

LUIZ ANTONIO TEIXEIRA
MARCO ANTONIO PORTO
CLAUDIO POMPEIANO NORONHA



A MEDICINA E OS TUMORES MALIGNOS NO SÉCULO 19. CÂNCER E MEDICINA NO INÍCIO DO SÉCULO 20. CÂNCER E MEDICINA EM MEADOS DO SÉCULO 20. CÂNCER E SAÚDE PÚBLICA. SITUAÇÃO DA DOENÇA. VIGILÂNCIA. PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS DE CONTROLE. IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE DOS FATORES DE RISCO. RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOZE.

O Câncer no Brasil:

PASSADO E PRESENTE

outrasletras
e d i t o r a

 **FAPERJ**
Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo
à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro



LUIZ ANTONIO TEIXEIRA
MARCO ANTONIO PORTO
CLAUDIO POMPEIANO NORONHA



outrasletras
editora

 **FAPERJ**
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

 **História do Câncer**
Atores, Cenários e Políticas Públicas

Rio de Janeiro

Copyright © 2012 by Luiz Antonio Teixeira,
Marco Antonio Porto e Claudio Pompeiano Noronha

Capa e projeto gráfico: Fernando Vasconcelos – Ideia D

Pesquisa iconográfica:
Lia Gomes Pinto de Sousa
Nicole Regine Garcia
Fernando Vasconcelos

Revisão:
Maria Beatriz Branquinho da Costa

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

T264c Teixeira, Luiz Antonio

O câncer no Brasil : passado e presente / Luiz Antonio Teixeira, Marco Antonio Porto, Claudio Pompeiano Noronha. - Rio de Janeiro : Outras Letras, 2012.

180p. : il. ; 21 cm

Inclui índice e bibliografia

ISBN 978-85-88642-50-8

1. Câncer - Brasil. I. Porto, Marco Antonio. II. Noronha, Claudio Pompeiano. III. Título.

12-2676. CDD: 616.994
CDU: 616-006

24.04.12 03.05.12

035014

2012

Todos os direitos desta edição reservados à
Outras Letras Editora Ltda.

Tel. (21) 2267-6627

outrasletras@outrasletras.com.br

www.outrasletras.com.br

Autores

Luiz Antonio Teixeira é doutor em História Social pela Universidade de São Paulo e Jovem Cientista do Nosso Estado da Faperj. Trabalha como pesquisador no Departamento de História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, e como professor na pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da mesma instituição. Atua na área da História da Saúde Pública e da Medicina, tendo se dedicado, nos últimos anos, ao estudo da trajetória do controle do câncer no Brasil. Além de diversos artigos relacionados ao tema, publicou, em coautoria com a pesquisadora Cristina Fonseca, o livro *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o Inca e o controle do câncer no Brasil* (2007). Hoje, coordena, com o pesquisador Marco Antonio Porto, o projeto *História do câncer – atores, cenários e políticas públicas*

Marco Antonio Porto é graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (1977), mestre em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense (1988) e doutor em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (1995). A partir de 1980, tornou-se docente da Universidade Federal Fluminense e passou a desenvolver experiência na área de planejamento e gestão em saúde, em nível municipal, no Estado do Rio de Janeiro. No Instituto Nacional de Câncer – Inca/Ministério da Saúde, chefiou da Divisão de Atenção Oncológica e, a seguir, a coordenação de Ações Estratégicas. No momento, coordena o projeto de pesquisa *História do câncer – atores, cenários e políticas públicas*, uma parceria entre o Inca e o Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Cláudio Pompeiano Noronha possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1979), residência em Medicina Preventiva e Social (1983), especialização em Epidemiologia (1984) e mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (1993). Desenvolveu larga experiência no campo da Saúde Pública, com ênfase nas áreas de sistemas de informação em saúde, indicadores de avaliação de desempenho em saúde, gestão em controle de câncer, particularmente em prevenção e vigilância. Cedido ao Instituto Nacional de Câncer (Inca/Ministério da Saúde) pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, exerceu a chefia a Coordenação Geral de Ações Estratégicas e no momento, exerce, pela segunda vez, a chefia da Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância.

Sumário

Apresentação		9
Introdução		13
	PARTE I – Câncer – Uma história brasileira	
	A medicina e os tumores malignos no século 19	19
	Câncer e medicina no início do século 20	35
	Câncer e medicina em meados do século 20	77
	Câncer e saúde pública	95
	PARTE II – Câncer – O Brasil hoje	
	Situação da doença	115
	Vigilância	127
	Principais políticas públicas e programas de controle	131
	PARTE III – Câncer – A prevenção no país	
	Identificação e controle dos fatores de risco	151
	Rastreamento e diagnóstico precoce	167
Referências		173

APRESENTAÇÃO

Um dos desafios mais importantes para o controle do câncer é a disseminação do conhecimento sobre o tema, não só para alguns segmentos sociais destacados neste debate, mas para toda sociedade. Iniciativas que se proponham a romper as barreiras do desconhecimento e da desinformação são fundamentais para ampliar a compreensão sobre os mecanismos de desenvolvimento do câncer e suas possibilidades de prevenção e controle.

Nas últimas décadas ocorreu um fabuloso avanço da ciência em relação à prevenção, ao diagnóstico precoce, ao tratamento e aos cuidados paliativos dos diversos tipos de câncer, nem sempre acompanhado de uma compreensão adequada por parte da população. Fatores como a complexidade da linguagem médica, interesses comerciais e corporativos, estigmas e superstições, muitas vezes determinam que as novas possibilidades de enfrentamento do câncer sejam incorporadas de forma equivocada ou, simplesmente, não o sejam. Neste contexto, a comunicação e a mobilização social se constituem elementos determinantes para o sucesso das políticas públicas relativas à doença. A informação atualizada, expressa por meio da linguagem e do veículo adequados, pode prevenir ou reduzir sofrimentos e até salvar vidas.

De outro lado, parte da estratégia de compreensão da conjuntura atual do controle do câncer no Brasil e das possibilidades de transformação e avanço está no entendimento da gênese e desenvolvimento dos conceitos e das práticas por meio dos quais esta construção se deu. Mais do que o mero caráter intelectual, conhecer a trajetória das ações de controle do câncer em nosso país ajuda a evitar equívocos, a incorporar êxitos e a aprimorar métodos. Em 2007, incentivado pela passagem de seus 70 anos de existência, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) transformou esta convicção em prática institucional, ao buscar uma parceria com a Casa de Oswaldo Cruz (Fundação Oswaldo Cruz). Em 2011, este processo recebeu grande impulso, com a elaboração do projeto “História do câncer – atores, cenários e políticas públicas”.

A presente publicação expressa a mais recente iniciativa do trabalho conjunto das duas instituições frente aos diversos desafios citados, e constitui um notável esforço dos autores para alcançar o interesse de novos públicos para este tema, tão valioso para todos nós. Deixo meus cumprimentos aos colegas que se dedicaram à construção deste brilhante livro e, a todos, a certeza de uma ótima leitura.

Luiz Antonio Santini

Diretor-geral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca)

Doença múltipla, o câncer ocupa, atualmente, a segunda posição entre as causas de morte da população brasileira. Sua alta incidência, acompanhando a transição epidemiológica vivida pelo país, com o aumento da longevidade, tem implicado a adoção de políticas de controle, atenção e prevenção inscritas hoje entre as ações prioritárias do SUS.

Ao abordar tais ações em perspectiva histórica, *O câncer no Brasil: passado e presente* oferece ao leitor uma visão abrangente sobre o tema e o convida à reflexão sobre as razões e os processos pelos quais uma enfermidade torna-se objeto de políticas públicas. Desse modo, ideias e ações de médicos, lideranças políticas e gestores estão presentes nesta narrativa orientada pela preocupação de entender as práticas de controle da doença, situando-as em um quadro de referência mais amplo – o das políticas de saúde no Brasil.

As relações entre a abordagem das causas e as ações de controle consistem em um dos principais aspectos analisados nesta obra. Inicialmente, os autores observam as mudanças no saber médico quanto à etiologia do câncer durante o século XIX, acompanhando o desenvolvimento da microscopia, da patologia e do conhecimento sobre as células. O foco, contudo, são as práticas terapêuticas e as políticas adotadas a partir do século passado.

Um capítulo importante nessa história teve início em 1941, durante o Estado Novo, com a criação do Serviço Nacional do Câncer, sob a direção inicial do médico Mario Kröeff. Naquele ano foram instituídos 16 serviços nacionais voltados para doenças consideradas obstáculos ao desenvolvimento do país. Incluir o câncer entre elas representou, assim, um marco da inscrição dessa enfermidade na agenda da saúde pública. A década de 1940 representou também um momento importante da história do atual Instituto Nacional do Câncer de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (Inca). Suas origens são apontadas pelos autores, em 1937, quando se criou, no Hospital Estácio de Sá, no Rio de Janeiro, a primeira enfermaria destinada a pacientes acometidos pela doença,

Mudanças significativas viriam ocorrer na década de 1950, quando tomou corpo a visão hegemônica, segundo a qual seu controle deveria se restringir à medicina curativa de base hospitalar e às ações de educação sanitária com ênfase no diagnóstico precoce e no tratamento especializado. Segundo os autores, “apenas nos últimos trinta anos, o câncer começou a ser enfrentado como um problema de saúde pública, que não poderia estar restrito aos esforços terapêuticos”. Daí a importância atribuída à promoção da saúde e a medidas preventivas. Foi também durante esse período que o Inca assumiu o protagonismo nas políticas de controle do câncer no país.

Aspecto importante que se depreende da leitura refere-se ao papel da sociedade civil, por meio de associações e ligas, no combate e na prevenção à doença. Ainda que o foco sejam as políticas públicas e, por conseguinte, a ação estatal, tal papel não pode ser desconsiderado e ainda está a merecer mais estudos sistemáticos pelos historiadores e demais pesquisadores do campo da saúde coletiva. O livro traz também uma contribuição ao apontar essa presença na reconstituição histórica que realiza.

Em suas partes finais, merecem destaque as ações antitabagistas e as principais políticas e programas de controle no contexto atual. Ressalta-se, ainda, a importância da humanização na atenção oncológica e as medidas de prevenção e promoção da saúde.

Concebido para a difusão do conhecimento sobre a história e os desafios atuais para as políticas públicas referidas ao controle do câncer, o livro contribui também para o esforço de divulgação científica no campo da saúde. Esforço tão mais importante se considerarmos que se trata de uma doença sobre a qual pesa forte estigma, a ponto de muitas vezes seu nome ser omitido ou mesmo tido como impronunciável. Romper com o silêncio e disseminar conhecimento acessível a um público mais amplo é também um importante desafio na história do câncer.

Por todas as razões apontadas, trata-se de um livro muito bem-vindo, que vem se somar a outras importantes iniciativas da parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – por meio da Casa de Oswaldo Cruz (COC) – e o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Ao discorrer sobre o passado e o presente de uma doença emblemática dos tempos modernos, os autores contribuem para fortalecer o papel das políticas públicas na promoção da saúde e na celebração da vida.

Paulo Gadelha
Presidente da Fiocruz

Nísia Trindade Lima
Vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença conhecida há longa data. Os relatos sobre sua existência remontam à Antiguidade, e sempre são relacionados a sofrimento e morte. Durante grande parte da história, o câncer foi visto pelos médicos como um mal que atingia todo o corpo do indivíduo, em consequência de um desequilíbrio orgânico, de fatores ambientais ou hereditários. Para os não iniciados na arte médica, a doença por muito tempo foi relacionada a sortilégios divinos, sendo temida até recentemente como um mal incurável, verdadeira sentença de morte àqueles por ela acometidos.

No Brasil, o câncer era considerado uma doença de pequena incidência, mas incurável. Para grande parte da população, desconhecadora de suas características epidemiológicas, atacava principalmente os membros da elite. A maior suscetibilidade das camadas mais desassistidas a doenças da pobreza, como a tuberculose, dava a errada noção de que o câncer escolhia suas vítimas entre os mais ricos. Para os médicos das primeiras décadas do século 20, tratava-se de uma doença transmissível, tal qual a lepra e a tuberculose. Por isso, os doentes deveriam ser isolados, e suas residências, desinfetadas.

Porém, em meados do século passado, os médicos já haviam descartado essa ideia e despertado para a necessidade de tomar medidas mais amplas em relação ao assunto. Para os responsáveis pelas políticas de saúde desse período, o câncer era um problema médico em expansão, mas seu controle deveria se restringir à medicina curativa de base hospitalar e às ações pontuais de propaganda sanitária, que mostravam a importância de sua detecção precoce e tratamento especializado. No último quartel daquele século, no âmbito das profundas mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, o câncer começou a ser enfrentado como um tema de saúde pública, que não poderia estar restrito aos esforços terapêuticos. Hoje, a doença está no centro dos debates desta área, e a promoção de hábitos saudáveis e de ações de prevenção se tornaram a base para seu controle.

Apesar dessas mudanças, as dificuldades persistem. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, a doença representa a segunda causa de morte da população brasileira, e a estimativa para o ano de 2012 é de que ocorram mais de 500 mil casos novos. O grande aumento do número de ocorrências na atualidade se relaciona às transformações demográficas que determinaram a redução das taxas de natalidade e mortalidade, ampliando a expectativa de vida e o envelhecimento da população. É também consequência da maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco

cancerígenos resultantes das condições de trabalho, de moradia e de consumo no mundo moderno.

Nas últimas décadas, observamos tanto o aumento da prevalência de cânceres relacionados à situação de pobreza – de pênis, colo do útero, estômago e cavidade oral – como a ampliação dos números relativos aos cânceres associados a grupos populacionais de melhor nível socioeconômico – tumores de mama, próstata, cólon e reto. Tal crescimento, no entanto, é consequência de diferentes formas de exposição a fatores ambientais e condições de vida, que variam de intensidade em função das desigualdades sociais.

No que tange às políticas de prevenção, não obstante o sucesso das campanhas contra o consumo de tabaco e seus reflexos iniciais sobre a mortalidade por câncer de pulmão, alguns cânceres evitáveis, como o do colo do útero, ainda apresentam altas taxas de mortalidade em nossa população, principalmente entre os grupos com maior dificuldade econômica. Isso mostra a necessidade de ampliar a eficiência do sistema de saúde brasileiro no concernente à linha de cuidados próprios desta doença.

Hoje, há consenso quanto ao fato de que a mortalidade por câncer não se deve somente a aspectos biológicos, mas também às condições de vida, à eficiência do sistema de saúde e aos hábitos e padrões culturais específicos das diversas sociedades. Por outro lado, os tratamentos de vários tipos de câncer exigem cada vez mais tecnologias de ponta e gastos elevados, trazendo dificuldades para as políticas de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a pobreza e a carência de cuidados básicos de saúde convivem com tecnologias complexas e um vigoroso sistema de pesquisa e inovação em diversos campos da saúde. Nesse sentido, uma ação adequada da saúde pública, que busque o equilíbrio entre esses aspectos, só pode se tornar possível a partir da ampliação do conhecimento público sobre a doença e das políticas para seu controle.

O texto que se segue tem como tema a história das políticas públicas para o controle do câncer e os diversos aspectos da doença, segundo a perspectiva da saúde pública. Na primeira parte do livro, buscamos compreender como a sociedade brasileira se deparou com a doença a partir do final do século 19, analisando em especial a trajetória das políticas, instituições e atores relacionados ao controle do câncer. Na segunda parte, avaliamos a situação atual dos principais tipos de câncer no Brasil, os diversos aspectos da vigilância, as políticas públicas, os programas e ações para seu controle e os mais importantes aspectos da prevenção, da detecção precoce e do tratamento.

Ao reunirmos na mesma obra uma abordagem histórica do câncer e sua análise na perspectiva da saúde pública, pretendemos que o conhecimento sobre a história das ações contra a doença possa, de algum modo, iluminar a compreensão da mesma, se apresentando como um conhecimento útil aos profissionais de saúde não oncologistas, em especial aos gestores de políticas e programas desta área. Também

objetivamos levar a todos que buscam saber mais sobre o câncer um conhecimento sintético e atualizado sobre sua trajetória e a realidade contemporânea. Na elaboração do texto, optamos por uma escrita simples e direta, na expectativa de proporcionar uma leitura leve.

Esse livro foi concebido no âmbito do projeto “História do Câncer: atores, cenários e políticas públicas”, uma parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – por meio da Casa de Oswaldo Cruz (COC) – e o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Sua elaboração e publicação contaram com o apoio da Faperj – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, a partir de uma bolsa “Jovem Cientista do Nosso Estado” e do edital de auxílio a publicações.

Os autores

Médicos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, no pátio da irmandade, no bairro do Arouche, em 18 de outubro de 1906. Na primeira fila, o quinto, da direita para a esquerda, é Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor clínico do Hospital Central; o terceiro, da esquerda para a direita, é Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário de São Paulo.

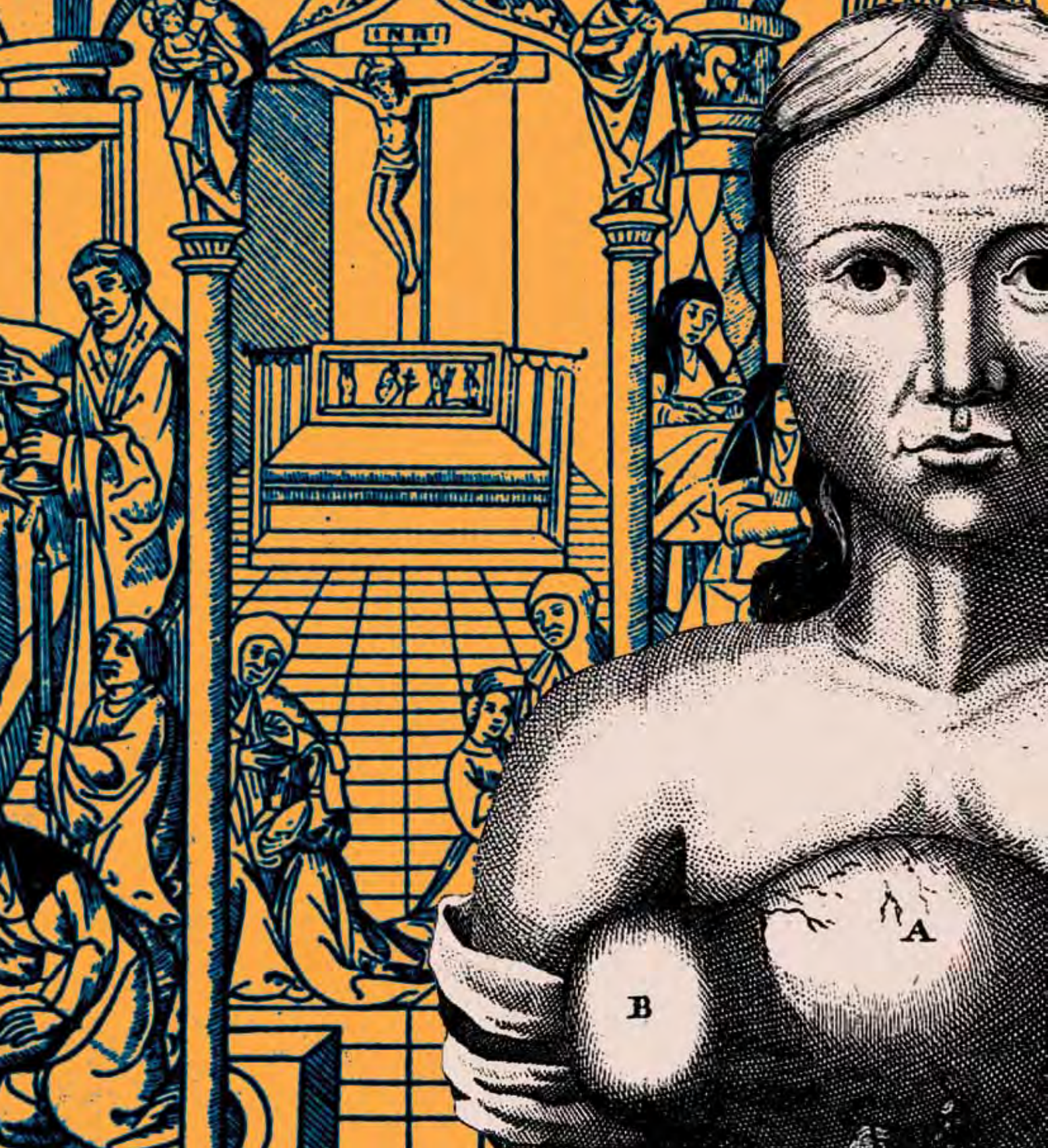
Acervo: Museu Histórico Professor Carlos da Silva Lacaz, Faculdade de Medicina/USP





PARTE I

CÂNCER –
UMA HISTÓRIA
BRASILEIRA



Durante o século 19, o saber médico sobre o câncer passou por muitas modificações. Nesse período, os avanços técnicos da microscopia, o desenvolvimento do campo da patologia e, em especial, a ampliação do conhecimento sobre as células e suas funções possibilitaram uma compreensão mais ampla da doença. De

um problema sistêmico. Assim, o câncer passava a ser compreendido como um evento biológico específico, um processo patológico degenerativo de um órgão.

No que tange à terapêutica, essa visão fez com que os tratamentos locais passassem a ser privilegiados frente aos métodos que buscavam restabelecer o equilíbrio dos organismos debilitados.

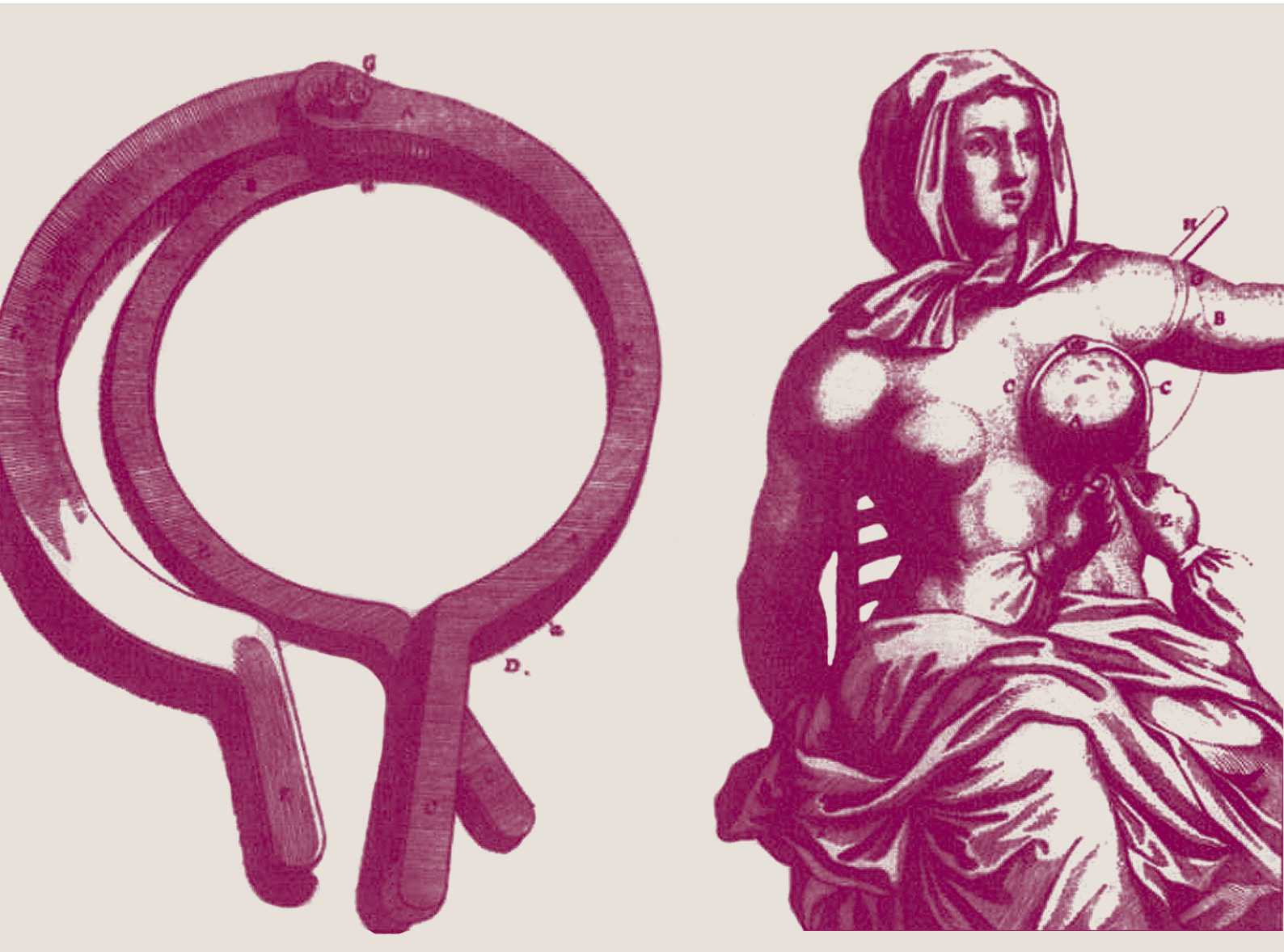


A MEDICINA E OS TUMORES MALIGNOS NO SÉCULO 19

problema geral, atinente aos corpos dos indivíduos, seu equilíbrio interno e com o meio, o câncer passou a ser visto como uma doença local, baseada em uma lesão tissular, passível de se transformar em

Em um período marcado pelo grande desenvolvimento da cirurgia, a partir da descoberta dos anestésicos em meados do século, do desenvolvimento das técnicas de assepsia, a partir de 1860, e

▲ Prancha de J. Cruveilhier, *Doenças da pele, do tecido celular subcutâneo e dos músculos – tumores e tubérculos cancerosos* (1828-1842). *Science & Vie*. Hors Série, n. 251, jun. 2010, p.49



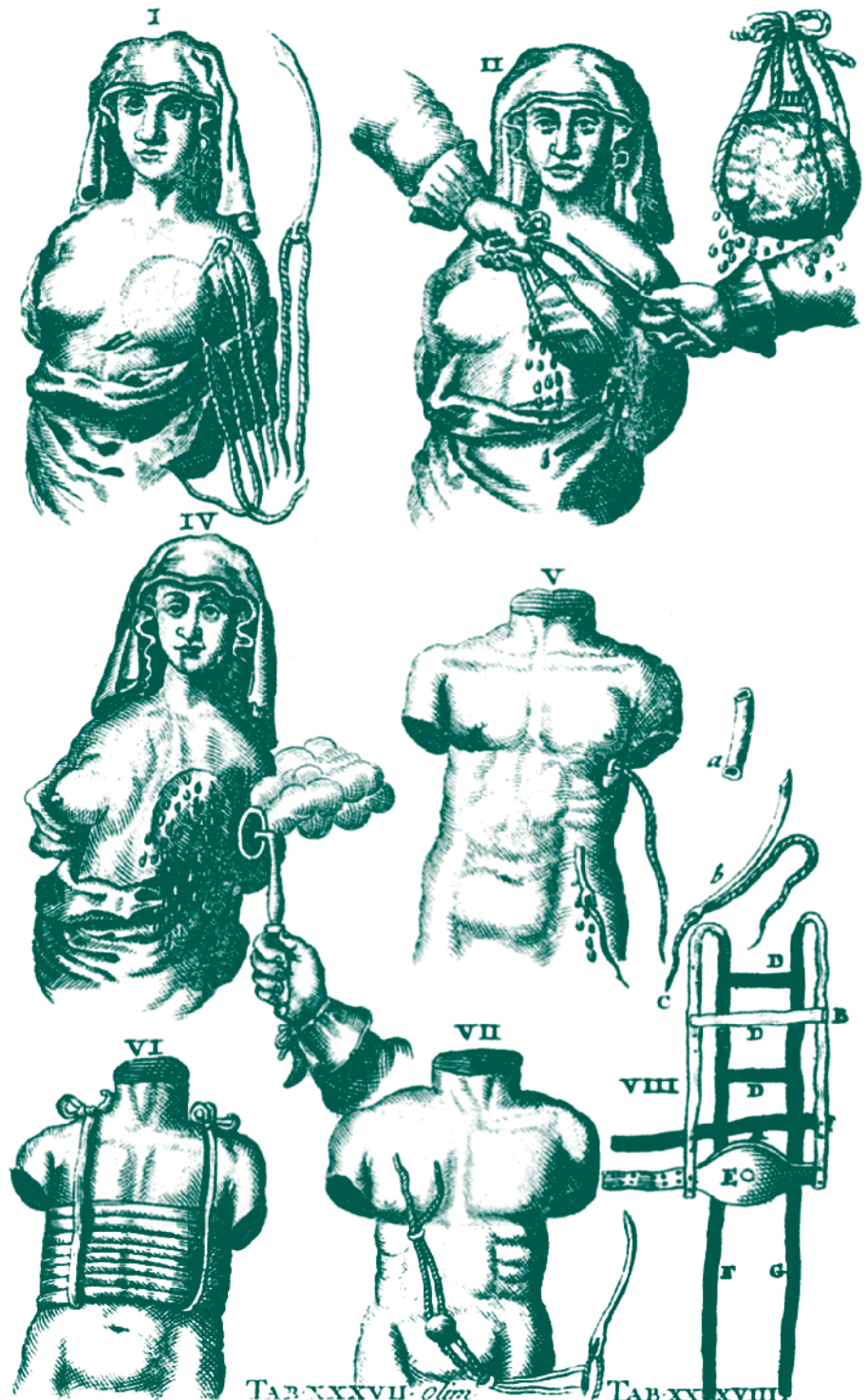
▲ “Novo instrumento para remoção da mama”. Gravura em cobre de Gerhard Tabor em *De cancro mammarum* (1721) ENKE, Ulrike. Der Beginn der akademischen Chirurgie. *Hessisches Ärzteblatt* (10), 2008, p.643

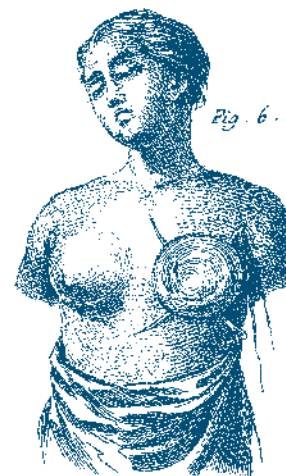
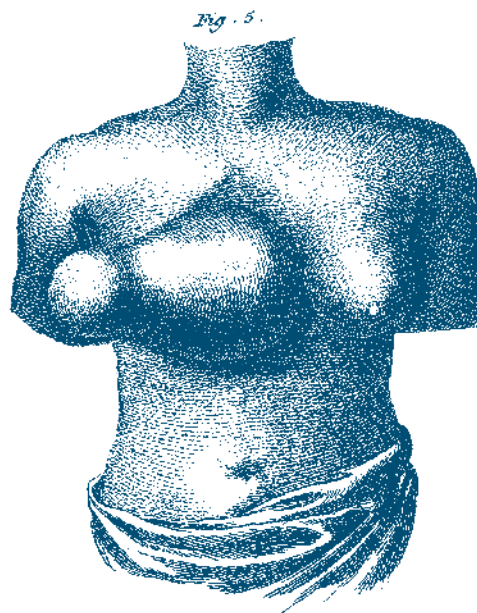
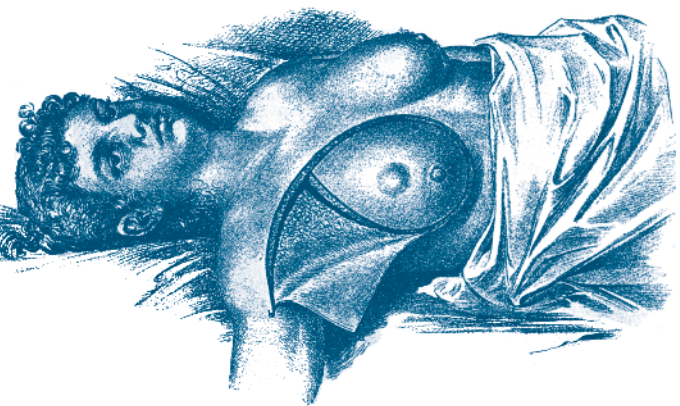
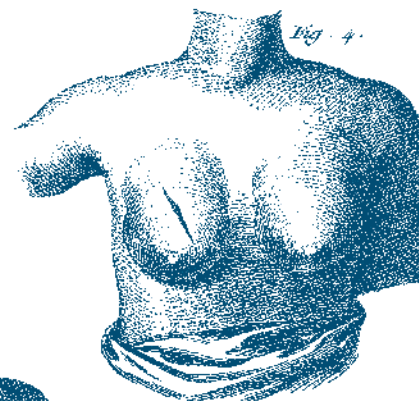
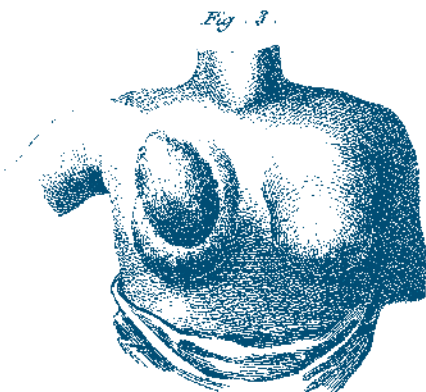
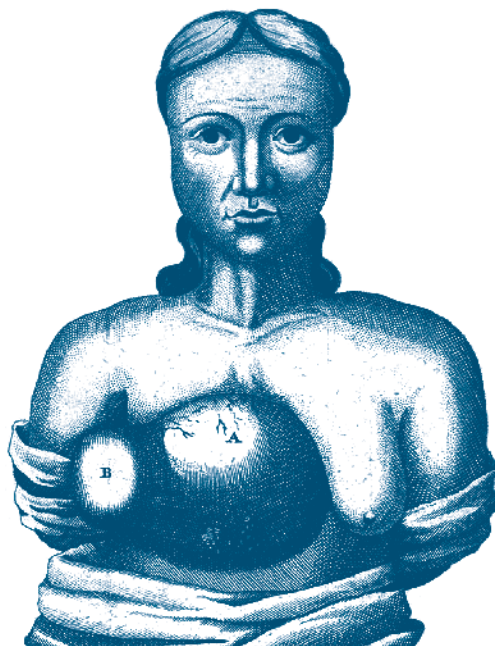
► Mastectomia. Ilustrações do *Armamentarium chirurgicum* de Johannes Scultetus (1741) Porter, Roy (ed.). *The Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge University Press, 1996

de novas técnicas mais invasivas para retirada de tumores, a cirurgia passou a ser a especialidade médica mais próxima do câncer. No final do século 19, a extirpação radical de tumores tornou-se a principal ação da medicina frente à doença.

No entanto, apesar dos avanços, a eficácia dos tratamentos médicos do câncer continuava quase nula. Grande parte das cirurgias não tinha êxito, ou no máximo proporcionava uma curta sobrevida ao doente. No campo dos tratamentos medicamentosos, a situação era a mesma: as diferentes fórmulas preconizadas para a regressão dos tumores não tinham nenhuma eficácia e, muitas vezes, ainda pioravam o estado geral do doente. Tal situação fazia com que o câncer, durante grande parte do século 19, continuasse a ser visto como um mal mais afeito à solidariedade comunal e religiosa do que ao mundo da medicina. Assim, muitas das ações voltadas para a doença estiveram nas mãos da filantropia. Em vários países da Europa e nos Estados Unidos, esse período viu o avanço das entidades filantrópicas voltadas para os cuidados dos cancerosos. Um bom exemplo é a Associação Senhoras do Calvário, formada por viúvas francesas que despendiam seu tempo cuidando de mulheres cancerosas em seus domicílios e, posteriormente, em uma sede criada para esse fim.

No Brasil do século 19, o problema do câncer também estava longe do monopólio do saber e da prática médica. Na maioria dos casos, os atingidos





▲ Câncer avançado de mama em paciente tratada em 1720. Ilustração em *Medicinische, Chirurgische und Anatomische Wahrnehmungen* de Lorenz Heister (Rostock, 1753, figura 8)
Enke, Ulrike. *Der Beginn der akademischen Chirurgie*. *Hessisches Ärzteblatt* (10), 2008, p.641

▲ Uma representação da mastectomia de Halsted LÖWY, Ilana. *Preventive Strikes: Women, Precancer, and Prophylactic Surgery*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010, p.21

▲ Prancha extraída da *Enciclopédia ou Dicionário Racional das Ciências das Artes e dos Ofícios*. Diderot e d'Alambert, 1763

MOLESTIAS
DE
SENHORAS?

A SAUDE DA MULHER

PREPARADO DE Conquin Lagunilla
PHARMACEUTICO

Este preparado CURA radicalmente todas as molestias de UTERO como sejam HEMORRAGIAS FLUOR BRANCO FLEGO CERVICAL e outras molestias congêneres, acalma as dores e calca da MATRIZ e regulariza a menstruação seja se não abundante e fluxa.

Para as proprietades tônicas e fortificantes que possui contém a todas as senhoras que sofrem de ANEMIA e CLOROSE

APROVADA PELA DIRECTORIA GERAL DA SAUDE PUBLICA DO BRAZIL

LABORATORIO DA **DAUDT & LAGUNILLA** SAUDE DA MULHER
Rua do Riachuelo n.º 30, RIO DE JANEIRO
(Antiga casa DAUDT & FREITAS, de Porto Alegre)

Inventores dos preparados:
A SAUDE DA MULHER,
BROMIL, BORO-BORACICA E
DEPURATIVO LYRA

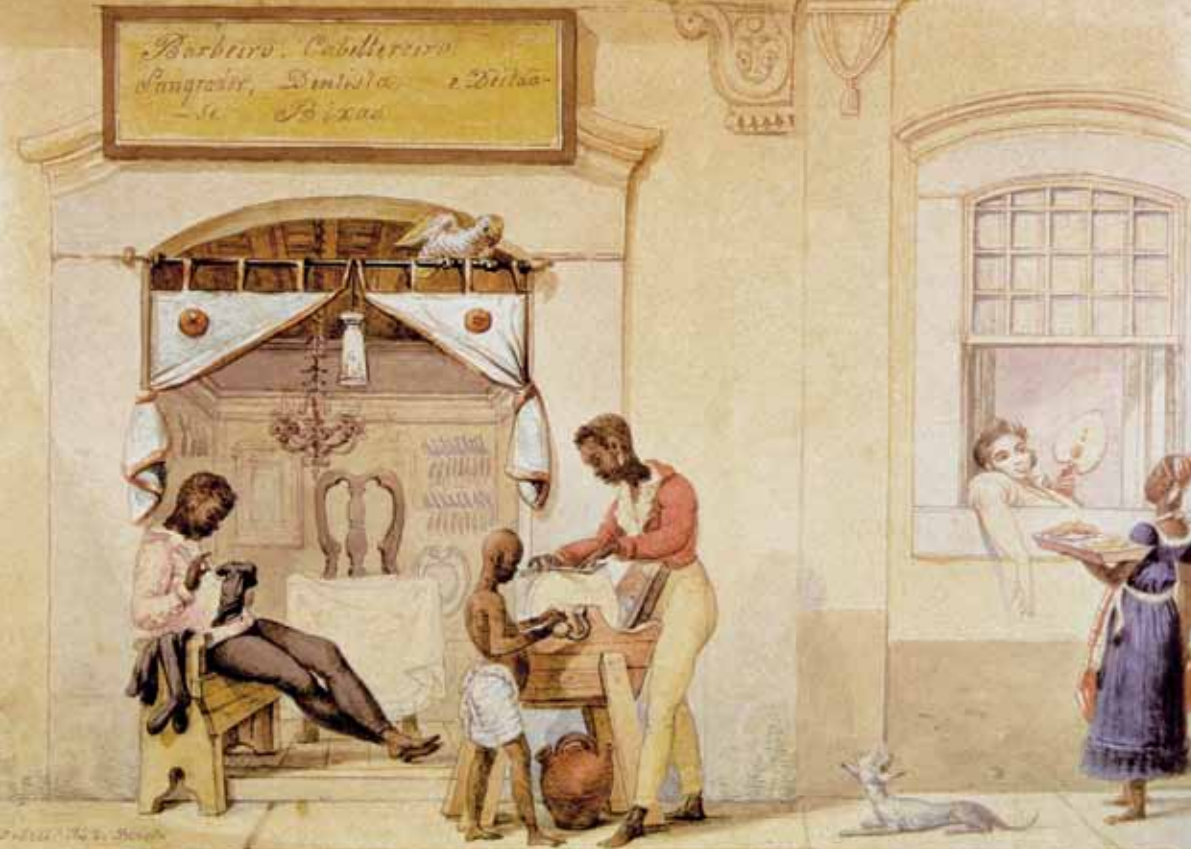
pela doença passavam ao largo dos poucos serviços médicos existentes, colocando sua sorte nas mãos dos mais variados agentes da medicina popular, à época, responsáveis por grande parte das tentativas de cura. Os moribundos sem recursos, cancerosos ou atingidos por outros males, eram quase sempre abrigados em enfermarias a eles dedicadas nos diversos hospitais da Santa Casa da Misericórdia que, desde o século 16, começaram a surgir no país. Os mais abastados eram tratados em suas residências, recebendo conforto médico e religioso como cuidados paliativos. Grande parte dos doentes, descrentes das possibilidades da medicina, entregava sua sorte a curandeiros e outros agentes que julgava possuir poderes mágicos de cura.

No campo da medicina acadêmica, a situação era diferente. Com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, em

◀ Anúncio do preparado “Saúde da mulher”, do farmacêutico Joaquim Lagunilla, que prometia curar moléstias de senhoras: aos poucos, chás e tratamentos caseiros foram substituídos por remédios prescritos pelos médicos
Publicado em *Careta*. Rio de Janeiro, 09.jan.1915

▼ Solidariedade comunal e religiosa aos doentes. O Hôtel-Dieu, hospital parisiense, representado em gravura do início do século 16
FONDATION SINGER-POLIGNAC. *La médecine à Paris du XIIIe. au XXe. siècle.* Paris: Editions Hervas, 1984, p.120





◀ Cenas da medicina popular no Rio de Janeiro do século 19. "Loja de Barbeiro" e "Cirurgião negro colocando ventosa", de Jean-Baptiste Debret (1821)
DEBRET, Jean-Baptiste. *Voyage Pittoresque et Historique au Brésil*. Paris, 1831





1808, foram criados os primeiros cursos médicos nas cidades do Rio de Janeiro e da Bahia. Em 1832, estas escolas transformaram-se em faculdades, monopolizando o ensino médico no país até o início do século 20. Desde os primeiros anos de atuação dessas escolas, os tumores cancerígenos estiveram entre os objetos de atenção de nossos estudantes de medicina e seus mestres. Em virtude da inexistência de uma terapêutica eficaz contra a doença, as teses de doutoramento produzidas nesse campo tinham como tema o diagnóstico dos tumores e o tratamento paliativo. Em relação ao diagnóstico, as limitações do conhecimento faziam com que sob a denominação de câncer fossem agrupados tumores de diferentes naturezas. Por outro lado, somente

os cânceres que produziam sintomas muito específicos, ou os tumores externos, prontamente observáveis, eram caracterizados como tal, sendo vários outros tipos da doença negligenciados como males do envelhecimento ou problemas desconhecidos. Nesse contexto, os cânceres de pele, dos seios, do útero e do aparelho digestivo foram os principais objetos de estudo em nossas faculdades médicas.

As teses elaboradas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro mostram que, em meados do século 19, a terapêutica do câncer incorporava diversas fórmulas não específicas, muita delas secretas; fitoterápicos, como a cicuta e a beladona; as famosas sangrias e diferentes tipos de dietas. A essas se somavam a cauterização de tumores

▲ Vista do Largo do Paço, no centro do Rio de Janeiro, onde D. João VI e sua comitiva desembarcaram em 1808, em gravura de Theremin, *O paço da cidade tomado da rampa* (1818) Fundação Biblioteca Nacional



de pele e as cirurgias – exaltadas ou criticadas pelos diferentes médicos, em virtude do alto índice de insucessos. Nesse terreno, as mais consensuais eram a mastectomia e a histerectomia radicais. No que tange à prevenção, as medidas propostas se vinculavam ao âmbito mais geral das noções da medicina da época, que tinham na dietética e na abstinência de fortes emoções suas principais indicações. De específico, somente a precaução contra os temíveis agentes irritantes. Segundo o pensamento do período, estes se caracterizavam como agentes externos que continuamente produziam lesões no organismo. Com o passar do tempo, tais lesões poderiam se transformar em tumores cancerígenos.

A partir da segunda metade do século 19, as primeiras revistas médicas brasileiras começaram a publicar trabalhos sobre o câncer. No *Brasil Médico*, na *Revista Médica de São Paulo* e na *Gazeta Médica da Bahia*, em meio a muitas traduções de artigos europeus, apareceram alguns poucos estudos nacionais com análises e proposições semelhantes às observadas nas teses das faculdades. No último quartel do século 19, esses trabalhos se detinham, principalmente, nos cânceres de pele, ginecológicos e do aparelho digestivo. Alguns deles passariam a buscar, nas possibilidades abertas pelo desenvolvimento da medicina dos micróbios, novos caminhos de

▲ Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, c. 1895
Foto: Marc Ferrez / Acervo Instituto Moreira Salles



◀ Fachada do edifício da Faculdade de Medicina da Bahia, no Terreiro de Jesus. Entre 1893 e 1905 www.fameb.ufba.br



◀ Faculdade de Medicina da Bahia www.fameb.ufba.br



▲ Hospital da Santa Casa da Misericórdia, na praia de Santa Luzia, que abrigou a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro a partir de 1813 (aquarela de Thomas Ender)
BANDEIRA, Júlio; WAGNER, Robert. *Viagem ao Brasil nas aquarelas de Thomas Ender: 1817-1818*. Petrópolis: Kappa Editorial, t.3, p.420.

◀ Botica doméstica portátil, ilustrada no *Formulário e Guia Médico Chernoviz* (17ª. Edição, 1904, p.1148)



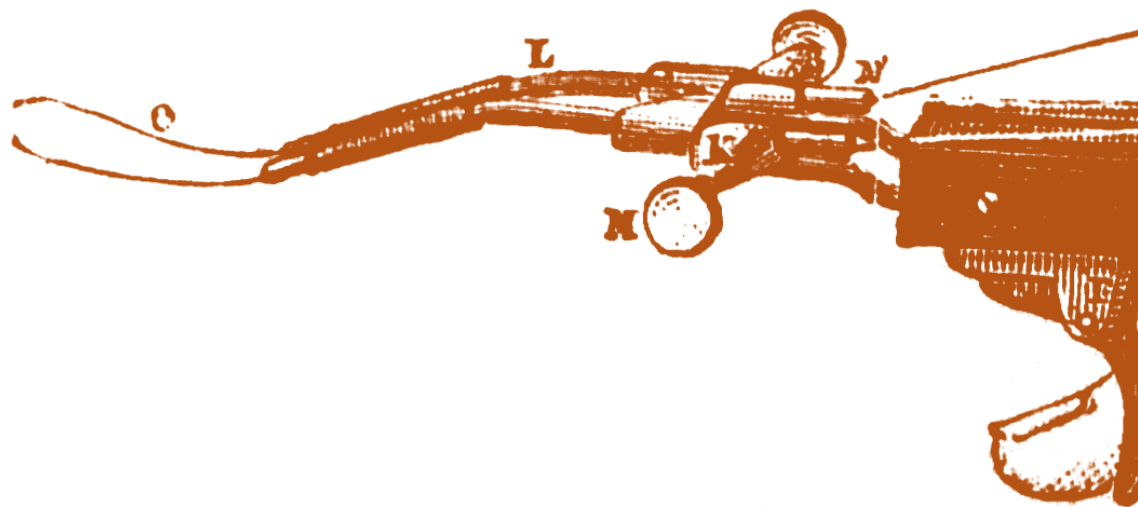
prevenção e terapêutica. Assim, vemos surgir estudos ensaiando o uso de produtos biológicos contra a doença ou buscando seu micro-organismo causador. Domingos Freire, um professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que ficou conhecido na história de nossa medicina por sua incessante busca por uma vacina contra a febre amarela, acreditava ter descoberto o bacilo causador do câncer. Em 1887, escreveu artigo sobre o tema no *Brasil Médico*, informando que, no momento, trabalhava na elaboração de um produto biológico para a cura da doença. Outros, na rota de aproximação da medicina à química, buscavam nos produtos cáusticos melhores resultados na destruição de tumores externos.

O final do século 19 não trouxe muitos avanços no conhecimento e na prática médica relacionada ao câncer no Brasil. Apesar do aumento da eficácia da medicina no período, com o desenvolvimento de novos testes diagnósticos e produtos profiláticos e terapêuticos, oriundos do desenvolvimento da microbiologia, os acometidos pelo câncer ainda permaneceriam algum tempo sem avanços reais em seu tratamento. A terapia das diversas formas da doença continuava baseada na ablação do órgão atingido ou na destruição do tumor. Nos casos onde o tumor não pudesse ser retirado, restava somente a utilização de medicamentos paliativos que minorassem as dores dos doentes. As orientações do *Formulário e Guia Médico Chernoviz*, manual de popularização da medicina

◀ Primeira aplicação de vacina antirrábica, no laboratório de Louis Pasteur. 1885
FONDATION SINGER-POLIGNAC. *La médecine à Paris du XIIIe. au XXe. siècle.* Paris: Editions Hervas, 1984, p.177

◀ Domingos Freire, conhecido na história da medicina brasileira por sua incessante busca por uma vacina contra a febre amarela. Óleo pertencente ao Museu Nacional.
BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Biomanguinhos, 2001, p.33





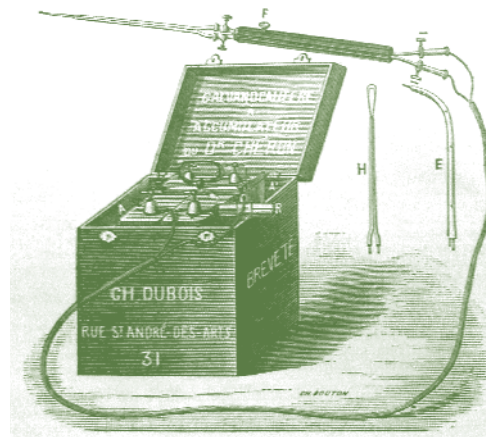
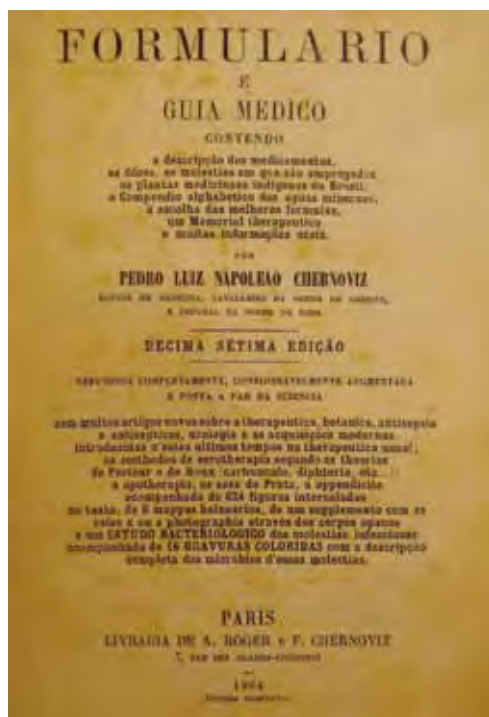
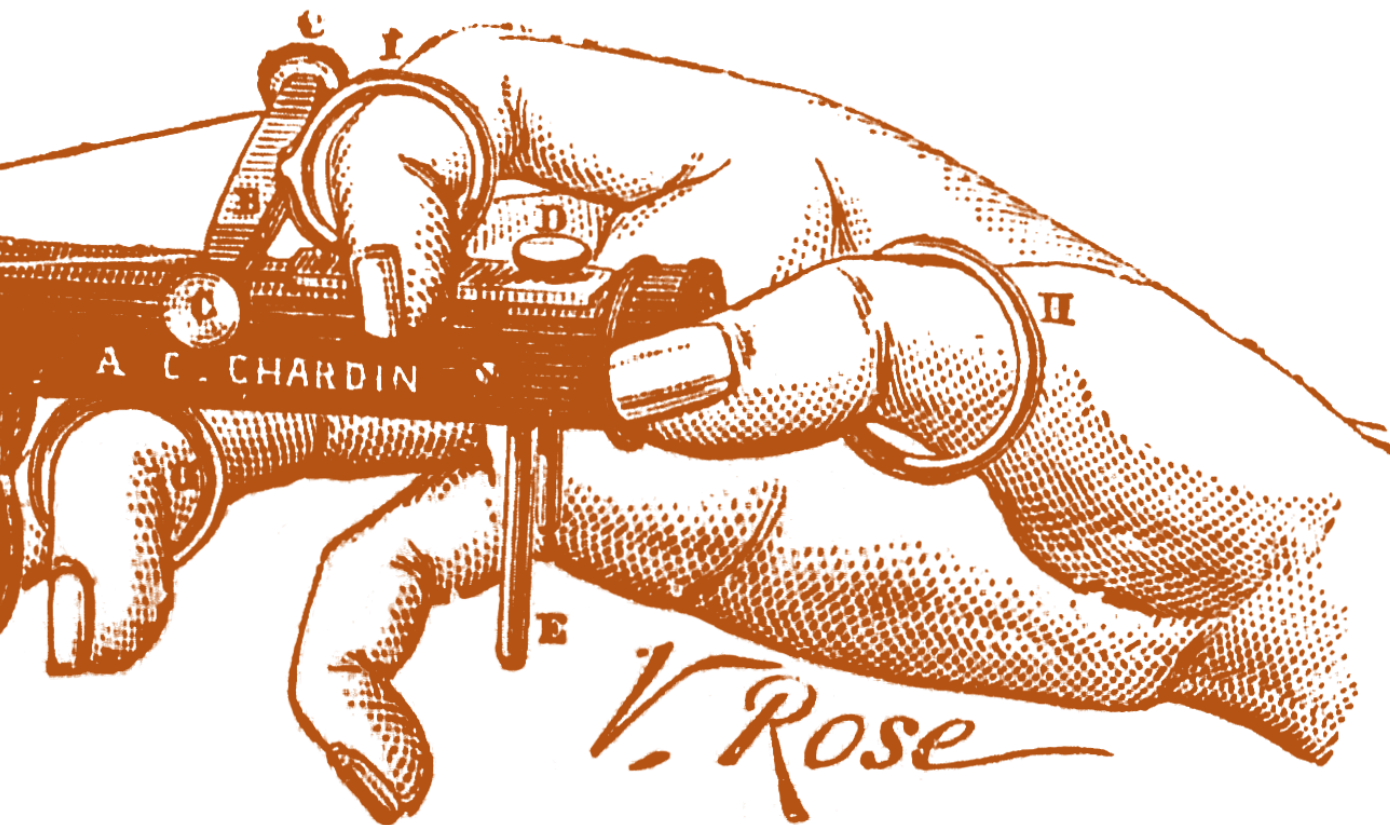
que mais sucesso fez em nosso país, no final do século 19, preconizavam: “O único tratamento racional do câncer confirmado é a ablação ou a destruição do tumor. Extrai-se com bisturi, destrói-se pela cauterização (...). Os cancros das vísceras não podem ser atingidos por instrumentos cortantes nem por substâncias cáusticas. Nesses casos restam só os meios paliativos que têm por fim acalmar as dores”.

Em relação ao atendimento médico, os pacientes que tinham recursos financeiros eram tratados em consultórios e em clínicas particulares, sendo que os casos mais graves ou terminais recebiam tratamento domiciliar. Já a maioria da população, sem recursos, continuava entregue aos

cuidados das instituições filantrópicas, como as Santas Casas, das entidades mutualistas, como a Beneficência Portuguesa, e outras instituições desse tipo, que aos poucos foram criadas nas grandes cidades do país. No entanto, é importante ressaltar que a diminuta eficácia da medicina do período no tratamento da doença fazia com que ela permanecesse como um mal incurável, passível apenas de cuidados paliativos que minorassem o sofrimento dos atingidos. Na maioria das vezes, esses cuidados não se relacionavam ao mundo médico, mas a uma antiga tradição de medicina doméstica alternativa.

Apesar da pouca resolutividade da medicina em relação ao câncer – observável tanto no Brasil como

▲ Asa galvânica, aparelho elétrico composto por fio ou lâmina de platina, utilizado para cauterização de tumores em regiões de grande vascularização, como os de útero, fossas nasais e garganta. Segundo o *Formulário e Guia Médico Chernoviz*, era muito empregado na América e Inglaterra
CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Formulário e Guia Médico*. 17ª. Ed. Paris: Livraria de A. Roger e F. Chernoviz, 1904, p.466



MOLESTIAS DAS MULHERES.
ESTREITAMENTOS DA URETRA, ETC.
MOLESTIAS VENEREAS.
CONSULTORIO DO DR. H. CHOMET, RUA DOS OURIVES N. 41.

Consultas todos os dias entre, de meio dia as 5 horas.
As outras horas para as "filles des doctes."
Tratamento por correspondencia para os doctores de fora.

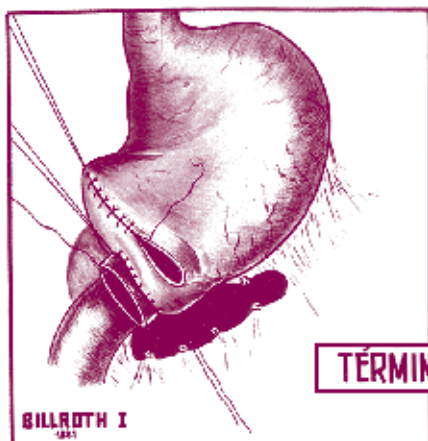
◀ Capa do *Formulário e Guia Médico Chernoviz*, manual de popularização da medicina que mais fez sucesso no Brasil, no final do século 19

◀ Galvanocautério com acumuladores, aparelho elétrico utilizado para cauterização de tumores, ilustrado no *Formulário e Guia Médico Chernoviz* (17ª. Edição, 1904, p.468)

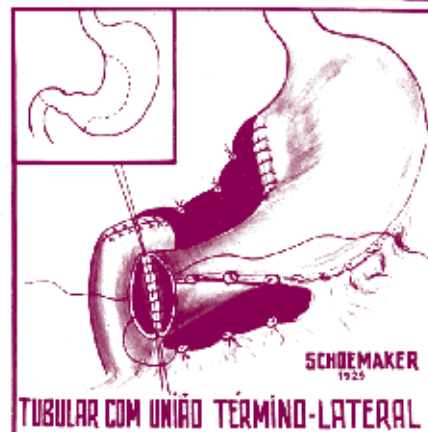
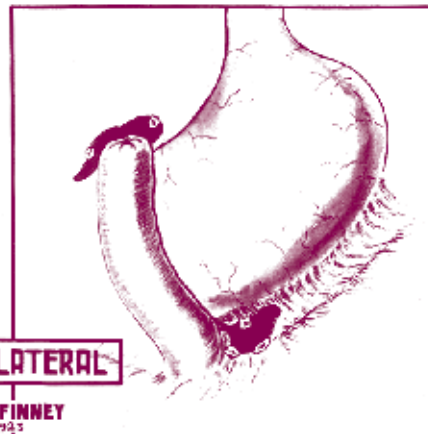
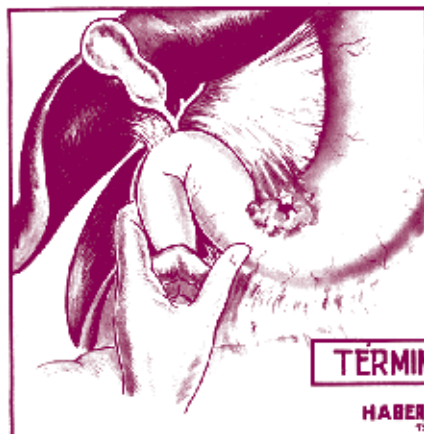
◀ Anúncio de consultório em *Jornal do Commercio* (ago.1853). Em fins do século 19 ALENCASTRO, Luiz Felipe de (org.). *História da vida privada no Brasil*. (2) Império: a corte e a modernidade nacional. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, p.75

ANASTOMOSES GASTRO-DUODENAIS

PRINCIPIO DE BILLROTH I



TÉRMINO-TERMINAL



George Pack

◀ Anastomoses gastroduodenais
Fundo Mario Kröeff /
Projeto História do Câncer
(COC/Fiocruz - Inca)



◀ Arnaldo Vieira de Carvalho na escadaria da Maternidade de São Paulo PEREIRA, Heloisa Helena Santos (coord.). *Hospitais de São Paulo. A arte de cuidar.* Rio de Janeiro: AC&M Editora, 2004, p.25

nos centros mais desenvolvidos –, nossos médicos foram protagonistas de algumas ações importantes nesse campo. Uma delas se caracteriza como a primeira observação documentada de transmissibilidade hereditária do câncer. O feito deve-se ao médico especializado em oftalmologia, Hilário de Gouveia, que, em 1872, diagnosticou um caso de retinoblastoma no olho direito de uma criança¹. Vários anos depois, o paciente, ainda sob acompanhamento do médico, se casou com uma jovem sem antecedentes familiares da doença, que

¹O retinoblastoma é um tumor maligno originário de células da retina que se inicia durante o desenvolvimento do feto. As crianças afetadas já nascem com um tumor detectável ou o aparecimento se dá nos primeiros anos de vida. (Monteiro e Waizbort, 2007) A doença pode ter um caráter hereditário ou casual (www.oncopediatria.org).

veio a conceber dois filhos portadores do mesmo tipo de câncer. Em 1886, Hilário de Gouveia publicou uma comunicação na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, correlacionando câncer e hereditariedade. Republicada nos *Annales d'oculistique* de Heidelberg, a comunicação de Gouveia é tida como a primeira sugestão da base hereditária do câncer. Outro marco na luta contra a doença deu-se no campo da cirurgia, quando, em 1900, o médico Arnaldo Vieira de Carvalho, da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, obteve o primeiro sucesso na extirpação total de um estômago – gastrectomia – com câncer do piloro. Essa cirurgia é celebrada pela história da medicina brasileira como uma prova da capacidade de nossos cirurgiões, visto ter sido a quinta desse tipo realizada no mundo.



M.E.S. - D.N.S.

ONCÓLOGO É CURAVEL

**QUANDO TRATADO
a Tempo**

SERVIÇO NACIONAL DE CANCER



**PRIMEIRO
CONGRESSO
BRASILEIRO
DE CANCER**

PROMOVIDO PELA SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO RIO DE JANEIRO E REUNIDO DE 24 A 30 DE FEVEREIRO DE 1935



ACTAS E TRABALHOS
VOL. I



Na virada do século 19 para o século 20, ocorre uma transformação em relação à percepção social do câncer na Europa e nos Estados Unidos. Em um contexto de envelhecimento da população, diminuição paulatina da mortalidade por doenças infecciosas, recuo das epidemias e diminuição da fecundidade, o câncer

flagelo, começaram a surgir instituições estatais e filantrópicas relacionadas aos cuidados com os doentes, sociedades médicas dedicadas à doença, hospitais especializados e centros de pesquisa. Em 1900, foi criado na Alemanha o German Central Committee for Cancer Research. Dois anos mais tarde, surgiu na Inglaterra o Imperial Cancer Research



CÂNCER E MEDICINA NO INÍCIO DO SÉCULO 20

passou a se mostrar mais presente, sendo o aumento da mortalidade a ele atribuída facilmente observado nos inquéritos epidemiológicos. De doença rara e excepcional, passou a ser visto como um problema de grande monta para a medicina europeia e estadunidense, uma ameaça cada vez mais temida e presente. Para debelar esse

Fund. Em 1906, como consequência da Primeira Conferência Internacional Contra o Câncer, foi criada a Association Française pour l'Étude du Cancer e, no ano seguinte, a American Association for Cancer Research.

No campo dos conhecimentos e práticas médicas também ocorriam mudanças. No final do século 19, os

▲ *La course à la mort*. Reprodução de ilustração em pastel do artista Charles Emmanuel Jodelet (1883-1969) www.booktryst.com/2010/03/medical-libraris-contagious-exhibit.html

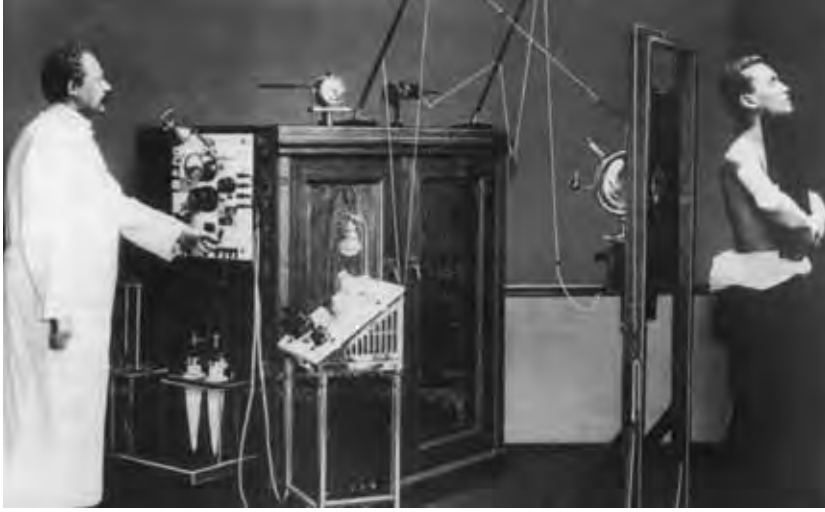
avanços da cirurgia possibilitaram os primeiros sucessos em remoções radicais de tumores, como as histerectomias e mastectomias totais, que passaram a ser procedimentos padrões em casos de cânceres de colo do útero e de mama. Nesse mesmo período, a aproximação da química e da física à medicina possibilitou o surgimento de novas tecnologias de tratamento do câncer. Em 1895, o físico alemão Wilhelm Conrad Röntgen desenvolveu o primeiro instrumento capaz de criar imagens do interior do organismo a partir de raios X. A nova tecnologia logo passou a ser utilizada para diagnóstico de lesões internas. Pouco depois, em 1891, o casal franco-polonês Pierre e Marie Curie, pesquisando a radioatividade do urânio, verificou a existência de um novo elemento químico, o rádio. Em pouco tempo, os raios X e o rádio passaram a ser utilizados pelos médicos no tratamento de tumores, visto a menor resistência das células cancerosas à radiação. Apesar de essas descobertas datarem do final do século 19, somente a partir da segunda década do século 20 passaram a ser utilizadas em um maior número de casos. Até então, sua utilização esteve restrita a alguns tipos de cânceres de pele, mais sensíveis a esse tipo de tratamento.

O interesse médico em relação ao câncer logo se espalhou por grande parte da Europa e Estados Unidos, onde se expandiram os investimentos na criação de instituições de pesquisa. Na comunidade médica, os congressos internacionais rapidamente globalizaram



os saberes médicos sobre a doença. No início do século 20, o câncer passaria a ser objeto de encontros específicos para a discussão de suas causas, formas de prevenção e, principalmente, a ampliação de sua incidência nas diversas partes do mundo. Em 1906, se daria a Primeira Conferência Internacional Contra o Câncer, em Paris. Quatro anos mais tarde, uma

▲ Uma das primeiras fotografias de raios X, feitas por Roentgen, revela os diferentes graus de absorção dos raios pela carne, pelos ossos, por uma pedra preciosa e pelo metal
MOSLEY, Michael; LYNCH, Jonh. *Uma história da ciência: experiência, poder e paixão*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011, p.89



◀ Abraçado a um filme fotográfico lacrado, um paciente permanece imóvel enquanto é feita uma radiografia de seu tórax. BURNIE, David. *Marcos da medicina*. Memórias do século XX. Rio de Janeiro: Reader's Digest, 2005, p. 22

▲ O casal Marie e Pierre Curie fotografado em seu laboratório na Escola de Química Industrial de Paris, s.d. MOSLEY, Michael; LYNCH, Jonh. *Uma história da ciência: experiência, poder e paixão*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011, p.90

◀ Marie Curie em seu laboratório, s.d. *Science & vie*, n. 251, jun.2010, p.86



segunda conferência ocorreu na Bélgica e, em 1923, foi realizado o primeiro Congresso Internacional do Câncer, em Estrasburgo, França.

Diferente do que ocorria nos países mais prósperos do hemisfério norte, no Brasil, as preocupações médicas com o câncer pouco se expandiram no início do século 20 e as novas iniciativas podem ser caracterizadas como consequência da ampliação generalizada das preocupações com a doença na Europa e nos Estados Unidos. Apesar de alguns

cronistas da medicina procurarem ver na aquisição de aparelhos de radiologia por médicos baianos e cariocas, ainda no final do século 19, o início da busca pelo controle da doença, na verdade essas iniciativas se relacionaram muito mais à curiosidade por uma nova tecnologia diagnóstica recém-desenvolvida.

Os artigos publicados nos periódicos médicos do início do século 20 também não mostram nenhuma grande transformação nos conhecimentos e formas de atuação em relação ao câncer,

▲ Instituto do Radium/
Pavilhão Curie.
Universidade de Paris.
TEIXEIRA, L.A.; FONSECA, C.O.
*De doença desconhecida a
problema de saúde pública:
o Inca e o controle do câncer
no Brasil.* Rio de Janeiro:
Ministério da Saúde, 2007,
p.22

somente um maior interesse em casos de cânceres do aparelho digestivo e do útero. No entanto, o contato de nossos médicos com a literatura internacional e, principalmente, sua atuação em congressos internacionais, abriu caminho para um novo tipo de preocupação com a doença. Agora, também se buscava avaliar a importância do câncer como problema de saúde pública, analisando sua incidência pelos diferentes grupos humanos e regiões geográficas do país. Para os médicos do início do século 20, o câncer era uma doença relacionada ao grau de civilização dos povos e, por isso, limitada às regiões temperadas do planeta. A partir do contato de alguns médicos brasileiros com trabalhos apresentados em congressos e conferências sobre o câncer que à época começavam a surgir, foram aumentando as preocupações com a doença, fazendo com que a comunidade médica brasileira, aos poucos, passasse a compartilhar as mesmas preocupações observadas nos países do hemisfério norte em relação à possibilidade de aumento de sua incidência.

No entanto, de forma contrária à que ocorreu na microbiologia – em que o interesse médico por um novo paradigma gerou um grande desenvolvimento técnico-científico, facilmente observável no grande número de instituições de pesquisa e no sucesso obtido no controle de diversas doenças epidêmicas –, o interesse médico pelo controle do câncer, naquele momento, se restringiu a uma pequena parte da elite médica carioca. Em relação à saúde

pública, o câncer passava ao largo das ações estatais. Naquele período, a saúde pública tinha como alvo somente as doenças epidêmicas que, a cada ano, causavam milhares de mortes em nossas maiores cidades. O advento da microbiologia dera eficácia às ações nesse campo que, baseadas no princípio da unicausalidade, conseguiram controlar diversas epidemias de caráter viral e bacteriano. O desconhecimento das origens do câncer, a incapacidade terapêutica da medicina para tratá-lo e sua pequena incidência, se comparado às doenças epidêmicas da época, tornavam-no distante das preocupações da saúde pública, não havendo nesse período nenhuma iniciativa específica objetivando seu controle.

Somente no final dos anos 1910, essa situação começaria a mudar. Naquele momento, acontecem profundas transformações em relação ao câncer na Europa e nos Estados Unidos. Na área terapêutica, ocorre a disseminação do uso do rádio e das terapias de raios X, até então associadas principalmente a problemas dermatológicos ou ações paliativas de redução de tumores inoperáveis. Depois da Primeira Guerra (1918), essas terapias passaram a ser uma opção a cirurgias, ou terapêutica indicada em alguns casos específicos. No que tange à organização social, o fim da guerra favoreceu o engajamento de diversos grupos em instituições anticâncer na Europa. É o caso da atuante Liga Francesa Contra o Câncer, que reuniu, no início dos anos 1920, diferentes camadas sociais e profissionais



▲ Embalagem de placa de raios X, 1920 produzida pela Geo. Brady W. & Co. de Chicago IL
www.orau.org/ptp/collection/Radiology/X-Ray%20Film.htm

em prol da criação de uma política de controle da doença no país, baseada em centros e dispensários anticancerosos, em diversas cidades. Além disso, o período assinala a criação das primeiras ações de educação relacionadas à doença, na Europa e também nos Estados Unidos. Ultrapassados os horrores e a desorganização social causados pela guerra, e com os índices de incidência das doenças infecciosas em constante decréscimo, o câncer se transformava em principal inimigo da civilização e de seu desenvolvimento, passando a ser o alvo dos Estados, da filantropia e da medicina que, de diferentes formas, buscavam barrar o que parecia ser sua constante ampliação.

No Brasil, observamos um clima semelhante em relação à doença. O final da década de 1910 vê surgir nossas primeiras instituições especializadas no tratamento de cancerosos, os primeiros institutos de radiologia e as primeiras ações públicas a direcionadas à doença. Embora todas essas iniciativas fossem bastante incipientes e de pouco alcance, significavam a ponta de lança na transformação do quadro de completa desatenção em relação ao tratamento dos acometidos pelo câncer e de ampliação do interesse médico pelo problema. Vários fatores se entrelaçam no contexto de seu surgimento. Entre eles, podemos destacar o desenvolvimento da dermatologia e sua relação com as novas técnicas radioterápicas de tratamento dos cânceres de pele; o interesse da filantropia por um campo de assistência ainda inexistente no país; e a grande

Casa Moreno
MORENO BORLIDO & C.

142, Rua do Ouvidor

Rua do Rozário, 155 e 157

RIO DE JANEIRO

UNICOS REPRESENTANTES DA FABRICA
Victor Electric Corporation — Chicago — U. S. A.

RAIO X

RAIOS — Ultra violete, alta frequencia.

Diathermia e electricidade em geral.

CIRURGIA, OPTICA e accessorios para PHARMACIAS.

CUTELARIA e artigos para uso domestico.

Instalações completas de Laboratórios de Bacteriologia, Química e Physica.

Pessoal competente para qualquer orçamento.

Casa Filial : RUA DA BAHIA, 1044. Belo Horizonte, Minas

preocupação com a possibilidade de o câncer ser uma doença transmissível. O contato dos médicos brasileiros com a literatura internacional, sua

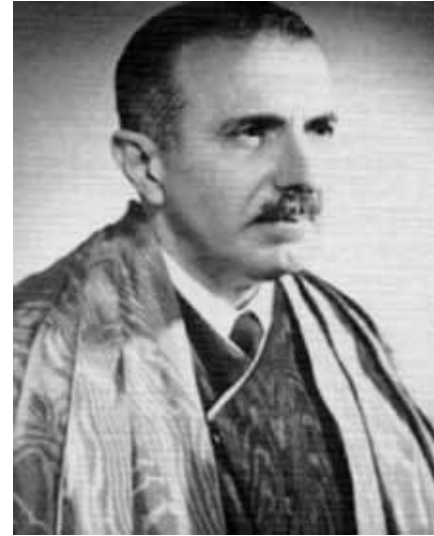
participação em congressos médicos e o conhecimento das estruturas de saúde pública criadas em outros países para controlar a doença faziam com que eles, cada vez mais, valorizassem a criação de estruturas e ações específicas contra a doença.

Na Europa, no início dos anos 1920, a radioterapia começou a se consolidar como tratamento adequado para os cânceres de pele e de colo do útero. A partir do final da Primeira Guerra, essa tecnologia terapêutica se expandira muito, deixando de ser vista como uma técnica experimental e passando a fazer parte do cotidiano dos dermatologistas e ginecologistas. Nessa mesma época, a França criara uma rede de postos de tratamento radiológico em seu sistema de saúde; outros países também incorporaram a tecnologia nos grandes hospitais dedicados ao tratamento do câncer. No Brasil, a ampliação do interesse médico na utilização da radioterapia se verifica da mesma forma no final da década de 1910, em um processo que se relaciona ao desenvolvimento institucional da dermatologia e ao contexto de aumento das preocupações médicas com a sífilis.

Em 1919, os responsáveis pela cátedra de dermatologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Eduardo Rabello e Fernando Terra, dois influentes especialistas em estudos sobre a sífilis, fundaram o Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, anexo à clínica dermatológica que dirigiam. O serviço era direcionado ao atendimento de acometidos por câncer

e à formação de novos radiologistas. As dependências e equipamentos do Instituto também eram cedidos a médicos de outras instituições para que efetuassem pesquisas no campo da radiologia. Um bom exemplo de sua vitalidade foram as atividades desenvolvidas em seu laboratório pelo médico Armando Aguinaga, assistente do Serviço de Ginecologia do Hospital São Francisco de Assis e um dos pioneiros na utilização da radioterapia no tratamento de câncer de colo do útero no Brasil. Aguinaga também efetuou diversas pesquisas sobre o assunto e, ainda em 1925, publicou um livro pioneiro sobre o tema. Todo seu trabalho tinha como base a utilização das aparelhagens do Instituto de Radiologia.

Tão importante quanto a vitalidade do instituto foi o contexto de sua criação. Como dissemos, Rabello e Terra, seus criadores, eram reconhecidos dermatologistas e especialistas em sífilis, em um momento em que a disciplina em que atuavam ampliava seu prestígio, entre outras razões pela grande preocupação social que doenças com sintomas epidérmicos, como a lepra e a sífilis, causavam no país. Ressalte-se, em particular, o fato de o pensamento da época atribuir a essas doenças, em especial à sífilis, o poder de degeneração de nossa população. Além da criação do Instituto, Rabello seria um dos artífices da tentativa de criação de um hospital de câncer no Rio de Janeiro. No entanto, o grande interesse dos dermatologistas pelo câncer foi momentâneo. De forma semelhante ao ocorrido na Inglaterra,



▲ Eduardo Rabello, médico dermatologista e um dos pioneiros da radioterapia brasileira, s.d www.rioeduca.net/blogViews.php?id=1249

◀ Anúncio do aparelho de raios X, marca Vitor, 1918. Desde fins do século XIX, a curiosidade pela nova tecnologia gerou a aquisição dos aparelhos pelos médicos brasileiros RIBEIRO, Lourival. *Pelos caminhos da medicina*. Rio de Janeiro, 1976, p.73

no início do século 20, a dermatologia brasileira progressivamente se restringiria às ações contra os cânceres cutâneos, deixando a outras especialidades, em especial à cirurgia, as principais ações contra a doença.

Em relação à filantropia, podemos observar que, tal como ocorria na Europa, surgiram no Brasil as primeiras iniciativas de criação de instituições inteiramente voltadas para o tratamento e a pesquisa sobre o câncer. O eixo Rio – São Paulo – Minas seria o palco das primeiras iniciativas. A primeira delas veio à luz em 1917, quando, após a morte de Oswaldo Cruz, um grupo de seus discípulos e amigos se empenhou na obtenção de fundos para a construção de um monumento em sua homenagem. As dificuldades para executar o projeto levaram-nos a redirecioná-lo para a construção de um grande hospital de câncer na cidade. Contando com o apoio financeiro do industrial Guilherme Guinle e com os aportes conseguidos para o monumento, o grupo começou a construção de um hospital especializado. A iniciativa também se inseria em um projeto mais amplo do então diretor de Saúde Pública, Carlos Chagas, de contar com a iniciativa filantrópica para suprir as lacunas da instituição. A família Guinle já financiava a criação de outro grande hospital no Rio de Janeiro, direcionado ao tratamento da sífilis (Hospital Gaffrée e Guinle, na Tijuca), e problemas de diversas ordens impediram que o projeto do hospital carioca para o tratamento do câncer se realizasse. Os terrenos para sua construção chegaram a ser



adquiridos, os projetos foram elaborados e a construção iniciada. Mas, em meio à crise econômica do início do governo de Getúlio Vargas, a obra foi paralisada, e o projeto, abandonado.

Caminhos diferentes foram traçados por uma iniciativa similar, empreendida por Arnaldo Vieira de Carvalho. Médico de destaque em São Paulo, onde dirigiu o Instituto Vacínico e a Sociedade de

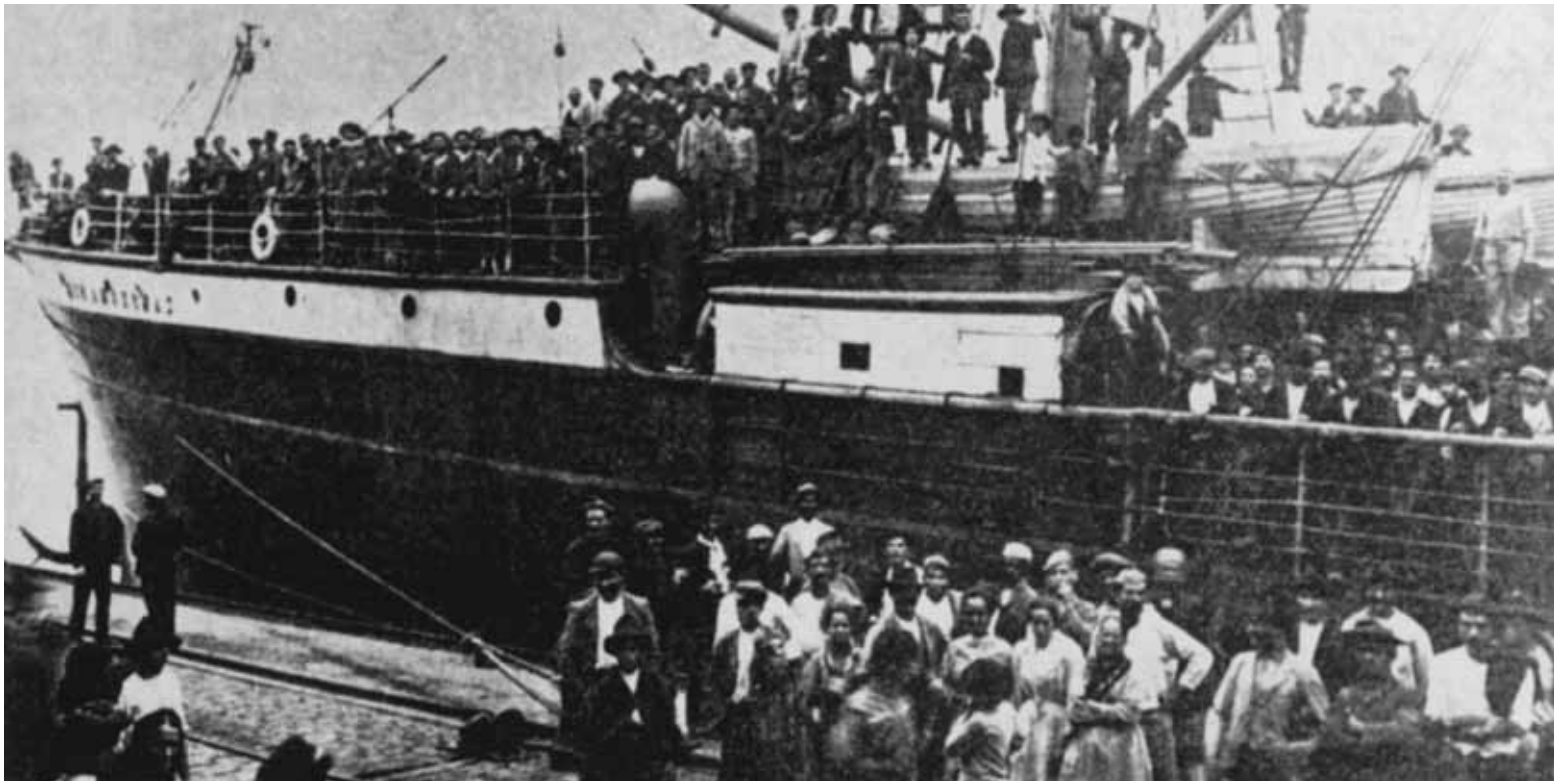
▲ Criado em 1900 para produzir soros e vacinas, o Instituto Oswaldo Cruz é uma instituição de pesquisa, ensino e desenvolvimento tecnológico em Saúde

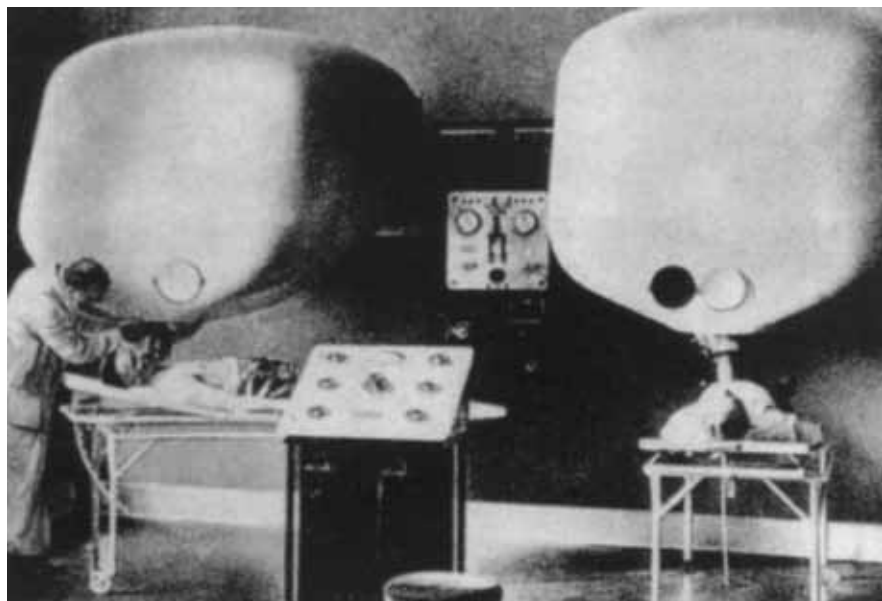


Medicina e Cirurgia, esteve à frente da implantação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, da qual foi o primeiro diretor. Em 1920, sugeriu à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo a elaboração de uma campanha para a criação de um instituto de radioterapia na cidade. Logo, a Sociedade nomeou uma comissão para levantar fundos para a nova instituição, conseguindo, em pouco tempo, obter as primeiras doações. No entanto, sua morte, em 1920, adiaría a inauguração do Instituto que, embora constituído de direito em 1921, só iniciaria suas atividades em 1929, nas instalações do hospital central da Santa Casa da Misericórdia de

◀ Charge retratando Oswaldo Cruz e as epidemias, publicada na *Revista da Semana* (Rio de Janeiro, s.d) Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz

▼ O intenso deslocamento populacional e a forte expansão urbana favoreceram a disseminação de epidemias como a febre amarela e a peste bubônica. Desembarque de imigrantes no Porto de Santos, 1907 MOURA, Soraya (org.). *Memorial do imigrante: a imigração no estado de São Paulo*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2008, p.24





São Paulo, caracterizando-se inicialmente como uma enfermaria especial para o tratamento de cancerosos. Em 1934, o Instituto inaugurou instalações próprias, em um terreno contíguo ao da Santa Casa. Em outubro de 1936, pelo Decreto Federal nº 1.146, a instituição foi considerada de utilidade pública, funcionando até hoje como um hospital filantrópico para o tratamento de câncer.

Ainda em 1922, bem antes da inauguração do instituto paulista, surgiria um hospital de câncer na capital mineira. O Instituto do Radium de Belo Horizonte (MG), contava com aportes federais, estaduais e filantrópicos. Sua criação deve-se ao médico e ex-combatente da Primeira Guerra, Eduardo Borges da Costa, à época diretor da Faculdade de Medicina de Minas Gerais que, impressionado com a atmosfera de cruzada contra a

doença existente na Europa, se dedicou à criação de um instituto unicamente voltado às pesquisas e ao tratamento do câncer na faculdade que dirigia. Para abrigar o instituto, foi construído um belo prédio neoclássico, inaugurado em 7 de setembro de 1922, durante os festejos de comemoração do centenário da Independência. O instituto tinha como principal atividade a radioterapia, e, durante mais de quatro décadas, funcionou como instituição autônoma, sendo posteriormente incorporado à universidade.

O surgimento dessas iniciativas é simultâneo ao processo de inserção do câncer no âmbito das preocupações da saúde pública. No final de 1919, em um contexto de ampliação do interesse pela saúde das regiões rurais do país e pelo controle de doenças que a medicina e a intelectualidade da época viam como um


▲ Tratamento com raios X para o câncer, em 1917 BURNIE, David. *Marcos da medicina. Memórias do século XX*. Rio de Janeiro: Reader's Digest, 2005, p. 112

▲ Encerradas nas proteções em forma de balão, as unidades de terapia de raios X de 1919 foram as precursoras da atual tecnologia para diagnóstico por imagem e para tratamento BURNIE, David. *Marcos da medicina. Memórias do século XX*. Rio de Janeiro: Reader's Digest, 2005, p.12

entrou ao desenvolvimento, se efetivou uma reforma sanitária que criou nosso primeiro serviço de saúde de âmbito nacional. O Departamento Nacional de Saúde Pública ampliou as ações de saúde que, até então, eram responsabilidade do Estado. Entre suas novas seções, estava uma inspetoria para o controle das doenças venéreas e da lepra.

A nova inspetoria também deveria se dedicar ao controle do câncer, produzindo estatísticas sobre óbitos pela doença, exames de laboratório gratuitos necessários aos diagnósticos e, seguindo as concepções médicas da época, executando desinfecções nos domicílios onde houvesse ocorrido óbito de câncer. Também era prevista a organização de uma campanha educativa contra o câncer, a ser realizada por meio de folhetos, conferências e exposições. Por fim, o regulamento que criou a inspetoria assinalava que ela poderia, em conjunto com a filantropia, fundar institutos de câncer com fins terapêuticos e experimentais. Apesar de a iniciativa ter trazido o problema do câncer para a órbita da saúde pública, não logrou obter resultados satisfatórios em relação à doença. Nesse campo, a única medida posta em prática foi a ampliação de quesitos específicos nos atestados de óbitos pela doença, com o objetivo de obtenção de dados mais confiáveis para as estatísticas.

A criação da inspetoria e o rumo por ela tomado deixam claro que as preocupações dos dirigentes da saúde pública, naquele período, se resumiam ao maior conhecimento



RAIOS X

RADIOLOGIA CLINICA

DRS.:

R. Duque Estrada
CHEFE DO GABINETE DE RAIOS X NA FACULDADE DE
MEDICINA E DO HOSPITAL NACIONAL.

Arnaldo Campello
CHEFE DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL
DAS CRIANÇAS.

Especialidade
no diagnóstico das doenças do
aparelho digestivo.

Tratamento pelos Raios X

Rua da Quitanda, 3
Tel. C. 5866
Rio de Janeiro

dos índices de incidência da doença, para acompanhamento de sua possível evolução e da possibilidade de sua transmissão. Aliás, esse aspecto foi o único que gerou uma ação específica dos serviços: a obrigatoriedade de desinfecção dos recintos onde havia

▲ Anúncio do consultório dos Drs. Roberto Duque Estrada e Arnaldo Campello, 1918. Os raios X foram usados inicialmente para o diagnóstico e tratamento de doenças. RIBEIRO, Lourival. *Pelos caminhos da medicina*. Rio de Janeiro, 1976, p.72

acontecido um óbito por câncer. Na verdade, o câncer continuava a ser visto pela saúde pública como uma doença de baixa incidência, de menos importância que as doenças epidêmicas que atingiam as grandes cidades e as endemias que debilitavam os habitantes do interior.

No campo mais geral dos cuidados e da terapêutica, as novidades surgidas nos anos 1920 se restringiram aos já citados hospitais especializados em câncer, criados em São Paulo e em Belo Horizonte, e aos primeiros passos da utilização da radioterapia no país. No entanto, o crescente interesse acadêmico internacional e a inoperância da saúde pública em relação à doença fizeram com que diversos médicos pertencentes às academias médicas do Rio de Janeiro (Academia Nacional de Medicina e Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro) várias vezes trouxessem a público alguns projetos postulando alterações no sistema de saúde que possibilitassem ações mais efetivas para seu controle.

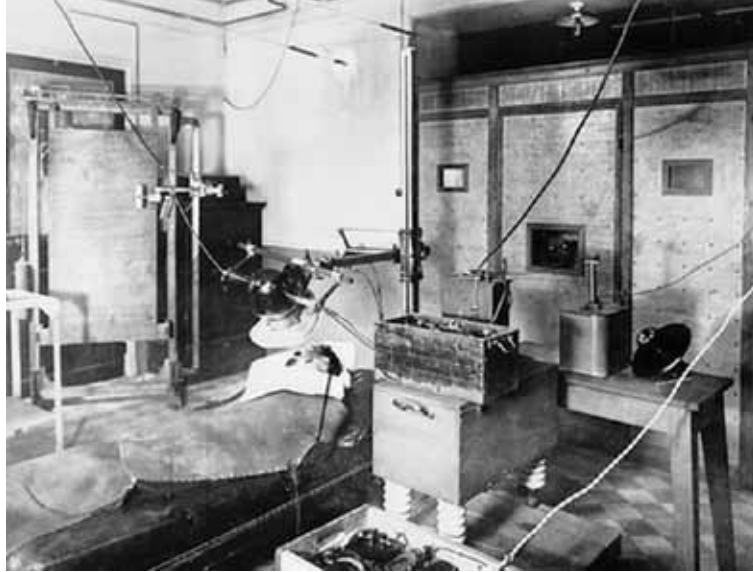
Em 1922, por exemplo, o presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, Fernando de Magalhães, elaborou um projeto que buscava abarcar os diversos aspectos da prevenção e do tratamento do câncer que começavam a ser postos em prática na Europa e nos Estados Unidos. Sua proposta previa a criação de Institutos do Câncer, de caráter estatal, em vários pontos do país, voltados para a pesquisa científica sobre a doença; a criação de hospitais públicos exclusivos para cancerosos, estabelecendo-se por lei

que a hospitalização de cancerosos se daria somente nesses estabelecimentos; a notificação compulsória dos casos e a utilização dos princípios de profilaxia geral em todos os locais onde surgissem casos da doença; a visita de enfermeiras da saúde pública aos cancerosos para orientá-los em seu tratamento; o aperfeiçoamento do ensino do câncer nas faculdades médicas; a divulgação de noções básicas da doença para a população e a organização de reuniões técnicas regulares em vários estados do Brasil, sob o patrocínio do Governo, onde os médicos dedicados ao câncer tomariam conhecimento das estatísticas, pesquisas e novos conceitos clínicos.

Outras iniciativas, como encontros médicos e congressos, foram acontecendo durante a década, com o intuito de aumentar o interesse médico no câncer e, simultaneamente, ampliar a ação do Estado em relação à prevenção e

▼ Uma jovem paciente recebe tratamento por radiação, c. 1926. CHALLONER, Jack (editor). *1001 inventions that changed the world*. Londres: Cassell Illustrated, 2010, p.505





◀ Paciente em terapia de radiação no laboratório de rádio da Universidade de Paris, 31 de maio de 1928 www.newyorker.com/online/blogs/newsdesk/2012/04/history-of-cancer-treatment.html

▼ Marie Curie (ao centro) em visita ao Instituto do Radium de Belo Horizonte, ago. 1926
Acervo Instituto de Radium (Belo Horizonte/MG)



aos cuidados com os doentes. O auge desse processo se daria em 1936, com a realização do primeiro Congresso Brasileiro do Câncer pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em comemoração ao seu cinquentenário. O congresso reuniu médicos de diversos estados brasileiros, em especial do eixo Rio-São Paulo.

Além de demarcar a intensificação do processo de institucionalização desse campo da medicina brasileira, o congresso deu visibilidade às discussões sobre a necessidade de novas políticas públicas em relação à doença. Em uma de suas seções, o diretor do Departamento Nacional de Saúde, do então Ministério da Educação e Saúde Pública, Barros Barreto, apresentou um projeto oficial nesse sentido. Sua proposta previa que o controle se faria de forma conjunta pela iniciativa estatal e filantrópica. Caberia ao governo central organizar, dar as diretrizes, fiscalizar e colaborar com os fundos necessários para suprir as instituições existentes. No campo da ação executiva, deveria se responsabilizar pela implantação de um centro de cancerologia no Distrito Federal, que congregaria os serviços relacionados ao câncer já existentes em outras instituições, como a Santa Casa da Misericórdia e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Os governos estaduais deveriam criar postos de diagnóstico por todo o país e centros de maior complexidade, em alguns estados mais populosos. À sociedade civil caberia organizar diversas ligas que se responsabilizariam pela execução de



uma grande campanha para a obtenção de fundos para a construção de hospitais dedicados aos doentes e a criação de comitês de popularização das medidas de prevenção.

Apesar da grandiosidade da proposta, seu estabelecimento, mesmo que parcial, teria que esperar quase uma década. Durante os anos 1930, a ação estatal contra a doença foi quase nula. De forma diferente, o interesse médico pelo

▲ Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Praia Vermelha, s.d
Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz

▲ Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, criada e dirigida por Arnaldo Vieira de Carvalho. Década de 1930/40
Museu da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
www.fm.usp.br



▲ Anais do Primeiro Congresso Brasileiro do Câncer, promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 1935. Publicado em 1936
Academia Nacional de Medicina

▲ Corpo clínico da 8ª Enfermaria do Hospital São Francisco de Assis, com o Dr. Armando Aguinaga sentado ao centro. Rio de Janeiro, 1936
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

◀ Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
NATALINI, Gilberto; AMARAL, José Luiz do. (orgs.) *450 anos de história da medicina paulistana*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004, p.95





câncer logo se traduziu em uma ação social marcada pela criação de diversas ligas — entidades civis cujo objetivo era obter fundos para a criação de hospitais direcionados à doença e difundir aspectos relacionados a sua prevenção.

Em 1934, no Rio de Janeiro, foi criada a Liga Brasileira contra o Câncer, com metas como difundir no meio leigo o conhecimento sobre a prevenção

contra a doença, via a detecção precoce de seus sintomas; obter donativos que possibilitassem a aquisição de rádio para montagem de uma rede de postos anticancerosos no país; potencializar a produção de conhecimentos no campo da cancerologia a partir de palestras e encontros de especialistas e da criação de uma revista de cancerologia. Seu criador foi o cirurgião Ugo Pinheiro Guimarães,

▲ Sala de cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, cujo diretor clínico era Arnaldo Vieira de Carvalho. A Santa Casa acolheu o ensino das disciplinas clínicas da Faculdade de Medicina desde sua criação e por mais de 30 anos PEREIRA, Heloisa Helena Santos (coord.). *Hospitais de São Paulo. A arte de cuidar*. Rio de Janeiro: AC&M Editora, 2004, p.17

que mais tarde dirigiria o Serviço Nacional de Câncer (SNC). Ele projetava uma instituição de abrangência nacional, que contaria com comitês nos diversos estados, agindo de forma coordenada. Apesar da grande amplitude de seu projeto, as fontes hoje existentes não indicam que essa instituição tenha chegado a funcionar a contento. Outras iniciativas estaduais tiveram melhor sorte.

Ainda em 1934, o médico paulista Antônio Prudente, que se especializara em cirurgia de câncer na Alemanha, criou a Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC), com o objetivo de obter fundos para a fundação de um hospital totalmente dedicado ao atendimento de acometidos pela doença e elaborar campanhas educativas de prevenção. Prudente e sua esposa, Carmem, moveram uma campanha de proporções impressionantes para alcançar seu objetivo. Anos mais tarde, Carmem fundou a Rede Feminina de Combate ao Câncer, que passou a atuar junto à APCC. A Rede promoveu eventos festivos de diversas ordens e manteve um cadastro contendo o número telefônico de grande parte da elite paulistana, cujos membros eram mensalmente convidados a contribuir para a campanha em prol de um hospital na cidade. A adesão à entidade era tal que ela conseguiu reunir em suas hostes mais de 25 mil mulheres. Na década de 1940, a APCC e a Rede Feminina instituíram o “Mês do Câncer”, uma grande campanha educativa e de recolhimento de donativos, nos moldes das campanhas realizadas nos Estados

Unidos pela American Cancer Society. Também patrocinaram a criação de uma clínica de tumores voltada para o atendimento de indigentes. A clínica seria o embrião da posterior criação de um hospital de câncer na cidade.

Em 1936, o ginecologista baiano Aristides Maltez, então presidente de honra da Sociedade de Ginecologia da Bahia, reuniu os sócios da instituição e criou a Liga Baiana Contra o Câncer, que tinha como objetivo principal possibilitar a construção de um hospital de câncer no estado. Somente a partir de 1940, a liga passaria a ter uma atuação real, da qual constavam, entre outras ações, encontros científicos em que o problema do câncer era discutido sob vários aspectos por especialistas de diversas partes do país; participação direta de alguns médicos de seu corpo de sócios no tratamento de doentes, em uma enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Salvador, dedicada aos cancerosos; e uma intensa atividade de obtenção de donativos, levada a cabo principalmente pelas participantes de seu conselho feminino. Ainda em 1940, a liga obteve um terreno no bairro de Brotas e deu início à construção de seu hospital, que seria inaugurado em 1952. Para tanto, também obteve recursos do SNC e do governo do Estado da Bahia. Além dos tratamentos realizados em âmbito hospitalar, eram empreendidas campanhas de esclarecimento da população sobre a possibilidade de diagnóstico precoce da doença por meio de panfletos e publicações em jornais e revistas locais.



▲ Aristides Maltez, idealizador da Liga Baiana Contra o Câncer www.lbcc.org.br/compos.php?m=site.pagina&pag=4&idioma=br



◀ Campanha da Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC) com referência à construção do futuro Instituto Central e à aquisição de radium e aparelhos Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

◀ Cartaz de alistamento da Rede Feminina de Combate ao Câncer, criada por Carmem Prudente, que passou a atuar junto com a Associação Paulista de Combate ao Câncer Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



▲ O casal Carmem e Antônio Prudente, fundadores da Rede Feminina e da Associação Paulista de Combate ao Câncer Hospital A. C. Camargo

▲ Carmem Prudente, fundadora da Rede Feminina de Combate ao Câncer Hospital A. C. Camargo



◀ Sra. Carmem Prudente e Professor Antonio Prudente com um grupo de *schwester* – enfermeiras alemãs que vieram ao Brasil para dar início aos trabalhos do Hospital A. C. Camargo. 1953
Acervo do Hospital A. C. Camargo



◀ Primeira turma de residentes do Hospital A. C. Camargo. 1953-1956
Acervo do Hospital A. C. Camargo



No Distrito Federal, em 1939, o cirurgião Mario Kröeff, então diretor do Centro de Cancerologia – falaremos de sua criação em seguida – fundou a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos, destinada a colaborar com as iniciativas estatais no campo da luta contra o câncer. A instituição se voltou para os cuidados paliativos para pacientes sem recursos. Contando

com o apoio da então primeira dama do país, Darcy Vargas, e de vários ricos beneméritos, a associação adquiriu uma propriedade no bairro da Penha Circular, onde foi construído um asilo para cancerosos, inaugurado em 1944. O Asilo da Penha contava com 15 leitos e pessoal técnico especializado, e foi a primeira iniciativa no sentido de melhorar a qualidade de vida dos pacientes sem

▲ Mario Kröeff e grupo à frente da Inspetoria de Profilaxia da Leprosia e das Doenças Venéreas / Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/ Fiocruz – Inca)

possibilidade de cura posta em prática no país. Posteriormente, a associação construiria no mesmo local um hospital para tratamento de câncer, mais tarde denominado Hospital Mario Kröeff.

Outras instituições de menor porte funcionavam em diversos Estados, inspiradas em instituições similares nascidas nos Estados Unidos, que tiveram importante papel na prevenção contra a doença por meio de comitês específicos dirigidos à educação em saúde. As ligas nacionais também elaboraram ações relacionadas à difusão do conhecimento sobre a prevenção contra a doença. No entanto, sua atuação se relacionou prioritariamente à obtenção de fundos para criação de centros anticancerosos filantrópicos, sendo o alicerce de onde surgiram vários dos hospitais especializados na doença existentes no país.

No âmbito da ação médica para o controle da doença, o final dos anos 1930 apresenta uma grande novidade. Em 1937, foi fundada a primeira enfermaria totalmente dedicada aos doentes de câncer, no Hospital Estácio da Sá, no Rio de Janeiro. Esse espaço foi o embrião do hoje Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva, instituição responsável pela formulação de políticas de controle da doença no país e importante centro de pesquisa e tratamento. A história da criação e dos primeiros passos dessa instituição envolvem relações pessoais e interesses profissionais, em um processo que colocaria as ações contra o câncer em um patamar mais alto que a organização



e a especialização do campo médico naquele momento possibilitavam.

Situação que determinou vários reveses no longo processo de institucionalização da cancerologia no país.

O grande protagonista desse processo foi o médico gaúcho Mario Kröeff, que entrou para a história da medicina brasileira como símbolo da luta contra o

▲ Mario Kröeff, primeiro diretor do Serviço Nacional de Câncer
Fundo Mario Kröeff /
Projeto História do Câncer
(COC/Fiocruz – Inca)



▲ Entrada do Asilo dos Cancerosos. Rio de Janeiro, 1945
Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

câncer. Kröeff era cirurgião de formação e fora combatente de nossas forças expedicionárias na Primeira Guerra Mundial. Posteriormente, trabalhou na Inspetoria de Doenças Venéreas e Lepra, do Departamento Nacional de Saúde. Em 1924, foi enviado em comissão à Europa para estudar as ações contra a sífilis que eram realizadas nos principais países da região. Na Alemanha, Kröeff tomou

conhecimento dos novos aparelhos de eletrocirurgia, então utilizados para a remoção de tumores cancerígenos, principalmente os dermatológicos. Esses instrumentos funcionavam com um transformador elétrico de alta potência conectado a um bisturi especial, que trabalhava em temperaturas elevadíssimas, proporcionando a cauterização dos tecidos cortados – o que



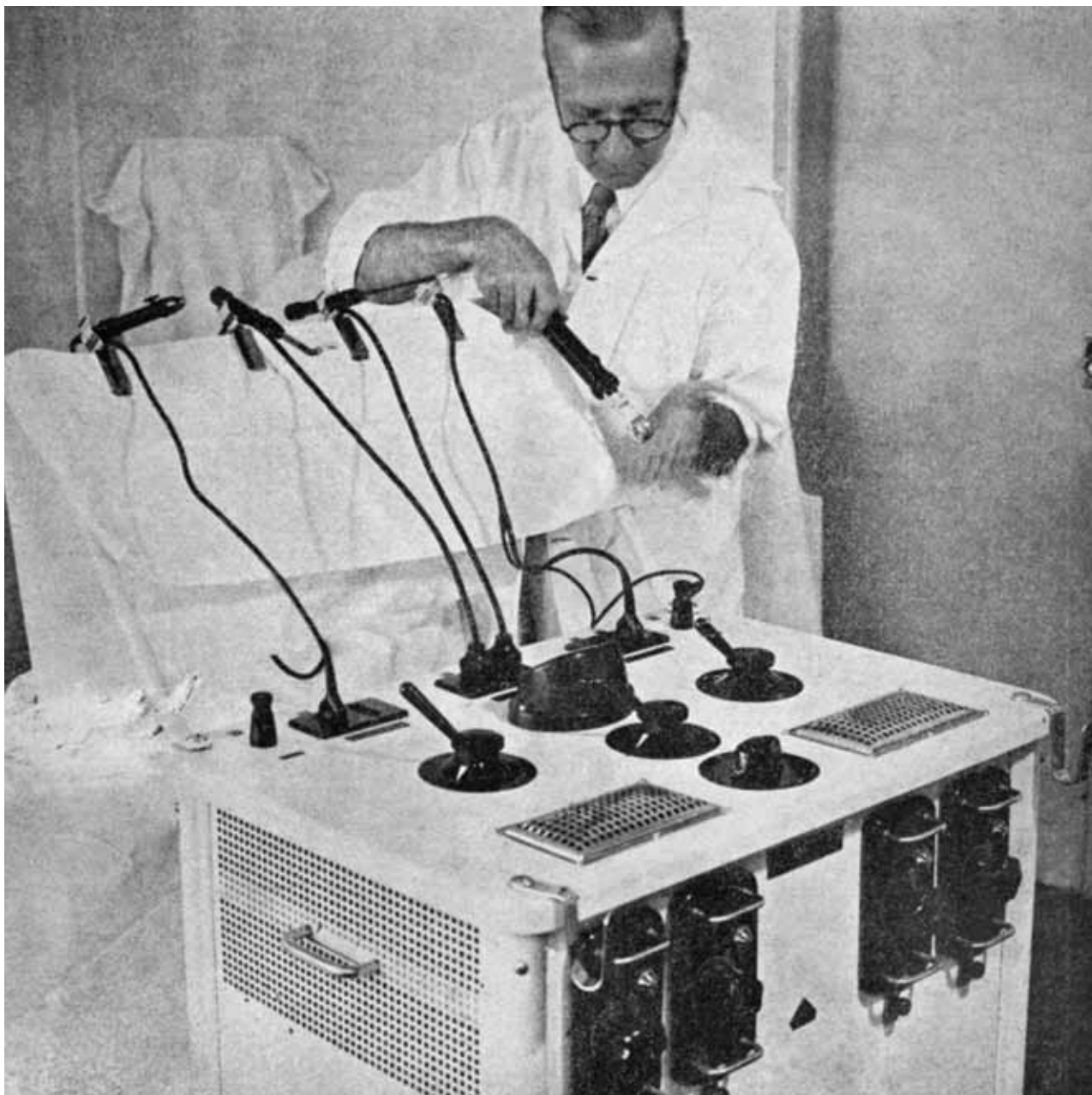
diminuía o sangramento, possibilitando incisões mais radicais. De volta ao país, ele trouxe consigo um desses aparelhos e começou a utilizá-lo na enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

Em seu trabalho como cirurgião, Kröeff procurou dar maior amplitude ao uso da eletrocirurgia – que, na Alemanha, era restrita a alguns casos de câncer, principalmente os de pele – usando-a na retirada de diversos tipos de tumores e em reconstituições cirúrgicas. Seu trabalho ganharia maior reconhecimento em 1928, quando o cirurgião alemão Franz Keysser esteve no Rio de Janeiro. Keysser era chefe de um serviço cirúrgico em Berlim e havia obtido sucesso na construção de aparelhos de eletrocirurgia mais potentes. Trazido à América

Latina no contexto de ampliação da influência alemã na região que antecedeu a Segunda Grande Guerra, ele também objetivava efetuar bons negócios, vendendo os aparelhos que desenvolvera. Logo Keysser se aproximaria de Kröeff, realizando algumas demonstrações na Santa Casa. Kröeff, por sua vez, se interessava ainda mais pela técnica que, renovada com uma aparelhagem mais moderna, parecia prometer novos resultados.

Depois de operar um grande número de pacientes utilizando a eletrocirurgia, Kröeff publicou, em 1929, a tese “Diatermo Coagulação no Tratamento do Câncer”, para o ingresso, como livre docente, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em um momento em que a opinião dos pacientes não era levada em conta para a tomada de decisões

▲ Prédio do Asilo dos Cancerosos
Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/ Fiocruz – Inca)



▲ Aparelho de eletrocirurgia desenvolvido na Alemanha e aprimorado no Brasil.
Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/ Fiocruz – Inca)

em relação à extensão e à qualidade da intervenção médica em seu corpo, Kröeff realizava intervenções cirúrgicas que, em muitos casos, aumentavam a sobrevivência dos pacientes. No entanto, em vários outros, comprometiam sobremaneira sua qualidade de vida. Criticado de forma velada por alguns de seus colegas pela extensiva utilização da eletrocirurgia na amputação de órgãos atingidos pela doença, ele era, por outro lado, extremamente respeitado por sua grande capacidade de trabalho.

No início da década de 1930, com a chegada de seu conterrâneo Getúlio Vargas ao governo central, Kröeff viu surgir a oportunidade de criar um espaço específico para o tratamento cirúrgico do câncer. Amigo de diversos personagens que ocuparam cargos importantes no executivo – em particular, do próprio Getúlio e de seu ministro da Fazenda, Oswaldo Aranha –, Kröeff conseguiu obter, ainda em 1930, recursos do Ministério da Fazenda para construir um pavilhão no Hospital de Triagem (RJ), onde imaginava instalar uma enfermaria cirúrgica. No entanto, depois de iniciada a construção do pavilhão, ele foi destinado a outra cadeira da Faculdade de Medicina. Somente em 1937, já sob a ditadura do Estado Novo, seu projeto de criação de uma instituição totalmente voltada para o tratamento do câncer no Rio de Janeiro começaria a se encaminhar. No ano anterior, Kröeff e a eletrocirurgia se transformariam em um foco de atenção para a mídia carioca. No contexto de busca de ampliação da influência científica alemã



▲ Visita da primeira-dama Darcy Vargas ao Asilo dos Cancerosos, mais tarde Hospital Mario Kröeff. Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

◀ Franz Keysser, de óculos à direita, Mario Kröeff e outros médicos observam procedimento de eletrocirurgia para retirada de tumor. Década de 1930. Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

no continente, o cirurgião alemão Frans Keysser novamente veio ao Brasil, e o clima pró-germânico então existente fez com que sua visita fosse tratada como um grande acontecimento. O médico foi notícia em diversos jornais e chegou

a ser condecorado pelo próprio Getúlio Vargas com a Ordem do Cruzeiro.

A visita do alemão acabaria por ampliar a fama de Kröeff, já visto como seu continuador. Poucos meses depois da visita de Keysser, Kröeff voltava a ser manchete na imprensa carioca em virtude do lançamento de seu livro sobre a eletrocirurgia. *Tratamento do Câncer pela Eletrocirurgia* era uma obra de divulgação, baseada em sua tese de livre docência, que explanava diversos aspectos desse tipo de cirurgia e sua importância nos tratamentos de câncer. Tal qual a visita do alemão, o livro de Kröeff fez grande sucesso, sendo comentado em diversos jornais

e merecendo grandes elogios da classe médica em seus periódicos.

No entanto, esse processo de valorização da eletrocirurgia navegava na contramão do que ocorria nos principais centros de medicina da Europa e dos Estados Unidos. Nesses países, no período que antecedeu a Segunda Grande Guerra, a radioterapia era cada vez mais utilizada como terapêutica-padrão no tratamento de diversos tipos de câncer. No Brasil, embora não houvesse críticas à radioterapia, a grande dificuldade de aquisição de rádio pela iniciativa privada e filantrópica, o desinteresse do Estado em financiá-lo e o pouco conhecimento de nossos médicos em relação às técnicas



◀ Soldados brasileiros desfilam, antes do embarque para a Itália www.w2incolor.com/brazil/Victory+Parade+BRAZIL.html



radioterápicas desfavoreciam sua difusão. Embora na prática poucos médicos utilizassem a eletrocirurgia e alguns deles criticassem o que chamavam de excessos em sua utilização, o interesse social em torno da novidade tecnológica, somado à firme atuação de seus principais divulgadores, potencializou o interesse pelo câncer, possibilitando o surgimento de novas instituições relacionadas ao tratamento da doença.

O prestígio de Kröeff e a busca de reconhecimento popular do governo ditatorial possibilitou a obtenção pelo médico de recursos para a criação de um novo centro de cancerologia no Hospital Estácio de Sá. Em 1938, era inaugurado, com pompa e circunstância, pelo próprio Getúlio Vargas, o Centro de Cancerologia do Distrito Federal. Contava com quarenta leitos, um ambulatório, salas de cirurgia,

▲ Curso de radiologia realizado no Centro de Cancerologia pelos médicos alemães H. Holfelder e Weisswange, s.d.
Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/ Fiocruz – Inca)

aparelhagem de radiodiagnóstico e radiologia. Criado na órbita do Ministério da Educação e Saúde, pouco depois de entrar em atividade foi transferido para a dos Serviços de Saúde da prefeitura do Distrito Federal. Sua criação, muito mais que uma diretriz do Estado para o controle do câncer, se configurou como uma atenção do governo varguista às demandas de seu conterrâneo Mário Kröeff.

O Centro de Cancerologia se caracterizava como um serviço médico especializado para o atendimento de doentes do Distrito Federal, de acordo com a perspectiva de ampliação das ações da medicina curativa de base urbana, valorizadas pela política de assistência médica do governo Vargas. A trajetória do centro nos anos seguintes deixa claro que sua criação não foi fruto de um real empenho para o controle do câncer, mas de um interesse passageiro. Ainda em 1938, ele foi transferido do Ministério da Educação e Saúde para a Diretoria de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, se transformando em uma instituição de âmbito local; em 1942, ele perderia sua sede, passando a funcionar de forma precária em instalações alugadas. No entanto, apesar de seu perfil de atuação geograficamente limitado e das dificuldades orçamentárias que, por muitos anos, restringiu suas atividades, ele viria a ser o alicerce sobre o qual seria construído um serviço nacional de controle do câncer.

Nos anos seguintes à criação do Centro de Cancerologia, o país vivenciou o fortalecimento do regime



ditatorial conhecido como Estado Novo (1937-1945). Nesse período, a política de saúde no Brasil passaria por um processo de intensas modificações, que tiveram como base o fortalecimento da ação normativa do governo central frente à atuação executiva realizada nos estados, a ampliação das ações de saúde pública para as regiões interioranas e o reforço da medicina curativa baseada em hospitais privados e filantrópicos, localizados nos centros urbanos, que vendiam serviços aos institutos de aposentadorias e pensões que compunham o sistema de saúde. Nesse contexto, os serviços de saúde pública cada vez mais tiveram suas ações verticalizadas, ou seja, vinculadas a seções específicas com ações direcionadas a determinadas doenças. Esse processo teve seu auge a partir de 1941, com a criação de 16 serviços nacionais direcionados

▲ Mario Kröeff durante visita do presidente Getúlio Vargas ao Centro de Cancerologia, acompanhado do ministro Gustavo Capanema. Década de 1930
Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/ Fiocruz – Inca)



às doenças consideradas entraves ao desenvolvimento do país. Entre elas estava o câncer. O Serviço Nacional de Câncer foi inicialmente dirigido por Mario Kröeff, e em seus primeiros anos teve uma ação muito restrita. No entanto, representou o marco de incorporação definitiva da doença à pauta das ações de saúde pública.

Em seu perfil inicial, o Serviço Nacional de Câncer tinha como foco de ação os estudos epidemiológicos que possibilitassem o maior conhecimento dos níveis e localização geográfica dos casos da doença e as ações educativas de prevenção. Além disso, o Serviço seria o órgão técnico consultivo que possibilitaria ao governo central auxiliar as iniciativas locais de criação de unidades de tratamento. Sua organização tomou por base o Centro de Cancerologia, criado por Kröeff, que tinha como responsabilidade

os tratamentos dos doentes, a elaboração de estudos epidemiológicos e a normatização das ações contra a doença. Ao SNC se vinculariam diversas instituições filantrópicas e financiadas pelos governos estaduais, que atuariam na execução de ações locais contra a doença, em uma rede que passou a se denominar Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1942, a Sociedade de Combate ao Câncer do Rio Grande do Sul se vinculou à Campanha. No ano seguinte foi a vez da Associação Paulista de Combate ao Câncer. Em 1944, a Liga Baiana de Combate ao Câncer e o Instituto do Radium de Belo Horizonte. A partir da incorporação, essas instituições começavam a receber auxílios financeiros do Ministério e ajuda técnica do SNC.

Ainda em 1944, o SNC foi reorganizado, dividindo-se em duas seções independentes: o Instituto de

▲ Hospital Borges da Costa, onde funcionou o Instituto do Radium de Belo Horizonte
MARQUES, Rita de Cássia; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves (orgs.). *História da Saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Coleção História e Patrimônio da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p.43

▲ Primeira sede do Centro de Cancerologia. 1938
Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/ Fiocruz – Inca)

Cancerologia do Distrito Federal, que continuou exercendo as atribuições médicas, curativas e paliativas – a despeito da penúria de verbas e da precária edificação em que estava instalado – e o Serviço de Organização e Controle, que passava a se responsabilizar pela execução da política contra a doença por meio da destinação de recursos às ligas locais e de criação de campanhas educativas. Apesar do extenso perfil de atividades do SNC, sua atuação inicial foi bastante tímida. A leitura dos relatórios do serviço mostra que suas verbas eram exíguas e seu pessoal muito limitado, resumindo-se ao corpo de profissionais do Instituto de Câncer do Distrito Federal. Nesse quadro, o auxílio às instituições locais era mais uma promessa do que uma ação real.

Em 1945, ao apagar das luzes da ditadura de Getúlio Vargas, a sorte do Instituto de Câncer começaria a mudar. Nesse ano, o então prefeito do Distrito Federal, Filadélfio de Azevedo – irmão de Sérgio de Azevedo, chefe de seção do SNC – cedeu à União um terreno da prefeitura, na Praça da Cruz Vermelha, para que nele fosse construída uma sede definitiva do SNC. A fim de possibilitar a continuidade dos trabalhos do instituto no período de construção da nova sede, o governo autorizou-o a alugar uma ala do Hospital Gaffrée Guinle, no bairro da Tijuca, no Rio de Janeiro. Na nova sede, o instituto passou a contar com condições adequadas para ampliar suas atividades. Além do aumento do número de leitos, as novas





instalações possibilitaram a criação de serviços clínicos e cirúrgicos inéditos e a expansão dos cursos de especialização. Além disso, nesse período ocorreu a intensificação do intercâmbio científico com instituições europeias, norte-americanas e da América latina, em especial da Argentina, onde alguns pesquisadores do instituto foram se especializar em radiologia. Esse processo seria de fundamental importância para a especialização dos cancerologistas brasileiros e na modernização do Instituto de Câncer, que passava a postular a posição de instituição de referência nas pesquisas e no tratamento oncológico.

O final da década de 1940 também marca a ampliação da rede de instituições locais filiadas ao SNC. Em 1946, quatro instituições compunham a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1950, já existiam 16 instituições a ela vinculadas. Somente os estados do Amazonas, Mato Grosso, Goiás, Maranhão e o território do Acre não possuíam ligas vinculadas ao SNC. Das existentes, muitas mantinham hospitais ou os estavam construindo com a ajuda das verbas do governo federal.

Há ainda uma importante atividade relacionada ao controle do câncer posta em prática pelo SNC, no final dos anos 1940. Trata-se da propaganda educativa visando à prevenção contra a doença. O contato dos cancerologistas brasileiros com a realidade médica norte-americana, onde a propaganda contra o câncer era uma atividade altamente disseminada, tanto pelas agências de

◀ Fotografia aérea da atual praça da Cruz Vermelha, onde está localizado o Instituto Nacional de Câncer OLIVEIRA, Benedito Tadeu de. Da antiga sede da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) ao atual Instituto Nacional de Câncer (Inca). *História, ciências, saúde – Manguinhos*. 2007, vol.14, n.1, p.328



saúde pública como pelas organizações civis, impulsionou o emprego desse recurso contra a doença no país. A utilização de panfletos e cartilhas informando sobre a doença já existia desde a década de 1920, quando alguns médicos mais atentos ao problema começaram a confeccionar pequenos cartazes informativos sobre as principais formas de câncer e seus sintomas, que

eram afixados ou distribuídos em seus consultórios. A partir do final dos anos 1940, a propaganda se amplia e assume um caráter institucional. Quando da criação do SNC, foi iniciada a elaboração de panfletos e cartilhas explicativas, distribuídos em consultórios, postos médicos e escolas. A partir de 1942, a Rádio Ministério da Educação e Saúde começou a transmitir conferências



◀ Equipe do Instituto Nacional de Câncer, com Mario Kröeff ao centro, na Fundação Gaffrée e Guinle, onde funcionou até 1957. Rio de Janeiro, 1954. Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/ Fiocruz – Inca)

proferidas pelos médicos do SNC com o objetivo de informar sobre a prevenção e tratamento do câncer. Seguindo o modelo estadunidense, os cancerologistas chegaram a produzir um filme sobre a doença, apresentado em cinemas de diversas capitais.

Além das ações patrocinadas pelos cancerologistas do SNC, inicialmente no então Distrito Federal, as ações

educativas também prosperaram no Estado de São Paulo, onde o cirurgião Antonio Prudente criara a Associação Paulista de Combate ao Câncer, com o objetivo de obter recursos para a fundação de um hospital de câncer na cidade. Em 1946, a associação instituiu a “Campanha Contra o Câncer” como uma ação permanente de recolhimento de donativos. Anualmente, a Campanha

promovia um evento público que contava com uma exposição sobre a doença e outras atrações. Nesses eventos também eram distribuídos panfletos que explicavam a doença e as formas de prevenção. Em 1948, seguindo a orientação de Antônio Prudente, o SNC inaugurou a primeira campanha educativa contra o câncer. Com o auxílio do Jockey Club Brasileiro, o SNC obteve um espaço no centro do Distrito Federal e montou sua primeira exposição, que tal qual a paulista, buscava esclarecer a população sobre a necessidade de diagnóstico precoce da doença e tratamento médico especializado, e recolher fundos em favor de hospitais para tratamento dos doentes. Nos anos seguintes foram feitas várias remontagens da exposição. Na década de 1950, o mês do câncer passou a ser comemorado em abril. Aos poucos, passou a ser o período de realização de campanhas em todo o país.

As campanhas anuais eram realizadas pelas instituições anticâncer dos Estados e contavam com verbas e apoio técnico do SNC. Nos meses de abril, eram elaboradas, em várias capitais de Estados e em algumas grandes cidades, exposições educativas compostas por cartazes, mapas de distribuição da doença, impressos e fotografias de diversos tipos. A partir de 1958, o Distrito Federal passou a produzir exposições itinerantes, utilizando um caminhão do SNC recoberto de cartazes e imagens ilustrativas sobre a doença. Ele ficava estacionado em diversas regiões da cidade, em particular nos

subúrbios, onde era mais percebido o desconhecimento sobre a doença. Simultaneamente às exposições, era efetuada uma campanha educativa difundida pela imprensa escrita e radiofônica.





◀ Cartazes educativos da campanha contra o câncer. Década de 1940
SAMPAIO, Consuelo Novais. *70 anos de lutas e conquistas: Liga Bahiana contra o Câncer*. Salvador: LBCC, 2006, p.32 e p.59



O CÂNCER É CURAVEL



SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER

◀ Folhetos sobre a importância do diagnóstico precoce para o câncer. Década de 1940
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz - Inca)

▼ Folheto produzido pelo Serviço Nacional do Câncer, referindo-se ao conhecimento da doença desde a Antiguidade. Década de 1940
Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz - Inca)

O CÂNCER ATACA TANTO O RICO COMO O POBRE, NÃO POUPIANDO RAÇA, SEXO, IDADE EM QUALQUER PARTE DO MUNDO...



O CÂNCER É CONHECIDO DESDE REMOTA ANTIGUIDADE...

OS PAPIRUS DO EGITO FAZEM REFERÊNCIAS...



OS SARCÓFAGOS TRAZEM INSCRIÇÕES A RESPEITO...



MÚMIAS APRESENTAM LESÕES ÓSSEAS TÍPICAS DO CÂNCER...

OS ANTIGOS DERAM À DOENÇA O NOME DE CÂNCER PELA SEMELHANÇA COM O CARANGUEJO.

- ▼ Folhetos de propaganda educativa para a prevenção do câncer, produzidos pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária. Década de 1950
Acervo Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

O CÂNCER, se descoberto No COMÊÇO, e quase certo Que CÊDA e em NADA resulte.

Conjure a tempo o PERIGO.

À menor SUSPEITA, amigo,

Logo um MÉDICO consulte.

Serviço Nacional de Educação Sanitária Rio de Janeiro, 1950

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

Causam DESGRAÇAS aos centros "OPERACÔES", "TRATAMENTOS" Com os quais ter FILHOS se evita.

REFLITA um pouco "madame".

Não se entregue à MÃO INFAME Dessa CATERVA maldita!

Castigo certo

Por ignorância ou comodismo, há muitas mães que, por não ter filhos, se entregam a "tratamentos" inventados pela imaginação e pelo charlatanismo. Ora, como é sabido, tais promessas vão abalar órgãos sensivelmente e, pois, além de causar irritações, distensões e tumores, podem produzir uma das mais graves e mortíferas doenças — o câncer materno.

Quando lhe sugerirem certo "tratamento" e "aparelho", lembre-se do perigo a que se expõe a do respeito que deve a segurança do da Natureza.

Serviço Nacional de Educação Sanitária Rio de Janeiro, 1950

O RÁDIUM, a CIRURGIA E os RAIOS X, hoje em dia, Dão CURA ao CÂNCER NASCENTE.

Se, pois, um NÓDULO existe SUSPEITO, não fique triste.

Meu vá a um MÉDICO - URGENTE!

Aparência que ilude

A moderna cirurgia, os raios X e o radium asseguram a cura do câncer, quando descoberto no início. Então, o câncer não mata na vésia a aparência de uma indolente lesão — começa por sua indolência em causar fealdade, que, por isso, não preocupa e perturba ao passo desprezível. No entanto, se não restata não há logo tratado, finalmente há de alastrar e levar o indivíduo à morte.

Se sente na face, no lábio ou no pescoço, um pequeno caroço, imediatamente procure assistência ao médico.

Serviço Nacional de Educação Sanitária Rio de Janeiro, 1950

Nota um pequeno CAROÇO No LABIO, LÍNGUA ou PESCOÇO, Num dos SEIOS ou na FACE?

Cuidado, embora NÃO DÓIA! Pode NÃO SER coisa à toa.

Adiamento fatal

A insustentável mais freqüente do câncer são: nariz, cavidade, língua, lábio e face. Qualquer ferida, mesmo em modificação de volume, mesmo toda a que de momento aparece sem dor, deve ser imediatamente levada ao conhecimento do médico. Quando o mal está em início, o tratamento é mais, seguramente, à cura.

A menor suspeita de câncer, procure imediatamente o médico.

Pois é assim que o CÂNCER NASCE...

Serviço Nacional de Educação Sanitária Rio de Janeiro, 1950



◀ Cartazes das Campanhas Educativas da Associação Paulista de Combate ao Câncer. Década de 1950. Museu de Saúde Pública Emílio Ribas / Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo



◀ Exposição itinerante para educação preventiva contra o câncer, organizada pelo SNC. 1958. Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/ Fiocruz – Inca)

◀ Propaganda do Selo Beneficente do Asilo dos Cancerosos da Penha e da Exposição Educativa de Combate ao Câncer, organizada pelo SNC e patrocinada pelo Jockey Club. 1948. Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/ Fiocruz – Inca)

O CÂNCER É DOENÇA CELULAR

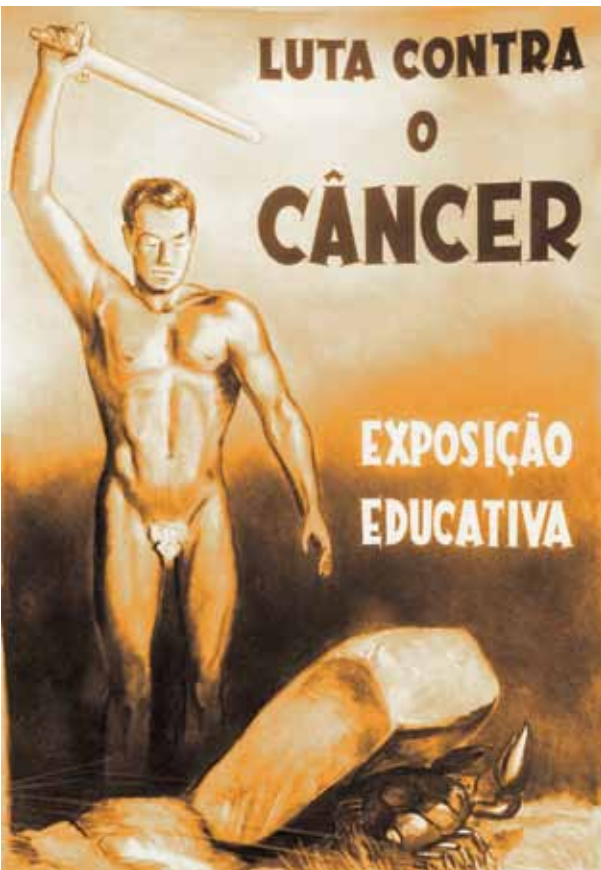


Câncer e medicina no início do século 20

Além do desenvolvimento das atividades de educação sanitária em relação ao câncer, o final dos anos 1940 também vê surgir as primeiras ações de prevenção e detecção precoce dos cânceres ginecológicos. Longe das atividades do SNC, essas ações seriam postas em prática pelos primeiros ambulatórios das faculdades de Medicina. Nesse momento, a partir do desenvolvimento da ginecologia como cadeira autônoma à obstetrícia, surgem os primeiros centros de atendimento à mulher que se direcionariam à prevenção e ao tratamento de problemas ginecológicos.

No Rio de Janeiro, em 1936, o ginecologista Arnaldo de Moraes, que se especializara na Johns Hopkins University e ocupava a cátedra de ginecologia da Faculdade de Medicina, deu início ao estabelecimento do Instituto de Ginecologia. O IG seria o polo de irradiação dos primeiros trabalhos de pesquisa e atendimento ambulatorial no campo da prevenção contra cânceres femininos. Ainda em 1942, poucos meses depois de Papanicolaou ter publicado o trabalho que ficou clássico por mostrar a possibilidade de utilização da citologia esfoliativa na observação de anomalias pré-malignas, o ginecologista Vicente Vespasiano Ramos elaborou um trabalho sobre o mesmo tema e começou a utilizar a técnica em seu serviço. Posteriormente, outros pesquisadores, como Clarice do Amaral, avançaram nos estudos sobre citologia, transformando a instituição em um polo de irradiação desses trabalhos.

◀ Panfletos explicativos sobre o câncer e suas formas de prevenção. Década de 1940/1950 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)





Concomitantemente aos trabalhos no campo da citologia, o instituto incentivou a utilização do colposcópico na avaliação de anomalias cervicais. Tal instrumento havia sido desenvolvido, na década de 1920, pelo médico alemão Hans Hinselman, e parecia um microscópio estereoscópico acoplado a um binóculo, o que permitia ao médico observar detalhadamente o interior da vagina e o útero das pacientes. No IG, o pesquisador João Paulo Rieper se especializaria na nova técnica, utilizando-a largamente na análise das lesões cervicais. Em pouco tempo, o IG se transformaria em um importante centro de pesquisas e prevenção contra o câncer cervical. Em seus serviços eram realizados exames colposcópicos e citológicos de um grande número de mulheres. A partir de 1948, quando o instituto ganhou existência legal e passou a funcionar no Hospital Moncorvo Filho, veio a contar com um serviço exclusivamente direcionado ao câncer cervical. O Laboratório Preventivo do Câncer Ginecológico trabalhava com as diferentes técnicas de diagnóstico, a partir de uma equipe de técnicos especializados em exames ginecológicos em geral, em colposcopia, citologia e na realização de biópsias.

O mesmo caminho seguido pelo IG seria trilhado pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, onde o também catedrático de ginecologia Clovis Salgado instituiu um ambulatório de prevenção contra câncer cervical, nos moldes do Laboratório Preventivo do Câncer Ginecológico na Faculdade de

◀ Dr. George Papanicolaou, criador do exame citológico (preventivo). 1954 REYNOLDS, L.A.; TANSEY, E.M. (ed.). *History of cervical cancer and the role of the human papillomavirus, 1960-2000*. Wellcome Witnesses to Twentieth Century Medicine, vol.38. London: The Trustee of the Wellcome Trust, 2009, p.85

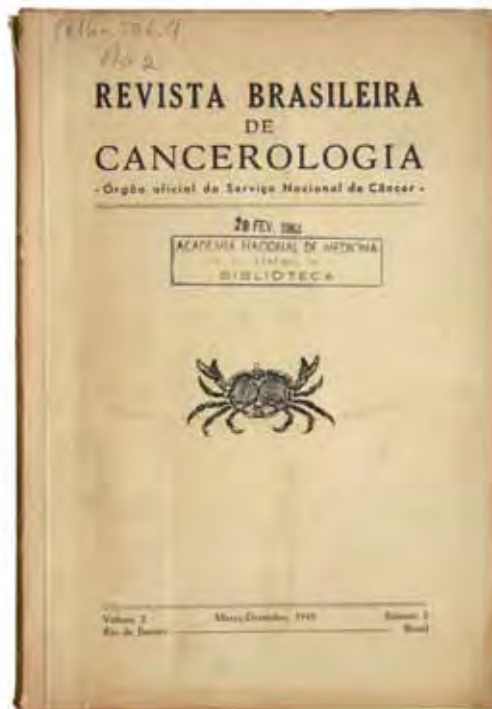
◀ Cartaz de divulgação com imagem de um colposcópico. São Paulo, década de 1970 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



Medicina do Rio de Janeiro. Em 1944, Salgado criaria um novo espaço para a detecção de cânceres femininos na Cruz Vermelha de Belo Horizonte. Na década de 1950, os ambulatórios preventivos se multiplicariam, atuando principalmente na detecção precoce do câncer de colo de útero e em seu tratamento.

Para fechar o capítulo, é importante observar que o final dos anos 1940, além de marcar o surgimento de várias iniciativas em relação à doença, com ampliação da ação pública e filantrópica na criação de leitos para o tratamento de cancerosos e o surgimento das primeiras ações de prevenção nos ambulatórios ginecológicos, marca também a criação das bases objetivas para a institucionalização da cancerologia no país. A legislação que criou o SNC, em 1941, previa que, entre suas diversas atividades, estaria a publicação de uma revista científica e de divulgação dos conhecimentos sobre o câncer. A *Revista Brasileira de Cancerologia* começou a ser publicada em 1947, se tornando uma referência institucional importante e um espaço de agregação dos médicos interessados nos diversos aspectos da doença. Outra iniciativa do mesmo quilate foi a Sociedade Brasileira de Cancerologia. Criada em 1946 por um grupo de cancerologistas liderados por Mario Kröeff, a SBC era composta principalmente por médicos do SNC, mas contava também com outros profissionais de saúde em seus quadros de associados. Funcionava como um fórum de discussão das principais questões relacionadas ao câncer, também

atuando como espaço de valorização profissional dos cancerologistas. Em sua tribuna eram recebidos estudiosos de diversas áreas da saúde, que trocavam conhecimentos e experiências sobre os vários aspectos do tratamento do câncer. A criação da *Revista* e da Sociedade de Cancerologia foi causa e efeito de uma nova realidade profissional da medicina brasileira em relação ao câncer. Em meados do século 20, a cancerologia deixava de ser um interesse marginal entre nossos médicos, passando a ocupar um espaço próprio como especialidade.



◀ Segundo volume, número 3, da *Revista Brasileira de Cancerologia* (1948)



LIGA BAHIANA
CONTRA
O CANCER



AUXILIAI-NOS NA CAMPANHA
CONTRA O TERRIVEL MAL



ONDE ESTIVER!...



A CAMPANHA CONTRA
o Câncer

MINISTÉRIO DA SAÚDE - D.N.S.
SERVIÇO NACIONAL DO CÂNCER



A segunda metade do século 20 começa sob o signo do otimismo médico e da ampliação da capacidade terapêutica da medicina. Em um processo surgido com o fim da Segunda Guerra, cada vez mais o mundo ocidental via nos avanços da medicina a possibilidade de resolução dos problemas de saúde que desde os tempos

tecnologias médico-hospitalares sugeriam a possibilidade de diagnóstico precoce e cura de doenças crônico-degenerativas, até então vistas como fatais.

Em relação ao câncer, esse otimismo era bastante relativo. Por um lado, comemorava-se os avanços da cirurgia, que possibilitavam intervenções de maior monta e mais confiáveis; o

CÂNCER E MEDICINA EM MEADOS DO SÉCULO 20

imemoriais abalavam as civilizações. O desenvolvimento tecnológico inaugurado com o surgimento dos antibióticos e outros prodígios da indústria química e farmacêutica faziam pensar na possibilidade de controle ou erradicação das doenças transmissíveis. De forma semelhante, os avanços das

desenvolvimento de novas técnicas de utilização da radiação, como a cintilografia, que possibilitava diagnósticos mais precisos de diversos tumores e, principalmente, o desenvolvimento da quimioterapia – inicialmente utilizada para a leucemia, que porém acabou se transformando

em uma importante aliada da medicina para diversos tipos de cânceres. Por outro lado, o avanço da tecnologia terapêutica, baseada na radiação, gerava instrumentos extremamente caros e complexos, dependentes de espaços e técnicos adequados para sua utilização, o que levou à centralização e pouca difusão dos tratamentos mais especializados em grandes hospitais. Além disso, os crescentes índices do câncer no mundo ocidental pareciam mostrar que desenvolvimento e modernização eram o fermento que fazia crescer os níveis da temida doença.

No campo acadêmico, o período foi marcado por uma grande expansão dos fundos para a pesquisa científica relacionada à terapia do câncer. Nos Estados Unidos, com maior intensidade, mas em parte significativa dos países desenvolvidos, observa-se um grande

esforço no desenvolvimento de grupos de pesquisa e instituições, públicas e, principalmente, privadas, para a produção de novas drogas e aperfeiçoamento dos exames diagnósticos relacionados à doença. Na segunda metade do século 20, a terapêutica do câncer passava a ser uma dos principais objetos das grandes corporações da indústria farmacêutica.

Também são desse período os primeiros trabalhos que acabariam por comprovar a relação entre o hábito de fumar e o câncer. No período após a Segunda Guerra, o hábito do fumo se expandira nos Estados Unidos e na Europa, e as empresas responsáveis pela fabricação e distribuição de cigarros investiam fortemente na propaganda de seus produtos, tidos, à época, como inócuos, e até mesmo saudáveis. A partir de 1950, estudos

▼ O Presidente Eurico Gaspar Dutra visita exposição educativa em 1948
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▼ Paineis de propaganda com aviador fumando, durante a Segunda Guerra Mundial, New York, 1943. Fotografia de John Vachon para o Office of War Information
www.shorpy.com/node/6262





epidemiológicos realizados com grupos de fumantes e não-fumantes nos Estados Unidos e na Inglaterra começaram a confirmar que o uso do cigarro ampliava sobremaneira o risco do câncer, em especial do câncer de pulmão. Embora visto com muita reserva pelos usuários e pelos gestores de políticas de saúde pública, nesse período, a comprovação dos malefícios do cigarro seria

responsável por uma revolução em relação a esse tão difundido hábito, a partir da década de 1990.

Nos anos 1950, o Brasil também vivia um período de grande esperança na melhoria das condições de saúde, em muito relacionada ao contexto socioeconômico então em curso. Fortalecido economicamente após o fim da Segunda Grande Guerra, o país

▲ Sala de cirurgia do Serviço Nacional do Câncer. Década de 1950. Fundo Mario Kröeff



▲ Publicação sobre a relação entre Fumo e Câncer do Dr. Moacyr Santos Silva, diretor do Serviço Nacional do Câncer. Década de 1950

◀ Anúncio de cigarro da Companhia Souza Cruz publicado na *Revista da Semana* de 08.fev.1941 Revista *Nosso Século*. Editora Abril, n.17, p.85

ampliava sua população urbana e seu parque industrial, valorizando cada vez mais os trabalhadores e as camadas médias das grandes cidades e as obras de infraestrutura que possibilitassem o crescimento econômico. A chamada modernização também tinha implicações no campo da saúde. Nesse momento, a diminuição dos índices de doenças endêmicas, em especial da tuberculose, e dos novos casos de malária, reforçava o otimismo médico em relação ao controle das doenças infecciosas que afetavam principalmente as camadas mais pobres da população rural. Para muitos sanitaristas, o desenvolvimento econômico traria a melhoria das condições de saúde dessas massas, sendo a ferramenta fundamental para a mudança das péssimas condições de saúde que ainda imperavam, principalmente nas regiões mais pobres. Para outros, ações técnicas pontuais e relacionadas a problemas específicos eram a chave para a resolução de problemas de saúde, que poderiam ser dissipados sem a mudança no quadro mais geral das condições sociais.

O sistema de saúde de então se subdividia em duas diferentes esferas: a da saúde pública, voltada para as ações profiláticas de controle de doenças, em especial a vacinação, o controle de vetores e a educação sanitária; e a da medicina previdenciária, de caráter curativo, direcionada aos cidadãos vinculados ao mercado de trabalho formal. Nesse contexto, as ações relacionadas ao câncer tinham como base os hospitais especializados

e os centros médicos – muitos deles filantrópicos e alguns com fins lucrativos, que também contavam com financiamento do Estado e atendiam à parcela da população sem recursos de forma gratuita; o Instituto de Câncer do Distrito Federal e as diversas ligas contra a doença, surgidas a partir dos anos 1930, responsáveis pela elaboração da propaganda educativa – exposições, palestras radiofônicas, campanhas de propaganda. Essa rede de instituições e atividades, então denominada Campanha Nacional Contra o Câncer, era coordenada pelo SNC e tinha significativa abrangência geográfica, cobrindo grande parte dos Estados brasileiros, embora suas atividades, na maioria das vezes, se resumissem a uma atuação em pequena escala nas capitais dos Estados.

O período em questão também marca o reforço da medicina de base hospitalar no país, em um processo vinculado ao grande desenvolvimento do complexo médico industrial em curso, onde os hospitais acabariam por se transformar nos principais espaços da prática médica. Concentrando um alto nível de tecnologia e pessoal técnico especializado, conforto para os pacientes e prestígios aos principais médicos, essas instituições passam a ocupar um espaço central nas políticas de saúde.

A importação de novas técnicas de diagnóstico e tratamento elaborados pelo complexo médico-industrial dos países desenvolvidos, a existência de recursos no âmbito da medicina previdenciária, em virtude do



▲ Propaganda educativa (cartaz) da campanha nacional contra o câncer, promovida pelo SNC em diversos estados brasileiros. Década de 1950
Organização e execução da Luta anticancerosa no Brasil, separata do *Jornal Brasileiro de Medicina*, 1960, p.746 e 747

desenvolvimento econômico, e o apelo simbólico dos grandes “centros de cura” reforçavam o interesse por esses novos equipamentos urbanos. Entre os anos 1940 e 1950, seriam construídos os grandes e modernos hospitais públicos do país – Hospital dos Servidores do Estado, 1947; Hospital Geral de Bonsucesso, 1948; Hospital das Clínicas da UFMG, 1955, e o hospital do Instituto Nacional de Câncer, 1957 – ao mesmo tempo em que a filantropia e a iniciativa privada também começavam a implantar centros de maior porte. A partir de então, cada vez mais, a medicina brasileira tornava-se dependente de altos graus de tecnologia e especialização, passando a ter nos hospitais importantes espaços de prática médica e também de realização dos lucros de seu setor privado.

No que tange aos hospitais direcionados ao câncer, os dados do SNC apontavam a existência de 15 instituições que faziam parte da Campanha Nacional Contra o Câncer, em 1950. Pará, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Minas Gerais, Espírito Santo, Distrito Federal, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul contavam com hospitais específicos, clínicas de tumores, anexas a hospitais gerais ou centros de tratamento de pacientes sem possibilidades de cura. Essas instituições possuíam 530 leitos dedicados aos cancerosos, número bem abaixo das necessidades da população, pois o próprio Kröeff (1951) estimava que, naquele momento, existissem no país uma média de 109 mil doentes e a necessidade de 6 mil leitos para atendê-los.



No início dos anos 1950, surgiram os principais hospitais de câncer do país, grande parte deles relacionada à filantropia e às ligas que, desde a década de 1930, trabalhavam pela criação desses espaços. Em 1952, a Liga Baiana Contra o Câncer inaugurou em Salvador o Hospital Aristides Maltez, primeiro na Região Nordeste especializado no tratamento do câncer. Direcionado principalmente aos cânceres femininos, o hospital, em seus primeiros anos,

▲ Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. 1947
Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▼ Hospital Aristides Maltez em construção. Salvador/BA, s.d
Acervo Memorial Aristides Maltez SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (orgs.). *História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Coleção História e Patrimônio da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p.57





◀ Ligas e hospitais da Campanha Nacional contra o Câncer em diversos Estados brasileiros na década de 1950:

Primeira coluna de cima para baixo:

Rio Grande do Sul (Hospital de Câncer, em construção/ Associação Sul-Rio-Grandense de Combate ao Câncer

Espírito Santo (Centro de Cancerologia, nova sede em construção / Serviço Estadual de Câncer)

Alagoas (Hospital de Câncer de Maceió)

Minas Gerais (Hospital de Câncer, em construção em Uberaba)

Segunda coluna de cima para baixo:

Paraná (Hospital do Câncer, em construção/ Liga Paranaense de Combate ao Câncer)

Sergipe (Hospital de Cirurgia/ Clínica de Tumores)

Ceará (Hospital de Câncer / Liga Cearense de Combate ao Câncer),

Piauí (Centro de Cancerologia, em construção/ Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer)

Organização e execução da Luta anticancerosa no Brasil, separata de Jornal Brasileiro de Medicina, 1960, p.725-743

teve a maior parte de suas intervenções relacionadas aos cânceres de colo do útero e de mama. Além das atividades de diagnóstico e tratamento, o Aristides Maltez se voltou para o ensino da cancerologia, criando em 1955 um curso que contava com especialistas vindos do Instituto de Câncer do SNC e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Dois anos depois, em 1957, seu centro de estudos começou a publicar os *Arquivos de Oncologia*, importante instrumento de divulgação das pesquisas clínicas e epidemiológicas sobre a doença no país. O hospital também teve importante papel na prevenção contra o câncer de colo de útero, patrocinando campanhas de prevenção contra a doença na cidade e em regiões do interior do Estado. De forma semelhante

a outros hospitais filantrópicos criados no período, o Aristides Maltez reservava uma parte de seus leitos a pessoas sem recursos.

Em São Paulo, além do Instituto Dr. Arnaldo, criado ainda na década de 1920 e já mencionado anteriormente, foi fundado, em 1953, o Hospital A. C. Camargo. Fruto de uma iniciativa da Associação Paulista de Combate ao Câncer, em parceria com a Rede Feminina de Combate ao Câncer (a primeira dirigida por Antônio Prudente e a segunda por sua esposa, Carmen Prudente), o hospital foi erguido com fundos obtidos por doações privadas e substituiu a clínica de tumores que era mantida pela APCC. Quando de sua inauguração, contava com um corpo clínico de 54 médicos efetivos que se dedicavam aos departamentos



▲ Cartaz da Liga Bahiana contra o Câncer. Década de 1940/1950
SAMPAIO, Consuelo Novais. *70 anos de lutas e conquistas: Liga Bahiana contra o Câncer*. Salvador: LBCC, 2006, p.80

◀ Primeiro posto médico da Liga Bahiana contra o Câncer, instalado no prédio da prefeitura de Alagoínhas em 1958
SAMPAIO, Consuelo Novais. *70 Anos de lutas e conquistas: Liga Bahiana contra o Câncer*. Salvador: LBCC, 2006, p.135

de Cirurgia, Medicina, Radiologia, Anatomia Patológica e Patologia Clínica. O ambulatório e seus 307 leitos atendiam a pagantes (30%), mas a grande maioria de seus pacientes era de pessoas pobres, acolhidas gratuitamente (70%). Em seu primeiro ano, recebeu pacientes acometidos por câncer de pele, colo de útero, mama e estômago, efetuando diagnósticos, cirurgias e tratamentos radiológicos. Em 1961, o hospital passou a ser um Instituto Complementar da USP (www.hcanc.org.br/index.php?page=210).

No Rio de Janeiro, após permanecer muitos anos em instalações precárias, o Instituto de Câncer do SNC passou a contar com boa infraestrutura na sede alugada do Hospital Gaffrée e Guinle. No novo endereço foram criadas algumas atividades, como a seção de radioterapia e laboratórios de análises clínicas e anatomia patológica, ampliadas as seções existentes, instalados equipamentos modernos e aumentado o número de leitos, que, em pouco tempo, chegava a mais de uma centena. Nesse período, também ocorreram algumas transformações importantes no campo da saúde que geraram mudanças no Instituto. Com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, Mario Kröeff foi substituído na direção do SNC pelo paulista Antônio Prudente que permaneceu menos de um ano no cargo, sendo substituído por Ugo Pinheiro Guimarães. Após a saída de Kröeff do SNC, o serviço deixou de funcionar junto ao Instituto de Câncer, passando a contar com sede própria no Ministério

da Saúde. No que tange ao Instituto de Câncer, um acontecimento inusitado possibilitou sua reestruturação.

Em 1951, o médico e vereador paraibano Napoleão Laureano, há muito padecendo de câncer linfático, buscou tratamento no Instituto de Câncer. Anteriormente, fora acompanhado por médicos norte-americanos, que concluíram que, pelo avançado estado de sua doença, seu caso não era mais passível de cura. Sua vinda para o Rio, para tratamento no Instituto de Câncer, foi acompanhada pela imprensa, que viu nessa decisão o reconhecimento do valor científico do Instituto. Já em tratamento, mas vendo sua doença se agravar, Laureano resolveu colocar em marcha uma campanha para a criação de um hospital de câncer em sua região

▼ Comissão silvicular de Campanha do Serviço Nacional de Câncer, sob direção de Ugo Pinheiro Guimarães. Médicos do SNC com os índios Kamaiurá da Aldeia Xavantina, durante pesquisa sobre incidência do câncer entre os indígenas e campanha de divulgação. 1954
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

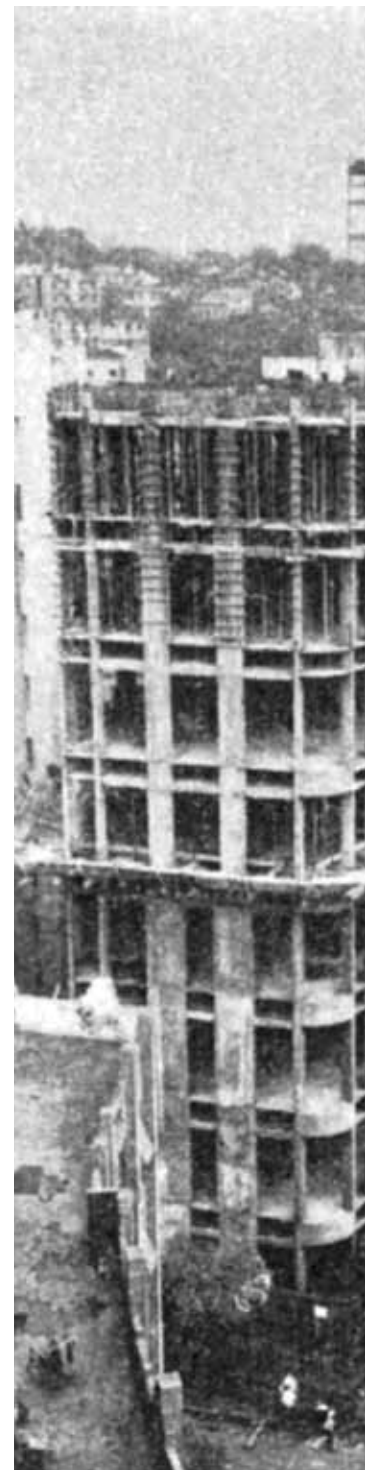


de origem. Esse empreendimento lhe possibilitaria deixar seu nome gravado nos anais da política de sua cidade natal e valorizar o instituto carioca que o acolheu. Sua iniciativa teve grande repercussão, na imprensa escrita e falada, tendo como clímax um debate realizado na sede do jornal *Diário Carioca* sobre o problema do câncer no país. Com a presença do ministro da Educação e Saúde, representando o presidente Vargas, de Kröeff e de diversos médicos do Instituto de Câncer, o debate foi transmitido pelas Rádios Mayrink e Veiga e Nacional e publicado pelo jornal *Diário Carioca*. O próprio Getúlio Vargas, procurando aumentar os níveis de aprovação popular de seu novo mandato, encontrou-se com Laureano na cidade de Petrópolis e lhe propôs convidar um especialista norte-americano para vir ao Brasil para mais uma vez diagnosticá-lo.

A cobertura da mídia ao caso Laureano gerou forte comoção popular, motivando a intensificação nas doações para a fundação do Hospital Laureano. Além disso, deixou o Instituto de Câncer em grande evidência e Kröeff soube tirar proveito dessa situação. Nesse momento, os ventos estavam soprando a seu favor, pois seu amigo Getúlio Vargas voltara à presidência e, além disso, o médico Janduí Carneiro, conterrâneo e amigo de Napoleão Laureano, estava presidindo a Comissão de Saúde do Congresso. Ainda em 1951, essa comissão convidou Kröeff para proferir uma conferência em uma seção organizada especialmente para discutir a questão do câncer no

Brasil. Em sua apresentação, Kröeff fez um relato mostrando a importância do SNC na coordenação das ações contra a doença e a necessidade de reestruturação de seu instituto central. A partir de sua apresentação, a Comissão do Congresso elaborou, e conseguiu aprovar, um projeto de lei concedendo um crédito de 100 milhões de cruzeiros para intensificar a ação do SNC. Para se ter uma ideia da magnitude desse recurso, vale informar que até então o orçamento anual do SNC era de 2 milhões de cruzeiros, em média. Os novos recursos foram previstos para custear as ligas e hospitais nos estados, e para financiar as obras da nova sede do Instituto de Câncer, em construção na Praça da Cruz Vermelha.

O processo de desenvolvimento do Instituto Nacional de Câncer se ampliaria ainda mais a partir de 1955, no âmbito das ações governamentais de saúde, criadas pelo governo Kubitschek para impulsionar o desenvolvimento nacional. Nesse momento, embora o câncer não se destacasse frente a doenças como a malária e outras endemias rurais, vistas como obstáculos ao desenvolvimento do país, tornava-se um mal cada vez mais presente, principalmente no imaginário da população dos grandes centros urbanos. Para enfrentar esse problema, o governo Kubitschek procurou viabilizar o término das obras da nova sede do Instituto de Câncer na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro. Em agosto de 1957, as novas instalações eram inauguradas e marcariam o início de uma nova fase de sua história, por





permitir a ampliação dos trabalhos já existentes e o desenvolvimento de novas atividades. Bem aparelhado e com uma equipe médica de mais de cem pessoas, o Instituto se transformaria na maior instituição do gênero na América Latina, exercendo múltiplas atividades no campo do controle, da pesquisa e da formação profissional.

A criação de uma nova sede para o Instituto de Câncer pode ser vista como um sintoma da maior preocupação com a doença. De forma semelhante, Kubitschek aumentou os recursos para o SNC, possibilitando a ampliação das verbas destinadas às instituições privadas filantrópicas ou dos Estados que se vinculavam ao Serviço. Essa iniciativa fazia parte de uma diretriz de aumento dos gastos com a medicina hospitalar, e com a previdenciária em geral, que foi posta em prática no período. No entanto, mesmo essa ampliação estava longe de atender as necessidades de tratamento hospitalar dos acometidos pela doença.

Outro campo de atividades que se ampliou a partir da década de 1950 foi a prevenção contra os cânceres femininos. Nessa época, os ambulatórios preventivos para a detecção precoce do câncer de mama e de colo do útero se multiplicaram em instituições públicas. Como apresentado anteriormente, no final dos anos 1940 foi criado, no Distrito Federal, o Instituto de Ginecologia da Faculdade do Brasil, que trabalhou fortemente na detecção precoce dos cânceres de colo e de mama. Em 1952, também no Distrito Federal,

◀ Prédio do Instituto Nacional de Câncer em construção. Rio de Janeiro, 1957
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



◀ Logotipos da Fundação das Pioneiras Sociais Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



▲ Centro de Pesquisas “Luiza Gomes de Lemos” (Fundação Pioneiras Sociais), voltado à prevenção e ao diagnóstico do câncer ginecológico Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

◀ Cartaz da Fundação das Pioneiras Sociais Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▲ Unidade volante de atendimento ginecológico da Fundação das Pioneiras Sociais. Década de 1960 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▲ Escola de Citopatologia da Fundação das Pioneiras Sociais Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

foi oficialmente criada a seção de ginecologia no Inca. Sua direção ficou a cargo do ginecologista Turíbio Brás, um dos pioneiros da criação do Instituto. Seguindo os caminhos trilhados pelo Instituto de Ginecologia da Faculdade de Medicina, Turíbio instalou um ambulatório de prevenção contra o câncer ginecológico no Instituto, passando a trabalhar com colposcopia e exames citológicos. A partir de um convênio com a Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer – fundada por Alberto Coutinho, também cancerologista do Instituto – foram elaboradas palestras e outras atividades educativas sobre a doença.

Na década de 1950, os serviços de prevenção contra o câncer cervical baseados no uso da colposcopia, da citologia e da biópsia se espalharam por diversos Estados. Além disso, o emprego do teste de Papanicolaou e da colposcopia logo se estendeu aos consultórios de ginecologia privados, que passaram a ter na detecção precoce do câncer de colo de útero uma de suas atividades cotidianas. No entanto, apesar da grande importância dessa atividade, ela tinha uma cobertura reduzida, à medida que atendia somente as mulheres que procuravam essas instituições, na maioria das vezes em virtude de outros problemas ginecológicos. Somente na década de 1970 a prevenção contra esse tipo de câncer passaria a atingir um contingente maior de mulheres a partir de grandes campanhas, baseadas na utilização massiva do teste de Papanicolaou.



▲ Presidente Juscelino Kubitschek na inauguração da bomba de cobalto no Instituto Nacional de Câncer. Década de 1950
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▲ Presidente Juscelino Kubitschek em discurso na solenidade de inauguração do Instituto Nacional de Câncer, 1957
Fundo Mario Kröeff / Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

As iniciativas de controle do câncer ginecológico também se relacionam a uma nova forma de ação social contra a doença, que se expandiu nesse período. Trata-se das ligas femininas contra o câncer. Baseadas na iniciativa da American Cancer Society, que conseguiu constituir um verdadeiro exército de mulheres dedicadas à atividade educativa direcionada à doença, surgiram no país diversas ligas não mais voltadas para a busca de recursos para a criação de hospitais, mas visando principalmente à difusão dos conhecimentos básicos sobre a doença, que pudessem conter a expansão de seus índices e confortar os já atingidos. A anteriormente citada Legião Feminina de Educação e Combate ao Câncer, criada em 1953, foi uma das mais conhecidas. Suas participantes passavam por um curso de divulgação de noções contra o câncer e, depois

de serem diplomadas, atuavam na divulgação desses conhecimentos em reuniões, palestras, ou na distribuição de panfletos e elaboração de cursos. Além disso, efetuavam atividades voluntárias nos asilos de cuidados paliativos. A Legião foi a responsável pela criação de dois postos de prevenção contra o câncer ginecológico no Distrito Federal. Sua atuação serviu de exemplo a diversas outras entidades. No final da década de 1950, o país tinha mais de 15 ligas nesse mesmo molde.

Ligas femininas em 1957²

- Rede Feminina da Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer
- Rede Feminina do Instituto do Câncer do Ceará
- Ciclo Feminino de Cooperação contra o Câncer da Liga Norte-Rio-Grandense contra o Câncer
- Rede Feminina Núcleo de Combate ao Câncer da Santa Casa de Misericórdia de Maceió
- Rede Feminina do Hospital de Cirurgia de Aracajú – Recife
- Rede Feminina da Liga Bahiana contra o Câncer
- Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer do Espírito Santo
- Rede Feminina da Liga Fluminense contra o Câncer
- Rede Feminina da Liga Campista Norte-Fluminense de Combate ao Câncer

² Relação de Ligas Femininas em 1957 (COUTINHO, 1957)

◀ Comemoração de aniversário da Rede Feminina de Combate ao Câncer, liderada por Carmem Prudente, que corta o bolo



- Rede Feminina da Associação Paulista de Combate ao Câncer
- Liga Feminina de Combate ao Câncer da Associação Sul-Rio-Grandense de Combate ao Câncer
- Rede Feminina do Instituto Borges da Costa de Belo Horizonte
- Rede Feminina da Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central, Uberaba (MG)
- Rede Feminina da Associação Mato-grossense de Combate ao Câncer
- Rede Feminina da Associação Campo-grandense de Combate ao Câncer (MS)
- Rede Feminina da Liga Paranaense Contra o Câncer

Em relação aos estudos acadêmicos sobre a doença, os anos 1950 marcam um momento bastante diferenciado da primeira metade do século. Nesse período, o desenvolvimento das pesquisas científicas em diversos campos relacionados à saúde e à medicina nas universidades e outros centros fazia com que o câncer fosse objeto de estudos em variadas áreas e instituições. No campo da ginecologia, por exemplo, vimos que o câncer cada vez mais se tornou um importante objeto de estudos. Outras áreas das ciências biomédicas, como a biologia e a física nuclear, passaram a se relacionar mais fortemente com diversos aspectos da doença. No que concerne à dispersão institucional e geográfica dos estudos sobre o câncer, a situação também era diferente. Além das instituições de ensino, os principais hospitais de câncer passaram a se

constituir como polos da difusão de conhecimentos sobre a doença. Vimos que na Bahia, o Hospital Aristides Maltez criou os *Arquivos de Oncologia* que, juntamente com a *Revista Brasileira de Cancerologia* do SNC, seria o periódico responsável pela difusão da especialidade entre os médicos do país. Em São Paulo, o Hospital A. C. Camargo e a APCC foram os responsáveis pela organização do VI Congresso Internacional de Câncer, da União Internacional Contra o Câncer no Estado de São Paulo, em 1953. Presidido por Antônio Prudente, o encontro reuniu mais de mil estudiosos do tema, sendo a primeiro evento desse porte em relação ao câncer no país.

O ensino médico relacionado ao câncer também sofreu importantes alterações nesse período. No âmbito mais geral, os cancerologistas buscavam a obrigatoriedade de uma formação básica para os profissionais de saúde que os possibilitassem o diagnóstico precoce da doença. No seu entender, médicos, dentistas, enfermeiras e outros profissionais de saúde com maior possibilidade de perceberem a presença da doença em seu início deveriam ter uma formação específica para esse fim. Além disso, o maior conhecimento sobre a doença permitiria a melhor triagem dos pacientes nos hospitais e a melhoria da qualidade dos cuidados com aqueles em tratamento. Desde a década anterior, Alberto Coutinho, do Inca, vinha ministrando cursos sobre câncer bucal para dentistas e estudantes de odontologia. Em 1947, ele pleitearia, por meio de um projeto enviado



ao Congresso, a criação de cursos regulares de cancerologia no currículo das faculdades médicas. Embora não tenha obtido êxito em seu intento, a formação específica em cancerologia foi se ampliando a partir de cursos de especialização criados em diversas instituições. No Inca, a partir de 1948, o próprio Coutinho era responsável por um curso de extensão anual para médicos e estudantes de medicina. No início dos anos 1950, a Associação Paulista de Combate ao Câncer também passou a realizar cursos de pós-graduação em cancerologia. Posteriormente,

vários outros cursos começaram a ser ministrados em associações médicas – como o Colégio Brasileiro de Cirurgiões – e em eventos específicos, como o IV Congresso Internacional de Câncer, realizado em São Paulo, em 1956.

O Instituto Nacional de Câncer por muito tempo manteve uma posição central nesse campo, elaborando cursos regulares de cancerologia, ministrados por seus próprios especialistas. Essa liderança no campo do ensino e da divulgação de conhecimentos relacionados à cancerologia acabou por imprimir a marca do instituto no pensamento médico sobre o câncer, na área da saúde pública. Em 1949, uma alteração no regimento do Instituto determinara que só poderiam ser designados para sua direção, bem como para a chefia da Seção de Organização e Controle do SNC, médicos que possuísem certificados do Curso de Cancerologia do próprio Instituto. Esse instrumento legal garantiria aos cancerologistas do SNC o monopólio da ação profissional em relação ao câncer, no campo da saúde pública. Ele foi de grande importância na coesão do grupo de cancerologistas do SNC e favoreceu, por várias décadas, a permanência do Serviço à frente das políticas e instituições anticancerosas do país.

◀ Aspecto da sessão inaugural do VI Congresso Internacional de Câncer. São Paulo, 1954
Revista de Cancerologia, n.11, ago. 1954, p.30

▶ Chegada ao Brasil da primeira cápsula para a bomba de cobalto importada do Canadá pela firma Atomed em 1958
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)





CANCER DA MAMA.



A CURA PODE ESTAR EM SUAS MÃOS

Muitos médicos ainda consideram os tumores malignos um problema individual de cada doente, confinado ao âmbito restrito dos consultórios e às enfermarias do Hospital. Há muitos anos que nos insurgimos contra essa concepção não só acanhada, como também errônea. O câncer é definitivamente um problema de saúde pública e, obviamente, como tal deve ser enfrentado (PRUDENTE, 1960).

visão da doença como um problema social e a noção de controle como o conjunto de atividades – prevenção, diagnóstico, tratamento e educação em saúde – que devem ser utilizadas de forma coordenada para a diminuição de suas taxas de incidência começam a sobrepujar a ideia do combate ao câncer como uma ação autônoma, endereçada

CÂNCER É SAÚDE PÚBLICA

A epígrafe acima, escrita pelo cancerologista Antônio Prudente, pioneiro nas ações contra o câncer em São Paulo e, por duas vezes, diretor do SNC (1954 e 1963), caracteriza claramente o pensamento dos cancerologistas do Serviço na década de 1960. Nesse momento, a

aos doentes individualmente. Essa forma de ver implicava na busca de uma nova legislação, que viabilizasse a prevenção contra os cânceres profissionais e os passíveis de prevenção; na criação de um registro de câncer, que possibilitasse aos cancerologistas informações mais exatas sobre a incidência da doença



nos diversos grupos sociais e espaços geográficos; na democratização do acesso aos espaços de tratamento; na ampliação da responsabilidade em relação à doença para além do mundo da medicina e na maior ação do Estado na coordenação e financiamento das ações a ela relacionadas.

A nova visão sobre o câncer vinha ao encontro das formas inéditas de analisar a medicina e a saúde entre o final da década de 1950 e o início da seguinte. Nesse momento, começam a

ganhar corpo, em algumas faculdades de medicina brasileiras, concepções sobre saúde pública importadas dos departamentos de medicina preventiva das universidades norte-americanas. Essas buscavam uma reorientação da formação e das ações médicas no sentido da valorização da prevenção, da educação em saúde, da utilização da epidemiologia como arma no controle de doenças e das práticas de saúde baseadas em equipes multiprofissionais. A nova vertente da medicina começava a

▲ Casas de palafita à margem do rio em Alagados, subúrbio de Salvador. O contexto socioeconômico nas décadas de 1950/60 gerava a crise nos campos e o aumento da pobreza nas cidades
Proposta. Jornal da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Radis/Fiocruz, Ano 2, n.7, mar.1988

despontar como resposta ao incremento da especialização dos diversos ramos do conhecimento médico, e a crescente centralidade do hospital como espaço de cura, que determinava o aumento incontrolável dos custos da medicina, tornando o acesso aos serviços cada vez mais restrito. O processo em curso seria um caminho sem volta na relação entre medicina e saúde, com o ideário de prevenção se espalhando em novas concepções, como a de medicina comunitária e da atenção primária à saúde.

Esse processo de renovação chegou ao Brasil em um período de instabilidade política, social e econômica. A primeira relacionava-se à crise do populismo e, no contexto internacional, ao recrudescimento da Guerra Fria – e consequente ampliação das divergências entre seguidores de visões políticas e econômicas de cunho liberal e os que apostavam em caminhos de mudança e integração social, vinculados ou não a propostas socialistas. No campo socioeconômico, a intensificação do processo de urbanização e proletarianização gerava uma imensa massa empobrecida nas cidades e uma forte crise nos campos, determinada pela falta de acesso à terra. Nesse contexto, o otimismo sanitário vigente no início da década dava lugar a uma visão menos triunfalista e crítica ao modelo de saúde do período baseado na dicotomia entre saúde pública – financiada pelo Estado, mas pouco abrangente – e assistência médica, vinculada à previdência social e com cobertura reduzida aos cidadãos

vinculados ao mercado de trabalho formal.

Seguindo as bases do pensamento desenvolvimentista da década anterior, grande parte das lideranças da saúde pública da época postulava que as condições de saúde da população estavam vinculadas a suas condições de vida e trabalho, sendo a pobreza a fonte de grande parte desses problemas. Somente um projeto nacional que alterasse as péssimas condições de existência daria fim ao trajeto circular entre pobreza e doença. Em 1962, no Congresso de Higiene, em Recife, essas postulações foram apresentadas pelo próprio ministro da Saúde. No ano seguinte, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que reunia profissionais da saúde das mais diversas instituições de todo o país, retornou a essa questão, criticando a realidade da saúde pública de então por seu caráter centralizador e excludente. Esses eventos, frutos das novas visões a respeito da saúde pública, então em voga, pareciam apontar para um processo de renovação no setor. No entanto, a implantação do regime militar, em 1964, ergueu um obstáculo intransponível a sua consecução.

Em um contexto de fortalecimento das concepções liberais da economia e privatistas em relação à saúde, no período inaugurado com os militares ampliou-se a compreensão do câncer como uma questão afeita principalmente à medicina curativa de base hospitalar e privada. Navegando na contramão das postulações dos cancerologistas da saúde pública, os técnicos do governo



▲ O presidente Castelo Branco ao lado de seu sucessor, Marechal Costa e Silva
<http://geosociedade.com/wp-content/uploads/2011/03/ditadura-militar-3.jpg>



◀ Inauguração do Hospital Mathilde von Dollinger da Graça, precursor do Hospital do Câncer II, pelo presidente Castelo Branco e general Geisel. Rio de Janeiro, mar.1967
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

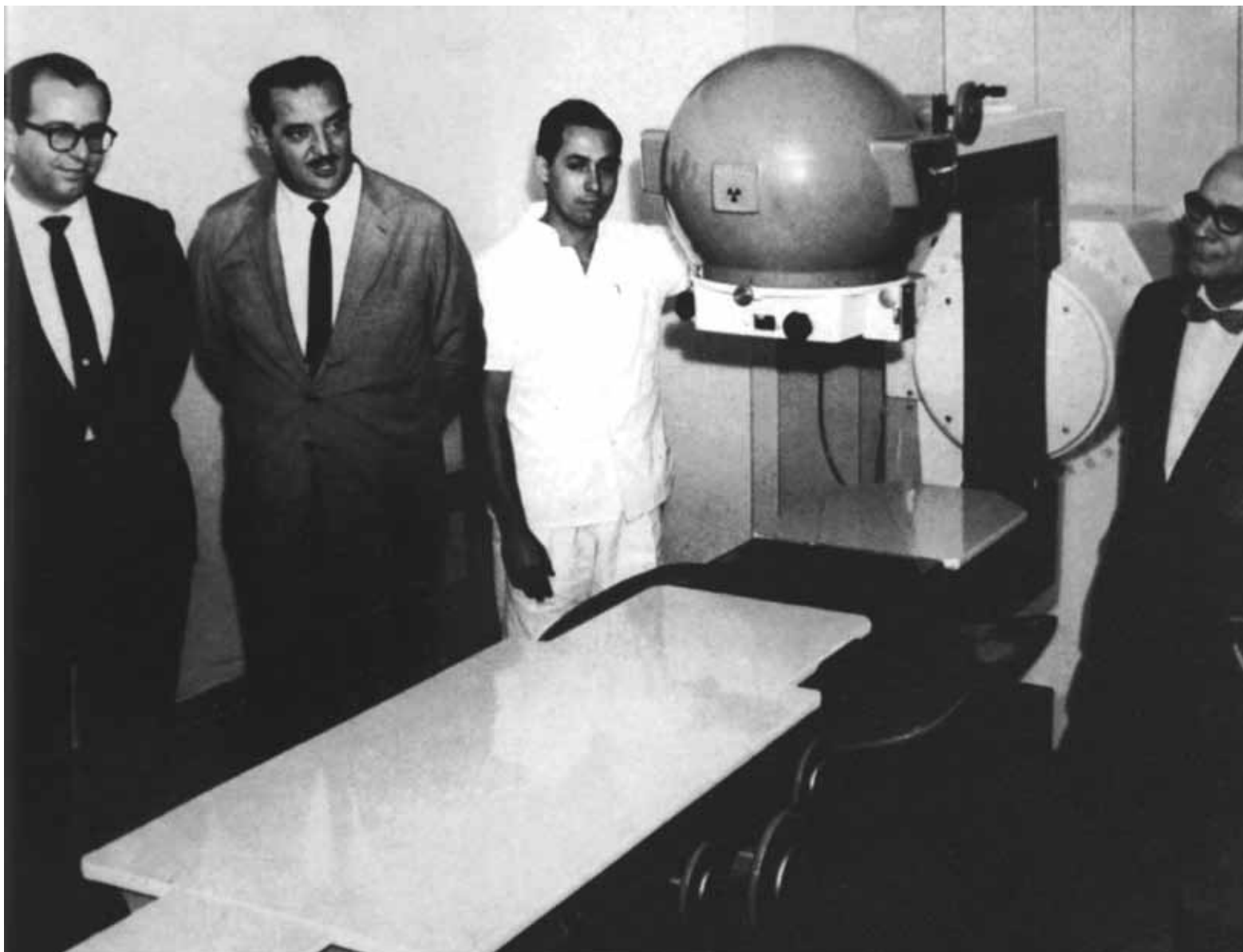
afirmavam que, por não ser uma doença contagiosa ou epidêmica, o câncer não podia ser visto como um problema de saúde pública, devendo ser tratado como uma questão atinente a ações curativas individuais. Seguindo essa visão, a política estatal em relação à doença buscou reforçar as ações médico-hospitalares por meio da compra de serviços privados pelo Estado, a partir da medicina previdenciária.

O caráter privatista da saúde pública do período chegou a tal ponto que, em 1969, o Ministério da Saúde começou a mover esforços para arrendar o Instituto Nacional de Câncer à iniciativa privada, postulando que hospitais deveriam ser lucrativos e não contínuos sorvedores de recursos. Baseado no Plano Nacional de Saúde (PNS/1967), que previa a

passagem de órgãos públicos para a órbita privada mediante concessões e contratos, o Ministério da Saúde tentou atingir esse objetivo. Embora a resistência dos cancerologistas tenha conseguido barrar a proposta, o então ministro Leonel Miranda subordinou o instituto à Universidade Federal do Rio de Janeiro (Fefierj, atual Unirio), transformando-o em uma instituição dedicada prioritariamente ao ensino da cancerologia. Durante os dois anos em que o Instituto permaneceu no organograma do Ministério da Educação, suas ações relacionadas ao controle do câncer em nível nacional foram interrompidas e a falta de recursos levou-o a uma situação de profunda crise. Mesmo na década seguinte, com seu retorno ao Ministério da Saúde, a



▲ Leonel Tavares de Miranda e Albuquerque, ministro da Saúde no governo Costa e Silva.
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/1985_1964.php



situação de penúria continuaria, em um processo de desmonte da principal instituição de controle do câncer do país.

Em relação às ações contra o câncer, os primeiros anos do período autoritário seguiram a tônica do corte

de verbas para os serviços públicos e, em especial, para a saúde. Em 1969, seria criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os antigos institutos de pensões em uma única instituição e, aos poucos,

▲ Inauguração da bomba de cobalto. Ao centro, governador Lomanto Junior e, à sua direita, deputado Jutahy Magalhães. Abr.1965 SAMPAIO, Consuelo Novais. *70 anos de lutas e conquistas: Liga Bahiana contra o Câncer*. Salvador: LBCC, 2006, p.73

se transformou no maior comprador de serviços da iniciativa privada no campo da saúde. Também se observa a contínua ampliação das atividades hospitalares privadas e filantrópicas pagas pelo Estado, em detrimento das ações preventivas. Além do alto custo e de gerar grande corrupção, esse modelo fazia com que o sistema de saúde funcionasse sem nenhum entrosamento ou ação planejada. Nesse momento, o tratamento do câncer não se restringia mais a centros especializados, pois vários hospitais gerais já trabalhavam com a doença, principalmente no campo da cirurgia e da radioterapia. No entanto, não havia nenhuma articulação entre eles, sendo sua lógica de funcionamento regida prioritariamente pelo mercado.

No que tange ao contexto institucional da saúde, as reorganizações institucionais, como a formalização da Campanha Nacional Contra o Câncer, em 1967, ou a transformação do Serviço Nacional de Câncer em Divisão Nacional de Câncer (DNC), em 1970, não significaram grandes mudanças na estrutura de controle da doença então vigente. Somente na década de 1970, quando algumas propostas de reestruturação do sistema de saúde postuladas antes do golpe de 1964 voltam a ser tema de discussão, e a política governamental começou a incluir aspectos sociais em sua agenda de desenvolvimento, surgiram possibilidades de mudança dessa situação.

O processo de transformações em relação às ações estatais contra o câncer

posto em marcha no início da década de 1970 se relaciona aos altos níveis de crescimento econômico vivenciado pelo país, à busca dos militares por apoio social para a manutenção da estrutura de poder vigente e o maior desenvolvimento das concepções de planejamento então em voga. Crescendo a taxas de dois dígitos ao ano, o país fabricava milhões de pobres e doentes a partir de políticas de compressão dos salários e aumento das margens de lucro das grandes corporações. O crescimento populacional e a intensificação da urbanização também geravam pobreza e insegurança nas grandes cidades. Assim, o propalado crescimento econômico parecia não atingir a maior parcela da população, tornando-se fonte de preocupação à medida que poderia se converter em um fator de instabilidade social. Nesse momento, o tecnicismo dominante indicava que o problema se resumia à desarticulação dos diversos setores do sistema e que a ação planejadora poderia mudar a situação. Todos esses fatores ganharam maior expressão a partir do período de governo do presidente Emílio Garrastazu Médici (1969-1974) e da implantação do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979). O II PND, seguindo diretrizes já ensaiadas no governo Médici, modificou a agenda governamental, somando às políticas econômicas de ampliação do crescimento econômico e intensificação da industrialização, expressas nos planos anteriores, as políticas de cunho social, como saúde, educação, habitação e transporte.

No âmbito dessas transformações nas diretrizes dos governos militares surgiram as primeiras iniciativas que consideravam o câncer um problema de saúde de grande magnitude.

Em 1973, no contexto das ações apresentadas de forma grandiloquente pelo governo Médici, se daria a primeira iniciativa de real expansão e coordenação de ações relacionadas ao câncer. De forma semelhante ao presidente norte-americano Richard Nixon que, em 1971, foi à TV americana anunciar o *Cancer Act*, – que prometia verbas suficientes para proporcionar a descoberta da cura da doença até o ano de 1976 –, o então presidente

Emílio Garrastazu Médici e seu ministro da Saúde, Mario Machado de Lemos, afirmavam em cadeia nacional que implantariam um programa colossal para o controle da doença ao custo de 220 milhões de cruzeiros. Na esteira das concepções planificadoras que dominaram diversos Estados Nacionais latino-americanos, foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), no âmbito da Divisão Nacional do Câncer, então dirigida pelo ginecologista paulista Sampaio Goes. O programa visava coordenar as ações referentes à doença em âmbito nacional, integrando as atividades do Ministério da Saúde e da Previdência Social. A partir

▼ Pacientes aguardam atendimento em posto de saúde, década de 1970
Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
Foto: Cid Fayão
PONTE, Carlos Fidelis;
FALLEIROS, Ialê (orgs.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/ EPSJV, 2010, p. 260



de um mapeamento das instalações e equipamentos voltados para o tratamento de câncer nos hospitais públicos e privados do país, efetuada em colaboração com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), foi elaborado um plano para equipar e garantir o bom funcionamento das unidades. O ministério previa a criação de um registro nacional de câncer, o que se mostrava fundamental, em virtude da falta de informações organizadas que possibilitassem uma ação planejada contra a doença. Também foi instituído o reembolso de todos os procedimentos relacionados ao câncer efetuados pelos hospitais e laboratórios privados. Tal medida, de custo elevado, foi de grande importância por potencializar o interesse dos agentes da medicina privada nas ações preventivas e curativas contra a doença.

O PNCC se iniciou como um projeto de captação de recursos e investimento de verbas específicas na prevenção e no tratamento do câncer. Posteriormente, suas ações foram incluídas no âmbito do II Plano Nacional de Desenvolvimento. A partir de sua elaboração, foram garantidos recursos financeiros para entidades dedicadas ao atendimento de pacientes não previdenciários. Nesse sentido, sua criação foi importante ao ampliar a cobertura da saúde em relação ao câncer para a população não coberta pela previdência. Com as verbas do programa foram adquiridos equipamentos – bombas de cobalto, agulhas de césio, mamógrafos, etc.



– repassados para vários hospitais privados e da rede pública. Apesar de a iniciativa ter contado com um grande esforço de planejamento e criteriosa metodologia para a distribuição de recursos, em muitos casos a falta de acompanhamento e fiscalização do programa fez com que muitos desses

▲ Cartaz de campanha de exame preventivo da Secretaria de Saúde de São Paulo. Década de 1970
Projeto História do Câncer
(COC/Fiocruz – Inca)

equipamentos não fossem colocados à disposição da população dependente de ações públicas.

Talvez, em virtude de ser coordenado por um ginecologista com um longo currículo na elaboração de campanhas de prevenção contra o câncer do colo do útero, o PNCC tenha enfatizado muito essa vertente. Além de instituir o pagamento aos laboratórios privados por cada exame de Papanicolaou efetuado, ampliando sua utilização no país, o programa incentivou a criação de campanhas nas diversas secretarias estaduais, com realização desse exame. As campanhas e programas preventivos que utilizavam essa técnica já estavam sendo postas em prática, principalmente no Estado de São Paulo. Na cidade de Campinas, o médico José Aristodemo Pinotti, alguns anos antes, criara um programa de controle do câncer de colo do útero baseado no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas, que então dirigia, e contando com o auxílio da Opas. Seu programa conseguiu uma escala de atendimento sem precedentes no país, transformando-se em um modelo de controle da doença. O próprio Sampaio Goes, antes de ser alçado à Divisão Nacional de Câncer, fundara, em associação com o governo estadual, o Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Obstetrícia e Ginecologia (Ibepog), que patrocinaria diversas campanhas contra o câncer de colo do útero no Estado. Com o surgimento do PNCC, o Ministério da Saúde começou a incentivar as secretarias



estaduais na elaboração de ações preventivas locais, patrocinando a formação de pessoal qualificado a partir da criação de cursos de citotécnicos. Em São Paulo, após a saída de Goes do ministério, seria implantado um programa estadual de prevenção contra o câncer de colo do útero. Liderado pela Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia (FCPO) – por ele criada e dirigida –, o programa integrava os postos de saúde do Estado e dos Municípios, alguns consultórios privados e até unidades móveis (ônibus e vagões de trens) que serviam como base para a coleta de exames. A partir dos anos 1970, as campanhas e os programas de prevenção passam a ser vistos no país como elementos centrais ao controle do câncer de colo de útero.

Em 1975, no âmbito do Ministério da Previdência Social, foi criado o Programa de Controle do Câncer (PCC).

▲ Escola de Citopatologia da Fundação das Pioneiras Sociais. Rio de Janeiro, 1979
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

Esse novo programa se somou ao PNCC, do Ministério da Saúde, vigorando até 1980. Sua atuação buscava aproximar as ações de prevenção e tratamento, ainda na órbita da medicina previdenciária, com a rede de ambulatórios e hospitais da saúde pública. O PCC teve como principal aspecto a oficialização da universalização dos procedimentos relativos ao controle do câncer em âmbito da Previdência Social, o que em tese garantia a qualquer cidadão o direito ao tratamento gratuito da doença. Buscou também ampliar a integração das diversas esferas relacionadas à doença.

A despeito do potencial das novas iniciativas, a descontinuidade dos programas fez com que as ações para o controle do câncer permanecessem muito aquém das necessidades da população. A inexistência de recursos para o repasse à rede privada de atendimento – principalmente no período posterior à crise internacional do petróleo – impediu o desenvolvimento das ações contra a doença e gerou uma nova crise no setor. Os principais legados desses programas foram a utilização de um planejamento integrado como forma de controle da doença e a busca de ampliação da cobertura das ações.

A não inclusão do PNCC no III Plano Nacional de Desenvolvimento (1980) determinou o fim dos vultosos recursos para o controle do câncer. A doença perdeu o estatuto de problema estratégico e passou a ser vista como atividade de rotina da saúde. Tratava-se agora de realocar o controle do câncer no contexto da política dos Ministérios da Saúde e

da Previdência Social. No entanto, a crise econômica da segunda metade dos anos 1970 também tinha determinado o colapso do modelo de financiamento à saúde via previdência. A compra de serviços médicos do mercado privado sem controle ou planejamento levava o modelo à exaustão, fazendo com que se tornasse necessária a criação de novas formas de financiamento e gestão dos gastos com a saúde. Nesse contexto, o surgimento de uma nova política para o controle do câncer ficaria por algum tempo em suspenso. Por outro lado, nesse período, o Instituto Nacional de Câncer passaria por um processo de soerguimento que, posteriormente, o colocaria no centro das ações relacionadas à doença.

Após um longo período de crise, iniciado com sua transferência para o âmbito da educação, o Inca retomaria seu desenvolvimento a partir de um processo inovador baseado no sistema de cogestão interministerial que dividiu o financiamento e a administração do Instituto entre os Ministérios da Saúde e da Assistência e Previdência Social. Invertendo a lógica privatista existente até então, o acordo interministerial permitia que o Ministério da Previdência repassasse verbas para o Ministério da Saúde como pagamento pelas ações hospitalares do Instituto. O novo arranjo institucional garantiu o contínuo aporte de recursos ao Instituto, permitindo a retomada das ações interrompidas com a crise. Além de possibilitar a ampliação de suas atividades hospitalares a partir da modernização de seus equipamentos

e do aumento de seu pessoal, o modelo de gestão permitiu o fortalecimento de outras áreas da instituição, como os setores relacionados à prevenção, pesquisa, vigilância epidemiológica, divulgação de conhecimentos, informação em saúde e capacitação profissional. Também é interessante notar que o modelo de gestão foi uma das pontas de lança de um processo de integração que acabaria por dar fim ao modelo brasileiro de saúde bipartido entre saúde pública e previdência.

Em 1982, a comissão que coordenara a implantação do sistema de gestão no Instituto – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social (Ciplam) – aprovou a proposta de criação do Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), coordenado conjuntamente pelo Instituto Nacional de Previdência Social e pelo Departamento Nacional de Doenças Crônicas-degenerativas do Ministério da Saúde, que passou a agregar 25 hospitais de câncer com o objetivo de garantir um padrão de assistência mais abrangente e homogêneo. No ano seguinte, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), criado com o intuito de encontrar soluções para a crise de financiamento do setor da saúde –, propôs o modelo das Ações Integradas de Saúde (AIS). A partir de convênios entre o Ministério da Previdência, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado de Saúde, haveria o financiamento de postos de saúde,

ambulatórios e hospitais, em uma ampliação do modelo empregado na reestruturação do Inca que invertia a lógica baseada na utilização de serviços da iniciativa privada reinante até então. A partir desse momento, as atividades relativas ao câncer, que permaneciam no âmbito da Divisão Nacional de Doenças Crônicas-degenerativas (DNDCD), foram transferidas para o Inca, completando o processo de retorno da instituição ao centro da política de controle do câncer no país.

O processo de redemocratização política, iniciado ainda nos anos 1980, possibilitou uma progressiva mudança em relação à visão de saúde pública. Com o esgotamento do modelo bipartido de saúde (saúde pública/medicina

▼ Primeiro grande comício das *Diretas Já* realizado em 25 de janeiro de 1984, na Praça da Sé em São Paulo PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (orgs.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, p.243



previdenciária) determinado pela crônica crise de financiamento e gestão da previdência, começam a tomar corpo novas concepções, buscando ampliação do papel do Estado em relação à saúde, alternativas ao modelo centrado nas práticas curativa e extensão da cobertura das práticas de saúde a toda a população. O movimento social pela saúde, então liderado por um grupo de sanitaristas alinhados ao pensamento progressista, compreendia a saúde da população como um fator determinado por sua forma de vida e de trabalho, mas também relacionado a suas formas de organização. Nesse sentido, somente mudanças em seus aspectos políticos, sociais e econômicos poderiam acarretar em transformações nas condições de saúde. A redemocratização da sociedade e de suas instituições era fundamental para a mudança. Além disso, as iniciativas de articulação das ações de saúde dos diferentes ministérios, os projetos de programação das redes locais, as iniciativas no campo da prevenção e dos cuidados primários passam à ordem do dia, se transformando na base para a reforma sanitária postulada pelo movimento sanitário.

A constituinte de 1988 abriria caminho para a transformação pretendida, ao dar corpo a uma reforma sanitária que assumiu o princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”, possibilitando a construção de um Sistema Único de Saúde, descentralizado, universal e financiado pelo Estado. A despeito dos grandes obstáculos que se impuseram durante

PROPOSTA 02
Jornal da Reforma Sanitária
radis
Ano 1, Nº 2, Abril de 1987

REFORMA SANITÁRIA CHEGA À CONSTITUINTE

Com a instalação das Comissões e Subcomissões da Assembleia Nacional Constituinte, os debates em torno da Reforma Sanitária na nova Carta Constitucional se aceleraram durante o mês de abril. A Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente, vinculada à Comissão de Ordem Social, já teve várias entidades ligadas à saúde para elaborar o anteprojeto a ser submetido ao plenário da Constituinte.

Em suas audiências, a Subcomissão já ouviu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONSMS), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Central Geral dos Trabalhadores (CGT), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), os Conselhos Federais de Medicina e de Farmácia,

a Associação Paulista de Saúde Pública, a Associação Brasileira de Enfermagem, a Central de Medicamentos (Ceme), e Fundação Oswaldo Cruz, o Presidente do Inamps e o Ministro da Saúde.

Além da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), várias entidades encaminharam à Constituinte projetos de texto constitucional para o setor saúde. Entre estas entidades estão a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Partido Comunista Brasileiro (PCB), o Partido dos Trabalhadores (PT), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Secretaria de Planejamento (Sepian), a Confederação Nacional da Indústria (CNI), a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e a Associação Paulista de Medicina à Câmara Municipal de São Paulo, além da Comissão Afonso Arinos e do líder do governo na Câmara, Carlos Sertão (Páginas 4 e 5).

Secretários aprovam municipalização já da rede de saúde.
(Pág. 3)
Encarte Especial:
Abrasco analisa propostas de saúde na Constituinte
(Pág. 7)

SP avança na formação da Frente Popular pela reforma.
(Pág. 2)

Vários setores criticam demissões na Vigilância Sanitária.
(Pág. 6)

sua implantação e dos problemas de financiamento e gestão que até hoje dificultam o funcionamento do setor, a reforma iniciada com a Constituição de 1988 determinou avanços consideráveis em relação à saúde. No que tange ao controle do câncer, três aspectos que se mostram centrais dizem respeito ao desenvolvimento das ações preventivas, à busca de integração entre as instituições relacionadas à doença e ao fortalecimento do papel do Inca em relação às definições da política de controle da doença no Brasil.

▲ Jornal noticiando o movimento da Reforma Sanitária. Abr.1987
Proposta. Jornal da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Radis/Fiocruz, ano 1, n. 2, abr.1987



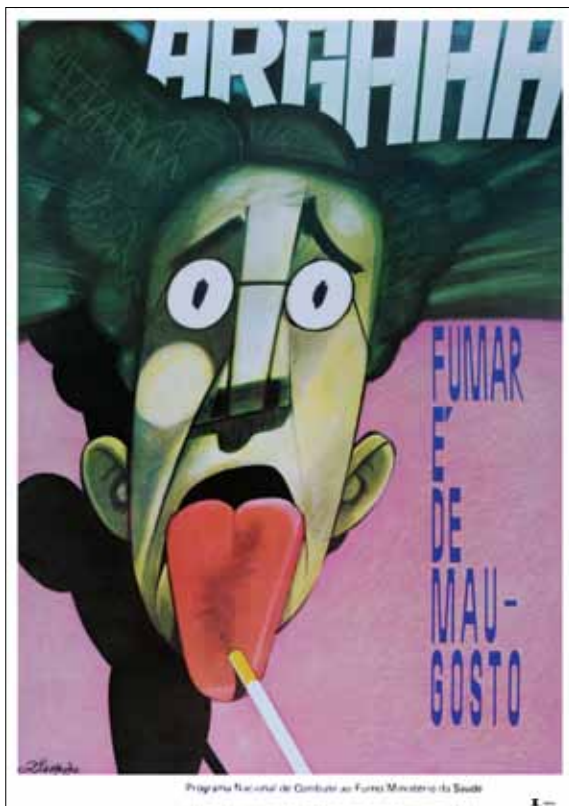
◀ 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, mar.1986
Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz
PONTE, Carlos Fidelis;
FALLEIROS, Ialê (orgs.).
Na corda bamba de sombrinha:
a saúde no fio da história. Rio
de Janeiro: Fiocruz / COC;
Fiocruz/EPSJV, 2010, p.243

▼ Assembleia Constituinte. Brasília, 1988
www.senado.gov.br



◀ Votação do texto relativo à saúde pelo Congresso Constituinte. Brasília, 17. maio.1988
Acervo Programa Radis/ Fiocruz
PONTE, Carlos Fidelis;
FALLEIROS, Ialê (orgs.).
Na corda bamba de sombrinha:
a saúde no fio da história.
Rio de Janeiro: Fiocruz/COC;
Fiocruz/EPSJV, 2010, p.245





◀ Ilustrações do cartunista Ziraldo para campanha de combate ao tabagismo do Programa Nacional de Combate ao Fumo, coordenado pelo Inca. Década de 1990 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▲ Cartaz alusivo ao Dia Mundial Sem Tabaco, Programa Nacional de Combate ao Fumo, coordenado pelo Inca. Década de 1990 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



◀ Folhetos sobre exame preventivo para câncer do colo do útero. Década de 1970 e 1990
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

◀ A atriz Cássia Kiss protagonizou a campanha sobre o câncer de mama (Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social/Inamps, Sociedade Brasileira de Mastologia, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher), 1991
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

No processo de construção do sistema universal e descentralizado de saúde, o Inca paulatinamente passou a assumir o protagonismo na elaboração e implantação da política de controle do câncer do país. Em 1987, o governo federal criou o Programa de Oncologia (Pro-Onco), que se caracterizava como um termo de cooperação técnica entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e o Ministério da Saúde, com o objetivo de implantar ações de âmbito nacional nos campos da informação, da prevenção, do diagnóstico e do controle do câncer. Em março de 1990, o Pro-Onco foi transferido para o Inca. No Instituto, o



programa permaneceu centrado em três áreas distintas: informação, educação e prevenção, trabalhando em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, os serviços e hospitais de câncer, as universidades e setores da sociedade civil. Era a primeira iniciativa mais ampla da saúde pública de atuar em relação ao câncer integrando as ações municipais, estaduais e federais, sob a coordenação do Inca.

A consolidação do Inca como órgão de formulação de políticas e planejamento das ações para o controle do câncer possibilitou o desenvolvimento de novas campanhas e programas nacionais centrados na prevenção e detecção precoce. Em 1997, por meio do Inca, o Ministério da Saúde implantou o

projeto-piloto Viva Mulher, direcionado à prevenção contra o câncer cervical. Como veremos adiante, esse projeto teve o mérito de desenvolver as bases para a estruturação de um programa de rastreamento do câncer do colo do útero, de alcance nacional. A partir de 1989, o Instituto passa a coordenar o Programa Nacional de Combate ao Fumo que, progressivamente, instituiu uma grande mobilização para a criação de uma política antitabagista no país. Campanhas educativas contra o câncer de mama e próstata também foram elaboradas pelo Instituto, que passou a coordenar as ações desenvolvidas pelas secretarias dos Estados.

O conjunto de iniciativas e diretrizes da saúde pública no período posterior à reforma sanitária redimensionou a preocupação com o câncer. De problema de saúde relacionado fundamentalmente às ações curativas de alta complexidade, ou campanhas pontuais, voltadas para populações específicas, o câncer passou a ser visto como uma questão de saúde pública, cujo controle deveria ter em sua base a prevenção, a detecção precoce e a integração dos serviços. No entanto, as diversas dificuldades relacionadas principalmente à escassez de recursos, ao nível desigual de organização do sistema de saúde em diferentes regiões e mesmo às duras condições de vida nas áreas mais pobres do país determinam a persistência de diversos obstáculos no controle da doença.

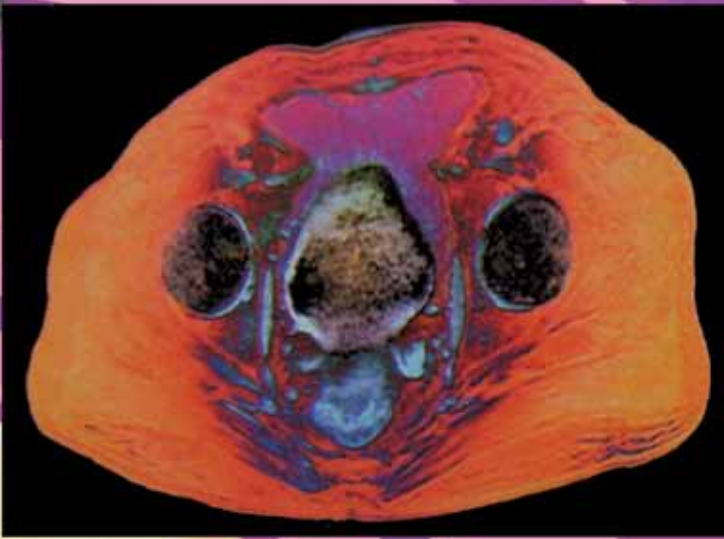
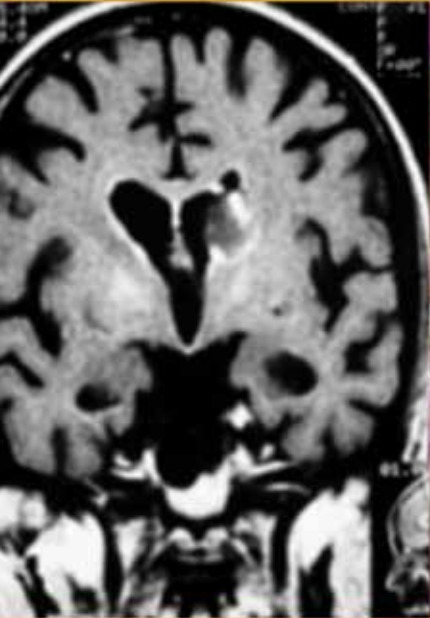
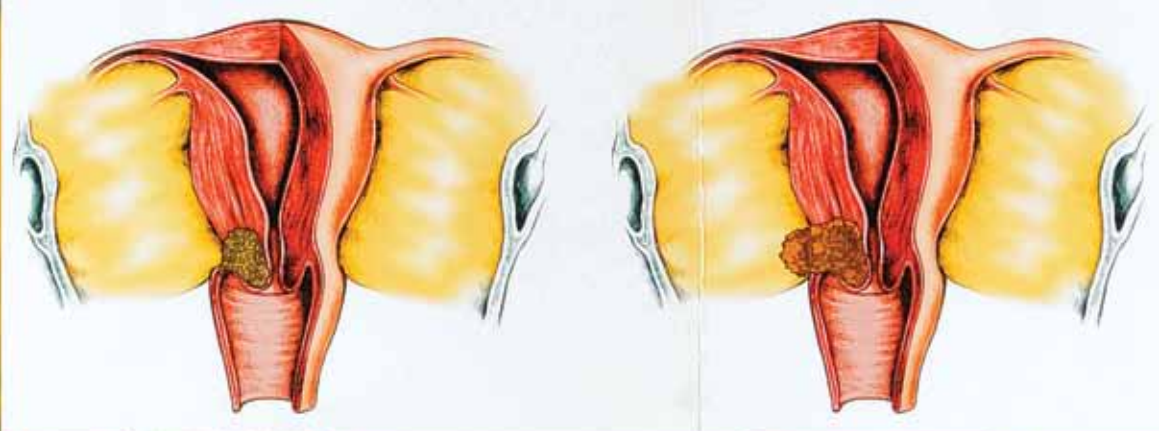
◀ Folheto explicativo de autoexame de mama. Década de 1970 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)





PARTE II

CÂNCER —
O BRASIL HOJE





As estimativas divulgadas pelo Inca para os anos 2012/2013 projetam a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer a cada ano. Deste total, são esperados 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (134 mil) será o mais incidente na população

brasileira, seguido pelos tumores de próstata (60 mil), mama feminina (53 mil), cólon e reto (30 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (17,5 mil).

Quanto à distribuição por gênero, os tipos mais incidentes no sexo masculino serão os cânceres de próstata (60 mil), pulmão (17 mil), cólon e reto (14 mil) e

SITUAÇÃO DA DOENÇA

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes no Brasil (exceto pele não melanoma), por sexo, estimados para 2012

Homens	Localização primária	casos novos	percentual	Mulheres	Localização primária	casos novos	percentual
	Próstata	60.180	30,8%		Mama Feminina	52.680	27,9%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%		Colo do Útero	17.540	9,3%
	Cólon e Reto	14.180	7,3%		Cólon do Reto	15.960	8,4%
	Estômago	12.670	6,5%		Glândula Tireoide	10.590	5,6%
	Cavidade Oral	9.990	5,1%		Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
	Esôfago	7.770	4,0%		Estômago	7.420	3,9%
	Bexiga	6.210	3,2%		Ovário	6.190	3,3%
	Laringe	6.110	3,1%		Corpo do Útero	4.520	2,4%
	Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%		Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%
	Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%		Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%

Adaptada de: Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2011, p.53

estômago (13 mil) e, no sexo feminino, os cânceres de mama (53 mil), colo do útero (17,5 mil), cólon e reto (16 mil) e pulmão (10 mil).

A distribuição geográfica em relação aos casos novos entre os Estados e capitais do país se mostra heterogênea. De modo geral, as Regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas, em oposição às Regiões Norte e Nordeste, enquanto as taxas da Região Centro-Oeste se apresentam em posição intermediária.

Considerando os tipos de câncer com maior estimativa de incidência e passíveis de prevenção primária ou secundária, apresentaremos uma síntese de suas principais características e da situação atual no país.



Câncer de mama

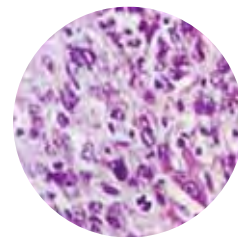
O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres (22% dos casos novos), relacionando-se fortemente ao processo de urbanização, gerando maior risco de adoecimento entre mulheres com melhor condição socioeconômica. Fatores de risco relacionados à vida reprodutiva (menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos, embora a idade continue sendo um dos fatores mais importantes. Influenciadas pelo início da menopausa, as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, a seguir, mais lentamente.

Fatores genéticos estão associados a um risco maior, sobretudo nas mulheres com mutação nos genes BRCA1 e BRCA2, que apresentam 85% de chance de desenvolver câncer de mama antes dos 70 anos de idade. Estudos recentes mostram que a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também aumentam esse risco, particularmente durante a puberdade.

Apesar de ser relativamente um câncer de bom prognóstico – se diagnosticado e tratado oportunamente –, as taxas de mortalidade do câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente por ainda ser diagnosticado em estágios avançados. Por exemplo, nos países desenvolvidos, a sobrevida média, após cinco anos do

◀ Publicação do Inca: estimativa de incidência para o ano de 2012

▼ Câncer da mama. Quadro histopatológico que mostra carcinoma ductal pouco diferenciado e infiltrante
<http://ppsus.cederj.edu.br/site/buscar?termo=cancer&tipo=1&campo=3&pagina=1&a rea=null>



T - O tumor primário não pode ser avaliado (exemplo: agude previamente retratado).
 T₀ - Não há evidência de tumor primário.
 T_x - Carcinoma in situ, in situ local, in situ local ou doença de Paget do mamilo, sem tumor.
 Nota: Classificação de Paget associada a tumor é classificada de acordo com o tamanho do tumor.

T1 - Tumor até 2cm em sua maior dimensão. **T2** - Tumor maior que 2cm até 5cm em sua maior dimensão. **T3** - Tumor maior que 5cm em sua maior dimensão.

T_{1a} - Micromassado até 0,5cm. T_{1b} - > 0,5-1cm e < 2cm. T_{1c} - > 1-2cm.

T_{2a} - > 2-5cm. T_{2b} - > 5-10cm. T_{2c} - > 10cm.

T4 - Tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica ou à pele.
 T_{4a} - Extensão à parede torácica. T_{4b} - Tumor fixado à pele, com edema, ulcero ou cálcio. T_{4c} - Tumor fixado à parede torácica, com edema, ulcero ou cálcio. T_{4d} - Carcinoma inflamatório.

Nota: A parede torácica inclui costelas, músculos intercostais e esterno anterior. NÃO INCLUI O MÚSCULO PECTORAL. Câncer infiltrativo da mama é caracterizado por um envolvimento difuso e extenso da pele, com áreas empastadas, geralmente sem tumor palpável definível. Caso o câncer de pele não seja negativo e não haja tumor primário reconhecido, o carcinoma inflamatório (T_{4d}) é classificado retrospectivamente como pT₄. A extensão da pele inclui as axilas, o tronco, o pescoço, exceto T_{4b} e T_{4c} podem ocorrer com T₁, T₂ e T₃ sem aliter e classificação.

N - De linfonodos regionais não podem ser avaliados (exemplo: agude previamente retratado).
 N₀ - Ausência de metástases em linfonodos regionais.
 N₁ - Presença de metástases em linfonodos axilares homolaterais (N1a).
 N₂ - Presença de metástases em linfonodos axilares homolaterais (N2a) ou em outros estruturas.
 N₃ - Presença de metástases em linfonodos de cadeia sentinela axilares homolaterais.

M - Metástases a distância não podem ser avaliadas.
 M₀ - Ausência de metástases a distância.
 M₁ - Presença de metástases a distância (incluindo para linfonodos supracarotídeos homolaterais).
 Nota: A categoria M₁ inclui um subgrupo M_{1a} designado com as abreviações convenções (veja parágrafo).

Metástases a distância:
 Cerebro (CEB), Linfonodos cervicais, supraclaviculares e axilares (LCA), Linfonodos axilares centrais (LAC), Linfonodos axilares laterais (LAL), Cadeia torácica interna (LTI), Pulmão (PLU), Pleura (PLE), Ovario (OVI) ou ovário, Fígado (FEG), Pâncreas (PAN), Esôfago (ESO).

Sub-regiões anatômicas:
 1 - Pele
 2 - Pulmão central
 3 - Quadrante superior interno (QSI)
 4 - Quadrante inferior interno (QII)
 5 - Quadrante superior externo (QSE)
 6 - Quadrante inferior externo (QIE)
 7 - Projeção axilar

Grupos por estadios	Estadio I		Estadio II		Estadio III		Estadio IV	
	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IIIV
T ₀								
T ₁	10	11	12	13	14	15	16	17
T ₂	18	19	20	21	22	23	24	25
T ₃	26	27	28	29	30	31	32	33
T ₄	34	35	36	37	38	39	40	41
N ₀	42	43	44	45	46	47	48	49
N ₁	50	51	52	53	54	55	56	57
N ₂	58	59	60	61	62	63	64	65
N ₃	66	67	68	69	70	71	72	73
M ₀	74	75	76	77	78	79	80	81
M ₁	82	83	84	85	86	87	88	89

tratamento, é de 73%, enquanto nos países em desenvolvimento é de 57%.

Para o período 2012/2013, o número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil é de 52.680 por ano, com um risco estimado de 52,5 casos a cada 100 mil mulheres. Na Região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 69 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil).

Câncer de pulmão

O câncer de pulmão é o tipo mais comum no mundo. Segundo a última estimativa mundial, ocorreram 1 milhão e 600 mil casos novos no ano de 2008, sendo 52% em países desenvolvidos. Como, em sua fase inicial, costuma ser assintomático, o diagnóstico geralmente é feito em estágios avançados, o que o torna muito letal. A sobrevida média cumulativa total, em cinco anos, varia entre 13% e 20% em países desenvolvidos, e 12% nos países em desenvolvimento.

Estima-se que 80% a 90% da incidência de câncer de pulmão seja atribuída ao consumo de tabaco,

▲ Folheto elaborado pelo Inca sobre o estadiamento clínico do câncer de mama Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

pois esse hábito aumenta em cerca de 20 a 30 vezes o risco de tabagistas desenvolverem esse tipo de câncer, em comparação com não-fumantes.

Outros fatores de risco para o câncer de pulmão citados em pesquisas epidemiológicas são: fumo passivo, exposição ao asbesto, poluição do ar (hidrocarbonetos policíclicos e a fumaça do óleo diesel, oriundos dos veículos a motor e das indústrias), radiação e história de tuberculose. Também existem evidências de que pessoas com história familiar de câncer de pulmão em idade jovem apresentam risco aumentado, seja por fator genético, pela influência no hábito de fumar ou por tabagismo passivo.

Para o período 2012/2013, o número de casos novos de câncer de pulmão

estimado para o Brasil, por ano, é de 17.210, entre homens, e de 10.110, nas mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 18 casos novos a cada 100 mil homens e 10 para cada 100 mil mulheres.

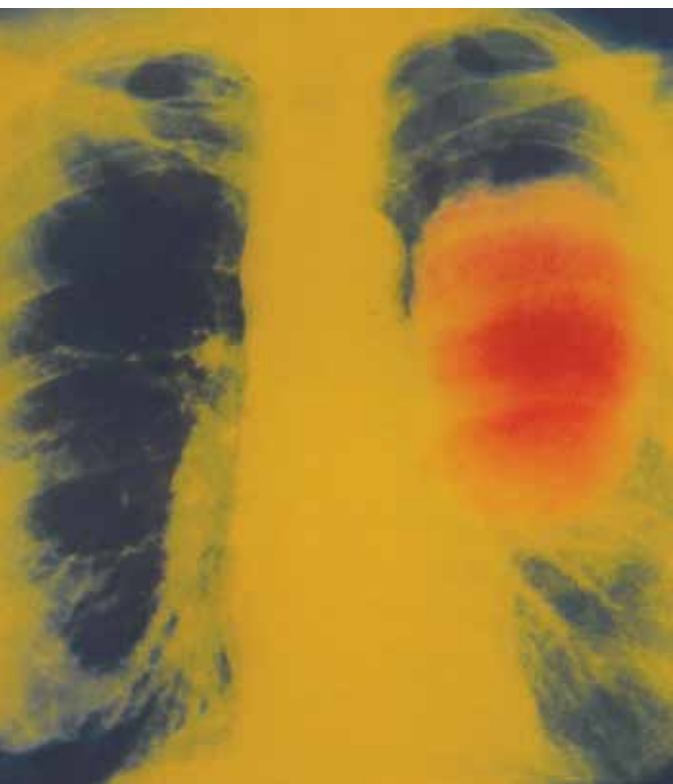
Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de pulmão em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Sul (37/100 mil), Sudeste (20/100 mil) e Centro-Oeste (17/100 mil). Nas Regiões Nordeste (9/100 mil) e Norte (8/100 mil), o câncer de pulmão é o terceiro mais frequente. Para as mulheres, é o quarto mais frequente nas Regiões Sul (19/100 mil), Sudeste (11/100 mil), Centro-Oeste (9/100 mil) e Nordeste (6/100 mil), sendo o quinto mais frequente na Região Norte (5/100 mil).

Câncer de estômago

O câncer de estômago é a quarta causa mais comum de óbito no mundo, ocupando também a quarta posição entre todas as mortes por câncer. Em geral, sua magnitude é maior no sexo masculino do que no feminino, e duas a três vezes maior nos países em desenvolvimento. A sobrevida relativa, em cinco anos, é considerada baixa: cerca de 30%, na maioria dos países desenvolvidos, e 20%, nos países em desenvolvimento.

A progressiva diminuição na incidência de câncer de estômago também pode ser explicada pela melhoria no saneamento básico, maior presença de geladeiras nos domicílios (melhor conservação dos alimentos) e

◀ Pulmões danificados pela ação do cigarro
BURNIE, David. *Marcos da medicina*. Memórias do século XX. Rio de Janeiro: Reader's Digest, 2005, p. 108



mudanças no estilo de vida: aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras, redução do uso de sal, diminuição do tabagismo e adequação do peso corporal.

A infecção por *Helicobacter pylori* é uma das mais comuns em todas as populações – com uma prevalência mundial calculada entre 50% e 90% em países em desenvolvimento – e continua sendo o maior fator de risco para o desenvolvimento do câncer de estômago, aumentando cerca de seis vezes sua incidência.

Para o período 2012/2013, o número de casos novos de câncer de estômago estimado para o Brasil, por ano, é de 12.670, entre homens, e de 7.420, nas mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 13 casos novos a cada 100 mil homens e 7 para cada 100 mil mulheres.

Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de estômago em homens é o segundo mais frequente nas Regiões Norte (11/100 mil) e Nordeste (9/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (14/100 mil), Sul (16/100.000) e Sudeste (16/100 mil), ocupa a quarta colocação. Para as mulheres, é o quarto mais frequente na Região Norte (6/100 mil) e o quinto na Centro-Oeste (7/100 mil). Nas Regiões Nordeste (6/100 mil), Sul (8/100 mil) e Sudeste (8/100 mil), o câncer de estômago ocupa a sexta colocação.

Câncer do colo do útero

Em todo o mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais incidente entre as mulheres,

com aproximadamente 530 mil casos novos por ano. Sua ocorrência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se inicia na faixa etária de 20 a 29 anos e aumenta rapidamente até atingir seu pico na faixa etária de 45 a 49 anos.

Este tipo de câncer é responsável pelo óbito de cerca de 275 mil mulheres por ano. Em países desenvolvidos, a

▼ Cartaz sobre o uso da camisinha como forma de evitar contágio por HPV. 2008
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



sobrevida média estimada em cinco anos varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e a sobrevida média é de cerca de 41%, após cinco anos. A média mundial estimada é de 49%.


Praticamente todos os casos de câncer do colo do útero são causados por um dos 13 tipos do HPV atualmente reconhecidos como oncogênicos. Desses, os tipos mais comuns são o HPV16 e o HPV18. Contudo, para desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é condição necessária, mas

não suficiente. Há necessidade de sua associação com os outros fatores de risco, como o tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais, o uso de contraceptivos orais, a multiparidade, a baixa ingestão de vitaminas, a iniciação sexual precoce e a coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Chlamydia trachomatis.

Para o período 2012/2013, o número de casos novos de câncer do colo do útero esperado no Brasil é de 17.540 por ano, com um risco estimado de 17,5 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse é o tipo de câncer mais


▼ Folheto elaborado pelo Inca sobre os estágios do câncer de colo de útero Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

Estádio 0
Carcinoma in situ



Carcinoma in situ (carcinoma pré-invasivo)

Estádio I
Carcinoma cervical limitado ao útero (extensão ao corpo deve ser desprezada)



IA
Carcinoma invasivo, somente diagnosticado pela microscopia. Obs.: Todos os tumores são clinicamente indistinguíveis - devem ser invasões superficiais (isto é, T1a1-T1a2).

IA1
Invasão extremal com até 3mm em profundidade, e com foco máximo, em extensão horizontal, de 7cm ou menos.

IA2
Invasão extremal maior do que 3mm e de até 5mm, extensão horizontal de 7cm ou menos.


IB
Lesão clinicamente visível, limitada ao colo, ou lesão microscópica maior do que T1a1/IA2.

IB1
Lesão clinicamente visível, com até 4cm em sua maior dimensão.


IB2
Lesão clinicamente visível, com mais de 4cm em sua maior dimensão.

Estádio II
Tumor invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou a terça inferior da vagina

IIA
Sem invasão parametral




IIB
Com invasão parametral




Estádio III
Tumor que se estende à parede pélvica e/ou compromete a terça inferior da vagina e/ou causa hidronefrose ou esclerose renal.

IIIA
Tumor que compromete o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica




IIIB
Tumor que se estende à parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou esclerose renal




Estádio IV

IVA
Tumor que invade a mucosa vesical ou retal e/ou que se estende além da pelve verdadeira



Nota: A presença de metástases distais não é suficiente para se classificar o tumor como T4

IVB
Metástase a distância



Correspondência dos Estádios da FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) com a classificação TNM

Categorias TNM	Estádios da FIGO
T0	
T1	
T1a	0
T1b	I
T1a1	IA
T1a2	IA2
T1b	IB
T1b1	IB1
T1b2	IB2
T2	II
T2a	IIA
T2b	IIB
T3	III
T3a	IIIA
T3b	IIIB
T4	IVA
M1	IVB

Fonte: UICC - Union International Contre le Cancer
2002/02 1997 - 2ª edição

incidente na Região Norte (24/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), ocupa a segunda posição. Na Região Sudeste (16/100 mil), a terceira posição, e na Região Sul (14/100 mil), a quarta.

Câncer de próstata

Este é o quinto tipo de câncer mais comum no mundo e o segundo mais incidente em homens, representando cerca de 14% do total de câncer masculino. Suas taxas de incidência são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos, comparadas aos países em desenvolvimento. Mais do que qualquer outro tipo, é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de 75% dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos.

A mortalidade por câncer de próstata apresenta uma magnitude mais baixa que a incidência, contudo o perfil ascendente é semelhante. Considerando ser este um câncer de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado oportunamente, programas de controle da doença são aplicáveis para a redução da mortalidade. Em geral, a sobrevida média mundial em cinco anos é estimada em 58%. Nos países desenvolvidos, a sobrevida é de 76%, e nos países em desenvolvimento, 45%.

Alguns estudos apontam uma associação entre a dieta baseada em gordura animal, carne vermelha e cálcio e o aumento no risco de desenvolver câncer de próstata. De maneira oposta, a dieta rica em vegetais, selênio, vitaminas

D e E, licopeno e ômega-3 teria efeito protetor. Outros autores sugerem que a raça/etnia também esteja relacionada com a maior incidência, pois esse tipo de tumor é cerca de 1,6 vez mais comum em homens negros. Entretanto, ainda não foi possível afastar a hipótese de que essa diferença esteja relacionada ao estilo de vida e às chances de detecção precoce. A obesidade é apontada como fator de risco para a mortalidade pelo câncer de próstata.

Para o período 2012/2013, o número de casos novos de câncer de próstata estimado para o Brasil é de 60.180 por ano. Estes valores correspondem a um risco estimado de 62 casos novos a cada 100 mil homens. O crescimento



◀ Fôlder elaborado pelo Inca para conscientização do exame de próstata. Década de 1990 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▼ Alargamento da próstata devido ao câncer (ao centro) *Science e Vie*. Hors Série, n. 251, jun. 2010



registrado nas taxas de incidência pode ser decorrente do aumento da expectativa de vida da população brasileira, da evolução dos métodos diagnósticos e da melhoria da qualidade dos sistemas de informação do país.

O câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país, Sul (68/100 mil), Sudeste (78/100 mil), Região Centro-Oeste (75/100 mil), Nordeste (43/100 mil) e Norte (30/100 mil).

Câncer de cólon intestinal e reto

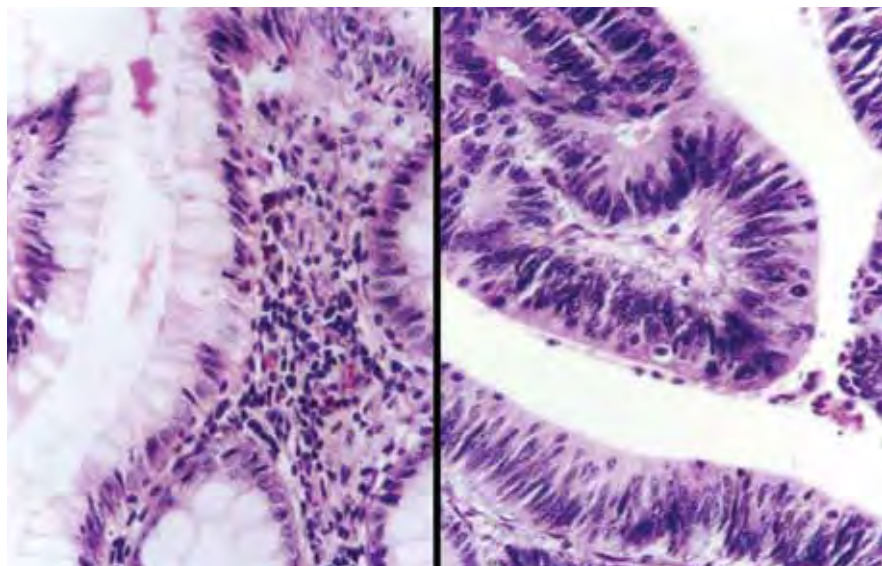
Representa a terceira causa mais comum de câncer no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos. De todos os tipos de câncer, cerca de 10%, ou 1,2 milhão de casos novos, localizam-se em cólon e reto. Os padrões geográficos são bem similares entre homens e mulheres, porém, o câncer de reto é cerca de 20% a 50% maior em homens, na maioria das populações.

Diagnosticada em estágio inicial, a sobrevida para esse tipo de neoplasia é considerada boa, pois sua média global, em cinco anos, é de cerca de 55%, nos países desenvolvidos, e 40%, nos países em desenvolvimento. O relativo bom prognóstico faz com que o câncer de cólon e reto seja o segundo tipo de câncer mais prevalente em todo o mundo, com aproximadamente 2,4 milhões de pessoas vivas diagnosticadas com essa neoplasia, sendo apenas superado pelo câncer de mama em mulheres.

Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia são a história familiar e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino (como as poliposes adenomatosas), seguidos da dieta baseada em gorduras animais, baixa ingestão de frutas, vegetais e cereais, consumo excessivo de álcool e tabagismo. A prática de atividade física regular está associada a um baixo risco e tanto a incidência como a mortalidade se elevam com o aumento da idade.

Para o período 2012/2013, o número de casos novos de câncer de cólon e reto estimado para o Brasil, por ano, é de 14.180 casos, em homens, e de 15.960 casos, em mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 15 casos novos para cada 100 mil homens e 16 casos novos para cada 100 mil mulheres.

▼ Adenocarcinoma de intestino. Microscopia em campo claro de mucosa de intestino grosso humano normal (esquerda) e com tumor maligno de epitélio (adenocarcinoma). Aumento inicial de 100X <http://ppsus.cederj.edu.br/site/visualizar?codigo=916>



Excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de cólon e reto em homens é o segundo mais frequente na Região Sudeste (22/100 mil) e o terceiro nas Regiões Sul (18/100 mil) e Centro-Oeste (14/100 mil). Na Região Norte, ocupa a quarta posição (4/100 mil) e a quinta na Região Nordeste (5/100 mil). Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas Regiões Sudeste (23/100 mil) e Sul (20/100 mil), o terceiro nas Regiões Centro-Oeste (15/100 mil) e Nordeste (7/100 mil), e o sexto na Região Norte (5/100 mil)

Câncer de pele

No Brasil, o câncer de pele não melanoma continua sendo o tipo mais incidente para ambos os sexos, sobretudo os carcinomas basocelulares e de células escamosas. Sua letalidade é considerada baixa, mas em alguns casos em que há demora no diagnóstico, podem surgir ulcerações e deformidades físicas graves.

Por ser uma neoplasia de excelente prognóstico, com taxas altas de cura completa, se tratado de forma adequada e oportuna, é previsível a ocorrência de um considerável percentual de sub-registro. Por isso, a taxa de incidência e o número de casos novos esperados para esse tipo de neoplasia devem ser considerados estimativas mínimas.

O melanoma de pele é menos frequente do que os outros tumores de pele, mas sua letalidade é mais elevada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorram cerca

de 132 mil casos novos desse câncer no mundo e, em termos de prevalência, sejam cerca de 2,5%. Ultimamente, se tem observado um significativo crescimento na incidência desse tumor em populações de pele branca.

O prognóstico do melanoma de pele pode ser considerado bom, se detectado nos estágios iniciais. Nos países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos é de 73%, sobretudo devido à detecção precoce, enquanto nos países em desenvolvimento a sobrevida média é de 56%. A média mundial estimada é de 69%.

Os principais fatores de risco para todos os tipos de câncer de pele são: sensibilidade da pele ao sol, história de exposição solar excessiva, doenças imunossupressoras e exposição ocupacional. Pacientes imuno comprometidos (como os transplantados renais) têm um maior risco para o desenvolvimento do câncer de pele não melanoma. No caso do melanoma, atribui-se maior risco às histórias pessoal ou familiar desse tipo de câncer.

Para o período 2012/2013, o número de casos novos de câncer de pele não melanoma estimado para o Brasil, por ano, é de 62.680 entre homens, e de 71.490 nas mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 65 casos novos para cada 100 mil homens e 71 casos novos para cada 100 mil mulheres.

O câncer da pele não melanoma é o mais incidente em homens nas Regiões Centro-Oeste (124/100 mil),



▲ Detalhe de cartaz sobre prevenção de câncer de pele elaborados pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
Projeto História do Câncer
(COC/Fiocruz – Inca)

Sul (80/100 mil) e Norte (38/100 mil), enquanto nas Regiões Sudeste (73/100 mil) e Nordeste (39/100 mil), é o segundo mais frequente. Nas mulheres é o mais frequente em todas as regiões, com um risco estimado de 109/100 mil na Região Centro-Oeste, 91/100 mil na Região Sudeste, 68/100 mil na Região Sul, 43/100 mil na Região Norte e 42/100 mil na Região Nordeste.

Quanto ao melanoma, embora a letalidade seja elevada, sua incidência é baixa (3.170 casos novos em homens e 3.060 casos novos em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na Região Sul.

Tumores pediátricos

O câncer infantojuvenil é considerado raro se comparado aos tumores que acometem os adultos, significando entre 1% a 3% de todos os tumores malignos, na maioria das populações. Em geral, sua incidência total é maior no sexo masculino. No Brasil, segundo estimativa populacional de 2007, cerca de 38% da população se encontrava abaixo dos 19 anos.

Ao contrário do que geralmente ocorre com as neoplasias na idade adulta, a associação entre câncer pediátrico e fatores de risco ainda não está bem estabelecida. Além disso, os tumores pediátricos crescem mais rapidamente e são mais invasivos, mas respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico. Nos Estados Unidos, a sobrevida média cumulativa em cinco anos é considerada

boa, em torno de 77%. Na Europa, nota-se uma variação entre o Norte europeu (77%) e o Leste europeu (62%).

Dos cânceres infantis, a leucemia é o tipo mais frequente na imensa maioria das populações, correspondendo a entre 25% e 35% de todos os tipos, com exceção da Nigéria, onde o percentual é de 45%. Os linfomas correspondem ao terceiro tipo de câncer mais comum em países desenvolvidos e ao segundo tipo nos países em desenvolvimento, ficando atrás das leucemias. Em crianças de 0 a 14 anos, a leucemia linfóide aguda (LLA) é o tipo de maior ocorrência. Entre os linfomas, o mais incidente na infância é o tipo não Hodgkin, sobretudo o Linfoma de Burkitt.

Os tumores do sistema nervoso central ocorrem principalmente em crianças menores de 15 anos, com um



O cartaz tem um fundo com uma imagem de uma criança sorridente. No topo, há uma faixa com o texto 'Câncer: a INFORMAÇÃO pode SALVAR VIDAS'. Abaixo, há um texto que diz: 'Profissional da saúde: o diagnóstico precoce é fundamental para o controle do câncer infanto-juvenil. Faça a sua parte.' Na base do cartaz, há o endereço 'www.inca.gov.br', o número 'DISQUE SAÚDE 0800 61 1997' e os logos de INCA, SUS e Ministério da Saúde.

▲ Linfoma primário do Sistema Nervoso Central, visto através de ressonância magnética <http://ppsus.cederj.edu.br/site/>

◀ Campanha pelo diagnóstico precoce para controle do câncer infanto-juvenil *Rede Câncer*, n.7, fev. 2009, p.35 visualizar?codigo=3334

pico na idade de 10 anos. Estima-se que cerca de 8% a 15% das neoplasias pediátricas são representadas por esse grupo, sendo o mais frequente tumor sólido na faixa etária pediátrica. Os tumores do sistema nervoso simpático são responsáveis por 7,8% de todos os cânceres em crianças menores de 15 anos de idade, sendo o neuroblastoma o mais frequente, responsável por cerca de 2% a 4% dos tumores infantis.

Os tumores renais representam cerca de 5% a 10% de todas as neoplasias infantis, sendo que o mais frequente, cerca de 95% dos casos, é do tipo embrionário denominado nefroblastoma ou Tumor de Wilms.

Tumores ósseos têm maior ocorrência entre adolescentes, sendo os mais frequentes o Tumor de Ewing e o osteossarcoma. Os sarcomas de partes moles correspondem de 4% a 8% de todas as neoplasias malignas na infância, sendo o Rabdmiossarcoma (RMS) o tipo mais frequente.

Para o período 2012/2013, estima-se a ocorrência de 384.340 casos novos de câncer no Brasil, à exceção dos tumores de pele não melanoma. O que, proporcionalmente, representa um número absoluto de cerca de 11.530 de casos novos por ano de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos.

▼ Tratamento
quimioterápico infantil no
Inca
Acervo Inca





Incidência

Informações sobre a incidência de câncer originam-se principalmente dos Registros de Câncer. Estas informações são fundamentais para definir o papel de fatores etiológicos e estabelecer prioridades no gerenciamento dos serviços de saúde.



Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Base Populacional

O quarto volume da publicação "Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Base Populacional" apresenta informações atualizadas de incidência de câncer para o período entre 2000 a 2004 em municípios brasileiros (principalmente capitais) com o propósito de prover informações relevantes para o planejamento em saúde.



Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil

As informações sobre incidência de câncer raramente estão disponíveis em nível nacional. Este método permite obter estimativa de casos novos a partir das informações disponíveis em nível municipal, com grande utilidade e oferecem um quadro geral sobre a distribuição dos padrões de incidência de câncer no Brasil.

Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) e a Sociedade Brasileira de Oncologia Infantil (SBOI) publicaram a primeira publicação sobre tumores na infância e adolescência, de abrangência nacional, baseada na incidência através das informações dos registros populacionais existentes no Brasil. A publicação de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.



Registros de Câncer de Base Populacional

São centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência de câncer em uma população. Em 2003, foi publicado o terceiro volume da publicação "Registros de Base Populacional", que contou com a participação de dezesseis municípios. Também disponíveis informações "on line" de vinte RCBP.



Classificação Internacional do Câncer na Infância (3ª edição)

A Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, 3ª edição (CID-O3) foi publicada em 2000 e é utilizada principalmente para leucemias e linfomas, que são tipos importantes de câncer na infância. Fez-se então necessária uma revisão da Classificação Internacional do Câncer na Infância (CIC) para classificar os tumores de acordo com a CID-O3 em 12 grupos principais, que são os tipos de câncer na infância.



Manual de Rotinas e Procedimentos

A Portaria Ministerial nº 2.607, de 28 de dezembro de 2005 que institui o Programa de Incentivo Financeiro para custeio das atividades desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Câncer em sua missão de estruturar um sistema nacional de registros de câncer em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde, estabelecendo que os registros de câncer devem ser informatizados, segundo os critérios técnico-operacionais estabelecidos e o Manual de Rotinas e Procedimentos para Registros de Câncer de Base populacional.

Sistemas de Informação

Área destinada aos coordenadores dos Registros de Base Populacional e aos coordenadores dos Registros de Base Populacional.



IntegradorRHC

Aplicativo que cria um banco de dados na nuvem, sendo um importante passo no conhecimento da realidade e na orientação de políticas públicas que atuam na prevenção e no tratamento do câncer.



Área de download do Sistema de Informação

Em diversos países, ao longo das últimas décadas, os registros de câncer se consolidaram como os pilares fundamentais da vigilância sobre a incidência da doença, como fontes imprescindíveis para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e clínicas e também para planejamento e avaliação das ações de controle do câncer. No

que existem diferenças entre os vários tipos de câncer, em função da letalidade e da sobrevida. Para os tumores de maior letalidade, a mortalidade permite uma aproximação do que seria sua incidência, o que não acontece com aqueles de melhor prognóstico, como é o caso dos tumores de mama feminina e próstata. Além disso, a

VIGILÂNCIA DO CÂNCER

Brasil, os registros de câncer são parte da atual Política Nacional de Atenção Oncológica, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Historicamente, a mortalidade tem sido uma fonte essencial para compreensão do perfil epidemiológico das populações. No entanto, utilizar apenas as informações sobre óbito por câncer para o conhecimento de sua ocorrência não permite o entendimento real da magnitude do problema, uma vez

relação entre incidência e mortalidade vem se alterando nas últimas décadas, em função dos avanços obtidos nos recursos de detecção e tratamento, com diagnóstico cada vez mais precoce e a instituição de tratamento cada vez mais efetivo, com inéditas técnicas cirúrgicas e novas drogas para quimioterapia, reforçando a necessidade de se monitorar a ocorrência de novos casos (incidência) por meio trabalho dos registros de câncer.

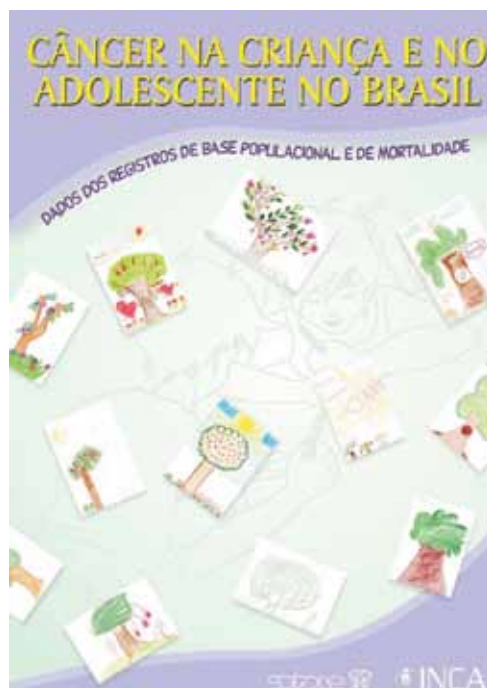
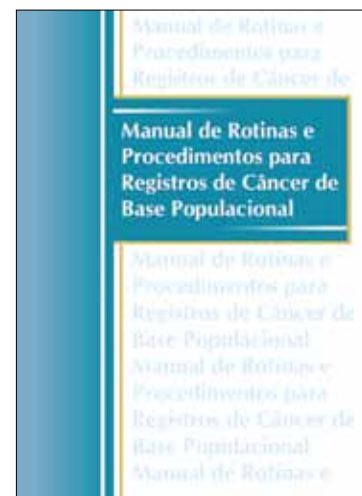
Segundo a padronização internacional, os registros de câncer podem ser classificados em dois tipos: os Registros Hospitalares de Câncer e os Registros de Câncer de Base Populacional, reconhecidos em nosso país pelas siglas RHC e RCBP, respectivamente. Os RCBP produzem informações que permitem descrever e monitorar o perfil da incidência do câncer em uma população geograficamente definida, enquanto os RHC reúnem informações que têm por finalidade a avaliação da qualidade da assistência prestada em determinado hospital ou em um conjunto destes.

No Brasil, os primeiros Registros de Câncer de Base Populacional surgiram nas cidades de Recife e São Paulo em fins dos anos 1960, fruto de iniciativas que buscavam a obtenção de informações sobre morbidade por câncer no país, como já se verificava em outras partes do mundo. Atualmente, existem 25 cidades cobertas pelos RCBP, permitindo um bom monitoramento amostral da população brasileira.

Os RCBP brasileiros têm à disposição, desde 1996, um sistema informatizado SisBasepop, desenvolvido pelo Inca, que possibilita e garante a padronização no processamento dos dados coletados de acordo com as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde. Entre suas várias potencialidades, esse sistema permite a emissão de relatórios padronizados sobre a incidência do câncer, com número absoluto, taxas brutas e ajustadas, por topografia do tumor primário, idade e sexo, permitindo também a importação



◀ Estatísticas do Inca para registros de câncer de base populacional e manual de rotinas e procedimentos www1.inca.gov.br/vigilancia/incidencia.html



de base de dados de diferentes sistemas existentes no SUS, particularmente as do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A partir de 2010, este sistema passou a funcionar em uma plataforma web.

Os RHC, por outro lado, também têm relevante papel no sistema de informações sobre o câncer, assumindo importância crescente como fonte de dados sobre a assistência prestada ao paciente com neoplasia maligna, tanto os adultos quanto os pediátricos. Trabalhando de modo sistemático, coletam informações a respeito da identificação pessoal e demográfica dos pacientes; dos recursos utilizados no diagnóstico e no tratamento, como cirurgia, quimio e/ou radioterapia; das características do tumor, como topografia, tipo histológico e estadiamento, além do estado geral dos pacientes ao longo do tempo, permitindo a coleta de dados necessários para a realização de estudos de estimativa de sobrevida.

No início dos anos 1980, surgiu no Inca o primeiro RHC brasileiro. Baseado na experiência de outros países, os RHC brasileiros foram implantados seguindo padronizações estabelecidas internacionalmente e se expandiram rapidamente, alcançando hoje mais de 90% das unidades da rede de alta complexidade em oncologia do SUS. As padronizações das rotinas e procedimentos dos RHC foram estabelecidas pelo Inca a partir de realização de oficinas de consenso com os especialistas em 1999 e publicadas

em manual específico no ano de 2000. O aplicativo informatizado SisRHC, desenvolvido pelo Inca e disponível desde 2002, tem sido permanentemente aprimorado, atualizado e distribuído para as SES, possibilitando e garantindo a padronização necessária do processamento dos dados.

A partir de 2009 foi desenvolvido o Integrador RHC, um sistema Web, centralizado, que permite a consolidação de bases de dados hospitalares sobre câncer, agilizando o acesso à informação. Hoje, cerca de 140 unidades hospitalares já têm suas informações enviadas e disponíveis para consulta por meio de relatórios estatísticos na página do Inca na internet, de forma semelhante às informações também disponibilizadas pela Fundação Oncocentro de São Paulo para as unidades da rede estadual de alta complexidade em oncologia, com dados disponíveis desde o ano de 2000.

▼ Sistema de busca de informação sobre a incidência do câncer no Brasil, por registro populacional e por registro hospitalar. Acesso pela página do Inca www1.inca.gov.br/vigilancia/sistemas.html

The image shows a screenshot of the Inca website. At the top, there is a navigation bar with the Inca logo and the text 'Estatísticas do Câncer - Vigilância do Câncer e do Fator de Risco'. Below this, there are several tabs: 'Incidência', 'Morbidade', 'Mortalidade', 'Fatores de Risco', 'Exposição Ambiental e Ocupacional', 'Aspectos Terapêuticos', 'Notícias e Eventos', and 'Sistemas de Informação'. The main content area is titled 'Sistemas de Informação' and contains a search bar and several links. One link is for 'IntegradorRHC', described as an application that provides a national database of cancer incidence in Brazil. Another link is for 'Área de download do Sistema de Registro de Câncer de Base Populacional - SinBasePop'. At the bottom, there is a copyright notice: 'Copyright © 1998-2007 INCA - Ministério da Saúde. A reprodução, total ou parcial, das informações contidas nesta página é permitida sempre, quando for citada a fonte. Gerenciado pelas Divisões de Comunicação Social e Tecnologia da Informação.'

*viva
mulher*

programa nacional
de controle do cancer
do colo do útero



Em dezembro de 1993, a Portaria nº 170 da Secretaria de Assistência à Saúde foi a primeira iniciativa regulatória da alta complexidade em câncer no Brasil. Cinco anos depois, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.535/98, tendo em vista a necessidade de garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas, estabelecer

(Cacons). Essa Portaria representou um significativo avanço, na medida em que a estimativa da necessidade de prestadores de serviço nessa área passou a considerar a necessidade assistencial, de base populacional (um centro de alta complexidade para 550.000 habitantes) e não mais a oferta espontânea, por parte dos prestadores privados.

PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS DE CONTROLE

uma rede hierarquizada dos centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes e atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia

Ao longo da década de 1990, o modelo de pagamento por procedimentos, baseado exclusivamente no critério de produção, foi fator determinante para o amplo crescimento dos

serviços isolados de quimioterapia e radioterapia no país. Esses serviços se caracterizam por oferecerem apenas assistência ambulatorial aos pacientes, deixando-os sem cobertura hospitalar. Em consequência, se contrapõem a um dos princípios fundamentais do SUS – a integralidade –, ao segmentar o tratamento oncológico na alta complexidade, além de retardar o acesso ao conjunto de procedimentos indicados para o caso e, em consequência, prejudicar as possibilidades de cura e sobrevida do paciente.

Em dezembro de 2005, a Portaria GM/MS nº 2.439 inovou a abordagem das neoplasias no país. Ao utilizar o conceito do câncer como um problema de saúde pública, esse documento extrapolou a mera regulamentação dos serviços de alta complexidade e fixou as bases de uma ampla Política Nacional de Atenção Oncológica. O documento foi de lenta elaboração, pois um Grupo de Trabalho do Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer (ConsInca) buscou a contribuição e o consenso de distintas entidades, ligadas às sociedades científicas, aos prestadores de serviço e aos gestores de saúde³. Em síntese, os principais

³ Entre as entidades que se fizeram representar, podemos citar: a Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFCC); a Confederação Nacional das Misericórdias (CNM); o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); o Ministério da Saúde – por meio do Instituto Nacional de Câncer (Inca) e do Departamento de Assistência Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde; a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO); a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) e Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT).



▲ Cirurgia de remoção de tumor
Acervo Inca

◀ Paciente em radioterapia (acelerador linear)
Acervo Inca

objetivos enunciados pela portaria foram: promover a qualidade de vida e da saúde da sociedade; organizar linhas de cuidado que envolvam todos os níveis de atenção (básica e especializada, de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos); e constituir redes hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral.

Além disso, a Portaria determinava o desenvolvimento de mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção oncológica e a execução de projetos de incorporação tecnológica.

Quanto à alta complexidade, os parâmetros para planejamento e avaliação da rede assistencial foram estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº 741/05 e seus cinco anexos, que estabelecem os requisitos técnicos estruturais mínimos para inscrição de serviços de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a fim de que possam prestar assistência oncológica ao SUS. Essa portaria alterou o critério de cálculo dos serviços necessários para a cobertura assistencial,

que deixou de ser populacional e passou a utilizar a estimativa de casos novos anuais. Também classificou as unidades de atendimento, como especificado no quadro abaixo.

A Portaria SAS/MS nº 741/05 também lista as especialidades médicas obrigatórias, em regime ambulatorial e de internação, a existência da central de quimioterapia, e estima a capacidade de produção dos equipamentos de radioterapia. Outras informações sobre capacidade de produção serão encontradas na Portaria GM/MS nº 1.101/02. Observe-se que, na área oncológica, o número de leitos não constitui uma variável na mensuração da capacidade instalada.

Tendo em vista a persistência de um grande número de serviços isolados de quimio e radioterapia, sobretudo em alguns Estados da Federação, a Portaria nº 741/05 explicitamente veda a habilitação de novos serviços com esta característica e impõe àqueles ainda existentes um prazo de adequação às novas exigências.

Por reconhecer o câncer como um problema de saúde pública, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO)

UNACON	CACON	CACON de Referência
Unidades de Alta Complexidade em Oncologia: hospital com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (colo do útero, mama, próstata, estômago, cólon e reto).	Centros de Alta Complexidade em Oncologia: hospital com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.	CACONs com a responsabilidade de prestar assessoria técnica ao gestor local do SUS, com relação às políticas de Atenção Oncológica.

indica que as ações para seu controle no Brasil sejam realizadas por meio de uma Rede de Atenção Oncológica (RAO), com a participação direta e indireta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não-governamentais e da sociedade de forma geral. A sua estruturação envolve a elaboração de estratégias e ações que possibilitem maior integração entre os diferentes atores das áreas governamental e não governamental, com o objetivo de formular e executar quatro funções básicas e indispensáveis ao controle do câncer no Brasil: políticas de saúde, conhecimento, ações e serviços de saúde.

Os objetivos principais da RAO são:

- (1) fortalecer o processo de planejamento e a avaliação das ações de atenção oncológica;
- (2) qualificar os diferentes atores sociais para compreensão e gestão do problema do câncer no país;
- (3) promover a geração de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico no campo da atenção oncológica;
- (4) mobilizar a sociedade civil para atuar de forma integrada;
- (5) fomentar a captação de recursos para o combate ao câncer; e
- (6) estimular a integração de ações visando à otimização dos recursos.

No arcabouço normativo do SUS, a organização de redes regionalizadas de saúde aparece como estruturante da construção do SUS. O artigo 7º da Lei nº 8.080/1990 define a competência, frente à criação de redes regionalizadas de saúde, do gestor municipal, em

articulação com o gestor estadual. As Normas Operacionais (NOB) do SUS também apontam a questão das redes, sendo que a NOB 01/96 estabelece a Programação Pactuada Integrada (PPI) da assistência à saúde como instrumento de planejamento e conformação ascendente de redes regionalizadas. A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 introduz um modelo normativo de regionalização com os módulos assistenciais, micro e macrorregiões de saúde expressos nos Planos Diretores de Regionalização (PDR). No entanto, os avanços foram escassos e, atualmente, há poucos exemplos de redes regionais com funcionamento adequado.

O Pacto pela Saúde retoma a discussão da regionalização, a partir da análise crítica da experiência da NOAS 2001/2002, e apresenta estratégias estruturantes e cooperativas para qualificar a atenção e a gestão do sistema de saúde. Esse Pacto tem três dimensões: o Pacto de Gestão; o Pacto pela Vida, que define as políticas de saúde prioritárias; e o Pacto em Defesa do SUS, que indica as diretrizes de repolitização da reforma sanitária. A atenção oncológica está presente nesse documento com a previsão de pactuação de indicadores entre o Ministério da Saúde e os diversos gestores com relação ao controle do tabagismo e às ações para a redução da mortalidade pelos cânceres de colo do útero e de mama.

O programa Mais Saúde: Direito de Todos, 2008-2011 define as seguintes estratégias que norteiam seus eixos de

intervenção: (1) consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral; (2) promoção da saúde e interssetorialidade; (3) priorização dos objetivos e das metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida; (4) aprofundamento da estratégia de regionalização, de participação social e de relação federativa; (5) fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde; (6) salto de qualidade e na eficiência das unidades produtoras de bens e serviços e de gestão em saúde; e (7) equacionamento da situação de subfinanciamento do SUS.

Este programa se estrutura em quatro pilares: 1º – Promoção e Atenção à Saúde: a família no centro da mudança; 2º – Gestão, Trabalho e Controle Social; 3º – Ampliação do Acesso com Qualidade; 4º – Produção, Desenvolvimento e Cooperação em Saúde. Com relação à atenção oncológica, estão previstos investimentos prioritários para a expansão das ações de rastreamento e dos serviços de assistência oncológica de alta complexidade.

Em março de 2011, logo no início de seu governo, a presidenta Dilma Rousseff lançou em Manaus o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, com metas e ações a serem implementadas até 2014, envolvendo um montante de 4,5 bilhões de reais. O envolvimento direto da presidenta e o reconhecimento do problema do câncer como prioridade de governo colocam o tema no centro da

política pública para o SUS. Em grande parte, essa decisão também é decorrente da dimensão que o assunto tomou em toda a mídia, nos últimos anos, como fruto de uma mobilização tanto de profissionais de saúde, setores da sociedade organizada, quanto de órgãos técnicos de governo, como o Inca e a comunidade acadêmica.

A prioridade fundamental desta nova política é de ampliar o acesso e qualificar as ações em todos os



◀ Folheto do programa Mais Saúde Rede Câncer, n.4, p.15

níveis do cuidado, sendo que para o controle desses cânceres, isto diz respeito particularmente aos exames de diagnóstico precoce e ao tratamento. Outra vertente preponderante dessa iniciativa é a da articulação das ações do cuidado em redes organizadas em regiões de saúde, com definição de metas e contrato de compromisso entre os entes públicos envolvidos, município, estado e governo federal.

Ações de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama

O programa Viva Mulher

No início da década de 1990, o Ministério da Saúde tinha como um de seus principais objetivos, em relação às ações para o controle do câncer, a normatização das atividades de prevenção e controle, por meio da elaboração e divulgação de manuais com normas e recomendações para o conjunto de ações, procedimentos e condutas relacionados ao controle do câncer do colo do útero e da mama. O Instituto Nacional de Câncer continuamente divulgava normas e manuais técnicos e apoiava campanhas educativas para controle desses tipos de câncer.

Nessa época, os técnicos do ministério e do Inca buscaram estabelecer um programa de rastreamento do câncer do colo do útero com efetividade em nível nacional. Para tanto postulavam a

necessidade de identificação adequada da população-alvo; a manutenção de um fluxo constante de recursos que garantisse alta cobertura e adesão do grupo-alvo; a existência de serviços adequados para coleta do material e uma estrutura laboratorial adequada para processar os exames; a implantação de um sistema de referência e contrarreferência para o tratamento dos casos alterados e a avaliação e monitoramento do programa e de seu impacto sobre a incidência e mortalidade pela doença.

Em 1995, como consequência da ampliação das demandas do movimento feminista, reforçadas pela participação do Brasil na VI Conferência Internacional da Mulher, o Ministério da Saúde organizou um projeto para uma grande campanha de rastreamento de câncer cervical com base em exames citológicos. Por meio do Inca, foi implantado o Projeto Piloto Viva Mulher, com a finalidade de desenvolver as bases para a estruturação de um programa de rastreamento do câncer do colo do útero, de alcance nacional. Esse piloto ocorreu em seis localidades: Belém (PA); Curitiba (PR); Brasília (DF), nas localidades de Tabatinga, Ceilândia e Samambaia); Recife (PE); na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro (RJ) e no Estado de Sergipe (em janeiro de 1998).

O objetivo do Projeto Piloto Viva Mulher era reduzir a incidência e mortalidade pela doença, a partir da ampliação do acesso das mulheres brasileiras ao exame citopatológico, priorizando as mulheres sob maior



◀ Broche de divulgação do programa Viva Mulher. Década de 1990. Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▶ Fôlderes de divulgação do programa Viva Mulher. Década de 1990. Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



risco, e garantindo o acolhimento e tratamento adequado da doença e de lesões precursoras em 100% dos casos. O projeto se estruturou a partir de alguns elementos estratégicos, entre os quais se destacavam: as ações de comunicação social; a padronização de normas técnicas e procedimentos; a disponibilidade da rede de serviços; a rede de laboratórios com sistema informatizado e uma estrutura quantitativa e qualitativa para a leitura de lâminas de exames citopatológicos; o fluxo de encaminhamento das mulheres com monitoramento por meio de aplicativo criado para o projeto; a incorporação de tecnologia para tratamento: com incorporação, nesse processo, do método de Cirurgia de Alta Frequência (CAF) em âmbito ambulatorial; e o sistema de vigilância:



monitoramento do processo de implantação e aplicação de indicadores; e financiamento do Projeto Piloto.

A avaliação do Projeto Piloto evidenciou alguns avanços importantes, entre os quais se destacavam a padronização de procedimentos e da faixa etária para a coleta e periodicidade; a implantação de um sistema

informatizado que, posteriormente, permitiu ao Datasus (banco de dados do SUS) o desenvolvimento do Sistema Nacional de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (Siscolo); a incorporação tecnológica, como o método de Cirurgia de Alta Frequência (CAF) em âmbito ambulatorial, para tratamento das mulheres com lesões pré-malignas e a incorporação do monitoramento externo da qualidade do exame citopatológico.

No período de 18 de agosto a 30 de setembro de 1998, apoiado na experiência do Projeto Piloto Viva Mulher, o Ministério da Saúde lançou a primeira fase de intensificação da campanha, com a expansão nacional das ações sob a coordenação da Secretaria de Políticas Públicas. Nesse período, foram examinadas 3.177.740 mulheres, em uma mobilização que alcançou 97,9% dos municípios brasileiros. A campanha tinha como metas coletar material para exame citológico em 70% das mulheres com idade entre 35 e 49 e que nunca tivessem realizado o exame; garantir que todos os resultados desses exames fossem entregues às mulheres em mais ou menos um mês; tratar todas as mulheres com diagnóstico de cérvico-colpíte e acompanhar todas as mulheres com citologia positiva até que efetuassem o tratamento e obtivessem a alta.

No intuito de obter os resultados esperados, o ministério procurou estabelecer diversas medidas para impulsionar rapidamente a ampliação da oferta do serviço. Entre elas destacam-se as parcerias com diversas sociedades

científicas para a capacitação de recursos humanos; a remuneração dos laboratórios privados e filantrópicos para a leitura de exames – por meio de cotas de credenciamento estabelecidas de acordo com as necessidades e capacidades dos laboratórios; a criação de um sistema de informação nacional sobre o câncer cervical, o Siscolo, e uma forte campanha publicitária para a mobilização das mulheres. O símbolo da campanha foi o gesto de amarrar uma fita no punho, como para lembrar um compromisso ou uma data importante.

A partir do mês de abril de 1999, foi iniciada pelo Inca a Fase de Consolidação das ações de controle do câncer do colo do útero de alcance nacional, com a expansão do programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, um programa

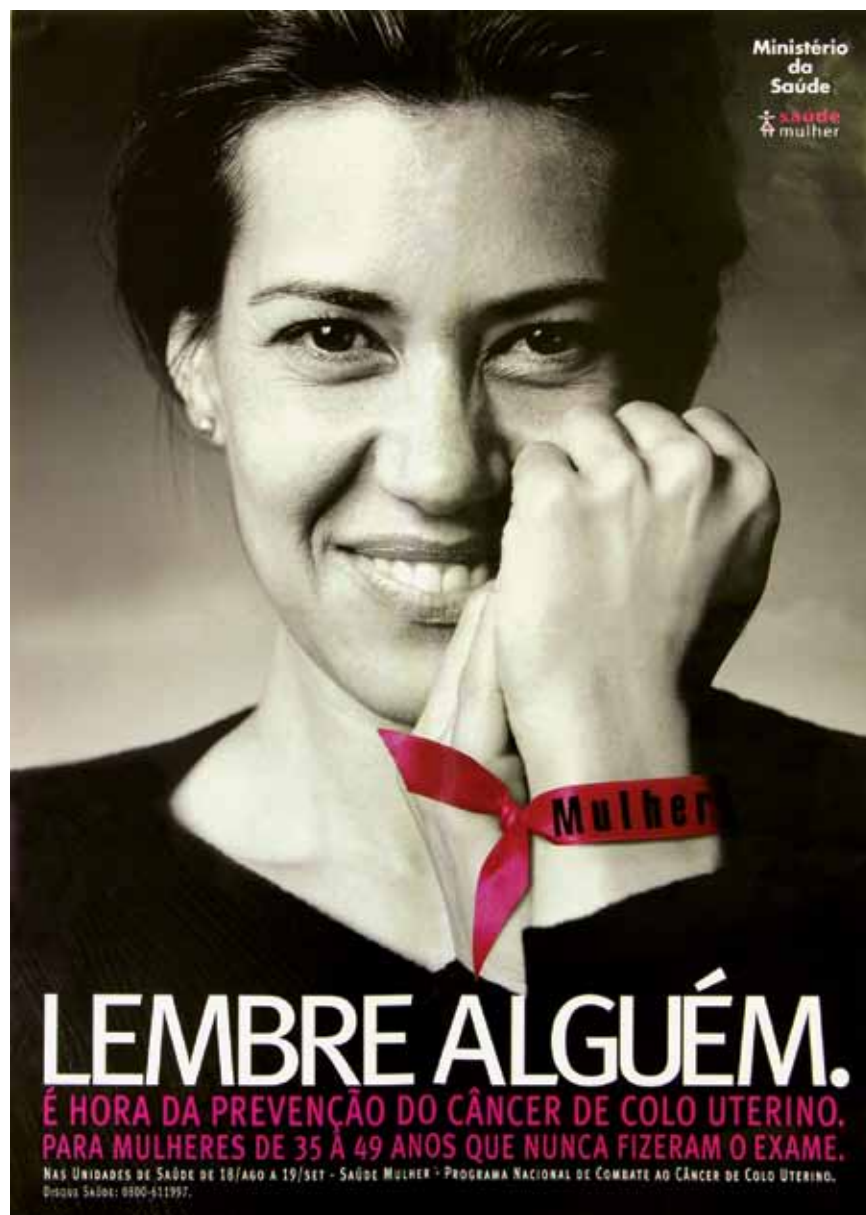
► Cartazes da campanha do programa Viva Mulher. Década de 1990
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



de rastreamento do câncer do colo do útero (com ênfase na detecção precoce) em âmbito nacional, com ampliação das ações de comunicação social; a garantia do financiamento dos procedimentos ambulatoriais; a criação do aplicativo de informática Siscolo para o melhor gerenciamento do programa; incorporação de ações de monitoramento externo da qualidade do exame citopatológico; o fortalecimento da base geopolítica com ênfase na sensibilização de gestores; implantação de polos ambulatoriais para CAF (Cirurgia de Alta Frequência) e realizações de supervisões técnicas.

No ano seguinte, a partir de uma avaliação de seus resultados, os técnicos do Inca concluíram que a política de controle do câncer cervical deveria se pautar na oferta de exames citológicos de rotina, acompanhados de grandes campanhas trienais. Os anos de 2000 a 2003 se caracterizam pela continuidade da expansão do programa Viva Mulher em âmbito nacional, com a incorporação de ações voltadas para detecção precoce do câncer de mama. No período de 18 de março a 30 de abril de 2002, com o objetivo de ampliar a cobertura das ações de rastreamento do câncer do colo do útero e captar mulheres da faixa etária de maior risco, o Ministério da Saúde realizou uma “segunda intensificação” (segunda campanha nacional), sendo examinadas 3.856.650 mulheres em todo o Brasil.

A nova campanha teve como alvo prioritário as mulheres com idade entre 35 e 49 anos que ainda não haviam feito



o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos.⁴ A partir de 2002, não foram efetuadas novas campanhas. O programa passou a dar

⁴ Sobre a trajetória do programa Viva Mulher ver: www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home/historico_programa++/historico

ênfase ao aperfeiçoamento da rede de atenção oncológica, por meio das ações de assessoria técnica aos estados, da modernização tecnológica do Siscolo (Datusus) e da revisão de indicadores para monitoramento das ações do programa (Inca 2005).

Ao longo dos anos de 2004 e 2005, a coordenação do programa Viva Mulher propôs uma revisão da estrutura e das estratégias adotadas. Para este fim, foi constituído um Grupo de Trabalho integrado por representantes de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde que, entre outras contribuições, elaborou o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama – Diretrizes Estratégicas 2005-2007. O Plano de Ação apresentava seis diretrizes estratégicas que organizavam ações a serem desenvolvidas nos distintos níveis de atenção à saúde: (1) aumento de cobertura da população-alvo; (2) garantia da qualidade; (3) fortalecimento do sistema de informação; (4) desenvolvimento de capacitações; (5) desenvolvimento de pesquisas estratégicas e (6) mobilização social.

Ainda em 2005, o Ministério da Saúde instituiu uma nova diretriz com o

objetivo de reforçar a coordenação das ações relacionadas ao câncer – promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

A Política Nacional de Atenção Oncológica reconheceu o câncer como um problema de saúde pública e determinou que as ações para seu controle fossem realizadas por meio de uma Rede de Atenção Oncológica com a participação direta e indireta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações

▼ Material de divulgação do programa de cuidado com câncer de colo do útero e mama. 2011 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

► Fôlder de divulgação das ações nacionais para o controle do câncer do colo do útero. 2011 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero



Um cuidado que vale para toda vida.

não-governamentais e da sociedade de forma geral. Dentre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, se destacava a determinação de que os Planos Municipais e Estaduais de Saúde contivessem planos de controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Posteriormente, o Pacto pela Saúde e o programa Mais Saúde: Direito de Todos, 2008-2011 também atribuíram caráter prioritário às ações de controle dessas neoplasias.

Progressivamente, o eixo norteador da atenção a essas pacientes evoluiu da ênfase na detecção precoce (programa Viva Mulher) para a concepção de Linhas de Cuidado, perpassando todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), inseridas no contexto maior da Rede de Atenção Oncológica.



Programa de Controle do Tabagismo

Desde o final da década de 1950, diversas evidências científicas internacionais passaram a vincular a maior incidência de câncer de pulmão ao hábito de fumar. No Brasil, datam do final da década de 1970 as primeiras ações da medicina visando controlar o tabagismo no país, quando alguns médicos – em especial fisiologistas – começam a defender a necessidade de campanhas de esclarecimento à população sobre os malefícios do fumo. Em 1979, na Bahia, o Instituto Brasileiro de Investigação para a Tuberculose patrocinou um congresso reunindo os médicos mais atuantes na busca de ações concretas contra o problema, divulgando a Carta de Salvador – marco inicial da ação médica contra o tabaco –, um documento que alertava para a magnitude do problema do tabaco no país e para a necessidade de controlá-lo. No ano seguinte, a Organização Mundial da Saúde elegeu o tema “Fumo ou saúde: a escolha é sua” para as comemorações do Dia Mundial da Saúde e, em sua 33ª Assembleia Mundial, recomendou a formação de programas nacionais antitabagistas.

Em 1985, o Ministério da Saúde criou o Grupo Assessor para o controle do tabagismo no Brasil, com o objetivo de propor normas legais para o controle do hábito de fumar, assessorar o ministério na elaboração de um programa de prevenção contra as doenças relacionadas ao tabagismo e avaliar o programa de controle do tabagismo a ser criado pelo Ministério

▼ Adesivos de campanha de combate ao fumo. Década de 1990 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



da Saúde. No ano seguinte, o Congresso Nacional sancionaria uma lei definindo o dia 29 de agosto como dia Nacional de Combate ao Fumo, deixando a cargo do Ministério da Saúde a elaboração de uma campanha nacional contra o tabagismo na semana que antecede a data.

Além das ações de divulgação, o Grupo Assessor procurou normatizar o uso do tabaco a partir de portarias ministeriais. Sua medida de maior impacto foi a criação, em 1988, da Portaria nº 490, que determinava a obrigatoriedade das embalagens de cigarros conterem a mensagem “O Ministério da Saúde adverte: fumar é prejudicial à saúde”. Em 1989, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e entregou sua execução ao Instituto Nacional de Câncer, que se tornou responsável por planejar e coordenar suas ações. Esse programa buscava reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente entre jovens;

aumentar a cessação de fumar e reduzir a exposição à fumaça ambiental do tabaco.

A partir de meados da década de 1990, um dos grandes esforços do PNCT foi a formação de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo sociedades científicas e conselhos profissionais da área da saúde. Essa estratégia de trabalho em rede permitiu ao Sistema Único de Saúde (SUS), progressivamente, se apropriar do PNCT.

A partir de 1996, as ações até então de caráter pontual passaram a ser desenvolvidas continuamente, em âmbito nacional, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, assessoradas e coordenadas pelo Inca, em alguns casos em associação com organizações não governamentais. Em

▼ Anúncio, folheto e adesivo de campanha de combate ao fumo. Década de 1990
Projeto História do Câncer
(COC/Fiocruz – Inca)



◀ Imagens das advertências ao hábito de fumar. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Brasil: Advertências sanitárias nos produtos de tabaco, 2009. Rio de Janeiro: Inca, 2008, p.28

▼ Folhetos de campanha de combate ao fumo. S.d. e 2010 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)





Mundial da Saúde. A CQCT tem como objetivo principal proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. A Convenção-Quadro prioriza ações que beneficiem as populações mais

◀ Folhetos de campanha de combate ao fumo Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▼ Cartazes de campanhas por ambientes fechados livres de tabaco Inca/MS e Rede Câncer, n. 6, set. 2008, p.19



1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que passou a articular uma rede nacional em estados e municípios para a fiscalização do cumprimento das leis relacionadas também ao controle do tabaco.

Em sua trajetória, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo teve como marco a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), proposta em 1999 e aprovada em 2003. Esse é o primeiro tratado internacional de saúde pública, negociado por 192 países com apoio da Organização

vulneráveis e que incluem a sociedade civil em sua execução.

Em 2003, nas Nações Unidas, o presidente da República do Brasil assinou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, assumindo o compromisso de promover sua ratificação no Congresso Nacional. Nesse mesmo ano, criou a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq), presidida pelo Ministro da Saúde e tendo o Inca como sua secretaria executiva. Em novembro de 2005, a adesão do Brasil à Convenção-





Quadro para o Controle do Tabaco foi ratificada pelo Congresso Nacional. Em janeiro de 2006, a ratificação foi promulgada pelo presidente da República e as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo passaram a integrar a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo Brasil na condição de país em desenvolvimento, grande produtor de tabaco e alvo permanente das sofisticadas estratégias das grandes transnacionais do setor, o Governo Federal tem articulado o PNCT de modo abrangente e intersetorial, e muitos são os indicadores de seu avanço. Por exemplo, desde 1989, a prevalência do tabagismo vem diminuindo, aproximadamente 0,8 ponto percentual a cada ano.

◀ Publicação do Inca sobre *A situação do tabagismo no Brasil entre os anos de 2002 e 2009* (Rio de Janeiro, 2011) www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/situacao_tabagismo.pdf

◀ Folheto sobre a Convenção-Quadro. 1997 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▼ Símbolo da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

▼ Fôlder de divulgação da Convenção-Quadro. 2003 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



A Política Nacional de Humanização na Atenção Oncológica

Instituída em dezembro de 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica promoveu a descentralização e a valorização da corresponsabilidade entre a rede de serviços e as equipes profissionais, visando à integralidade da atenção ao paciente com câncer. Tais princípios propiciaram a incorporação da Política Nacional de Humanização à Rede de Atenção Oncológica (RAO). As estratégias adotadas para sua implementação envolveram a constituição dos Conselhos de Gestão Participativa, dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) junto à direção geral da Instituição, das equipes multiprofissionais e interdisciplinares de referência, da recepção integrada e outros espaços coletivos de intercâmbio e gestão compartilhada da clínica.

A prática profissional no âmbito da atenção oncológica implica na convivência com inúmeras reações físicas e emocionais – de pacientes e familiares – e com situações extremas de dor, sofrimento, mutilações e morte. Em especial, alguns momentos de maior impacto e dificuldade no percurso dos tratamentos costumam se relacionar à comunicação de notícias difíceis, como o diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado, a atenção a graves sequelas dos tratamentos e o esgotamento dos recursos de cura e a preparação para os cuidados paliativos. Assim, é clara a necessidade de alterar o modelo de atenção em direção à gestão compartilhada da clínica, pela percepção da necessidade da atenção ao cuidador, o que impõe a necessidade de interação de diferentes saberes e a construção de laços solidários entre a equipe e a rede social dos usuários.

◀ Leitos de internação para adolescentes na *Hospedaria Juvenil*, projeto idealizado pelo Instituto Desiderata, de acordo com o programa de humanização na atenção oncológica (Hemorio, Rio de Janeiro)
Instituto Desiderata/Michele Nobre

▼ Brinquedoteca do Inca I
Foto: Roberto de Jesus e Vinicius Pequeno. Acervo COC/Fiocruz

▶ Instalações de tratamento do *Aquário Carioca*, projeto idealizado pelo Instituto Desiderata, de acordo com o programa de humanização na atenção oncológica
Instituto Desiderata/Andrea Capella
Instituto Desiderata/Imagens do Povo/Leo Lima





A implementação da PNH deve incluir em seu plano de ação o estímulo a pesquisas de pós-graduação, utilizando como referencial a temática da humanização; a elaboração de projetos de melhoria da ambiência, incluindo paciente, familiar e profissional; a implantação de uma ouvidoria junto à direção-geral; a inclusão da humanização da atenção e da gestão nos cursos de formação e projetos de educação permanente em Oncologia e a realização de ações voltadas para a saúde dos profissionais.

- ▲ Fôlder sobre os direitos sociais da pessoa com câncer
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)
- ▲ Publicação do Inca (Rio de Janeiro, 2010)





PARTE III
CÂNCER –
A PREVENÇÃO
NO PAÍS



A prevenção primária contra o câncer consiste na identificação e no controle da exposição de indivíduos e coletividades a fatores de risco. Como essa exposição é tempo-dependente, o risco de câncer aumenta com a idade. A interação entre os diversos fatores determina o risco individual de câncer.

agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante, alimentos contaminados, obesidade e situação socioeconômica.

Parte da redução do risco de desenvolver câncer depende dos resultados de novas pesquisas, de ações coletivas, de mudanças culturais na

IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE DE FATORES DE RISCO

Os fatores de risco podem ser classificados como intrínsecos: a idade, o gênero, a etnia e a herança genética; ou extrínsecos: o uso de tabaco e álcool, sedentarismo, alimentação inadequada,

sociedade e iniciativas governamentais, como a introdução de uma vacina para o controle de um agente infeccioso, por exemplo, o vírus da hepatite B. Outra parte importante depende de decisões

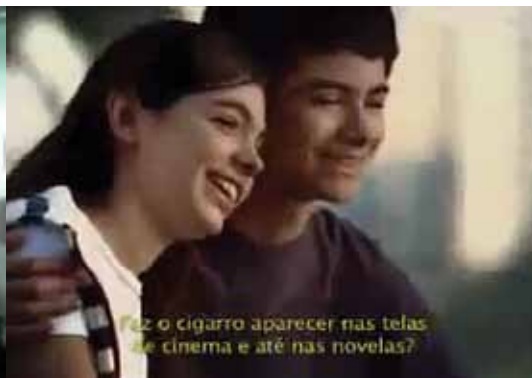
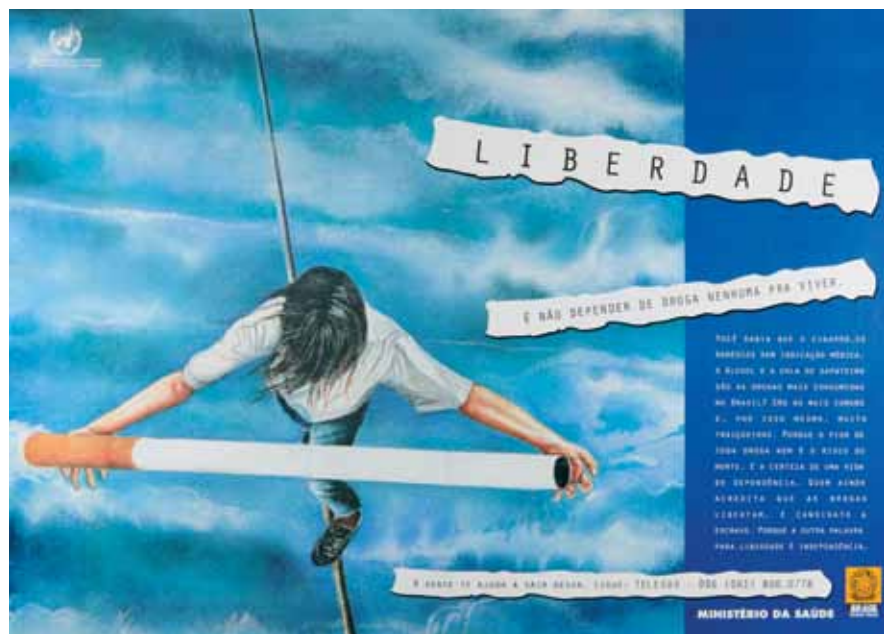
e do comportamento individual. Na atualidade, estima-se que cerca de 30% de todas as neoplasias poderiam ser prevenidas pela intervenção sobre apenas quatro fatores: tabagismo, alimentação, obesidade e inatividade física.

Tabagismo

É consenso no meio médico que o consumo do tabaco constitui uma doença crônica, inserida na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da Organização Mundial da Saúde (OMS). O usuário de derivados do tabaco é continuamente exposto a mais de 4 mil substâncias tóxicas, dentre elas, nicotina, alcatrão, monóxido de carbono, resíduos de pesticidas e até substâncias radioativas.

Ao longo dos anos, o tabagismo se tornou um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo e representa o principal fator de risco evitável para diversas doenças. A ele são atribuídas 30% das mortes por câncer, 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 25% das mortes por doença cerebrovascular, as principais causas de mortalidade no Brasil.

O câncer de pulmão, em 90% dos casos provocado pelo tabagismo, ocupa a primeira posição em mortalidade por câncer no sexo masculino, no Brasil e na maioria dos países desenvolvidos. A mortalidade por câncer de 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 quatro vezes maior. Além deste câncer, o tabagismo também é um importante fator de





◀ Campanhas antitabagistas Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)

Parar de fumar reduz consideravelmente o risco de morte por causas associadas ao tabaco, aumentando em nove anos a sobrevida média de uma população.

Dados atuais informam que o percentual de fumantes no Brasil diminuiu, nos últimos vinte anos, de 34% (1989) para 18% (2008), provavelmente como reflexo das políticas públicas de controle do tabaco implementadas. Dados comparativos do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não-Transmissíveis e da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) revelam que, de 1989 a 2002/2003, a prevalência diminuiu em 20,8% em Manaus; 45,2% em Belém; 38,5% em Natal; 35,7% em Recife; 41,7% em Campo Grande; 34,6% no Distrito Federal; 43,3% no Rio de Janeiro; 33,3% em São Paulo e 10,3% em Porto Alegre. Ainda assim, a Pesquisa Especial sobre Tabagismo realizada pelo IBGE em 2008 estimou em quase 25 milhões o número de fumantes no país.

Atenção especial deve ser dada aos adolescentes, por se tratar de uma parcela da população mais vulnerável à influência da propaganda e do comportamento de grupos sociais.

▼ Cenas do comercial "Fique esperto". SUS/MS

risco para tumores de laringe, pâncreas, fígado, bexiga, rim, leucemia mieloide e, associado ao consumo de álcool, aumenta o risco de câncer da cavidade oral e esôfago.

Fumantes de 1 a 14 cigarros, 15 a 24 cigarros e mais de 25 cigarros têm, respectivamente, um risco, aproximadamente, 8, 14 e 24 vezes maior de morte por este tipo de câncer do que pessoas que nunca fumaram.



cria sabores diferentes e vitrines bonitas?

Porque a indústria do cigarro quer transformar você.

que ainda é jovem.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

E tem gente que diz que o cigarro não é droga



Cigarro faz mal até para quem não fuma.



PARA DE FUMAR
DESCULPE LARGAR
ISSO A 1997

UNICA



Ministério da Saúde



A idade de iniciação no uso regular do cigarro está associada à severidade da dependência no futuro. De um modo geral, não há diferenças marcantes no percentual de fumantes por gênero, no Brasil, sendo que, em algumas capitais, observa-se até um aumento na proporção de meninas fumantes em relação a meninos.

A carga da doença provocada pelo tabaco estende-se também ao tabagismo passivo. Desde a década de 1980, a

literatura científica vem acumulando evidência de que o tabagismo passivo está associado a uma série de agravos, tais como câncer de pulmão e infarto em não-fumantes, doenças respiratórias agudas em crianças e retardo no crescimento intrauterino como consequência da exposição ao fumo durante a gravidez.

A simples separação de fumantes e não-fumantes, em um mesmo espaço, não elimina a exposição de



◀ Material de sensibilização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, distribuído a partir do ano 2000





◀ Campanhas de alerta à influência da propaganda e comportamento de grupos sociais no hábito do tabagismo, principalmente para adolescentes Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca) e Rede Câncer, n. 6, set. 2008, p.16

não-fumantes à poluição tabagística ambiental. Estudos recentes mostram que, entre os não-fumantes cronicamente expostos à fumaça do tabaco nos ambientes, o risco de desenvolvimento do câncer de pulmão é 30% maior do que o risco entre os não-fumantes não expostos. Do mesmo modo, o risco de não-fumantes expostos à fumaça do tabaco de desenvolverem

doenças cardiovasculares é 24% maior do que entre não-fumantes não expostos.

Mulheres e crianças formam o grupo de maior vulnerabilidade na exposição tabagística passiva em ambientes domésticos. No ambiente de trabalho, a maioria dos trabalhadores não está protegida da exposição involuntária da fumaça do tabaco pela regulamentação

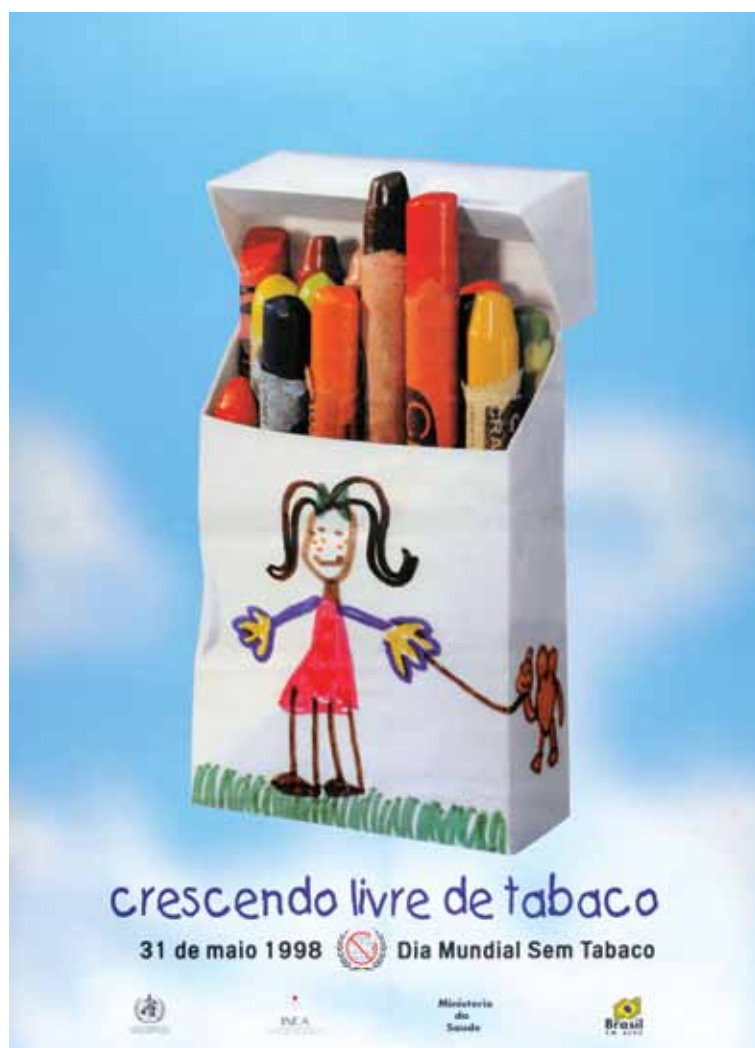


de segurança e saúde. Isto levou a OMS a considerar a exposição à fumaça do tabaco fator de risco ocupacional.

Os danos provocados pela poluição tabagística ambiental ampliam mais ainda a dimensão do problema do tabagismo. A maior parte do tempo total de consumo (96%) de um cigarro corresponde à fumaça que sai silenciosamente da ponta do mesmo. Essa contém todos os componentes tóxicos e em proporções mais elevadas do que a que sai da boca do fumante. No ambiente, podem ser encontrados três vezes mais monóxido de carbono e nicotina, e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas.

A fumaça se difunde pelo ambiente homogeneamente, fazendo com que as pessoas, mesmo posicionadas longe dos tabagistas, inalem quantidades de poluentes iguais às que estão próximas aos fumantes. Dessa forma, os fumantes passivos sofrem os efeitos imediatos da poluição ambiental, tais como irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia e aumento dos problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias. Pesquisas mostram um risco aumentado de câncer de pulmão e de doenças cardíacas, em longo prazo, entre os fumantes passivos.

As crianças, principalmente as de baixa idade, são fortemente prejudicadas devido à convivência involuntária com fumantes. Há maior prevalência de problemas respiratórios (bronquite aguda, pneumonia, bronquiolite) em crianças de até 1 ano de idade, que vivem com fumantes, em relação àquelas



cujos familiares não fumam. Observa-se que, quanto maior o percentual de fumantes no domicílio, maior o percentual de infecções respiratórias, chegando a 50% nas crianças que vivem com mais de dois fumantes em casa. É, portanto, fundamental que os adultos não fumem em locais onde haja crianças, para que não as transformem em fumantes passivos.

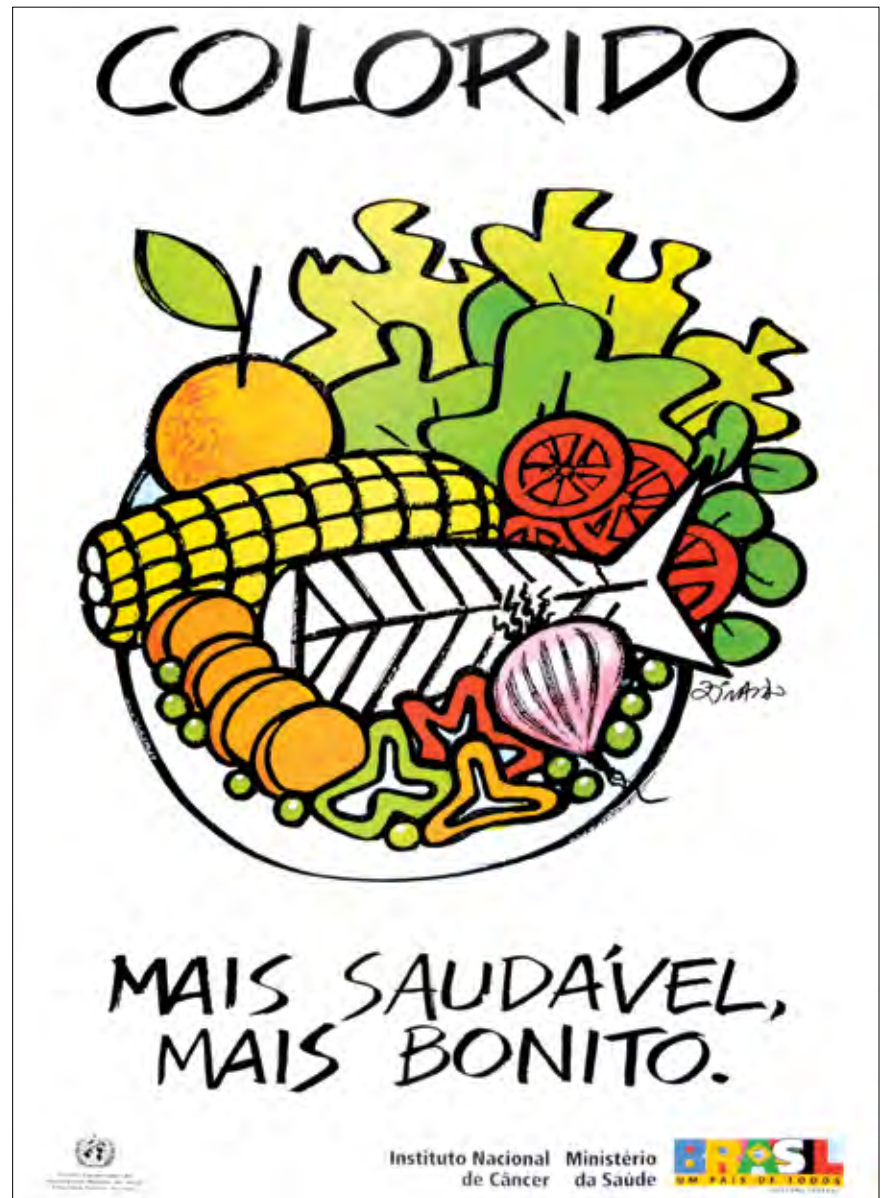
Cartaz do Dia Mundial Sem Tabaco
Projeto História do Câncer
(COC/Fiocruz – Inca)

As estatísticas de mortalidade pelo tabagismo são alarmantes: a cada ano, o uso dos derivados do tabaco mata cerca de 3 milhões de pessoas em todo o mundo, e este número tende a crescer. Atualmente, o tabagismo vem causando mais mortes prematuras no mundo do que a soma de mortes provocadas por AIDS, consumo de cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios juntos. Se a tendência de consumo não for revertida, nos próximos 30 a 40 anos (quando os fumantes jovens de hoje atingirem a meia-idade), a epidemia tabagística será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% delas ocorrerão em países em desenvolvimento.

No Brasil, estima-se que, a cada ano, o cigarro mate precocemente cerca de 80 mil pessoas, ou seja, cerca de oito brasileiros a cada hora.

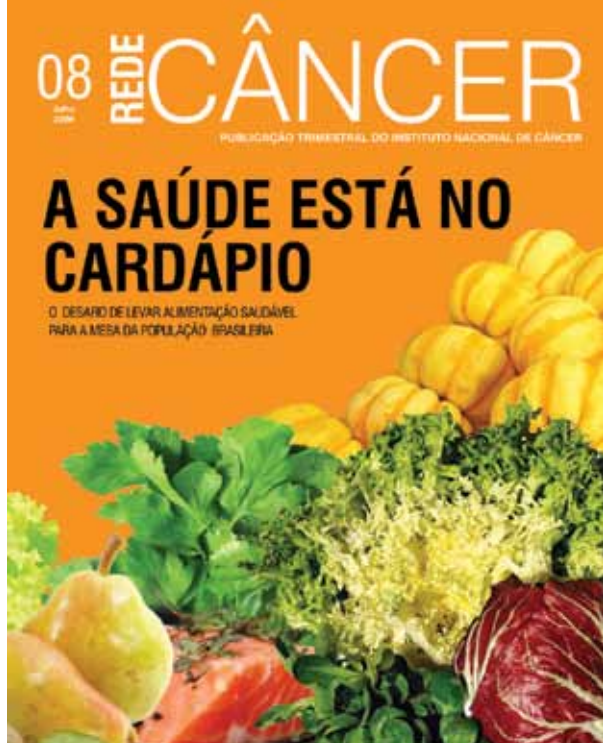
Alimentação

A relação entre câncer e fatores alimentares é complexa, pois a alimentação é composta por diversos tipos de alimentos, nutrientes e substâncias químicas que interferem no grau de risco. Além disso, o método de preparo e de conservação, o volume consumido e o equilíbrio calórico também contribuem para o grau de risco. A evidência científica demonstra que frutas, legumes e verduras (FLV) representam fatores de proteção contra o câncer, chegando a reduzir a incidência em 5% a 12% do número de casos.



A tendência cada vez maior da ingestão de vitaminas em comprimidos não substitui uma boa alimentação. Os nutrientes protetores só funcionam quando consumidos a partir dos alimentos. O uso de vitaminas e de

▲ Cartaz sobre a importância da alimentação saudável, ilustrado pelo cartunista Zirardo
Projeto História do Câncer
(COC/Fiocruz – Inca)



outros nutrientes isolados na forma de suplementos não é recomendável para prevenção contra o câncer.

Frutas, verduras, legumes e cereais integrais contêm nutrientes como vitaminas, fibras e outros compostos, que auxiliam as defesas naturais do corpo a destruírem os carcinógenos antes que causem sérios danos às células. Esses tipos de alimentos também podem bloquear ou reverter os estágios iniciais do processo de carcinogênese, portanto, devem ser consumidos com frequência.

Hoje, já está estabelecido que uma alimentação rica nesses alimentos ajuda a diminuir o risco de câncer de pulmão, cólon, reto, estômago, boca, faringe e esôfago. Provavelmente, reduz também o risco de câncer de mama, bexiga, laringe e pâncreas, e possivelmente o de ovário, endométrio, colo do útero, tireoide, fígado, próstata e rim.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um consumo diário de pelo menos cinco porções de FLV – em torno de 400g por dia. Esses alimentos contêm um baixo teor calórico e ajudam a manter um peso corporal adequado. Frutas, legumes e verduras de diferentes cores contêm diferentes nutrientes que, em seu conjunto, conferem ainda maior proteção. Talvez por sua capacidade de aumentar a velocidade do trânsito intestinal, as fibras são outro fator protetor presente na alimentação. Indivíduos que consomem mais fibras têm um risco até 40% menor quando comparados com pessoas que comem menos.

O consumo elevado de carne vermelha ou processada (salsicha, presunto, salame etc.) pode aumentar o risco de câncer de intestino e, possivelmente, de estômago e pâncreas. Com frequência, estes alimentos contêm nitratos e nitritos que, no intestino, são convertidos em substâncias carcinogênicas denominadas nitrosaminas. Devido à grande quantidade de calorias por peso de alimento, as gorduras contribuem para a obesidade, aumentando o risco dos cânceres que lhe são associados. Alimentos industrializados frequentemente contêm grandes quantidades de gordura e açúcares, e tendem a ter alta densidade energética.

Outros fatores alimentares associados ao câncer incluem alimentos salgados (carne de sol, charque e peixes salgados), que aumentam os riscos de câncer de

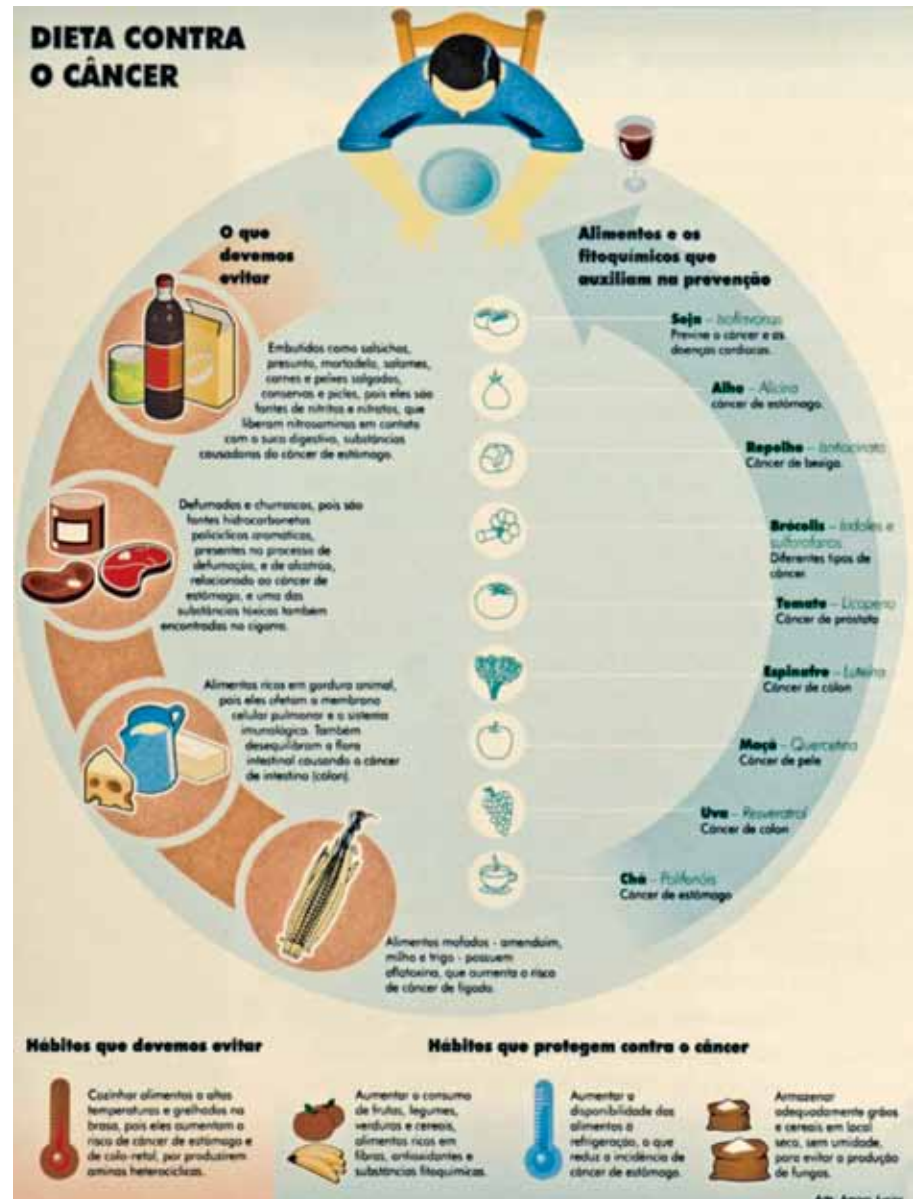
◀ Capa da revista *Rede Câncer* sobre alimentação saudável
Rede Câncer, n. 08, jul. 2009

estômago e nasofaringe, e o consumo de alimentos contaminados por aflatoxinas (que podem estar presentes em grãos e cereais mofados), que, por sua vez, estão associados com o câncer de fígado.

Recomendações alimentares para a prevenção contra o câncer⁵:

1	Mantenha um peso saudável (IMC entre 18,5 e 24,9);
2	Mantenha uma atividade física diária total de, pelo menos, 30 minutos;
3	Limite o consumo de alimentos de alto valor calórico;
4	Coma mais verduras, frutas e legumes variados, bem como cereais e grãos integrais. Procure preparar um prato de comida com, pelo menos, 2/3 destes alimentos;
5	Limite o consumo de carnes vermelhas e evite carnes processadas e embutidas. Ao cozinhá-las, empregue baixas temperaturas;
6	Limite o consumo diário de bebidas alcoólicas a até duas doses, para homem, e uma dose, para mulher;
7	Limite o consumo de sal e de comidas industrializadas com sal. Utilize temperos naturais, tais como pimentas e ervas;
8	Suas necessidades nutricionais devem ser alcançadas por meio de uma alimentação balanceada. Evite suplementos alimentares, exceto em casos especiais, sob orientação profissional;
9	Deve-se usar a amamentação exclusiva até os 6 meses de vida do bebê, por conferir proteção contra o câncer de mama e a obesidade da criança;
10	Após o tratamento, os pacientes de câncer devem seguir as recomendações para a prevenção contra a reincidência da doença. Um estilo de vida saudável pode auxiliar na redução do risco da recorrência;
11	Não fume!

⁵ Fonte: World Cancer Research Fund – WCRF (2007).



▲ Recomendações para uma alimentação saudável Rede Câncer, n.02, ago. 2007, p.14

Obesidade e sobrepeso

O excesso de peso vem aumentando em todo o mundo desenvolvido. No Brasil, a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2011), realizada pelo Ministério da Saúde com 54 mil adultos em todas as capitais, concluiu que cerca de 48,5% da população apresenta excesso de peso e 15,8% tem obesidade. A proporção de pessoas acima do peso no país aumentou 5,8 pontos percentuais de 2006 a 2011, enquanto o percentual de obesos subiu 4,4 pontos no mesmo período.



TRÊS
PASSOS
PARA UMA
VIDA
MELHOR

- Alimentação equilibrada •
- Atividade física regular •
- Peso na medida certa •

O peso corporal é o resultado da conjunção de fatores genéticos, metabólicos, ambientais, psicológicos, sociais e culturais e, em geral, é estimado pelo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), a partir da divisão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros).

Valores de IMC entre 25kg/m² e 29,9kg/m² são considerados sobrepeso e iguais ou superiores a 30kg/m², obesidade. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o excesso de peso é a segunda maior causa evitável de câncer, sobretudo para as localizações: colorretal (9% a 14% dos casos); esôfago (33% dos casos); mama, pós-menopausa (7% a 13% dos casos); endométrio e rim (25% dos casos); vesícula e pâncreas.

◀ Adesivo sobre melhoria na qualidade de vida
Projeto História do Câncer
(COC/Fiocruz – Inca)

Atividade física

Estudos indicam que a atividade física regular tem um papel protetor em relação ao câncer de algumas localidades, principalmente o colorretal e aqueles relacionados aos hormônios femininos (mama e endométrio). Estima-se que cerca de 5% de todas as mortes por câncer no mundo estão associadas à inatividade física.

Embora a atividade física possa ajudar indiretamente na redução do risco de cânceres associados ao sobrepeso e à obesidade, a redução no risco de câncer por sua prática regular independe da contribuição para a adequação do peso. Vários estudos sobre atividade física e câncer de mama mostram que a mulher ativa tem o risco de câncer reduzido em

Você pode começar agora a adotar hábitos saudáveis e melhorar a sua qualidade de vida.



◀ Campanha antialcoolismo defendendo hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida
Projeto História do Câncer
(COC/Fiocruz – Inca)

20% a 40%, pela diminuição dos níveis de insulina e hormônios femininos, e os maiores benefícios são observados entre as mulheres que também mantêm o peso corporal adequado.

No momento, a recomendação para redução do risco de câncer é a prática de atividade física moderada, por cerca trinta minutos, cinco vezes por semana.

Outros fatores de risco

Álcool

Independentemente do tipo de bebida, o álcool está associado ao aumento do risco de diversos tipos de câncer, como o de boca, faringe, laringe, esôfago, mama e intestino. Para o câncer de fígado, o álcool representa seu principal fator de risco, por induzir o desenvolvimento de cirrose hepática. O risco é ainda maior para pessoas infectadas pelo vírus da hepatite B ou C.


Depois do tabagismo, o álcool é a principal causa de câncer de boca e de esôfago. O consumo pesado de álcool (seis doses ou mais por dia) aumenta o risco desses cânceres em cinco a dez vezes. Também os indivíduos classificados consumidores moderados (três doses por dia) têm o risco de câncer de boca aumentado e mesmo uma pequena quantidade de álcool, como uma dose diária, pode aumentar o risco.

O risco de câncer é maior para as pessoas que bebem e fumam, pois os efeitos se potencializam.



Exposição à radiação ultravioleta

Aproximadamente 5% de toda a radiação solar provêm dos raios ultravioleta, que representam a principal causa de câncer de pele, seja do tipo melanoma ou não melanoma. A intensidade da radiação solar varia em função de diversos fatores, como a localização geográfica (latitude), hora do dia, estação do ano e condição climática. O Índice Ultravioleta (IUV) é uma medida dessa intensidade e é apresentado para uma condição de céu claro na ausência de nuvens, representando máxima intensidade de radiação. Segundo sua intensidade, a OMS classifica esse índice em cinco categorias:

	Baixo	menos do que 2
	Moderado	entre 3 e 5
	Alto	entre 6 e 7
	Muito alto	entre 8 e 10
	Extremo	acima de 11

Os fatores de risco também envolvem as características individuais e fatores ambientais. A excessiva exposição à radiação ultravioleta nos primeiros anos de vida aumenta muito este risco, mostrando ser a infância uma fase particularmente vulnerável a seus efeitos. Embora pessoas de pele mais clara estejam mais propensas aos danos dessa radiação, pessoas de pele escura também podem ser afetadas pois, vale lembrar, a radiação ultravioleta eleva o risco de câncer de pele, ainda que não cause queimaduras.

A prevenção contra o câncer de pele inclui ações de prevenção primária, por



◀ Folheto e cartazes sobre cuidados à exposição solar
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



meio de proteção contra luz solar, que são efetivas e de baixo custo. A educação em saúde, para profissionais e para a população em geral, é uma estratégia internacionalmente aceita. Além disso, pode alertar para a possibilidade de desenvolvimento desse câncer e possibilitar o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade. O autoexame contribui

▲ Folheto de campanha contra a excessiva exposição solar
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



Fatores relacionados ao ambiente de trabalho

Cerca de 2% a 4% de todos os casos de câncer podem estar associados a exposições ocorridas nos ambientes de trabalho, quando existir a interação de fatores de risco hereditários e ambientais.

Nos ambientes de trabalho podem ser encontrados agentes cancerígenos como o amianto, a sílica, solventes aromáticos

▼ Folheto sobre prevenção do câncer ocupacional. Década de 1990 Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



para o diagnóstico precoce e, com a identificação de manchas e/ou sinais ou mudança em seu aspecto, deve-se procurar o dermatologista.



◀ O amianto, muito utilizado em telhas, é um fator de risco comum em ambientes de trabalho
Rede Câncer, n.5, jun. 2008, p. 33

▼ Ilustração: saúde do trabalhador em foco
Rede Câncer, n.14, jul. 2011, p. 6

▼ Material de divulgação de vigilância do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)



como o benzeno, metais pesados como o níquel e cromo, a radiação ionizante e alguns agrotóxicos, cujo efeito pode ser potencializado se for somada a exposição a outros fatores de risco para câncer, como a poluição ambiental, dieta rica em gorduras trans, consumo exagerado de álcool, os agentes biológicos e o

tabagismo. Os tipos mais frequentes de câncer relacionado ao trabalho são o câncer de pulmão, os mesoteliomas, o câncer de pele, o de bexiga e as leucemias.

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (Iarc) identifica 99 substâncias como reconhecidamente cancerígenas.

SUBSTÂNCIAS CANCERÍGENAS	PRINCIPAIS LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS DE CÂNCER
Alumínio	Pulmão e bexiga
Borracha	Leucemia e estômago
Coqueria	Pele, pulmão, rim, intestino e pâncreas
Couro e sapatos	Adenocarcinoma, câncer nasal, leucemia, pulmão, cavidade oral, faringe, estômago e bexiga
Fundição de ferro e aço	Pulmão, leucemia, estômago, próstata e rim
Madeira/Mobiliário	Adenocarcinoma nasal, câncer brônquico, pulmão e mieloma

Fonte: Iarc

Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho e ao Ambiente

Dentre os diversos tipos de câncer, entre 80 e 90% estão relacionados a fatores ambientais e ocupacionais.

Analise na história clínica do paciente a possível presença de agentes cancerígenos no processo de trabalho ou no meio ambiente.

Adote sempre o Princípio da Precaução, pois não existe nível seguro para exposição a agentes cancerígenos.

www.inca.gov.br

INCA
Instituto Nacional de Câncer

Ministério da Saúde

Infecções

Embora seja fato ainda pouco difundido, estima-se que, em todo o mundo, cerca de 18% dos casos de câncer estejam associados a infecções crônicas causadas por alguns tipos de vírus, bactérias e parasitas, conferindo-lhes uma importância apenas superada pelo tabagismo e pela alimentação inadequada.

Tal como em outras situações, para o desenvolvimento de câncer o agente infeccioso é condição necessária, mas não suficiente. Apenas a presença de um conjunto de fatores é capaz de transformar células normais em cancerosas, destacando-se a duração e a gravidade da infecção.

Segundo a International Agency for Research on Cancer (Iarc), existe evidência consistente de potencial carcinogênico para os vírus das hepatites B e C, o *Helicobacter pylori* e o Papilomavírus humano (HPV). Agentes infecciosos de menor importância são o *Schistosoma haematobium* (associado ao câncer de bexiga em 3% dos casos), o vírus T-linfotrópico humano tipo I (HTLV I) e o *Opisthorchis viverrini* (responsável por 0,4% dos cânceres de fígado).

Vírus da hepatite B (HBV) e da hepatite C (HCV)

Atribuem-se a ambos os vírus responsabilidade pela maioria dos carcinomas das células do fígado: cerca

de 58,8% dos casos pelo HBV, e 33,4%, pelo o HCV. Quando ocorre infecção dupla, há efeito aditivo.

Papilomavírus humano (HPV)

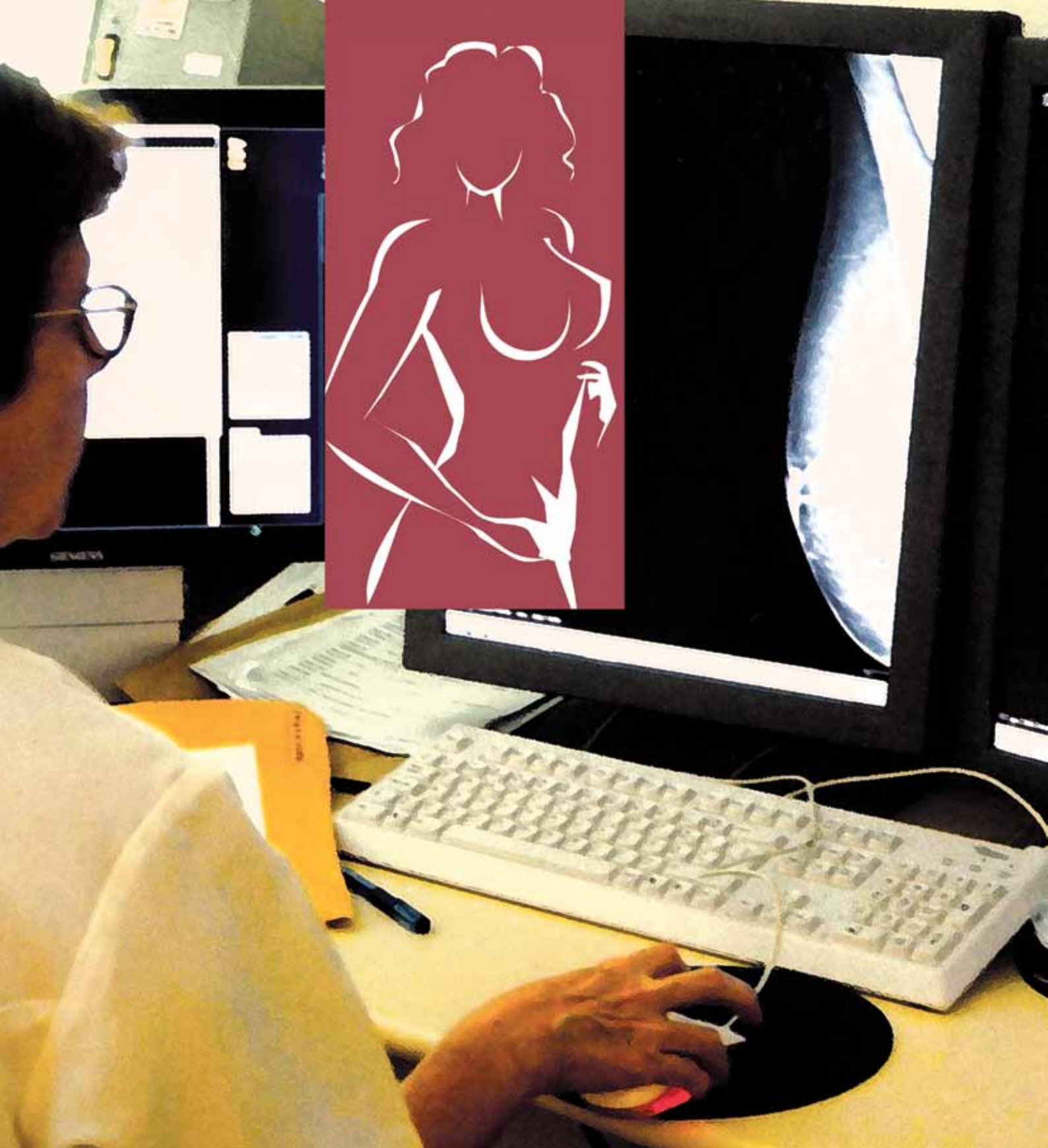
Trata-se de um vírus transmitido por via sexual, considerado o agente infeccioso mais importante no desenvolvimento do câncer. Os subtipos ligados ao câncer do colo do útero são 16 e 18 (70% dos casos), 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 66. De forma menos frequente, também pode estar associado ao câncer em outras localizações: vagina, vulva, pênis, ânus e orofaringe.

Helicobacter pylori

O *Helicobacter pylori* é uma bactéria que infecta o estômago e produz uma resposta inflamatória na mucosa associada ao desenvolvimento de gastrite e úlcera péptica. Há mais de 15 anos existem evidências de seu papel no desenvolvimento do carcinoma e do linfoma gástrico.

Vírus Epstein-Barr (EB)

Tem grande potencial carcinogênico, sobretudo nos países em desenvolvimento. Na África Subsaariana, é responsável por 85% dos Linfomas de Burkitt e, associado a fatores alimentares, é o causador de quase todos os carcinomas de nasofaringe. No caso dos Linfomas de Hodgkin, a associação é mais importante na infância e na terceira idade.



Rastreamento

Denomina-se rastreamento (ou *screening*) ao exame de pessoas assintomáticas, com a finalidade de identificar seu risco para o desenvolvimento um determinado tipo de câncer. Ao ser implantado, o programa de rastreamento costuma

- Oportunístico: baseia-se na solicitação de exames de forma não sistemática, geralmente em uma consulta realizada pelo paciente por algum outro motivo de saúde ou em consulta de rotina;
- Organizado: os exames são solicitados de forma sistemática para uma população de risco, dentro de um

RASTREAMENTO E DETECÇÃO PRECOCE

detectar lesões iniciais e avançadas da doença. Com a continuidade, há uma redução dos casos em fase avançada. No momento, os cânceres do colo do útero e da mama apresentam essas características.

Existem dois tipos de programa de rastreamento:

programa estruturado, envolvendo a busca ativa da população-alvo para identificar lesões precursoras ou já cancerígenas, mas em estado inicial. Estima-se que o programa só é efetivo se atingir pelo menos 70% da população-alvo e oferecer diagnóstico, tratamento e seguimento efetivo.

Um câncer será adequado para a implantação de um programa de rastreamento se:

- for um importante problema de saúde pública;
- a fase pré-clínica (assintomática) for longa o suficiente para possibilitar a detecção;
- um percentual significativo dessas lesões desenvolver um quadro clínico;
- houver disponibilidade de um tratamento que altere a história natural da doença e melhore o prognóstico;
- o exame de rastreamento for aceito pelos pacientes e estiver disponível a um custo razoável.

A Organização Mundial de Saúde não aconselha o uso de técnicas de diagnóstico precoce sem a garantia de tratamento que reduza a mortalidade pela doença.

Diagnóstico precoce

O diagnóstico precoce é o processo utilizado na tentativa de descobrir o câncer o mais cedo possível, por meio do quadro clínico do paciente, sobretudo se associado a fatores de risco. Embora pouco específicos, os sinais mais comuns de câncer são dor durante a relação sexual, febre contínua, feridas que não cicatrizam, indigestão constante, nódulos, rouquidão crônica e sangramento vaginal.

Segundo a evidência científica disponível de impacto sobre a mortalidade dos diversos tipos de cânceres, a UICC (Union for International Cancer Control)

recomenda a adoção dos seguintes programas:

LOCALIZAÇÃO	RECOMENDAÇÃO	
	DIAGNÓSTICO PRECOCE	RASTREAMENTO
Cavidade oral	Sim	Não
Esôfago	Não	Não
Estômago	Sim	Não
Cólon e reto	Sim *	Sim
Fígado	Não	Não
Pulmão	Não	Não
Pele (melanoma)	Sim	Não
Pele (não melanoma)	Sim	Não
Mama	Sim **	Sim
Colo do útero	Sim	Sim
Ovário	Sim	Não
Bexiga	Sim	Não
Próstata	Sim	Não

* em locais com muitos recursos

** em locais com muitos recursos, que utilizam mamografia

Fonte: UICC (2006)

Observações sobre a prevenção secundária contra alguns tipos de câncer

Câncer do colo do útero

Estima-se que se possa obter uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse tipo de câncer por meio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, com o uso do teste de Papanicolaou e o tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade. Para isso, é necessário garantir a organização, a integridade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes.



▲ Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Publicação Inca/Ministério da Saúde (Rio de Janeiro, 2011)

Exame Citopatológico

Papanicolaou



Identificação da lâmina e da caixa porta-lâmina (ou frasco)

Limpar a lâmina. Escrever a lâpis na área fosca da lâmina as iniciais da mulher e o número do prontuário da unidade. Identificar a caixa porta-lâmina (ou a etiqueta do frasco) com os dados referentes à mulher.



Fixação imediata do esfregaço

Com fixador:

Borrifar a lâmina com spray fixador e colocá-la na caixa de transporte.

Com álcool:

Introduza a lâmina no frasco com 3/4 de seu volume preenchido com álcool a 96°.



Coleta da ectocérvice

Apoiar a espátula de Ayres no orifício externo do canal cervical, realizar um movimento de rotação de 360° para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina.



Preenchimento da requisição de exame

Para um bom diagnóstico, é importante o preenchimento correto de todas as informações pessoais e dados clínicos na requisição do exame.



Confeção do esfregaço da ectocérvice

Estender o material coletado da superfície do colo, de maneira uniforme, no sentido transversal em relação ao maior comprimento da lâmina, próximo à região fosca.



Encaminhamento do material

Encaminhar para o laboratório a requisição do exame juntamente com o material a ser examinado. Faça uma relação, em duas vias, com o nome das mulheres que realizaram o exame. Envie uma delas para o controle do laboratório.



Coleta da endocérvice

Introduzir a escovinha tipo Campos da Paz no orifício cervical, fazer movimento de rotação de 360° sobre toda a superfície interna do canal.



Confeção do esfregaço endocervical

Estender o material coletado na metade restante da lâmina, no sentido longitudinal.

Não se esqueça

Oriente a mulher a retornar à unidade de saúde para buscar o resultado.

Deteção precoce do câncer do colo do útero.

Sua participação é o passo mais importante. Dê toda atenção a quem procura.

Recentemente, agências de regulamentação de medicamentos de vários países aprovaram para comercialização vacinas contra a infecção pelo HPV. No Brasil, está registrada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS) a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção contra infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e no câncer do colo do útero (HPV 16 e 18). É indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos. Outra é a vacina bivalente contra HPV tipos 16 e 18, associados ao câncer do colo do útero, indicada para a mesma faixa etária. A incorporação da vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações está em discussão pelo Ministério da Saúde e pode se constituir, no futuro, em importante ferramenta no controle do câncer do colo do útero.

Câncer de mama

As recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce e diagnóstico desse tipo de câncer são baseadas no Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, de 2004, que preconiza a realização de exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres entre 50 a 69 anos de idade, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres a partir dos 40 anos de idade.

Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama

(com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomendam-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos.

Câncer de próstata

Até o momento, não existem evidências científicas de que os métodos de rastreamento disponíveis – como o Antígeno Prostático Específico (PSA) – tenham sucesso em reduzir a mortalidade por esse tipo de câncer, além de provocarem um número elevado de cirurgias desnecessárias, causando impactos negativos dos pontos de vista financeiro e de qualidade de vida.

Câncer colorretal

O objetivo do rastreamento desse tipo de câncer não é diagnosticar mais pólipos ou lesões planas, mas diminuir sua incidência e mortalidade na população alvo. A pesquisa de sangue oculto nas fezes e métodos endoscópicos permitiriam a detecção precoce de pólipos adenomatosos colorretais e de cânceres localizados. Contudo, mesmo países desenvolvidos têm demonstrado dificuldades na realização de endoscopia em pacientes com achado de sangue oculto nas fezes, impossibilitando a implantação de rastreamento populacional. Atualmente, alguns países da Comunidade Europeia estão em processo de implantação de programas nacionais de rastreamento de câncer colorretal.

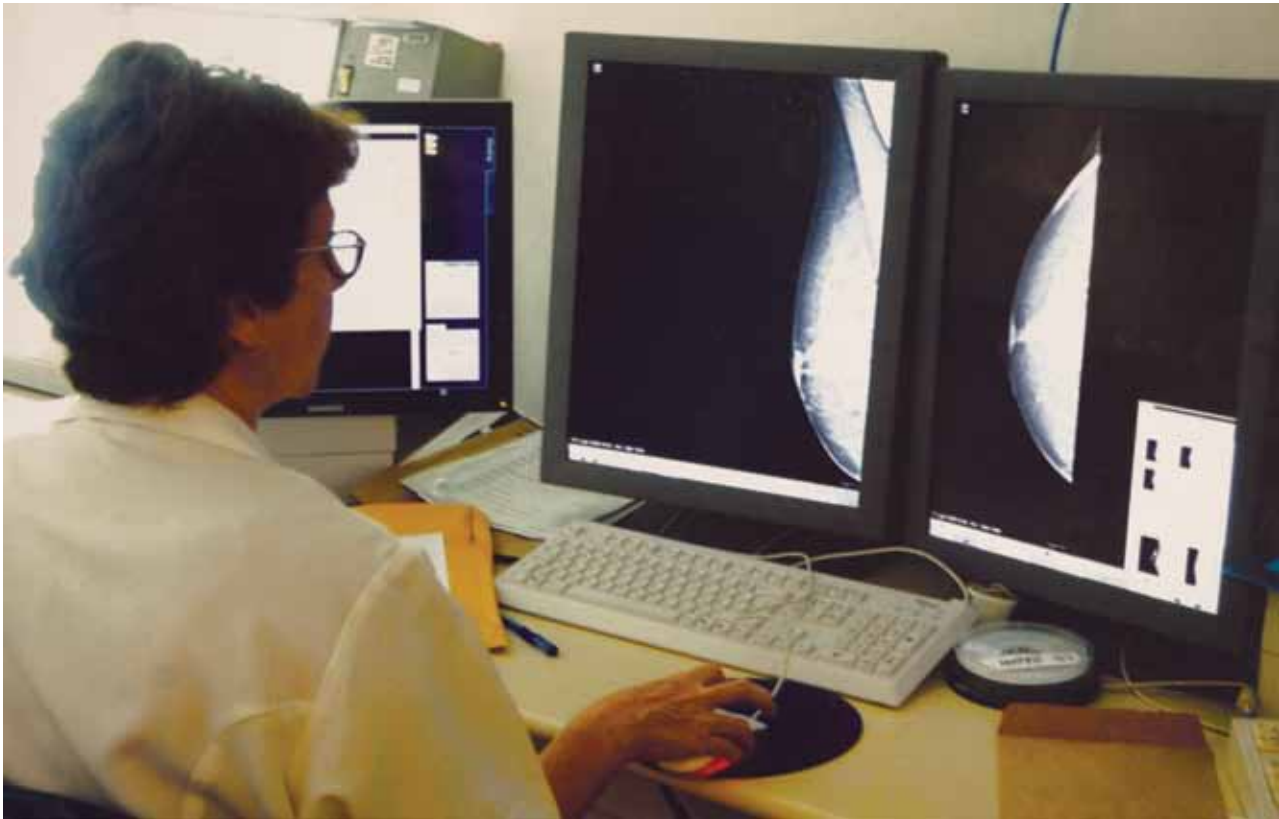
► Análise de imagem obtida por mamografia
Rede Câncer, n.1, mai. 2007, p.31

▼ Publicação do Ministério da Saúde sobre o controle do câncer de mama (2004)
www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf



► Folheto de conscientização do exame de próstata. Década de 1990
Projeto História do Câncer (COC/Fiocruz – Inca)





**Aos 50,
você
já tem
quase
tudo.**

**Mas
não
precisa
ter
câncer
de
próstata.**

Coordenação de Programas de Controle do Câncer - PRO-ONCO
Avenida Venezuela Nº 134 - Bloco A - 10º Andar
CEP 21061-310 Curitiba - R. de Janeiro RJ - Brasil
Tel.: (021) 249-8565 Fax: (021) 209-8297

INEA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

BRASR



Referências

Parte I – Câncer – Uma história brasileira

AGUINAGA, A. *Câncer do colo uterino: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Lito-tipografia Fluminense, 1925.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE COMBATE AO CÂNCER. Disponível em www.hcanc.org.br/index.php?page=210> Acesso em: 20 set. 2011

BARRETO, João de Barros. Projeto de luta anti-cancerosa no Brasil In: PRIMEIRO CONGRESSO BRASILEIRO DO CÂNCER, promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e reunido de 24 a 30 de novembro de 1935. Actas e trabalhos. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública, v.1, 1936, p. 83-204.

CARRARA, Sergio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CARVALHO, Alexandre Octavio Ribeiro de. *O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil*. Dissertação (Mestrado em História Política e Bens Culturais) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2006.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. Formulário e guia médico. Paris: Livraria de A. Roger e F. Chernoviz, 17. ed., 1904.

COSTA JUNIOR, Antonio F. da. *Curieterapia: lesões pré-cancerosas, diversos casos tratados, casos curados*. Brazil Médico, Rio de Janeiro, ano 35, v. 2, n. 12, p. 164-166, 1921.

COSTA, Manuela Castilho Coimbra ; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *As campanhas educativas contra o câncer. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, p. 223-241, 2010.

COUTINHO, Alberto Lima de Moraes. A educação na luta contra o câncer. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro: v. 14, n. 17, dezembro de 1957.

CUNHA, Vívian da Silva. O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). Dissertação (Mestrado de História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvementismo Populista. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO V. C. Lenaura; de CARVALHO Antonio Ivo; NORONHA, José. (org.). *Compêndio de Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz / Cebes, p. 115-155, 2008.

FREIRE, Domingos. Natureza e cura do cancro. In: Brazil Médico, Ano VII, p. 249, 1893.

KRÖEFF, Mario. Diatermo coagulação no tratamento do câncer. In: Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: s.n., 1928.

KRÖEFF, Mario. *Imagens do meu Rio Grande*. S.l.: s.n., 1971

KRÖEFF, Mario. O câncer como flagelo: exposição feita à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, p. 68-77, 1951.

KRÖEFF, Mario. O papel da electro-cirurgia numa campanha anti-cancerosa. In: PRIMEIRO CONGRESSO BRASILEIRO DE CÂNCER: promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e reunido de 24 a 30 de novembro de 1935: Actas e trabalhos, v.1. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública, p. 205-210, 1936.

KRÖEFF, Mario. *Resenha da luta contra o câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Documentário do Serviço Nacional de Câncer. 1947.

MONTEIRO, Alvaro e WAIZBORT, Ricardo. *The Accidental Cancer Geneticist: Hilário de Gouvêa and Hereditary Retinoblastoma*. *Cancer Biology & Therapy*. 6:5, p. 811-813, May 2007.

PICKSTONE, Jonh V. Contested cumulations: configurations of cancer treatments through the twentieth century. Bulletin of the History of Medicine, Baltimore, v. 81, n. 1, p. 164-196. 2007.

PINELL, Patrice. *Naissance d'un fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris: Métailié, 1992.

PONTE, Carlos Fidelis e FALLEROS, Iale. (org.) *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PRUDENTE, Antonio. *Câncer: problema de saúde pública – controle do câncer em sentido integral*. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 39, n. 3, março 1960.

RABELLO, Eduardo. Luta contra o câncer - papel do Departamento de Saúde - pré-câncer de pele. Indicações da biópsia, exeresse cirúrgica e do radium. Comunicação à Academia Nacional de Medicina. Archivos Brasileiros de Medicina, Rio de Janeiro, ano 12, p. 723-741, 1922.

RABELLO, F.E. A dermatologia no Brasil: o passado, o presente e o futuro. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 4, n. 49, p. 261, 1974.

SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. O câncer na mira da medicina brasileira. Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-117, jan-jun/2009.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Câncer no século XX: ciência, saúde e sociedade. v. 17, Suplemento, 1/07/2010.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; Jaques, Tiago Alves. Legislação e controle do tabaco no Brasil entre o final do século XX e início do XXI. Revista Brasileira de Cancerologia. 57(3): p. 295-304, 2011.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; LOWY, Ilana. *Imperfect tools for a difficult job: Colposcopy, 'colpocitology' and screening for cervical cancer in Brazil*. Social Studies of Science, 41, p. 585-608, July/2011.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco Antonio Teixeira; PUMAR, Leticia. *A expansão do rastreamento do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil*. Physis No prelo.

TEIXEIRA, Luiz. Antonio e FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o Inca e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

Parte II – Câncer – O Brasil, hoje

BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 267-275, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, 1984.

_____. Congresso Nacional. Decreto Legislativo nº 1012, de 27 de outubro de 2005. Aprova o texto da Convenção-Quadro para o Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 out. 2005. Seção 1:1.

_____. Decreto n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre controle do uso do tabaco adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 jan. 2006. Seção 1:1.

- _____. Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Portaria nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº 196-E, 14 out. 1998. Seção 1, p. 53-54.
- _____. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº 76, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 80-81.
- _____. Portaria nº 741/SAS, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº 79, 23 dez. 2005. Seção 1, p. 113.
- _____. Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 76, 9 dez. 2005, Seção 1, pp. 80-81.
- _____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Poder Executivo, 23 fev. 2006, Seção 1, p. 43.
- _____. *Política Nacional de Humanização HumanizaSUS*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2007.
- _____. *Programa Mais-Saúde - Direito de Todos: 2008 – 2011*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2. ed. Brasília, 2008.
- _____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118 p.
- _____. *Humanização. Publicações em destaque*. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/humanizacao/nov_pub.html>. Acesso em: 18 mar. 2010.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan/mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2010.
- FERLAY, J.; PARKIN, D.M., STELIAROVA-FOUCHER, E. *Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008*. *Eur J Cancer* 46: 765–81, 2010.
- FIGUEIREDO, V. C.; SZKLO, M.; LOZANA, J. A., CASADO, L.; FERNANDES, E. M. Perfil do tabagismo na população de 15 anos ou mais do Município do Rio de Janeiro em 2001. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. Curitiba, PR: Abrasco, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER Ministério da Saúde, Brasil. *Viva Mulher – Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas*. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação*. Rio de Janeiro, 2003.
- _____. *Por um mundo livre de tabaco - Ação global para controle do tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública*. 2. ed. Rio de Janeiro, 2003.
- _____. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*. Rio de Janeiro, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Globocan 2008, cancer incidence and mortality worldwide in 2008*. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/>
- _____. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. First edition, 2010.
- ### Parte III – Câncer – A prevenção no país
- ALMAHROOS M.; KURBAN A. K. Ultraviolet carcinogenesis in nonmelanoma cancer. Part II: review and update on epidemiologic correlations. *Skin Med*, Darien, v. 3, n. 3, p. 132-139, May/Jun. 2004.
- AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. *Breast Imaging Reporting and Data System Atlas (BI-RADS® Atlas)*. 4. ed. Reston, 2003.
- BAKOS, L. et al. Sunburn, sunscreens, and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. *International Journal of Dermatology*, Philadelphia, v. 41, n. 9, p. 557-62, Sep. 2002.
- BERGSTROM, A. et al. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International Journal of Cancer*, New York, v. 91, n. 3, p. 421-430, Feb. 2001.
- BIANCHINI, F.; KAAKS, R.; VAINIO, H. Overweight, obesity, and cancer risk. *The Lancet Oncology*, London, v. 3, n. 9, p. 565-574, Sep. 2002.
- BINGHAM, S. A. et al. Dietary fiber in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet*, London, v. 361, n. 9368, p. 1496-501, May 2003.
- BOFFETTA, P. Epidemiology of environmental and occupational cancer. *Oncogene*, Hampshire, v. 23, n. 38, p. 6392-403, 2004.
- BOYLE, P. et al. European code against cancer and scientific justification: third version (2003). *Annals of Oncology*, London, v. 14, n. 7, p. 973-1005, Jul. 2003.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Departamento de Emprego e Salário. *Relatório Anual de Informações Sociais*. RAIS, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Caderno de Atenção Básica. n. 13, 92 p. Brasília, DF, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF, 2012.
- COLDITZ, G.; CANNUSCIO, C.; FRAZIER, A. Physical activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. *Cancer Causes Control*, New York, v. 8, n. 4, p. 649-667, Jul. 1997.
- CORRAO, G. et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, New York, v. 38, n. 5, p. 613-619, May, 2004.
- DANAELI, G. et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors. *Lancet*, London, v. 366, n. 9499, p. 1784-93, Nov. 2005.
- DOLL, R. et al. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *British Journal of Cancer*, London, v. 92, n. 3, p. 426-429, Feb. 2005.
- DOLL, R.; PETO, R. *Epidemiology of cancer: Oxford textbook of medicine*. Oxford: OUP, 2003.
- ENDOGENOUS HORMONES BREAST CANCER COLLABORATIVE GROUP. Body mass index, serum sex hormones, and breast cancer risk in postmenopausal women. *Journal of the National Cancer Institute*, Bethesda, v. 95, n. 16, p. 1218-1226, Aug. 2003.
- EZZATI, M. et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, London, v. 360, n. 9343, p. 1347-60, Nov. 2002.
- GALLAGHER, R. P.; LEE, T. K. Adverse effects of ultraviolet radiation: a brief review. *Progress in Biophysics and Molecular Biology*, New York, v. 92, n.1, p. 119-31, Sep. 2006.
- GONZALEZ, C. A. et al. Meat intake and risk of stomach and esophageal adenocarcinoma within the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Journal of the National Cancer Institute*, Cary, v. 98, n. 5, p. 345-54, 2006.
- HARVARD CENTER FOR CANCER PREVENTION. Human causes of cancer. Disponível em: http://www.hsph.harvard.edu/cancer/resources_materials/reports/HCCPreport_1summary.htm. Acesso em: 29 de mar. 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. *Falando sobre tabagismo*. 2. ed. 71 p., Rio de Janeiro: Inca, 1996.
- _____. *Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. Rio de Janeiro: Inca, p. 57, 1997
- _____. *Abordagem e tratamento do fumante: Consenso*. 38 p. Rio de Janeiro: Inca, 2001.
- _____. *Pesquisa Especial de Tabagismo – PETA – Relatório Brasil*, 2008. Organização OPAS. Rio de Janeiro, 2001.

- _____. *Controle do Câncer de Mama: documento de consenso*. 33 p. Rio de Janeiro, 2004.
- _____. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*. 186 p., Rio de Janeiro, 2004.
- _____. *A situação do câncer no Brasil*. 119 p. Rio de Janeiro, 2006.
- _____. *Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro, 2006.
- _____. *Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama*. 30 p., Rio de Janeiro, 2006.
- _____. *Estimativa de Câncer no Brasil, 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2009.
- _____. *A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009*. 76 p. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Chemistry and analyses of tobacco smoke. In: _____. Tobacco smoking. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans, v. 38. Lyon: IARC, 1986.
- _____. Epidemiological studies of passive smoking. In: _____. Environmental carcinogens methods of analysis and exposure measurement: passive smoking. IARC scientific publications, v. 81. Lyon, 1987.
- _____. Schistosomes, liver flukes and helicobacter pylori. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 61. Lyon, 1994.
- _____. Hepatitis viruses. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 59. Lyon, 1994.
- _____. Infections with Epstein-Barr virus and human herpes viruses. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 70. Lyon, 1997.
- _____. Weight Control and Physical Activity. VAINIO, H.; BIANCHINI, F. (Ed.). IARC Handbooks of Cancer Prevention, v. 6. Lyon, 2002.
- _____. Fruits and vegetables. VAINIO, H.; BIANCHINI, F. (ed.). IARC Handbooks of Cancer Prevention. v. 8. Lyon, 2003.
- _____. Tobacco smoke and involuntary smoking. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 83. Lyon, 2004.
- _____. Human Papillomaviruses. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v. 90. Lyon, 2005.
- _____. Overall evaluations of carcinogenicity. Suppl. 7. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/supplements.php>>. Acesso em: 4 set. 2006.
- _____. Prevenção del cancer: *estrategias basadas en la evidencia*. Una guía de la UICC para América Latina. Geneva, 2006.
- _____. Human papillomaviruses. Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks of Chemicals to Humans, v. 90. Lyon: IARC, 2007.
- _____. *Solar and ultraviolet radiation*. Disponível em: <<http://www.inchem.org/documents/iarc/vol55/solar-and-uv-radiation.html>> Acesso em 24 fev. 2008.
- KEY, J. et al. Meta-analysis of studies of alcohol and breast cancer with consideration of the methodological issues. *Cancer Causes Control*, Oxford, v. 17, n. 6, p. 759-770, Aug. 2006.
- KEY, J. et al. The effect of diet on risk of cancer. *Lancet*, London, v. 360, n. 9336, p. 861- 868, Sep. 2002.
- KUPER, H. et al. Tobacco smoking, alcohol consumption and their interaction in the causation of hepatocellular carcinoma. *International Journal of Cancer*, New York, v. 85, n. 4, p. 498-502, Feb. 2000.
- LARSSON, S. C. et al. Meat, fish, poultry and egg consumption in relation to risk of pancreatic cancer: a prospective study. *International Journal of Cancer*, New York, v. 118, n. 11, p. 2866-2870, Jun. 2005.
- LAYTON, D. et al. Cancer risk of heterocyclic amines in cooked foods: an analysis and implications for research. *Carcinogenesis*, New York, v. 16, n. 1, p. 39-52, Jan. 1995.
- MACKLAY, J. et al. *The Cancer Atlas*. Atlanta: American Cancer Society, 2006.
- McTIERNAN, A. et al. Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Cohort Study. *Jama*, Chicago, v. 290, n. 10, p. 1331-1336, Sep. 2003.
- MEIRELLES, R. H. S.; GONÇALVES, C. M. C. Abordagem cognitivo-comportamental do Fumante. In: Diretrizes para Cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, DF, v. 30, suppl. 2, p. 30-35, ago. 2004.
- MONNINKHOF, E. M. et al. Physical activity and breast cancer: a systematic review. *Epidemiology*, Baltimore, v. 18, n. 1, p. 137-157, Jan., 2006.
- NORAT, T. et al. Meat, fish, and colorectal cancer risk: the european prospective investigation into cancer and nutrition. *Journal of the National Cancer Institute*, Cary, v. 97, no.12, p. 906-916, Jun. 2005.
- PARKIN, D. M. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *International Journal of Cancer*, New York, v. 118, p. 3030-3044, Jun. 2006.
- POTTER, J. Risk factors for colon neoplasia: epidemiology and biology. *European Journal Cancer*, London, v. 31A, n. 7-8, p. 1033-1038, Jul./ Aug. 1995.
- SCHIFF, E.; OZDEN, N. Hepatitis C and alcohol. *Alcohol Research & Health*, Rockville, v. 27, n. 3, p. 232-239, 2003.
- SINHA, R. et al. Meat, meat cooking methods and preservation, and risk for colorectal adenoma. *Cancer Research*, Chicago, v. 65, n. 17, p. 8034-8041, Sep. 2005.
- STEWART, B. W.; KLEIHUES, P. (Ed.). *World Cancer Report*. Lyon: IARC, 2003. 352 p.
- VERLOOP, J. et al. Physical activity and breast cancer risk in women aged 20-54 years. *Journal of the National Cancer Institute*, Cary, v. 92, n. 2, p. 128-135, Jan. 2000.
- WORLD CANCER RESEARCH FOUNDATION. American Institute for Cancer Research. (Resumo) *Alimentos, nutrição, atividade física e prevenção de câncer: uma perspectiva global*. 12 p. Traduzido por Athayde Hanson Tradutores / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Inca (Ed.), 2007. Tradução de: *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Tobacco or health programme: guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva, 1996.
- _____. *Food and Agriculture Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. (WHO Technical Report Series, No. 916). Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003.
- _____. *Early Detection. Cancer control: knowledge into action*. WHO guide for effective programmes; module 3. Geneva: WHO Press, 2007. Disponível em <www.who.int/cancer/modules/en/> Acesso em: nov. 2009.
- _____. *Ultraviolet radiation and health*. Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/uv/uv_and_health/en/> Acesso em: 15 mar. 2010.



M.E.S. - D.N.S.

QUANDO O CANCER É CURAVEL

QUANDO TRATADO a Tempo

SERVIÇO NACIONAL DE CANCER





INCA Estatísticas do Câncer
Instituto Nacional de Câncer - Instituto de Pesquisa e Informação em Epidemiologia e Registros de Câncer de Base Populacional

Insidência

Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Base Populacional

Estatísticas 2011: Incidência de Câncer no Brasil

Câncer de Estômago e do Submucosa no Brasil

Registros de Câncer de Base Populacional

Classificação Internacional de Câncer em Infância (IC-10)





Formato:
21 x 23 cm

Tipologia:
capa/miolo
Myriad Pro
Stone Serif

Papel:
Off-set 120 gr/m² (miolo)

Capa:
Cartão Duo-design 250 gr/m²

CTP, impressão e acabamento
Walprint Gráfica e Editora Ltda.

Rio de Janeiro/Brasil, junho de 2012

© 2012 – Outras Letras Editora Ltda



ISBN 978-85-88642-50-8



9 788588 642508