestores, profissionais e pesquisadores da área de câncer abarquem toda a extensão do problema de saúde pública que se tornou esta doença, nos países ricos como nos pobres, responsável por 7 milhões de mortes anuais ou 12% das causas de óbito no mundo.

CARCINOGENÊSE

como se desenvolvem os tumores

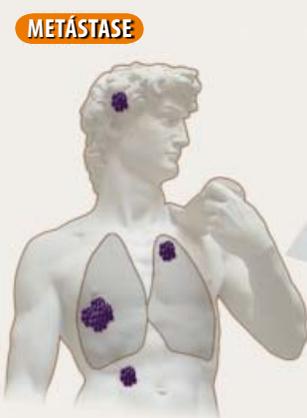
Tecidos e órgãos do corpo humano são formados por células, que se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo. O câncer se desenvolve quando células anormais deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutação – o que pode provocar danos em um ou mais genes de uma única célula.

Os genes são segmentos do DNA – sigla inglesa para ácido desoxirribonucleico, reservatório das moléculas com a informação genética – que controlam as funções das células. Quando os genes são danificados, as células se dividem descontroladamente, produzindo novas cópias anormais. Se o processo de replicação não é impedido pelos sistemas de defesa do organismo, estas células “defeituosas”, eventualmente, produzem células cancerosas – que se dividem mais rapidamente do que as normais e, com o tempo, podem se empilhar umas sobre as outras, formando os tumores. Todo esse processo pode levar muitos anos.

Os especialistas usam o termo “estádio” para descrever a extensão ou a gravidade do câncer. O estágio inicial corresponde a um pequeno tumor maligno. No avançado, o tumor, maior, já pode ter se espalhado para as áreas próximas (linfonodos) ou outras partes do corpo (metástases). Para determinar a chance que uma pessoa tem de cura do câncer, os médicos consideram vários fatores, inclusive o tipo e o estágio do câncer. Geralmente, o prognóstico é melhor quando o estágio é inicial.



Muitas funções celulares precisam ser alteradas para que ocorra o surgimento de um tumor



Como o tumor se dissemina?

As metástases ocorrem quando as células cancerosas de um tumor se espalham para diferentes partes do corpo, formando tumores satélites, distantes do tumor original.

Estádio e prognóstico

O prognóstico depende do tipo e do estágio. Geralmente o prognóstico é melhor quando o estágio é inicial.



Como o tumor se desenvolve?

Danos nos genes numa única célula (mutações) podem levar ao surgimento de células anormais. Ocasionalmente, as células anormais podem se tornar cancerosas, multiplicando-se rapidamente e tornando-se imortais.





Organizado por Gulnar Azevedo e Silva Mendonça, Cláudio Pompeiano Noronha, Liz Maria de Almeida, o trabalho informa que para 2006 estima-se uma ocorrência de 472 mil casos novos de câncer no Brasil – ou 355 mil, se excluídos os casos de tumores de pele não-melanoma –, o que corresponde a quase dois casos novos por ano para cada 1.000 habitantes.

No capítulo "Causalidade", os autores tratam dos fatores de risco que, em separado ou associados, podem desencadear o aparecimento da doença – geralmente, reflexo do modo de viver das pessoas, de suas condições sociais, econômicas e ambientais. O impacto da globalização econômica sobre as sociedades contemporâneas, por exemplo, redefinindo padrões de trabalho, nutrição e consumo, está na origem de muitos tipos de câncer. Ao mesmo tempo, a melhoria das condições de vida dos indivíduos resulta no envelhecimento populacional, responsável pelo aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e o câncer. No Brasil, onde também se observa o crescimento do número de idosos, verifica-se aumento da prevalência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico – mama, próstata e cólon/reto – e, simultaneamente, da elevação das taxas de incidência de tumores geralmente associados à pobreza – colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral.

Não há ainda dados suficientes para a compreensão da vulnerabilidade de determinados grupos à doença, afirmam os autores. O que se reconhece é que seu aparecimento está vinculado a causas múltiplas, da susceptibilidade genética a condições determinadas pelos modos de vida e o ambiente. Em 2001, pesquisadores da Harvard School of Public Health (Estados Unidos) estimaram que 35% das mortes por câncer no mundo poderiam ser atribuídos ao efeito combinado de nove fatores de risco, separados em cinco grupos: dieta e inatividade física, substâncias aditivas (uso de tabaco e álcool), saúde sexual

e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis), riscos ambientais (poluição do ar, combustíveis sólidos, tabagismo passivo) e contaminação venosa pelo vírus de hepatite B e C.

As condições associadas ao risco de câncer são mais prevalentes em populações urbanas de regiões industrializadas, mas incidência e mortalidade são maiores nos países pobres, com 50% do total de óbitos e mais de 60% dos casos novos devido à migração, a partir da disseminação pelo mundo dos padrões ocidentais de vida, de tipos de câncer característicos de países ricos – pulmão, mama, intestino e próstata. Nas regiões menos favorecidas predominavam os cânceres "do subdesenvolvimento" – estômago, colo do útero e fígado.

Um dos mais importantes alertas da publicação trata dos fatores de risco para os jovens. Comportamentos construídos nas duas primeiras décadas de vida – a rotina de sedentarismo e alimentação inadequada, que resultam em excesso de peso, a exposição solar, a prática sexual sem proteção, o fumo e o álcool, a não-vacinação contra agentes infecciosos – tudo contribui para o aparecimento de doenças crônicas na vida adulta. Vida saudável na infância e na adolescência é, portanto, estratégia preventiva a que devem estar atentos a sociedade e os gestores, difundindo o conhecimento sobre os efeitos dos fatores de risco, apoiando programas com foco na mudança de comportamento e identificando indivíduos precocemente expostos a fatores cancerígenos.

AGENTES INFECCIOSOS

Estima-se que 18% dos casos diagnosticados de câncer no mundo se devam a agentes infecciosos – ao lado do fumo, os mais importantes cancerígenos. Entre estes estão o papilomavírus humano (HPV), o *Helicobacter pylori* e os vírus das hepatites B e C. A Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC), sediada na França e ligada à Organização Mundial de Saúde, afirma que o HPV, no mundo, está associado a 100% dos casos de câncer do colo do útero e a 5,2% do total de cânceres diversos, em ambos os sexos. No Brasil, o vírus responde por 4,1% dos casos, sendo responsável por 8,1% das neoplasias malignas em mulheres, número inferior apenas aos casos de tumores da mama (20,6%). O HPV tem sido também associado a cânceres na área genital, além de boca e faringe.

Já a bactéria *H. pylori*, que provoca gastrite e úlcera péptica, está associada ao desenvolvimento

do carcinoma e do linfoma gástrico. Nos países em desenvolvimento, é responsável por 78% do total de cânceres do estômago e, no Brasil, por 65%. De acordo com o Inca, o câncer do estômago representa 4,9% dos casos estimados para o país em 2006. Tanto o HBV (vírus da hepatite B) quanto o HCV (da hepatite C) causam câncer nas células do fígado – nos países em desenvolvimento, o HBV é responsável por 58,8% destes cânceres, e o HCV, por 33,4%. Nos casos de infecção associada (HBV mais HCV), essas frações se somam.

Há evidências ainda do potencial carcinogênico do vírus Epstein-Barr (EB), predominante na África Subsaariana: 85% dos linfomas de Burkitt são causados por ele. No carcinoma de nasofaringe, embora a dieta inadequada seja considerada importante fator de risco, quase todos os tumores ocorrem em consequência da infecção pelo EB. Nos países em desenvolvimento, a proporção de casos atribuíveis ao Epstein-Barr representa quase 50% dos casos. Dois tipos de câncer são associados à infecção pelo HIV: o sarcoma de Kaposi e o linfoma Não-Hodgkin que, com o câncer do colo do útero, estão entre as condições que definem a Aids. Todos os casos de sarcoma de Kaposi são atribuíveis ao vírus HHV8/HIV. Acredita-se que 26% dos casos de câncer seriam evitáveis nos países pobres com ações de prevenção destas infecções.

FATORES AGREGADOS

O tabagismo é a principal causa isolada evitável de câncer. Além de câncer do pulmão, o uso do tabaco é também fator de risco para câncer de laringe, pâncreas, fígado, bexiga, rim, leucemia mielóide e, associado ao consumo de álcool, de câncer da cavidade oral e esôfago.

Entre todos os cânceres, o do pulmão está mais fortemente associado ao consumo de tabaco, e o risco de ocorrência e morte aumenta quanto maior a intensidade da exposição. A mortalidade por câncer do pulmão entre fumantes é cerca de 15 vezes maior do que entre pessoas que nunca fumaram na vida, enquanto entre ex-fumantes é cerca de 4 vezes maior. Fumantes de 1 a 14 cigarros, 15 a 24 cigarros e mais de 25 cigarros têm, respectivamente, risco aproximado 8, 14 e 24 vezes maior de morte por este tipo de câncer do que pessoas que nunca fumaram. A cessação do hábito de fumar reduz consideravelmente o risco de morte por causas associadas ao tabaco, aumentando em 9 anos a sobrevida média de uma população.



Números no mundo

2020
15 milhões de casos novos

12 milhões de mortes

2002
10 milhões de casos novos

6 milhões de mortes

Fonte: União Internacional Contra o Câncer (UICC), 2005.

Além de câncer, o tabagismo é uma das principais causas de mortalidade precoce por doenças isquêmicas do coração, doença cerebrovascular e doença pulmonar obstrutiva crônica. Ao lado do câncer, as doenças isquêmicas e respiratórias são as principais causas de mortalidade no Brasil. O percentual de fumantes em nosso país diminuiu nos últimos 15 anos, provavelmente como reflexo das políticas públicas de controle do tabaco. No entanto, ainda há cerca de 22 milhões de fumantes no país.

A carga de risco provocada pelo tabaco estende-se também ao tabagismo passivo. A exposição passiva à fumaça do tabaco está positivamente associada à ocorrência de agravos como câncer do pulmão e insuficiência coronariana entre adultos, sintomas respiratórios em crianças e retardo no crescimento intra-uterino como consequência do fumo na gravidez.

Os autores da publicação afirmam que pelo menos 20% dos casos de câncer nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, estão relacionados à alimentação inadequada, ao sedentarismo e ao consumo de álcool. Nos países desenvolvidos, esse percentual pode chegar a 30%. O consumo adequado de frutas, legumes e verduras pode contribuir para a redução anual entre 5% e 12% dos casos novos da doença. O consumo ideal, recomendado pela OMS, é de pelo menos cinco porções diárias de frutas e vegetais – uns 400 gramas por dia.

O álcool aumenta o risco de câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, fígado e mama. Este risco existe inde-

pendentemente da bebida, e é maior para as pessoas que bebem e fumam. A recomendação é que o consumo de bebida alcoólica se limite a no máximo duas doses por dia para homens, e uma dose por dia para mulheres.

O excesso de peso, segunda principal causa evitável de câncer, atrás do tabagismo, inclui sobrepeso e obesidade, estimados segundo o índice de massa corporal (IMC). No sobrepeso, o IMC está entre 25 e 29,9 kg/m²; na obesidade, é igual ou superior a 30 kg/m². Esse fator está associado ao aumento do risco de câncer de mama (em mulheres na pós-menopausa), cólon, endométrio, vesícula, esôfago, pâncreas e rim. O número de brasileiros adultos com excesso de peso praticamente dobrou de 1974, ano do Estudo Nacional de Despesas Familiares, para 2003, como apontou a Pesquisa de Orçamento Familiar: atingia 4 em cada 10 adultos.

Em torno de 5% da radiação solar sobre a Terra provém de raios ultravioleta. A IARC estima que pelo menos 80% dos melanomas sejam causados pela exposição ao Sol. O câncer de pele não-melanoma é o tipo mais freqüente: de 2 a 3 milhões são diagnosticados anualmente no mundo, mas raramente são fatais.

De 2% a 4% dos casos de câncer são causados pela exposição do trabalhador a agentes cancerígenos, como amianto, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, arsênico, berílio, radiação ionizante, níquel, cromo e cloroéteres, associados a cânceres de pulmão, pele, bexiga e leucemias. A IARC consi-

dera 99 substâncias reconhecidamente cancerígenas.

A OCORRÊNCIA

Neste bloco de textos a publicação trata dos cânceres mais incidentes no país, os de próstata, pulmão e estômago no sexo masculino; mama, colo do útero e intestino no sexo feminino. O país registrou em 2004 141 mil óbitos. Câncer de pulmão, próstata e estômago foram as principais causas de morte entre os homens; mama, pulmão e intestino, entre as mulheres.

O SUS registrou 423 mil internações por neoplasias malignas (câncer) em 2005, além de 1,6 milhão de consultas ambulatoriais em oncologia. Mensalmente, são tratados 128 mil pacientes em quimioterapia e 98 mil em radioterapia ambulatorial. Nos últimos cinco anos, ocorreu aumento expressivo no número de pacientes oncológicos atendidos pelas unidades de alta complexidade do SUS, o que para os autores do trabalho pode ser reflexo do acesso melhor a tratamento especializado.

Do total de casos novos estimados para 2006, são esperados 234.570 para o sexo masculino e 237.480 para o sexo feminino. O câncer de pele não-melanoma (116 mil casos novos) é o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de mama feminina (49 mil), próstata (47 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (25 mil), estômago (23 mil) e colo do útero (19 mil).

Entre as cidades brasileiras com Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) em funcionamento, há





Fitoquímicos (do grego fitos = planta) são compostos químicos presentes no reino vegetal com efeitos benéficos ao organismo.

Você sabia? O Brasil está entre os 5 países de maior área produtiva do mundo mas, dos 46% de área potencialmente cultivável, apenas 9% são aproveitados (FAO 2003).

informações disponíveis de 19 delas, o que significa que são monitorados 19% da população do país. Quanto aos principais tumores – mama em mulheres e próstata em homens –, há percentuais mais elevados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Tumores de colo do útero têm taxas mais altas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. As variações regionais na incidência do câncer, segundo a publicação, decorrem de perfis heterogêneos de exposição a fatores de risco, hábitos de vida – e também por diferenças de desempenho dos serviços de saúde.

Em 2004, o câncer foi responsável por 13,7% dos óbitos no Brasil, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório (27,9%). As mortes por causas externas e causas mal definidas aparecem em seguida, com 12,4%. Na mortalidade masculina, o câncer está em terceiro lugar (12,8%), e na feminina, em segundo (15,1%).

As taxas ajustadas de mortalidade apontam para um maior risco de câncer entre homens. Em ambos os sexos, porém, a tendência foi de crescimento na última década, o que leva os autores à conclusão de que pode estar havendo um aumento real na incidência do câncer no país. Observa-se entre

os homens um crescimento das taxas ajustadas para câncer de pulmão, próstata e intestino e uma diminuição para o câncer de estômago – 25 anos atrás, era a principal causa de morte por câncer entre os homens. Entre as mulheres, constata-se crescimento das taxas ajustadas para câncer de mama, pulmão e intestino e diminuição para o câncer de estômago, assim como entre os homens. Esse dado, por sua vez, avaliam os autores, pode estar refletindo melhora nas condições de conservação dos alimentos.

A mortalidade por câncer de colo do útero permaneceu estável no período. Destaca-se o crescimento da mortalidade por câncer de pulmão, hoje em segundo lugar – há 25 anos, a quinta causa de morte. Um reflexo do aumento do tabagismo no sexo feminino em todo o país nas últimas décadas.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Pressão alta, colesterol alto, baixo consumo de frutas, legumes e verduras, excesso de peso, inatividade física e tabagismo, já sabemos, são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis, como as cardiovasculares e os diversos tipos de câncer. Quatro dos seis fatores apontados são

claramente relacionados à alimentação. Por isso, a Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde, aprovada pela 57ª Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2004, recomenda o incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras.

Um dado relevante: a OMS estima que até 2,7 milhões de vidas poderiam ser salvas anualmente no mundo se o consumo desses alimentos fosse adequado. Frutas, legumes e verduras na alimentação diária fornecem ao organismo substâncias nutricionais protetoras, como carotenóides, vitaminas antioxidantes, compostos fenólicos, terpenóides, esteróides, indoles e fibras.

Alguns compostos em especial, os agentes quimiopreventivos, têm ação protetora específica contra o câncer: as isoflavonas da soja, o licopeno do tomate, a luteína do espinafre, a quercetina da maçã, o resveratrol da uva, as antocianinas das frutas vermelhas (cereja, framboesa, amora). Um alerta importante da publicação: os quimiopreventivos, que tantos consomem em cápsulas, são efetivos quando ingeridos nos alimentos que os contêm naturalmente.

Dados da IACR, de 2003, mostraram que a fração prevenível de câncer atribuída à baixa ingestão desses alimentos está entre 5% e 12%, podendo chegar a 20% ou 30% para cânceres das porções superiores do trato gastrointestinal. Estudos sobre os mecanismos de atuação dos agentes protetores indicam que seu maior consumo leva à redução de lesões genéticas e acelera a velocidade de reparo do DNA, o que ajuda a entender por que esses alimentos podem conferir proteção contra diversos tipos de câncer, inclusive de pele.

Foi com base nas evidências que se chegou à recomendação de consumo diário de, no mínimo, 400 gramas de frutas, o que tem sido a base de programas como o “5-ao-dia”, presente hoje em mais de 40 países. No Brasil, o programa é difundido pelo Instituto Brasileiro de Orientação Alimentar (Ibra), organização sem fins lucrativos. Mas o consumo de frutas, legumes e verduras é baixo no país, “dadas as barreiras tanto individuais quanto estruturais”, como diz o texto. Em outras palavras, o brasileiro ou não gosta de vegetais ou não tem dinheiro para comprar. “A construção de um senso coletivo relacionado à proteção contra o câncer pelo aumento do consumo de frutas, legumes e verduras é imprescindível, exigindo ampla conjugação de esforços”, afirmam os autores.

O CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL

O tabagismo é uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina. Os usuários de produtos de tabaco estão expostos continuamente a mais de 4 mil substâncias tóxicas, muitas delas cancerígenas. Esta exposição faz do tabagismo o mais importante fator de risco isolado de doenças graves e fatais. Não é a toa que a doença é causadora de 30% das mortes por câncer, sendo 90% dos casos de câncer de pulmão diagnosticados em fumantes.

Pesquisas acumulam evidências de que o tabagismo passivo é também causa de doenças, inclusive câncer de pulmão e infarto em não-fumantes saudáveis; que os filhos de pais fumantes, quando comparados aos filhos de não-fumantes, apresentam maior frequência de infecções respiratórias e taxas ligeiramente menores de aumento da função pulmonar à medida que o pulmão amadurece; e que a simples separação de fumantes e não-fumantes num mesmo espaço pode reduzir, mas não eliminar, a exposição de não-fumantes à poluição tabagística ambiental. Estudos recentes mostram que, entre não-fumantes cronicamente expostos à fumaça do tabaco nos ambientes, o risco de câncer de pulmão é 30% maior do que entre os não-fumantes não-expostos. Estes também apresentam risco 24% maior de desenvolverem doenças cardiovasculares.

Aumento de 10%
no preço do maço
reduz em 2,5% o
consumo de cigarros
por um adulto no
trimestre. Após 4
trimestres, o consumo
cai 4,2%.

Mulheres e crianças são o grupo de maior risco na exposição passiva em ambiente doméstico. Também há risco na exposição em ambiente de trabalho: a maioria dos trabalhadores não é protegida da exposição involuntária da fumaça do tabaco pela regulamentação de segurança e saúde, o que levou a OMS a considerar a exposição à fumaça do tabaco fator de risco ocupacional.



Na 52ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1999, os Estados-Membros da ONU propuseram a Convenção-Quadro Internacional para o Controle do Tabaco – tratado internacional que visa deter a expansão global do tabagismo. Signatário do acordo, o Brasil vem conseguindo desenvolver ações de controle: entre 1989 e 2004, tivemos redução de 42% do consumo anual *per capita* de cigarros.

Outro resultado positivo foi a redução da prevalência de fumantes, conforme verificado no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não-Transmissíveis, feito pelo Ministério da Saúde em 2002 e 2003. Dados comparativos entre este estudo e a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989, revelam que a prevalência diminuiu de 32% em 1989 para 19% em 2002/2003.

Mesmo assim, ainda morrem no país cerca de 200 mil pessoas por ano devido ao tabagismo. Dados nacionais mostram que, embora o consumo venha caindo mesmo entre os jovens, em alguns lugares do Brasil, como

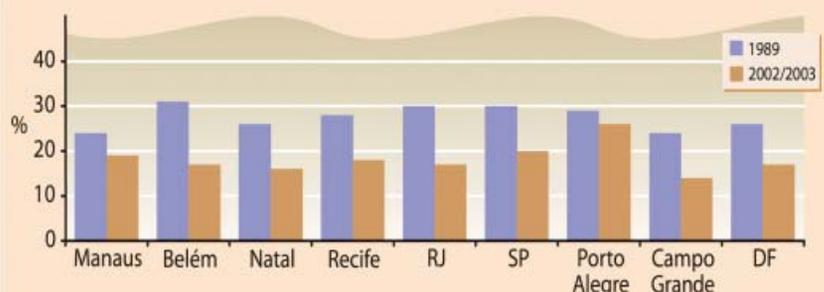
Porto Alegre e Curitiba, meninas estão fumando mais do que meninos.

Os dados também mostram que o consumo de tabaco se concentra em populações de baixa renda e escolaridade. O fato de o cigarro brasileiro ser o sexto mais barato do mundo, aliado à facilidade de acesso – é possível comprar cigarros em qualquer esquina –, torna fácil que as crianças e os adolescentes experimentem cedo o cigarro e comecem a fumar. O mercado ilegal, que hoje responde por 35% do consumo nacional, joga no país cigarros ainda mais baratos que os legais e assim ampliam o acesso, potencializando a iniciação de jovens no tabagismo.

Os autores lembram que duas grandes transnacionais que dominam o mercado brasileiro de tabaco, a British American Tobacco, representada no país pela Companhia Souza Cruz, e a Philip Morris, criam estratégias de contraposição às ações de controle do tabagismo do governo brasileiro. “Embora a legislação brasileira para controle do tabaco seja uma das mais fortes do mundo, essas companhias



Prevalência de fumantes regulares ajustada por idade na população de 15 anos e + em 9 capitais no Brasil (1989 e 2002/2003)



constantemente a desafiam, reagindo às restrições impostas à promoção, à venda e ao consumo de seus produtos”.

Todo esse cenário torna evidente que as ações para o controle do tabagismo dependem de estratégias em diferentes dimensões, envolvendo diferentes setores. Sob a ótica da promoção da saúde, o governo desenvolve desde 1989 o Programa Nacional de Controle do Tabagismo como parte da Política Nacional de Controle do Câncer. Seu objetivo é reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade neste grupo – com prevenção da iniciação do tabagismo principalmente entre jovens, o estímulo à cessação de fumar, a proteção da população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e a redução do dano individual e social dos produtos derivados do tabaco.

Além das ações em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho nesses mais de 10 anos de esforços conjuntos com estados e municípios, a partir de 2002 o país vem se empenhando na introdução da estratégia de abordagem e tratamento do tabagismo no SUS (ver adiante, em "Tratamento no SUS"), e já conta com profissionais aptos no atendimento ao fumante em 200 municípios brasileiros (3,6%).

Para os autores, muito também se avançou no Brasil no tocante à regulação de produtos do tabaco, o que torna o país um dos pioneiros na adoção de medidas restritivas – como a proibição de expressões como "light" ou "baixos teores" na descrição de tipos de cigarro, que dão ao consumidor a falsa idéia de produtos mais "saudáveis", e a obrigatoriedade de mensagens e imagens de advertência sobre os



malefícios do tabaco nas embalagens. O pontapé inicial destas ações foi dado em 1999, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde incluiu entre suas atribuições a regulamentação e a fiscalização dos produtos derivados do tabaco.

A legislação brasileira, entre outras medidas, proíbe: a veiculação de propaganda de tabaco nos meios de comunicação (inclusive na internet); a promoção de eventos culturais e esportivos por marcas de cigarro; e o consumo de produtos derivados do tabaco em ambientes públicos fechados.

REGISTROS DE CÂNCER

Os registros de câncer são fontes imprescindíveis para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e clínicas, como também para planejamento e avaliação das ações de controle do câncer. Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) produzem informações que permitem descrever e monitorar o perfil da incidência, enquanto os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) reúnem informações para avaliação da qualidade da assistência prestada a pacientes atendidos em determinado hospital ou num conjunto de hospitais.

Atualmente, há informações publicadas de 19 dos 25 RCBP (76,0%), resultando numa cobertura da população brasileira de 18,7%. Dos 19 registros com dados publicados, cinco estão em cidades com mais de 2 milhões de habitantes, sete em cidades de 1 a 2 milhões e sete em cidades com menos de 1 milhão de habitantes. Destas 19 bases de dados, 13 (68,4%) contêm informações de pelo menos três anos-calendário, informa o estudo.

Os RHC cresceram em quantidade a partir de 1998, quando a Portaria 3.535, do Ministério da Saúde, tornou-os obrigatórios em todas as unidades de atendimento de alta complexidade em oncologia no SUS. Recentemente, a Portaria 741 (SAS/MS), de dezembro de 2005, reafirmou o papel dos RHC e definiu prazos para consolidação, em nível nacional, das bases de dados hospitalares. Em parceria com a Universidade de São Paulo, o Inca desenvolveu o aplicativo RHCnet, em fase final de homologação, para acelerar a consolidação das bases hospitalares com o uso da ferramenta SisRHC. Este aplicativo estará em operação a partir de 2007, recebendo dados de todos os RHC das diversas unidades da Federação.

DETECÇÃO PRECOCE

Quanto mais cedo é diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida do indivíduo. O objetivo é a detecção de lesões pré-cancerígenas ou do câncer quando ainda localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos ou outras estruturas. As estratégias incluem rastreamento e diagnóstico precoce. O rastreamento envolve ações organizadas de teste simples aplicado a determinado grupo populacional, com a finalidade de identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em estágio inicial em indivíduos com doença assintomática.

O diagnóstico precoce inclui ações de detecção de lesões em fases iniciais a partir de sintomas e/ou sinais clínicos. Para tanto, é importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alarme para o câncer: nódulos, febre

PRINCÍPIOS DA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER

- Morbimortalidade elevada;
- História natural bem conhecida;
- Teste ou exame para detecção relativamente simples, de fácil aplicação, seguro, não invasivo, com sensibilidade e especificidade comprovadas, boa relação efetividade\custo e boa aceitação pela população e pela comunidade científica;
- Fase pré-clínica detectável e possibilidade de cura quando tratado nesta fase;
- Disponibilidade de serviço de diagnóstico e tratamento para a população;
- Tratamento que intervenha favoravelmente no curso da doença em sua fase clínica, garantindo maior sobrevida e melhor qualidade de vida;
- Continuidade do programa.

Sinais de alarme:

- ✓ nódulos
- ✓ febre contínua
- ✓ feridas que não cicatrizam
- ✓ indigestão constante
- ✓ rouquidão crônica

contínua, feridas que não cicatrizam, indigestão constante e rouquidão crônica são um alerta a que todos devem estar atentos, antes dos sintomas que caracterizem lesões mais avançadas, como sangramento, obstrução de vias intestinais ou respiratórias e dor. Atualmente, há rastreamento populacional para cânceres de mama e colo do útero, e algumas sociedades médicas e organizações preconizam sua ampliação para câncer de cólon e reto.

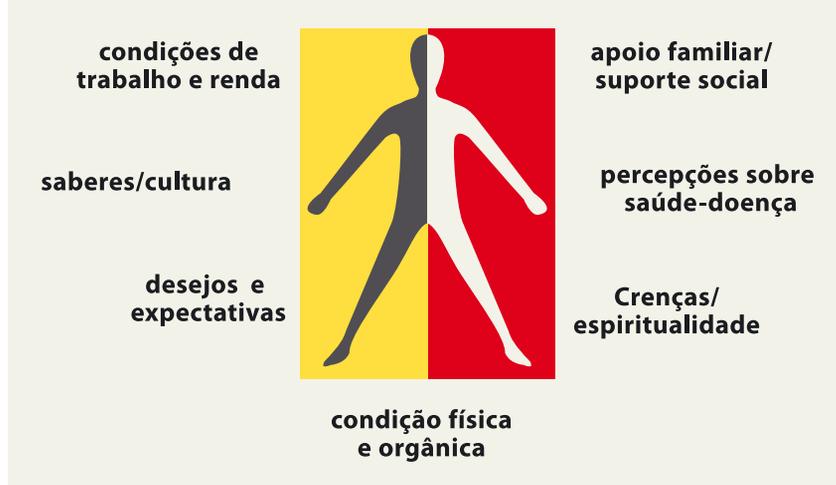
RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero pode ser detectado precocemente pelo teste de Papanicolaou em mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente, entre 25 e 59 anos. Após dois exames normais no intervalo de um ano, a periodicidade indicada do exame é de três anos. No Brasil, afirma a publicação do Inca, não se conhece o número de mulheres examinadas, mas sim o número de exames – o que dificulta o cálculo da cobertura. Estimativas têm sido feitas a partir de estudos nacionais e locais e mostram aumento da cobertura ao longo do tempo. Em muitos casos, porém, ainda inferior ao necessário.

O percentual de amostras insatisfatórias e o índice de atipias de significado indeterminado em células escamosas são indicadores que contribuem para a avaliação da qualidade do método de detecção precoce do câncer do colo do útero. O exame classificado como “insatisfatório” não emite laudo e deve ser repetido, gerando transtornos para a mulher e custo maior para o sistema de saúde. Proporções elevadas de amostras insatisfatórias estão associadas principalmente a problemas nas etapas de coleta e conservação das amostras. Em 2005, todos os estados brasileiros apresentaram percentuais abaixo de 5%, como preconizado em 2000 pela Opas-OMS. Contudo, observa-se que, em alguns estados, mais de 30% dos municípios apresentaram índice de amostras insatisfatórias acima de 5%.

Nos últimos quatro anos, houve aumento de 8,6% no índice de atipias de significado indeterminado em células escamosas (o chamado “Ascus”) entre os exames alterados. Percentuais elevados de Ascus sugerem problemas na amostra, na análise laboratorial ou em ambas as fases. Esse indicador é uma medida indireta da qualidade nestas etapas, impossibilitando, entretanto, avaliação isolada da qualidade do processo. A elevação deste índice representa, para a rede assistencial, a necessidade de

Atenção Integral à Saúde: o olhar sobre o sujeito



oferta de um maior número de exames – destinados à repetição para melhor investigação diagnóstica.

RASTREAMENTO DO CÂNCER DA MAMA

A mortalidade por câncer da mama pode ser reduzida em um terço entre as mulheres de 50 a 69 anos com programas de rastreamento, que consistem de mamografia com ou sem exame clínico. A capacidade instalada (potencial de produção de mamografias pelo número de mamógrafos em uso) do SUS, é suficiente para oferecer cobertura de pelo menos 50% da população-alvo em todas regiões do Brasil, afirmam os autores.

A implementação do rastreamento populacional como estratégia de detecção precoce e controle do câncer da mama no Brasil deve considerar a necessidade de profissionais especializados e capacitados, a organização de rede assistencial própria e prestadora de serviços ao SUS e a distribuição equitativa dos recursos tecnológicos de diagnóstico e tratamento necessários à assistência integral do paciente.

LINHA DE CUIDADO

A implementação de ações organizadas de controle do câncer é necessária quando a carga de doença for significativa e os fatores de risco apresentarem tendência de crescimento. Ações de controle visam a redução da morbimortalidade considerando a melhor utilização possível dos recursos disponíveis.

O modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral. As pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições

socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida, recomendam os autores.

TRATAMENTO NO SUS

O passo fundamental para o tratamento adequado do câncer é o diagnóstico, incluindo o estadiamento, no qual se baseará o planejamento terapêutico. Para isso é essencial que a rede de serviços de saúde conte com especialistas nas áreas clínica e cirúrgica, além de procedimentos vários – endoscopia, histopatologia, imagenologia, citologia – e estudos laboratoriais, como o dos marcadores tumorais.

O diagnóstico do câncer deve constar de história clínica e exame físico detalhados e, sempre que possível, de visualização direta da área atingida com exames endoscópicos como broncoscopia, endoscopia digestiva alta, mediastinoscopia, pleuroscopia, retossigmoidoscopia, colonoscopia, endoscopia urológica, laringoscopia, colposcopia e laparoscopia. Na área em que houver alteração, o tecido deverá ser biopsiado e encaminhado a exame histopatológico, confirmando ou não o diagnóstico.

Após a confirmação diagnóstica, é necessário que se amplie a avaliação do paciente: o estadiamento da doença, ou seja, sua extensão no organismo, auxiliará na escolha do tratamento, na definição do prognóstico, na comunicação entre os envolvidos, no tempo da terapia e na padronização do protocolo de tratamento.

O tratamento é um dos componentes do programa nacional de



controle do câncer. As metas são, principalmente, cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. As principais modalidades de tratamento são a cirurgia e a radioterapia/quimioterapia (incluindo manipulação hormonal), com apoio de outras áreas técnico-assistenciais, como enfermagem, farmácia, serviço social, nutrição, fisioterapia, reabilitação, odontologia, psicologia clínica, psiquiatria e a estomaterapia (cuidados de ostomizados). Embora cada área tenha papel bem estabelecido, a abordagem multidisciplinar integrada é mais efetiva do que uma sucessão de intervenções isoladas no manejo do paciente.

Cirurgia e radioterapia são apropriadas para tratamento da doença localizada e regional, e pode curar nos estádios precoces do câncer, especialmente quando há uma política de detecção precoce. Em geral, radioterapia e cirurgia têm papel limitado no câncer em estádios avançados. A quimioterapia pode curar alguns tipos de câncer e ter atuação em doenças disseminadas, como na doença de Hodgkin, linfomas não-Hodgkin de alto grau e leucemias, além de ser válida na palição de várias outras doenças.

Exceto para cirurgias de doenças muito limitadas ou lesões pré-cancerosas (como a lesão de alto grau do colo do útero), os serviços

oncológicos dependem do apoio de uma estrutura hospitalar terciária, preparada para confirmar o diagnóstico, promover o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, que podem ser organizados no SUS de forma integrada com os níveis primários e secundários de atenção.

A efetividade do tratamento do câncer varia conforme a localização da doença e os fatores sociais. O SUS tem dado respostas concretas aos desafios da organização do tratamento do câncer, levando em conta as dimensões e heterogeneidade do Brasil.

O Ministério da Saúde garante o atendimento integral ao doente com câncer pela Política Nacional de Atenção Oncológica, que inclui promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Nas Unidades de Alta Complexidade (Unacon) são tratados os cânceres mais prevalentes no país (mama, próstata, colo do útero, estômago, cólon e reto), com exceção de pulmão. O câncer de pele não-melanoma pode ser tratado em serviços não-especializados. Já os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) são hospitais terciários estruturados para tratar todos os tipos de cânceres, em todas as modalidades assistenciais.

Segundo a OMS, os esforços para que o indivíduo pare de fumar reduzem a mortalidade por tabagismo em prazo mais curto do que a prevenção entre os jovens, que produzem mudanças nas estatísticas entre 30 e 50 anos depois, quando os adolescentes de hoje atingirem a faixa etária em que se concentram as mortes relacionadas ao cigarro. Pesquisas mostram que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 3% o conseguem a cada ano – desses, a maior parte (95%) consegue sem ajuda. O restante necessita de apoio formal, o que demonstra que a conscientização do profissional de saúde sobre a importância de valorização do tratamento do fumante deve ser estratégia fundamental no controle do tabagismo.

As ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo têm como objetivo aumentar o acesso da população brasileira fumante a métodos eficazes para cessação do tabagismo, pela sensibilização e capacitação de profissionais de saúde, inserção do tratamento do tabagismo na rotina de assistência à saúde e a organização da rede de saúde para atendimento dos que desejam parar de fumar.

A base do tratamento do fumante deve ser uma abordagem que combine intervenções cognitivas e o

treinamento de habilidades visando a cessação e a prevenção de recaídas. Seu objetivo é detectar situações de risco que levam o indivíduo a fumar e ensiná-lo a resistir. O apoio de medicamentos para fumantes pesados sem contra-indicações clínicas é importante no processo, para minimizar os sintomas da síndrome de abstinência da nicotina.

Para que o programa alcançasse efetividade maior, o Ministério da Saúde criou na rede do SUS os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante – um grande avanço, na avaliação dos autores do trabalho: o Brasil foi um dos primeiros países a incluir o tratamento gratuito do fumante no sistema público de saúde.

QUALIDADE EM RADIOTERAPIA

A radioterapia é crucial no tratamento do câncer, e a avaliação da qualidade dos serviços nesta área é estratégica para a atenção oncológica. O Inca criou seu Programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT), para ajudar na melhoria da qualidade dos serviços de radioterapia. O PQRT (www.inca.gov.br/pqrt/) faz avaliação de qualidade local e também postal, usando um sistema que seus próprios especialistas desenvolveram. Intercaladas com as locais, as avaliações postais permitem que em menos tempo e por custo muito menor oito parâmetros básicos dos tratamentos radioterápicos sejam medidos. Os resultados são encaminhados ao físico responsável, com instruções. Embora ainda tenhamos equipamentos fora dos limites aceitáveis, o Inca afirma que nossa radioterapia apresenta bom nível internacional, com serviços de ponta.

FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA

A publicação é crítica quanto à distância entre a formação de profissionais na área de câncer e as demandas do SUS. “Apenas muito recentemente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde passou a ocupar o lugar que lhe é conferido pela Lei 8.080 na ordenação da formação de recursos humanos para o SUS”, afirma o texto. “Na especialização em oncologia prevalece a desigualdade de distribuição dos programas de residência médica no país, ainda fortemente concentrados nas regiões Sul e Sudeste”. Enquanto os postos de trabalho dos especialistas se concentram no sul e no litoral do país, os dados epidemiológicos referentes ao câncer nas demais regiões



Radis adverte

Em 2007,
25 anos do
Programa RADIS

são a prova do grande desafio diante das políticas públicas.

A Política Nacional de Atenção Oncológica, criada pela Portaria 2.439, de dezembro de 2005, trouxe, segundo o estudo, a esperança de que os currículos das instituições de ensino favoreçam as ações de promoção da saúde e prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, questão que somente será superada pelo esforço conjunto entre as gestões da rede de atenção oncológica e da formação.

PESQUISA EM CÂNCER NO BRASIL

A produção do conhecimento científico no Brasil tem crescido progressivamente, num ritmo de 8% ao ano nos últimos 10 anos, o que a coloca em 17º lugar no ranking mundial, situando-nos entre os países em desenvolvimento – com investimento médio em pesquisa em torno de 20%.

As agências brasileiras de fomento à pesquisa destinam entre 25% e 30% de seu orçamento à saúde, e na Plataforma Lattes do CNPq pesquisadores e linhas de pesquisa em saúde são 15,3% do total. No ensino, a saúde é responsável por 10% dos 10 mil doutores formados anualmente no Brasil.

A pesquisa oncológica foi contemplada a partir de 2004 pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa, destacando-se as áreas referentes a cânceres de alta prevalência, como os de mama feminina, colo do útero, próstata, pulmão, colorretal e neoplasias hematológicas, objeto de edital em oncologia de R\$ 6,3 milhões – 83 projetos, o equivalente a 16,8% dos recursos destinados a editais temáticos no Ministério da Saúde em 2005. O desafio para os próximos anos é o estabelecimento da lógica da rede de pesquisa oncológica em âmbito nacional, na busca de grupos emergentes em regiões cuja pesquisa em câncer seja incipiente.

Nas páginas finais da publicação, os autores afirmam que a tendência de crescimento do câncer no Brasil é inquestionável. A diferença no risco absoluto e na sobrevida por câncer existe entre as diversas regiões brasileiras e, “se não houver uma intervenção maciça no controle”, diz o texto, “esta diferença será maior ainda em termos de acesso aos serviços adequados para tratamento dos pacientes com câncer”.

Entre os muitos desafios diante do país neste enfrentamento, destaca-

se a necessidade de minimização das disparidades na ocorrência de câncer entre as localidades e os estratos sociais. Segundo os autores, teoricamente a melhora na educação e comunicação, com mais investimento econômico para aumento do acesso ao cuidado em todos os níveis, seria a solução. Mas, na prática, num país em que tantos problemas graves de saúde pública disputam recursos limitados, o que se exige é um esforço na organização do SUS, com a participação da sociedade na construção de uma rede cujo objetivo principal seja o controle do câncer.

A definição de prioridades, nesse contexto, já existe, com a escolha dos cânceres de colo do útero e mama e o controle do tabagismo, que ganharam programas específicos. As ações de comunicação, estimulando modos de vida saudáveis, o trabalho integrado entre educação e saúde, o avanço dos sistemas de informação, integrando os registros de câncer aos demais sistemas do SUS, mais investimentos em pesquisa e na formação de profissionais qualificados são também passos essenciais. Por sua vez, a prioridade do tratamento, segundo a avaliação dos autores, deve estar ligada à detecção precoce, com foco em cânceres de grande potencial de cura e o estabelecimento de padrões de cuidado.

Os especialistas do Inca confiam em que o conhecimento produzido nos campos da biologia molecular e

da genética, especialmente com o sequenciamento genômico, permitirá, em futuro próximo, a determinação de variantes genéticas que se relacionam aos riscos de diversos tipos de câncer, tornando-se ferramenta importante no controle da doença. “A grande questão é que isso tudo aconteça sem que cresçam as diferenças que já marcam hoje o acesso a terapias mais eficazes”, afirmam.

“Como garantir a articulação de políticas de saúde com políticas de educação, rompendo preconceitos e quebrando o paradigma de que o câncer é sinônimo de morte?”, eis a pergunta que encerra o texto. A resposta está na difusão de experiências bem-sucedidas, com engajamento de voluntariado e captação de recursos por ações integradas, alcançando-se a redução do número de casos novos, de óbitos por câncer e a efetiva melhora da qualidade de vida dos pacientes. O maior dos desafios, assim, é a mobilização social. 

Mais informações

♦ *Situação do câncer no Brasil* está disponível no site do Inca (www.inca.gov.br), no link “Publicações”. Sua tiragem de 20 mil exemplares será distribuída a gestores e profissionais da área.

♦ Legislação federal que regula produtos do tabaco www.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf

♦ *Site 5aodia* www.5aodia.com.br/

♦ *Site IARC* www.iarc.fr/

♦ *Site UICC* www.uicc.org/



FICHA TÉCNICA Situação do câncer no Brasil

Gulnar Azevedo e Silva Mendonça, Cláudio Pompeiano Noronha, Liz Maria de Almeida (org); Alexandre Medeiros, Alexandre Octávio Ribeiro de Carvalho, Antonio Carlos Antunes Bertholasce, Ana Lúcia Souza de Mendonça, André Salém Szklo, Beatriz Cordeiro Jardim, Eduardo Barros Franco, Eliana Claudia de Otero Ribeiro, Fábio da Silva Gomes, Fátima Sueli Neto Ribeiro, Jose Claudio Casali da Rocha, José de Azevedo Lozana, Jeane Glaucia Tomazelli, Julio Fernando Pinto Oliveira, Letícia Casado Costa, Luís Felipe Leite Martins, Luis Fernando Bouzas, Marcelli de

Oliveira Santos, Marcelo Moreno dos Reis, Márcia Ferreira Teixeira Pinto, Maria Beatriz Kneipp Dias, Maria do Carmo Esteves da Costa, Marisa Maria Dreyer Breitenbach, Marise Souto Rebelo, Mônica de Assis, Marcos André Felix da Silva, Marcus Valério de Oliveira Frohe, Mauricio Pinho Gama, Paulo Antonio Faria, Rejane de Souza Reis, Rejane Leite de Souza Soares, Ricardo Henrique Sampaio Meirelles, Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva, Silvana Rubano Barretto Turci, Sueli Gonçalves Couto, Ubirani Barros Otero, Valéria Cunha de Oliveira, Valeska Carvalho Figueiredo (colab.), 120 p., Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância – Rio de Janeiro: INCA, 2006.

SERVIÇO

EVENTO

43º CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL

A Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), em comemoração aos seus 45 anos, promoverá em março, em Campos de Jordão (SP), a 43ª edição de seu congresso nacional. Especialistas, estudantes e profissionais da área de medicina tropical debaterão assuntos das seguintes áreas: doenças endêmicas, infecções no imunodeprimido, prevenção e controle de doenças infecciosas, avanços na patogênese, no diagnóstico e no tratamento de doenças infecciosas, além de saúde internacional. Ao longo do evento haverá reuniões de grupos especiais para discussão de temas prioritários na saúde pública e na pesquisa.
Data 11 a 15 de março de 2007
Local Campos do Jordão, São Paulo

Mais informações

Secretaria-Executiva – Perfecta Atendimento em Eventos Ltda.
R. Cristiano Ribeiro da Luz Jr., 59
– Morumbi, São Paulo-SP
CEP 05615-070
Tel. (11) 3722 5850
Fax (11) 3721 0970
E-mail atendimento@perfectaeventos.com.br
Site www.perfectaeventos.com.br/det.php?&ima=images/21site.jpg&id=21

LANÇAMENTOS

EDUCAÇÃO E SAÚDE

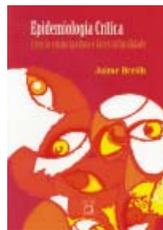
Educação, comunicação e tecnologia educacional – Interfaces com o campo da saúde, de Simone Monteiro e Eliane Vargas (organizadoras), é uma interseção de várias áreas do conhecimento e especialidades da saúde. Publicado pela Editora Fiocruz, o livro reúne coletânea de artigos sobre as tecnologias educacionais desenvolvidas no contexto dos desafios colocados pela Aids e demais agravos à saúde nos últimos 25 anos. Nove autoras, em sete



textos, refletem sobre a complexidade e as dificuldades de produzir materiais educativos voltados para a saúde e áreas afins.

CIÊNCIAS SOCIAIS

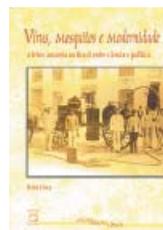
Epidemiologia crítica – ciência emancipadora e interculturalidade, publicado pela Editora Fiocruz, apresenta ao mesmo tempo uma teoria e uma crítica social.



Seu autor, o epidemiologista e pensador equatoriano Jaime Breilh, professor de pós-graduação de importantes universidades brasileiras, é profundo conhecedor tanto do tema específico quanto de diversos campos do saber – biológico, filosófico, epistemológico, sociológico, antropológico e político. No livro, ele sintetiza sua trajetória na discussão da epidemiologia e avança em suas propostas sobre a medicina social, que estuda desde a década de 1970. Nesse contexto, Breilh analisa a problemática dos modos de vida das populações, os fatores causais de risco, as categorias de determinação e indeterminação, as necessidades em saúde e os modelos de desenvolvimento humano.

HISTÓRIA DA SAÚDE

Vírus, mosquitos e modernidade – a febre amarela no Brasil entre ciência e política, da historiadora Ilana Löwy, faz parte da coleção “História e Saúde”, da Editora Fiocruz. A autora, a partir de variada documentação, faz nessa publicação uma análise dos esforços promovidos para o controle da febre amarela no Brasil, na primeira metade do século 20. Entre os vários assuntos, cita a campanha desenvolvida por Oswaldo Cruz, em 1901, quando erradicou a doença no Rio de Janeiro, então capital da República.



A ciência como profissão – Médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935), da também historiadora Dominichi Miranda de Sá, é outra publicação da coleção “História e Saúde” da Editora Fiocruz. No livro, a autora aborda o processo de especialização da atividade intelectual no Brasil nas três primeiras décadas do século 19 e analisa a emergência do cientista nesse processo, quando já se anunciava o divórcio entre as humanidades e as ciências duras. São 40 anos de história da ciência como profissão.

**SAÚDE COLETIVA**

Tratado de Saúde Coletiva, de Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drummond Júnior e Yara Maria de Carvalho (organizadores), é uma publicação conjunta das editoras Fiocruz e Hucitec.



O livro apresenta um panorama dos principais assuntos de que se ocupa a saúde coletiva, estabelecendo um diálogo com docentes e discentes de graduação e pós-graduação das profissões da saúde.

ENDEREÇOS**Editora Fiocruz**

Av. Brasil, 4.036, sala 112
Manguinhos
CEP 21040-361 • Rio de Janeiro, RJ
Tel. (21) 3882-9039 e 3882-9006
E-mail editora@fiocruz.br
Site www.fiocruz.br/editora

Editora Hucitec

Rua Joaquim Antunes, 637,
Pinheiros • São Paulo
CEP 05415-011
Tel. (11) 3060-9273
Fax (11) 3064-5120
E-mail contato@hucitec.com.br
Site www.hucitec.com.br

PÓS-TUDO

Choque de decência no ensino da Medicina

Antonio Carlos Lopes*

São preocupantes os problemas do ensino e da prática diária da medicina, hoje. O caos é anunciado, nasce do mercantilismo de parte do empresariado da educação e da falta de compromisso social de gestores. A abertura em massa de cursos médicos é desastrosa, especialmente se considerarmos os currículos inadequados, sem foco nas diversidades regionais e que não atendem às demandas da comunidade. O ensino deixou de ser nela baseado.

A residência médica também encontra vários obstáculos. Faltam vagas para os formandos, a maioria dos programas segue a linha tecnicista, em vez de humanística, e os residentes são utilizados como mão-de-obra barata de hospitais, de professores e chefes de serviço em ações particulares.

Enfim, são centenas os motivos que nos levam a questionar o modelo atual e a defender a urgente reforma do ensino médico, merecendo menção a falta de qualificação do corpo docente.

Outro mal crônico emana das instituições públicas, nas quais é flagrante a tentativa de oportunismo de parcela dos professores. A despeito de ganharem para ensinar, pesquisar e oferecer assistência, muitos fogem das salas de aula, não acompanham o atendimento dos pacientes, realizado fundamentalmente por alunos e residentes. Abandonam ambulatórios e deixam a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso dos tratamentos, pela vida ou morte de pacientes, nas mãos dos recém-formados.

Tornar públicas tais distorções é fundamental num momento em que começam a pulular, em setores isolados do meio acadêmico, indecorosas sugestões de pagamento de suplementação para que os professores se dediquem de fato ao ensino. É um desrespeito ao dinheiro público.

Os professores já recebem para atuar nas três pontas da universidade: pesquisa, ensino e assistência. Não tem sentido receberem *bônus* salarial para cumprir obrigações. É por isso, também, que devemos reavaliar o sistema de graduação.

O docente não pode receber dos cofres públicos e deixar de dar aula porque prefere e/ou acha mais agradável trabalhar preferencialmente com pós-graduandos, dedicando-se à discussão de artigos científicos, ou fazendo projetos de pesquisa sem compromisso com a comunidade.

É preciso acabar com essa falácia. Quem quiser apenas pesquisar que vá para os institutos: o Oswaldo Cruz, o Butantã...

Se existe a possibilidade de transferência de mais recursos para o ensino da medicina, e isso é necessário, o correto é criar programas de incentivo ou de suplementação para projetos vinculados ao ensino, e não para complementar salário de professores. Eis uma idéia politicamente correta que deveria ser encampada por agências de fomento e pelas próprias instituições.

Seria louvável a criação de planos de investimentos adicionais ou prêmios para propostas de melhoria dos resultados da graduação, para qualificar a estrutura de ensino, e possibilitar um aprendizado melhor e a difusão eficiente dos conhecimentos. A solução para o melhor desempenho do ensino médico requer medidas simples e boas doses de coragem para contrariar interesses.

A proposta para a graduação é clara: é mister ter professor na sala de aula, ter professor na enfermagem, ter professor assumindo a responsabilidade do ensino, tanto na sua organização quanto no desenvolvimento de um bom conteúdo programático, e na criação de recursos e ferramentas para o processo ensino/aprendizagem. Essa mudança de postura, aliada à reforma

do conceito da residência médica, é um entre tantos passos essenciais para oferecer melhor perspectiva ao futuro da medicina.

Evidentemente, temos o compromisso de formar médicos da melhor maneira possível, contemplando o saber emergente e o uso crítico da tecnologia.

A expansão dos programas de residência médica, com anos adicionais, se torna obrigatória para que o progresso da medicina possa ser usufruído por todos os cidadãos. Idéias em contrário, características dos que estão longe da prática médica e buscam no residente mão-de-obra barata, são condenáveis por aqueles que exercem e ensinam a medicina.

Certamente, os primeiros, ao precisarem de um médico, procurarão o mais bem formado possível, e que fez residência médica nos moldes almejados pela Comissão Nacional de Residência Médica. Na realidade, não podemos formar um médico que se encastelará em grandes universidades, nos hospitais de ponta.

É imprescindível que também esteja apto a atuar nestes locais, mas que, sobretudo, tenha a melhor formação possível e imaginável para exercer a medicina em qualquer localidade longínqua do país, para atender os cidadãos com competência e qualidade. Se não houver compromisso de verdade dos que são pagos para ensinar, não alcançaremos tais objetivos.

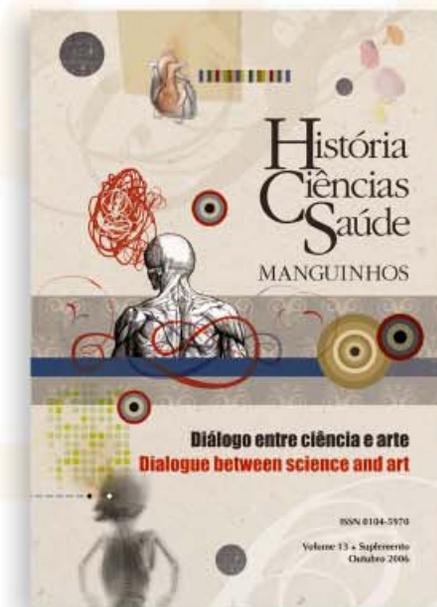
O ensino da medicina precisa, enfim, contemplar o lado humanístico, os avanços tecnológicos, garantir a difusão do conhecimento com informação e agilidade, possibilitar que o futuro profissional seja capaz de formular conceitos, de tirar as próprias conclusões. Para tanto, na sala de aula, precisamos de mestres, não de omissos que desrespeitam o dinheiro público.

Queremos o profissional que cumpre integralmente suas obrigações de bem ensinar, de atender com eficiência no ambulatório, de se dedicar às pesquisas. Desejamos aquele que encara o paciente com olhar humanístico, que ensina pelo testemunho de sua presença, valorizando a relação médico-paciente, e que vê no aluno a possibilidade de formar um médico ainda melhor e mais completo do que ele próprio.

É este professor que ficará para sempre. Os incompetentes, omissos e oportunistas passarão. ▣

*Professor-doutor, secretário-executivo da Comissão Nacional de Residência Médica, diretor do Depto. de Residência e Projetos Especiais da Saúde da Secretaria de Educação Superior (ambos do MEC); publicado em 3/11 em O Estado de S. Paulo.





Há um bom tempo esta revista é cidadã do mundo

Visite a versão *on-line* de **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** em
www.scielo.br/hcsm e www.coc.fiocruz.br/hscience



História, Ciências, Saúde – Manguinhos

é um periódico trimestral da Casa de Oswaldo Cruz, centro de documentação e pesquisa histórica da Fundação Oswaldo Cruz. A revista publica artigos originais, entrevistas, documentos e imagens relacionados com a história das ciências e da saúde.

Correspondência

História, Ciências, Saúde – Manguinhos
Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365 • 21040-900 • Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 2209-4111 • Fax: (21) 2598-4437
E-mail: hscience@coc.fiocruz.br

Assinatura anual R\$ 55,00 INDIVIDUAL • R\$ 80,00 INSTITUCIONAL