
Centros do Programa Nacional de Controle do Câncer (Grupos Fundamentais)

Objetivo — Uniformizar, na medida das possibilidades dos “Centros do Programa Nacional de Controle do Câncer”, os **Diagnósticos** para os respectivos Cadastramento e Registro das doenças neoplásicas malignas, e principalmente o **Planejamento do tratamento respectivo**.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

1. A Cancerologia tem tido um progresso científico e tecnológico progressivo, melhor fundamentado em bases de entrosamento das disciplinas ditas pré-clínicas (citologia, enzimologia, ciclo celular, imunopatologia, patologia, etc) e clínicas (diagnósticos mais completos com o obrigatório estadiamento clínico-patológico, das síndromes provocadas pelo câncer), nestes 20 anos, e destes, mais ainda, nos últimos 10 anos.

2. Em razão deste progresso científico e tecnológico a aplicabilidade na Clínica Humana já conceituou que:

Os diagnósticos de qualquer tumor sólido, linfoma ou leucemia obrigatoriamente devem ser:

2.1. Anatômico — macroscópico e microscópico, com referência à expressão morfológica do estado de imunidade do organismo hospedeiro do tumor;

2.2. Funcional — com as síndromes **correspondentes ao órgão sede** do tumor ou de suas metástases, e a sua classificação ou graduação;

2.3. Etiológico ou dos fatores condicionantes na produção da neoplasia maligna, elementos **imprescindíveis** do

ponto de vista Sanitário e de Medicina-Preventiva no sentido da Prevenção e do "aconselhamento genético" para os familiares de todo e qualquer canceroso;

2.4. Estádio clínico-patológico, ou seja, a fase evolutiva do tumor, e/ou de suas metástases, e as repercussões deles dependentes que constituem as

2.5. Síndromes provocadas pelo Câncer, das quais, algumas são comuns a todas as doenças neoplásicas malignas, e outras, são peculiares a determinadas espécies de câncer.

2.6. Doenças Associadas — Referir, com a devida avaliação funcional, a existência de outras doenças no mesmo paciente canceroso, que deverão ser tratadas simultaneamente, e que contribuem com maior ou menor influência para os prognósticos "quod durationem", "quod functionem", "quod curationem". Ex.: acidente vascular cerebral, cardiopatias, insuficiência renal crônica ou aguda, insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência vascular encefálica ou periférica, etc., etc.

Todo canceroso que não tiver, **disciplinadamente**, o registro desses diagnósticos, e os **mais pormenorizados possíveis**, poderá ser considerado como um paciente "mal" observado e/ou incompletamente diagnosticado.

Ora, para as finalidades do "Programa Nacional de Controle do Câncer" recentemente sancionado, para que o rendimento ou a produtividade em termos de Sanitarismo (Registro do Câncer, Prevenção, Educação dos Médicos e de toda a Nação e Educação do Povo) seja o maior possível, é necessário que o órgão oficial responsável tome para si essa responsabilidade, sem o

que (sem esse planejamento com a uniformização dos diagnósticos) tornará todo o esforço do "Plano Nacional de Controle do Câncer" com rendimento **baixo, não uniforme**, o que é obviamente, indesejável, porque será **extremamente oneroso** para a Nação, e principalmente sem uma aplicabilidade útil em prazo imediato, ou no mínimo, a médio prazo.

3. Como em qualquer ramo da Patologia e da Clínica, o **melhor e o mais adequado planejamento de tratamento**, somente poderá ser feito desde que os diagnósticos referentes sejam os mais completos possíveis.

3.1. A Cancerologia-Clínica, com o progresso decorrente destes últimos 10 anos, conceituou que todo e qualquer canceroso, linfomatoso e leucêmico deve ter o planejamento terapêutico **obrigatório**, e no mesmo nível de importância, com os seguintes elementos:

3.2. Tratamento do Tumor, do Linfoma e da Leucemia propriamente ditos, e/ou das metástases dos 2 primeiros, com as 4 armas que devem ser aplicadas em cada paciente.

I — CIRURGIA — técnicas e táticas já estabelecidas para a maioria dos tumores sólidos, linfomas e leucemias, e com a associação da quimioterapia intra e pós-operatória (ou mesmo pré-operatória **também** em certos tipos), da chamada Poliquimioterapia "Preventiva", e já também, da Imunoterapia e Imunoprofilaxia.

II — RADIAÇÕES — técnicas e táticas para a maioria dos tumores sólidos, linfomas e leucemias, com a associação anterior, concomitante ou posterior da quimioterapia associada ou da Poliquimioterapia em qualquer das modalidades técnicas e táticas;

as radiações precedendo ou sucedendo a Cirurgia com ou sem a Quimioterapia — ou associada;

e a oportunidade da Imunoterapia e da Imunoprofilaxia.

III-A — QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA — sob a forma de Monoquimioterapia associada à cirurgia intra-operatória, e associada ou não às radiações, precedendo a cirurgia;

sob a forma de Poli-quimioterapia — ou "preventiva" pós-cirúrgica e/ou pós radiações, ou no tratamento inicial dos Linfomas, das Leucemias e de certos tumores sólidos;

ou, na grande maioria dos chamados "Cânceres avançados", possibilitando, em satisfatória porcentagem uma maior sobrevida; possibilitando a oportunidade da Imunoterapia e da Imunoprofilaxia.

III-B — IMUNOTERAPIA E IMUNOPROFILAXIA — protocolos para a Imunoterapia inespecífica, pois, no momento, os "Centros de Controle do Câncer do Programa Nacional" não têm possibilidades para a Imunoterapia específica antológica e heteróloga, e também para a Imunoterapia.

3.3. As "Síndromes provocadas pelo Câncer", ou seja, a ação à distância em diferentes setores citológicos, metabólicos e enzimáticos **sem** a presença física do tumor ou de suas metástases nos tecidos ou órgãos correspondentes, apresentam importância do mesmo nível do tratamento do tumor sólido propriamente dito, e/ou de suas metástases, do Linfoma ou da Leucemia.

Devem, assim, ter protocolos de tratamento uniformizados, tal e qual como os protocolos para os diagnósticos e para o planejamento terapêutico dos Tumores propriamente ditos, dos Linfomas e das

Leucemias com as 4 armas do arsenal terapêutico contra o Câncer.

GRUPOS COOPERATIVOS

Com as justificativas sucintamente expostas, os **Grupos Cooperativos** serão em número de 4 fundamentais e 6 especializados, assim discriminados:

— Grupo fundamental de Cirurgia
— Grupo fundamental de Radioterapia
— Grupo fundamental de Quimioterapia antineoplásica, Imunoterapia e Imunoprofilaxia.

— Grupo fundamental de Patologia

Nos 6 Grupos especializados estão reunidos processos neoplásicos agrupados por regiões e assim distribuídos:

— Grupo de Cabeça e Pescoço e Sistema Nervoso Central

— Grupo de Tórax e Mama

— Grupo de Abdômen Superior (andar supramesocólico)

— Grupo de Abdômen inferior (andar inframesocólico) Pelve e Períneo

— Grupo de Extremidades e Superfície (Pele, Partes moles e Ossos)

— Grupo de Leucemias e Linfomas

A) Cada Grupo Cooperativo será composto de 1 ou 2 ou 3 Internistas, o mesmo número de Radioterapeutas e Cirurgiões-Oncologistas, porém todos, **com a reconhecida e bem fundamentada experiência** em Cancerologia Clínica, com conhecimentos de Diagnóstico, de Quimioterapia antineoplásica e de Imunoterapia antineoplásica e Imunoprofilaxia, das Radiações e da Cirurgia-Oncológica.

B) Os Grupos Cooperativos elaborarão as normativas de Diagnóstico para executar, na medida do mínimo possível, a UNIFORMIZAÇÃO de Diagnósticos em todos os "Centros do Programa Nacional de Controle do Câncer".

Essas normativas devem constar, para cada um dos 15 grupos de Doenças neoplásicas malignas, dos:

- B1. Diagnóstico anatômico macroscópico e microscópico;
- B2. Diagnóstico funcional ou fisiopatológico;
- B3. Diagnóstico etiológico e/ou dos fatores condicionantes;
- B4. Estádio clínico-patológico;
- B5. Síndromes provocadas pelo Tumor sólido, pelo Linfoma e pela Leucemia.

C) Cada Grupo Cooperativo terá sob a sua responsabilidade a elaboração de protocolos de Cirurgia, de Radiações, de Quimioterapia, e Imunoterapia e Imunoprofilaxia, e das "Síndromes provocadas pelo Câncer".

Todos os protocolos terão a finalidade Assistencial baseados no consenso científico universal já traçado, para que haja UNIFORMIZAÇÃO na aplicabilidade em todos os "Centros do Programa Nacional de Controle do Câncer".

D) Os Grupos Cooperativos que deverão manter um **constante Entrosamento**, serão assessorados por Cancerologistas nacionais ou estrangeiros (se necessário) para a consecução das linhas de procedimento para o Diagnóstico e Planejamento terapêutico, constituindo-se então **Grupos de Assessoria** em número e funções correspondentes a essas necessidades.

As razões porque os Grupos Cooperativos responsáveis pela elaboração das normativas de Diagnóstico e protocolos do Planejamento terapêutico para os "Centros do Programa Nacional de Controle do Câncer" devem ser constituídos de número limitado de componentes, referem-se ao conhecido e reconhecido princípio de que

quanto maior o número de elementos de uma comissão ou quanto maior também for o número de comissões ou subcomissões, tanto menor será o rendimento no que concerne ao funcionamento das reuniões, e também, das execuções técnicas e administrativas.

É lógico, é evidente, que deverá existir maior número de profissionais-médicos e técnicos na composição dos Grupos Cooperativos, de acordo com as necessidades que forem surgindo, porém, todos sob a supervisão e responsabilidade dos Grupos Cooperativos Fundamentais, os quais, por sua parte, estarão sob o controle direto da Divisão Nacional de Câncer do Ministério da Saúde.

Sem essa "disciplina de trabalho" com a efetiva divisão de funções e atribuições pelo menor número possível de elementos e todos em Entrosamento, a produtividade ou o rendimento do trabalho não se fará no prazo mínimo desejável para tão magna e importante meta da Divisão Nacional de Câncer do Ministério da Saúde — o Programa Nacional de Controle do Câncer.

COMENTÁRIO FINAL

É de fundamental importância o conceito dos Grupos Cooperativos para os Diagnósticos e para o Planejamento Geral do Tratamento das doenças neoplásicas malignas.

Os países nos quais existe na população médica a "conceituação ou a consciência oncológica" pela instrução e cultura dos profissionais-médicos em Oncologia Clínica, já têm em funcionamento há alguns anos, os Grupos Cooperativos para os diferentes tipos de Tumores sólidos, para os Linfomas e para as Leucemias, coordenados por órgãos governamentais em íntimo entrosamento com as Associações

Médicas, Escolas Médicas ou Instituições Especializadas em Câncer.

No Brasil, por motivos vários que não interessam expor neste arrazoado sobre os Grupos Cooperativos, ainda não existe a efetiva instrução e cultura dos profissionais-médicos no que respeita à Oncologia Clínica e não existe também essa preocupação ou decisão por parte das Associações Médicas ou das Escolas Médicas.

Assim sendo, "**seria muito esperar**" o entrosamento de Escolas Médicas, Associações Médicas, Instituições especializadas etc., para então, e só então, deliberar-se sobre o planejamento e a execução das atribuições dos Grupos Cooperativos.

Desde que esse trabalho de Cooperativismo Científico e Assistencial seja realizado com planejamento, metodologia e disciplina de trabalho, o nosso País poderá instituir no mais breve prazo possível, e assim continuar, o Controle do Câncer em termos de Programa Nacional.

Ao mesmo tempo, pela planejada e desejada Uniformização dos Diagnósticos e dos Planejamentos terapêuticos, poderá contribuir para o meio científico universal com a sua experiência em termos de contribuição Nacional e não de Instituições isoladas, que não se entrosam e não poderiam contribuir por melhor que fossem, com um volume de trabalho, com uma casuística realmente ponderável e estatisticamente significativa como a que se obterá pelo cadastramento, pelo registro dos tumores sólidos, dos linfomas e das leucemias, e os resultados dos planejamentos e execução do tratamento das doenças neoplásicas, realizando, ao mesmo tempo, a Prevenção e o Aconselhamento genético do câncer.

A pesquisa clínico-terapêutica em Quimioterapia antineoplásica com drogas ainda

não conceituadas universalmente como realmente úteis, e com espectro não amplo de atuação e que seriam objeto de um estudo **estritamente experimental** assim como as pesquisas sobre radiações, Imunopatologia e Imunoterapia, poderão ser destinadas a Institutos reconhecidamente aptos para uma pesquisa com o mínimo de "pré-requisitos" — serviços já consagrados de citologia, de enzimologia, de bioquímica, de imunopatologia, de ultramicroscopia, dosagem de hormônios etc. — e "requisitos" compostos de serviços clínicos e cirúrgicos reconhecidamente constituídos de experimentados clínicos, cirurgiões e radioterapeutas com a "vivência" de Oncologia Clínica.

Afora essas condições nomeadas como pré-requisitos e requisitos, a pesquisa Clínico-científica no Homem não terá o rendimento útil e será sempre improdutivo e também altamente onerosa por não observarem o mínimo necessário para um trabalho dessa natureza.

O mesmo comentário também é dirigido às chamadas disciplinas básicas, melhor denominadas de pré-clínicas, as quais, em nosso País, ainda não têm um mesmo nível de desenvolvimento: é preciso que **naturalmente** já existam citologistas, bioquímicos, imunopatologistas, etc., **todos** com o mesmo nível de preparo e de "concepção oncológica" no sentido da **integração de conhecimentos clínicos e pré-clínicos** para que saibam e tenham a conceituação da amplitude do horizonte de cada um e de todos os problemas científicos que deverão ser objeto de Pesquisa.

Em suma, o Brasil está na hora, e isto é possível, da aplicação Assistencial, de Controle e Prevenção do Câncer Humano, deixando para uma segunda oportunidade a pesquisa **estritamente experimental de drogas em**

animais, de problemas de imunopatologia, de enzimologia, de oncogênese, de radiação, etc., porque falta a maioria dos elementos humanos, materiais e funcionais que em **Entrosamento**, aí sim, poderiam produzir trabalho útil, eficaz e realmente **criativo**.

O que deve ser feito, e isto já é possível com o "Programa Nacional de Controle do Câncer", é o aspecto da Clínica Humana, no que respeita a Cadastramento e Registro dos Cânceres humanos no Brasil (o que não se obteve até agora de maneira eficiente e real) da Assistência ao Canceroso em todo o Brasil com protocolos, tanto quanto possível uniformizados, de Diagnóstico e de Planejamento terapêutico do Câncer Humano.

O que se conclui, como corolário dessas considerações, é que se torna necessária a inclusão nos Cursos de Graduação nas Escolas Médicas (e também nos de pós-Graduação) da Disciplina ou de Departamento de Oncologia Clínica para, preliminarmente, haver a instrução e a cultura do profissional médico no sentido da Clínica Oncológica do homem, para que estes, assim preparados, possam **efetivamente** partir para a etapa da Pesquisa estritamente experimental das disciplinas pré-clínicas (pré-requisitos) e Clínicas (requisitos) de maneira tal, que possam ter a "criatividade" no campo dos problemas, das incógnitas existentes na Cancerologia Experimental e Cancerologia Clínica.

Como medida de caráter transitório, porque a instalação de cursos regulares de Oncologia Clínica — nas Escolas Médicas seria **"muito esperar"**, a Divisão Nacional de Câncer tomou a iniciativa de promover em todo o território nacional, com sede nos Centros que agora se estão instalando, "Cursos de Atualização de Clínica On-

cológica" para preparar parte apreciável da população médica que, por motivos óbvios, não está a par do progresso da Oncologia Clínica, que como já se disse, teve o seu grande e maior desenvolvimento nestes últimos 10 anos.

Finalizando, como conseqüência dos comentários que foram expostos, a Divisão Nacional de Câncer está promovendo:

- 1) Os Grupos Cooperativos para os Diagnósticos e Planejamento Terapêutico das Doenças neoplásicas malignas e concomitantemente,
- 2) Os Cursos de Atualização de Oncologia Clínica que deverão ser desenvolvidos nos Centros do Programa Nacional de Controle do Câncer.

CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS COOPERATIVOS:

I — Grupos Fundamentais:

- A) Grupo de Cirurgia
- B) Grupo de Radioterapia
- C) Grupo de Quimioterapia e Imunologia
- D) Grupo de Patologia

I — GRUPOS FUNDAMENTAIS

Constituição:

1) Cirurgia

- Alípio Augusto Camelo (Guanabara)
- Fernando Gentil (São Paulo)
- João Sampaio Góes Júnior (São Paulo)
- Djalma de Oliveira (Pernambuco)
- Haroldo Juaçaba (Ceará)
- Clóvis Salgado Gama (Minas Gerais)
- Arrigo Raia (São Paulo)
- Amaury Barbosa da Silva (Distrito Federal)

Fernando Carvalho Luz (Bahia)
Adayr Eiras Araújo (Guanabara)
Hiram Silveira Lucas (Guanabara)

2) Radioterapia

Ivo Roesler (Pernambuco)
Marcos Lederman (São Paulo)
Mathias Roxo-Nobre (São Paulo)
Osolando Júdice Machado (Guanabara)
Aroldo Braga (Rio Grande do Sul)
Antônio Otaviano de Almeida (Minas Gerais)
Áurea Therezinha Sandri (Guanabara)
Alexandre Agostini (São Paulo)
Rex Nazaré Alves (Guanabara)
Dirceu Martins Vizeu (São Paulo)
Luiz Carlos Calmon Teixeira (Bahia)

3) Quimioterapia e Imunologia

José Ramos Júnior (São Paulo)
Moacyr Santos Silva (Guanabara)
Antônio Carlos Campos Junqueira (São Paulo)
Félix Horácio de Mello Gollo (Distrito Federal)

Luiz Gonzaga Tavares de Barros (Pernambuco)
Michel Jamra (São Paulo)
Arnaldo Annes da Silva (São Paulo)
José Rosemberg (São Paulo)
Oliveira Lima (Guanabara)
João Augusto Moreira Teixeira (Minas Gerais)

4) Patologia

Hélcio Mizziara (Distrito Federal)
Nísio Marcondes Fonseca (Guanabara)
Aníbal Silvano Filho (Bahia)
Adonis Reis Lira de Carvalho (Pernambuco)
Antônio Luisi (São Paulo)
Antônio Cardoso de Almeida (São Paulo)
Jesus Carlos Machado (São Paulo)
Domingos de Paola (Guanabara)
Onofre Ferreira de Castro (Guanabara)
Mercês Pontes Cunha (Pernambuco)
Dulce Castelar (Guanabara)
José Maria Pinto Barcelos (Guanabara)
José Donato Próspero (São Paulo)
Márcio Octavio Agnese (Guanabara)