

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CLAUDIA LETÍCIA DE OLIVEIRA TAVARES

VITORIOSAS: UM DOCUMENTÁRIO SOBRE A LUTA DE MULHERES
CURITIBANAS CONTRA O CÂNCER

CURITIBA

2015

CLAUDIA LETÍCIA DE OLIVEIRA TAVARES

VITORIOSAS: UM DOCUMENTÁRIO SOBRE A LUTA DE MULHERES
CURITIBANAS CONTRA O CÂNCER

Trabalho apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como requisito parcial à conclusão do Curso de Comunicação Social, habilitação Jornalismo, Setor de Artes, Comunicação e Design da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Carlos Alberto Martins da Rocha.

CURITIBA

2015

A todas as vitoriosas que, de alguma forma, foram grandes incentivadoras deste projeto e contribuíram para que este trabalho fosse possível.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Carlos Alberto Martins da Rocha, pela orientação, apoio e indicação do caminho a seguir.

Ao Instituto Humsol, na pessoa de Tania Mary Gomez, por todo apoio recebido e pela prestatividade em colaborar com o trabalho sempre.

À Associação Amigas da Mama, especialmente para Josiane Biss, que além de contribuir grandemente com sua história e lição de vida esteve sempre disposta a ajudar na construção deste projeto.

Aos amigos e familiares, por estarem sempre presentes e pela compreensão nos momentos difíceis.

Ao meu namorado, e grande amor, Guilherme Hirai, por toda sua paciência e carinho comigo nesta jornada, e por sempre acreditar nos meus sonhos.

À Deus, por estar ao meu lado em todos os momentos e por nunca me deixar fraquejar.

O início é o ponto de seu trabalho antes do qual nada precisa ser dito. O final é o ponto além do qual nada mais precisa ser dito. E o meio ocorre entre os dois.

Bruce Olsen

RESUMO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente na população mundial, representando 25% do total de casos de câncer em 2012, e a principal causa de morte por câncer em mulheres. Na última estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA), de 2014 e válida também para 2015, a taxa de incidência é de 57.120 novos casos no Brasil, o equivalente a 56,1 casos a cada 100 mil mulheres, com maior incidência no Sul e Sudeste. O documentário produzido tem o intuito de alertar as mulheres de todas as faixas etárias e, principalmente, da faixa de risco, sobre a prevenção da doença e o diagnóstico precoce diminuindo as complicações, aumentando a efetividade do tratamento e qualidade de vida das mulheres portadoras do câncer de mama. Além de reforçar o compromisso na disseminação de informações que contribuam para a autoestima de mulheres que venham a passar pela mesma situação, por meio de exemplos de superação de pessoas que venceram a luta contra o câncer.

Palavras-chave: Câncer de Mama, Vitoriosas, Prevenção do câncer de mama, Diagnóstico precoce, Documentário.

ABSTRACT

Breast cancer is the second most common type of cancer in world population, representing 25% of all cases of cancer in 2012, and it is the main cause of death by cancer among women. The last National Cancer Institute (INCA) balance, for the year of 2014 and also valid for 2015, there are 57.120 new cases in Brazil, matching 56,1 cases every 100,000 women, with major incidence in the South e South-West. The documentary produced intends to warn women of all ages groups and mainly risk range, regarding to prevent the disease and early diagnosis decreasing complications, increasing treatment effectiveness and women life quality, who carry breast cancer. Besides enhancing the commitment to spread informations that can contribute to self-esteem of women who may go through the same situation, over examples of people which overcome cancer battle.

Key-words: Breast Cancer, Victorious, Breast Cancer prevention, Early diagnosis, Documentary.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	O CONCEITO DOCUMENTÁRIO.....	12
3	CÂNCER DE MAMA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	18
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	DOCUMENTÁRIO VITORIOSAS.....	21
4.2	ROTEIRO.....	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	27
	ANEXOS.....	29

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama, ou neoplasia maligna da mama feminina, é o segundo tipo de câncer mais frequente na população mundial, representando 25% do total de casos de câncer em 2012, e a principal causa de morte por câncer em mulheres¹. A doença se tornou uma epidemia, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Isto é reflexo de uma série de fatores e hábitos de vida da sociedade contemporânea que, combinados a características genéticas, estão contribuindo para o aumento da incidência de câncer no mundo todo. Na última estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA), de 2014 e válida também para 2015, a taxa de incidência é de 57.120 novos casos no Brasil, o equivalente a 56,1 casos a cada 100 mil mulheres, com maior incidência no Sul e Sudeste².

Os dados mais preocupantes, contudo, são os números ascendentes de mortes nos últimos anos, representando um grande problema de saúde pública. Isso se deve, na maioria dos casos, no diagnóstico tardio, em que a doença se encontra nos estágios mais avançados³. Devido a esse alerta, os órgãos e entidades do governo estão tomando medidas no combate e prevenção ao câncer com vista a diminuir estes índices.

A Secretaria realiza diversas campanhas educativas, mutirões de mamografia e de preventivos e as unidades de saúde fazem a busca ativa das mulheres para realizar o preventivo e a mamografia, através dos agentes comunitários de saúde que vão as casas das pessoas ressaltar a importância desses exames.
(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2014).

Segundo o INCA (2014), a divulgação de informações acerca das estatísticas e a ocorrência da doença na população brasileira “é uma ferramenta importante para o desenvolvimento do sistema de vigilância do câncer, que tem como grande desafio

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude>. Acesso em: 10/06/2015.

² INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 10/06/2015.

³ INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Tipos de câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++>. Acesso em: 11/06/2015.

colocar em prática o uso dessas informações e o conhecimento da realidade do país, para que as necessidades da população sejam priorizadas e atendidas pela política pública de saúde, conforme preconizado no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2022, do Ministério da Saúde”.

Assim, em virtude do câncer de mama ser o mais temido entre as mulheres, sobretudo pelo impacto psicossocial que provoca e, conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida, é importante que se fale sobre o tema e que se faça uma mobilização contra o câncer de mama com o objetivo de fazer um convite ao público feminino para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença, reduzindo o número de mortes e dos traumas físicos e psicológicos causados pela doença. Se diagnosticado precocemente, esse tipo de câncer tem quase 100% de chances de cura, e menores são os danos causados às mulheres, mas, ainda assim, é o que mais mata mulheres no mundo.

E é neste sentido que este trabalho se move, de alertar as mulheres de todas as faixas etárias e, principalmente, da faixa de risco, sobre a prevenção da doença e o diagnóstico precoce diminuindo as complicações, aumentando a efetividade do tratamento e qualidade de vida das mulheres portadoras do câncer de mama. Além de reforçar o compromisso na disseminação de informações que contribuam para a autoestima de mulheres que venham a passar pela mesma situação, por meio de exemplos de superação de pessoas que venceram a luta contra o câncer.

Como meio de se alcançar o objetivo pretendido, elegeu-se o documentário como produto por tratar-se de instrumento bastante acessível, democrático e atrativo. De acordo com o teórico Bill Nichols, o uso deste meio é adequado por que:

Embora o cinema documentário não possa ser aceito como um igual de investigação científica ou das iniciativas de política externa (em grande parte, porque, como meio baseado na imagem, aos documentários faltam características importantes do discurso falado e escrito, como a iminência e a espontaneidade do diálogo ou a lógica rigorosa do ensaio escrito), esse gênero ainda preserva uma tradição de sobriedade em sua determinação de influenciar a maneira pela qual vemos o mundo e procedemos nele. (NICHOLS, 2001, p. 69)

Segundo Bill Nichols, esse tipo de filme atrai o público pela curiosidade.

O vídeo e o filme documentário estimulam a epistefilia (o desejo de saber) no público. Transmitem uma lógica informativa, uma retórica persuasiva, uma poética comovente, que prometem informação e conhecimento, descobertas e consciência. (NICHOLS, 2001, p. 70)

Assim, os públicos vão ao encontro dos documentários com a expectativa de que o desejo de saber mais sobre o mundo será satisfeito durante o correr da fita (NICHOLS, 2001, p.69). Para ajudar na compreensão teórica deste gênero cinematográfico será utilizada a obra de Bill Nichols⁴ como norteador da pesquisa bibliográfica por contemplar uma visão panorâmica sobre os principais teóricos do documentário, como John Grierson e Robert Flaherty. Também serão utilizadas as obras de Luiz Carlos Lucena e Silvio Da-Rin. Na bibliografia do câncer de mama serão utilizados artigos publicados em revistas científicas, dados e estimativas do Instituto Nacional do Câncer, do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, além de entrevistas com médicos e profissionais da área.

⁴ Um dos intelectuais mais influentes da academia norte-americana contemporânea na área de cinema. Bill Nichols é autor de uma conhecida coletânea de textos em Teoria do Cinema (*Movies and methods: Na anthology*), com sucessivas reedições desde 1976. Em sua primeira obra pessoal de maior extensão, *Ideology and the image: Social representation in the cinema and other medias* (1981), debruça-se sobre o que é narrar no cinema documentário, numa época em que os estudos sobre o tema encontravam-se em ponto morto. (FERNÃO PESSOA RAMOS, 2008)

2 O CONCEITO DOCUMENTÁRIO

Embora haja uma grande vertente de teorias e movimentos que estudem o cinema documentário, é consenso entre os autores de que o conceito documentário está fortemente atrelado à história do cinema, desde os primeiros registros com os irmãos Lumière, passando pelas inovações tecnológicas e as mudanças ocorridas no modo de fazer cinema. Luiz Carlos Lucena (2012, p. 9), situa os primórdios do documentário da seguinte forma:

A linguagem cinematográfica nasceu com aspecto documental, com a aplicação dos princípios da câmera fotográfica a imagens em movimento. As primeiras “vistas animadas”, projetadas em 1895 pelos irmãos Lumière no Café Paris, eram cenas do cotidiano, cenas que os pioneiros gravaram com uma revolucionária câmera que registrava em 24 quadros por segundo o que acontecia a sua frente. A câmera era pesada, não permitia nenhum movimento. (LUIZ CARLOS LUCENA, 2012, p. 9)

A linguagem do documentário atual, porém, só seria utilizada anos mais tarde, com os filmes de Robert Flaherty na década de 1920. *Nanook, o esquimó* (1922) é considerado o primeiro filme de não ficção por retratar cenas da realidade.

Os filmes de Flaherty – *Nanook e Moana* (1926) – inspirariam a célebre crítica escrita pelo produtor e também documentarista inglês John Grierson e publicada no New York Sun em 8 de fevereiro de 1926, em que foi usado pela primeira vez o termo *documentary* (ou “documentário”), inspirado na palavra francesa *documentaire*, que denominava os filmes de viagem. “É claro que *Moana*, sendo uma exposição visual dos eventos cotidianos de um jovem polinésio e sua família, tem valor como documentário”, afirmou Grierson. (LUIZ CARLOS LUCENA, 2012, p. 10)

Bill Nichols, intelectual e teórico norte-americano do filme documentário, atribui à construção da definição do gênero documentário uma influência dos movimentos e períodos ao longo da história da evolução do cinema, e de novas tecnologias que resultaram num novo tipo de cinema.

Além dos movimentos, o documentário tem períodos, que também ajudam a dar-lhe definição e diferenciá-lo de outros tipos de filme com movimentos e periodizações diversas. A década de 1930, por exemplo, viu grande parte da obra documental assumir a característica de jornal cinematográfico, como parte de uma sensibilidade da época da Depressão e da ênfase política renovada nas questões sociais e econômicas. Os anos 60 assistiram à introdução das câmeras portáteis leves com som direto. Os cineastas adquiriram uma mobilidade e uma receptividade que lhes

permitiram acompanhar o cotidiano dos atores sociais. [...] Portanto, a década de 1960 foi um período em que predominaram as ideias de um cinema rigorosamente observativo e muito mais participativo. (NICHOLS, 2001, p. 61)

De acordo com Nichols (2001, p. 48), “documentário é o que podemos chamar de ‘conceito vago’. “Nem todos os filmes classificados como documentário se parecem”.

Os documentários não adotam um conjunto fixo de técnicas, não tratam de apenas um conjunto de questões, não apresentam apenas um conjunto de formas ou estilos. Nem todos os documentários exibem um conjunto único de características comuns. A prática do documentário é uma arena aonde as coisas mudam. Abordagens alternativas são constantemente tentadas e, em seguida, adotadas por outros cineastas ou abandonadas. Existe contestação. Sobressaem-se obras prototípicas, que outras emulam sem jamais serem capazes de copiar ou imitar completamente. Aparecem casos exemplares, que desafiam as convenções e definem os limites da prática do documentário. Eles expandem e, às vezes, alteram esses limites. (NICHOLS, 2001, p. 48)

Afirmção semelhante encontramos em Da-Rin: “o conceito documentário é um conceito perdido” (DA-RIN, 2006, apud LUCENA et al., 2012). Silvio Da-Rin (2006, citado por LUCENA et al., 2012) afirma que é muito difícil estabelecer uma definição teórica para o documentário, existindo várias formas de caracterizá-lo: um filme sem atores, uma cópia da vida real etc. [...] Todas essas definições, segundo Da-Rin, independentemente de serem ou não apropriadas, são simplistas e, por isso, insuficientes para qualificar certos filmes, que vêm sucessivamente negando esses conceitos fechados.

John Grierson desenvolveu um conceito clássico de documentário, adotado por muitos teóricos do cinema até hoje: “documentário é o tratamento criativo da realidade” (GRIERSON, 1971, apud LUCENA et al., 2012). Já para Fernão Pessoa Ramos, documentário é “uma narrativa basicamente composta por imagens-câmera, acompanhadas muitas vezes de imagens de animação, carregadas de ruídos, música e fala [...], para as quais olhamos [...] em busca de asserções sobre o mundo [...]” (RAMOS, 2008, apud LUCENA et al., 2012).

E, finalmente, segundo Luiz Carlos Lucena:

O documentário, diferentemente da ficção, é a edição (ou não) de um conteúdo audiovisual captado por dispositivos variados e distintos (câmera, filmadora, celular), que reflete a perspectiva pessoal do realizador – ou seja, nem tudo é verdade no documentário -, envolvendo informações colhidas no

mundo histórico, ambientações quase sempre realistas e personagens na maioria das vezes autodeterminantes (que falam de si ou desse mundo), roteiro final definido e não necessariamente com fins comerciais, com o objetivo de atrair nossa atenção”. (LUCENA, 2012, pg. 16)

Mais importante do que uma definição, segundo Nichols (2001, p.48) é entender os modelos e protótipos do que ele chama de ‘imensa arena em que evolui o documentário’: “A imprecisão da definição resulta, em parte, do fato de que as definições mudam com o tempo e, em parte, do fato de que, em nenhum momento, uma definição abarca todos os filmes que poderíamos considerar documentários”.

Nichols propõe uma melhor compreensão da definição de documentário a partir de “quatro ângulos diferentes”:

1. O das instituições

A primeira maneira de se definir documentário, segundo Nichols (2001, p. 49), é pela própria estrutura institucional. Se os conceitos acerca do documentário não são consolidados, a ponto de apontarmos sua classificação arbitrariamente, estas rotulações podem ajudar a considerá-lo como documentários: “documentários são aquilo que fazem as organizações e instituições que os produzem”.

Programas do Discovery Channel são, a menos que se prove o contrário, tratados como documentários porque esse canal é dedicado a transmitir material documental. Saber de onde vem um filme ou vídeo ou em que canal ele é exibido é um importante indício de como devemos classificá-lo. (NICHOLS, 2001, p. 50)

Uma estrutura institucional também supõe um conjunto de convenções e normas a serem seguidas pelos cineastas, o que resulta num conjunto específico de técnicas que são esperadas dentro do documentário, como a narração em *voz-over* – locução em off do narrador, e o dever por parte dos documentários de apresentar os dois lados da questão, como ocorre com a imparcialidade no jornalismo. O autor destaca esta última característica, muito presente nos documentários do início do século XX, como um dos principais fatores de atribuição de legitimidade e credibilidade do documentário.

Estratégias reflexivas que questionam o ato de representação abalam a suposição de que o documentário se funda na capacidade do filme de capturar a realidade. Lembrar os espectadores da construção da realidade a que assistimos do elemento criativo presente na famosa definição de John Grierson do documentário como o “tratamento criativo da realidade” destrói

a própria pretensão à verdade e à autenticidade da qual o documentário depende. Se não podemos considerar suas imagens o testemunho visível da natureza de uma parte específica do mundo histórico, podemos considerá-las testemunho do quê? Ao suprimir essa pergunta, a estrutura institucional do documentário suprime grande parte da complexidade da relação entre representação e realidade, e também adquire uma clareza ou simplicidade que deixa subentendido que os documentários têm acesso direto e verdadeiro ao real. Isso funciona como um dos principais atrativos do gênero. (NICHOLS, 2001, p. 51)

2. O dos profissionais

Podemos pensar o conceito documentário também a partir dos profissionais do documentário. “Os documentaristas compartilham o encargo, auto imposto, de representar o mundo histórico em vez de inventar criativamente mundos alternativos. [...] Debatem questões sociais, como os efeitos da poluição, como a autenticidade das imagens de arquivo e as consequências da tecnologia digital”. (NICHOLS, 2001, p. 53)

Cada profissional molda ou transforma as tradições que herda, e faz isso dialogando com aqueles que compartilham a consciência de sua missão. Essa definição do documentário contribui para seu contorno vago, mas distinguível. Ela confirma a variabilidade histórica do modelo: nossa compreensão do que é um documentário muda conforme muda a ideia dos documentaristas quanto ao que fazem. (NICHOLS, 2001, p. 53)

3. O dos textos (filmes e vídeos)

Como visto com as estruturas institucionais, os próprios filmes são uma maneira de se definir o documentário. E, junto com estes filmes, estão relacionados uma série de características pré-instituídas, determinadas pelos filmes já classificados como pertencentes ao gênero.

Há normas e convenções que entram em ação, no caso dos documentários, para ajudar a distingui-los: o uso de comentário com voz de Deus, as entrevistas, a gravação de som direto, os cortes para introduzir imagens que ilustrem ou compliquem a situação mostrada numa cena e o uso de atores sociais, ou de pessoas em que suas atividades e papéis cotidianos, como personagens principais do filme. Todas estão entre as normas e convenções comuns a muitos documentários. (NICHOLS, 2001, p. 54)

Segundo Nichols (2001, p. 54), um documentário é construído a partir de uma lógica, que é sustentada por um argumento, o que confere ao gênero sua

particularidade. “Outra convenção é a predominância de uma lógica informativa, que organiza o filme no que diz respeito às representações que ele faz do mundo histórico”.

Uma forma típica de organização é a de solução de problemas. Essa estrutura pode se parecer como uma história, particularmente como uma história de detetive: o filme começa propondo um problema ou tópico; em seguida, transmite alguma informação sobre o histórico desse tópico e prossegue com um um exame da gravidade ou complexidade atual do assunto. Essa apresentação, então, leva a uma recomendação ou solução conclusiva, que o espectador é estimulado a endossar ou adotar como sua. (NICHOLS, 2001, p. 54)

O documentário também se vale de outras estratégias estilísticas para conferir um grau de veracidade e fidelidade histórica, sem que isto prejudique a coerência e o entendimento final sobre o filme.

A montagem em continuidade, por exemplo, que opera para tornar invisíveis os cortes entre as tomadas numa cena típica de filme de ficção, tem menos prioridade. Podemos supor que aquilo que a continuidade consegue na ficção é obtido no documentário pela história: as situações estão relacionadas no tempo e no espaço em virtude não da montagem, mas de suas ligações reais, históricas. A montagem no documentário com frequência procura demonstrar essas ligações. [...] Portanto, o documentário apoia-se muito menos na continuidade para dar credibilidade ao mundo a que se refere do que o filme de ficção. (NICHOLS, 2001, p. 56)

Em geral, os atores sociais e os elementos do documentário podem ser trabalhados de uma maneira muito mais livre do que na ficção, com “um conjunto unido menos por uma narrativa organizada em torno de um personagem central do que por uma retórica organizada em torno de uma lógica ou argumento que lhe dá a direção”. (NICHOLS, 2001, p. 56)

Os personagens, ou atores sociais, podem ir e vir proporcionando informação, dando testemunho, oferecendo provas. Lugares e coisas podem aparecer e desaparecer, conforme vão sendo exibidos para sustentar o ponto de vista ou a perspectiva do filme. Uma lógica de implicação faz a ponte entre esses saltos de uma pessoa ou lugar para outro. (NICHOLS, 2001, p. 56)

O autor destaca também a importância da palavra dita no documentário: “o discurso dá realidade a nosso sentimento do mundo. Um acontecimento recontado torna-se história resgatada”. (NICHOLS, 2001, p. 59). De uma maneira resumida, Nichols coloca os textos dos filmes documentários como:

Os textos do corpus a que denominamos documentário compartilham certas ênfases que nos permitem discuti-los como partes de um gênero (caracterizado por normas e convenções como lógica de organização, montagem de evidência e papel de destaque para o discurso voltado para o espectador), que, por sua vez, divide-se em movimentos, períodos e modos diferentes. Nesses termos, o documentário mostra-se um dos gêneros mais duradouros e variados, com muitos enfoques diferentes para o desafio de representar o mundo histórico. (NICHOLS, 2001, p. 63)

4. O do público

Por fim, a última abordagem a ser considerada na definição do gênero documentário segundo Nichols, é seu público. Nichols afirma que: “a sensação de que um filme é um documentário está tanto na mente do espectador quanto no contexto ou na estrutura do filme”. (NICHOLS, 2001, p. 64)

Entre as suposições que trazemos para o documentário, então, está a de que os sons e tomadas individuais, talvez mesmo cenas e sequências, terão uma relação extremamente indexadora com os acontecimentos que representam, mas que o filme todo deixará de ser um documento ou transcrição desses acontecimentos para fazer um comentário sobre eles ou para dar uma opinião sobre eles. Os documentários não são documentos no sentido estrito do termo, eles se baseiam na característica documental de alguns de seus elementos. Como público, esperamos ser capazes tanto de crer no vínculo indexador entre o que vemos e o que ocorreu diante da câmera como de avaliar a transformação poética ou retórica desse vínculo em um comentário ou ponto de vista acerca do mundo em que vivemos. (NICHOLS, 2001, p. 68)

3 CÂNCER DE MAMA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%. É relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes⁵.

No Brasil, o câncer de mama é o mais frequente entre as mulheres em quase todas as regiões. O elevado índice se deve ao diagnóstico tardio de casos em estágios avançados da doença. As estimativas de casos novos de câncer de mama para o Brasil em 2010 eram de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres.⁶ Já para o ano de 2012 esperavam-se 52.680 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Os números de óbitos foram 12.098, sendo 11.969 mulheres e 129 homens. De acordo com o último levantamento feito pelo INCA em 2014, e válida também para 2015, a estimativa é de 57.120 novos casos no Brasil, o equivalente a 56,1 casos a cada 100 mil mulheres, com maior incidência no Sul e Sudeste⁷.

Na saúde pública, o câncer de mama se mostra como uma doença de importância cada vez maior em todas as partes do mundo. Isso ocorre, principalmente, devido à sua frequência elevada e à dimensão do problema.

A detecção precoce e a palpação das mamas, além da mamografia, são procedimentos aliados para combater esse alto índice entre as mulheres e contribuir para um diagnóstico inicial do câncer. Quando diagnosticado pela paciente, ou seja,

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude>. Acesso em: 10/06/2015.

⁶ BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA) Estimativa do controle do câncer de mama. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

⁷ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 10/06/2015.

pelo autoexame, é recomendado que esse autoexame seja complementado com outros procedimentos como a mamografia, a ecografia e a avaliação de um médico, para um diagnóstico completo.

Normalmente é um nódulo indolor que a mulher sente na mama. Nada mais do que isso. E por ser tão indolor, ele pode às vezes passar despercebido e quando a mulher sente e palpa, dependendo da frequência com que ela se examina, ele pode estar maior ou menor. Mas existe uma informação muito importante em relação ao diagnóstico, mas importante do que ela diagnosticar palpando é ela diagnosticar antes de sentir. Quando a mulher faz o diagnóstico de câncer de mama através da mamografia e do ultrassom, completamente assintomática, a gente não precisa fazer tratamentos agressivos. Ela vai se curar basicamente com uma pequena cirurgia, às vezes um comprimido de hormônio terapia que ela vai fazer só de manutenção, não vai ser necessário nenhum tipo de quimioterapia ou de cirurgia muito radical e perder a mama por exemplo. Apesar do autoexame ser importante, a gente falar que a mulher deve se curar, mais importante que somente o autoexame é a gente ter um diagnóstico precoce. (NUNES, João Soares. Entrevista concedida no dia 19 de outubro de 2015, no Instituto de Oncologia do Paraná, IOP).

O câncer possui causas variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo. As causas externas referem-se ao meio-ambiente e aos hábitos e estilo de vida do indivíduo. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. A prevenção do câncer nem sempre é possível, mas há fatores de risco que estão na origem de diferentes tipos de tumor. A instrução sobre tais fatores pode contribuir para alertar às mulheres sobre os potenciais riscos do câncer de mama. Assim, é importante que as mulheres tenham conhecimento sobre os fatores de risco e proteção para o câncer de mama:

Importante pra isso lembrar as pacientes que estão em mais alto risco: geralmente mulheres acima dos 50 anos tem mais risco, as mulheres que tiveram muita exposição hormonal, que usaram terapia de reposição hormonal, que não tiveram gravidez, que não amamentaram, que fumam e, principalmente, que estão acima do peso, mulheres sedentárias, isso é um fator de risco hoje bem estabelecido pra câncer de mama. Lembrando que 10% pode ter influências genéticas, se na família dessa paciente têm outros casos de câncer de mama, é importante ter um acompanhamento mais de perto também. (NUNES, João Soares. Entrevista concedida no dia 19 de outubro de 2015, no Instituto de Oncologia do Paraná, IOP.)

O tratamento do câncer é feito por meio de uma ou várias modalidades combinadas. A principal é a cirurgia, que pode ser empregada em conjunto com

radioterapia, quimioterapia ou medicamentos de controle hormonal. O médico vai escolher o tratamento mais adequado de acordo com a localização, o tipo do câncer e a extensão da doença.

Sempre que se fala do Outubro Rosa, da conscientização, do tratamento do câncer de mama, durante esse mês se fala muito em detecção precoce, em cura, em diagnóstico inicial, em prevenção, uma série de coisas. Mas, uma vez que a mulher tem o diagnóstico o tratamento ideal, que vai dar aqueles 90% de cura, quando diagnosticado precocemente, é aquele tratamento multidisciplinar, é o tratamento em que o ginecologista que fez o diagnóstico, o mastologista que opera, o oncologista clínico que faz o tratamento com as medicações, o radioterapeuta vai e complementa com radiação o tratamento, a equipe de psicologia, nutrição, enfermagem, fisioterapia que é fundamental pra reabilitação dependendo da extensão cirúrgica...Então, quando a gente fala de tratamento de câncer de mama a gente está falando em um tratamento em equipe, não adianta a mulher fazer o diagnóstico com o seu mastologista e apenas ele tratar ela, ela vai estar sendo tratada, mas tenho certeza que poderia estar sendo muito melhor tratada com um time, com uma equipe. E assim, mesmo aquelas pacientes do SUS que têm dificuldade, elas talvez tenham um bom acesso desde que sejam direcionadas a centros de referência, aqui em Curitiba a gente tem o Hospital Erasto Gaertner, lá temos todo time, toda equipe à disposição da paciente, diferente às vezes de outros pequenos centros ou até mesmo em clínicas privadas. Pra realmente tratar bem a paciente, pensando do diagnóstico, do acompanhamento psicológico, da cura e da reabilitação, aquela paciente pra ela voltar a vida normal plena, precisa de uma equipe completa.

(NUNES, João Soares. Entrevista concedida no dia 19 de outubro de 2015, no Instituto de Oncologia do Paraná, IOP.)

Todas as modalidades de tratamento são oferecidas gratuitamente para a população pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A porta de entrada sempre é uma das 109 unidades básicas de saúde. Lá, elas passam por avaliação de enfermeiros e médicos que encaminham para exames laboratoriais quando necessário. O SUS oferece tanto os exames como o tratamento e medicamentos de cânceres. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2014. Entrevista concedida por e-mail em 17 de outubro de 2014.)

Hoje, todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama são direcionadas para o Hospital Erasto Gaertner, que é um centro de referência no tratamento do câncer. Mas, pela alta complexidade e do custo do tratamento oferecido, o câncer acaba se tornando um problema de saúde pública, pois a verba que o SUS repassa ao hospital não é suficiente para cobrir os custos.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido em duas etapas: a pesquisa bibliográfica, através de artigos publicados na Biblioteca Virtual da Saúde, no Instituto Nacional do Câncer, em Manuais do Ministério da Saúde e em entrevistas coletadas com médicos e representantes do Ministério da Saúde em Curitiba, por meio das palavras chave: câncer de mama, prevenção do câncer de mama, estimativas do câncer de mama, câncer de mama como problema de saúde pública.

Desse modo, primeiramente foi coletado o maior número de informações a cerca do assunto, analisado e definido o recorte pretendido no documentário.

4.1 DOCUMENTÁRIO VITORIOSAS

O documentário foi escolhido como produto por tratar-se de instrumento bastante acessível, democrático e atrativo. De acordo com o teórico Bill Nichols, o uso deste meio é adequado por que:

Embora o cinema documentário não possa ser aceito como um igual de investigação científica ou das iniciativas de política externa (em grande parte, porque, como meio baseado na imagem, aos documentários faltam características importantes do discurso falado e escrito, como a iminência e a espontaneidade do diálogo ou a lógica rigorosa do ensaio escrito), esse gênero ainda preserva uma tradição de sobriedade em sua determinação de influenciar a maneira pela qual vemos o mundo e procedemos nele. (NICHOLS, 2001, p. 69)

Segundo Bill Nichols, esse tipo de filme atrai o público pela curiosidade.

O vídeo e o filme documentário estimulam a epistefilia (o desejo de saber) no público. Transmitem uma lógica informativa, uma retórica persuasiva, uma poética comovente, que prometem informação e conhecimento, descobertas e consciência. (NICHOLS, 2001, p. 70).

John Grierson (1971, citado por LUCENA et al., 2012), afirma que “as histórias apresentadas por essa nova arte denominada documentário são mais reais que as representadas e criadas em estúdio, assumindo, assim, um valor especial e caráter insubstituível”.

Contudo, é preciso salientar que o documnetarista, antes e na atualidade, narra a realidade que ele constrói, com suas inserções subjetivas. O conceito de Grierson de “tratamento criativo da realidade” continua,

portanto, sendo uma definição válida para o cinema de não ficção. (LUCENA, 2012, p. 24).

Assim, os públicos vão ao encontro dos documentários com a expectativa de que o desejo de saber mais sobre o mundo será satisfeito durante o correr da fita (NICHOLS, 2001, p.69). Para ajudar na compreensão teórica deste gênero cinematográfico foi utilizada a obra de Bill Nichols⁸ como norteador da pesquisa bibliográfica por contemplar uma visão panorâmica sobre os principais teóricos do documentário, como John Grierson e Robert Flaherty. Também foram utilizadas as obras de Luiz Carlos Lucena e Silvio Da-Rin.

A linguagem pretendida neste documentário segue a linha do cinema direto⁹, como descreve Luiz Carlos Lucena:

Os norte-americanos saíram na frente quando o grupo do repórter fotográfico Robert Drew e do cinegrafista Richard Leacock usou uma câmera 16 milímetros e um gravador para cobrir a campanha do então candidato à presidência John Kennedy. Este trabalho deu origem ao filme *Primárias* (1960), considerado o precursor de uma série de produções que procuravam capturar o que se via diretamente por meio da câmera – daí o nome “cinema-direto” -, sem encenação e sem a interferência da equipe de produção. Buscava-se a imagem-câmera registrando o comportamento “espontâneo” do entrevistado. “Nós não pedimos às pessoas para agir, não lhes dizemos o que devem fazer, não lhes fazemos perguntas”, dizia Drew (apud Da-Rin, 2006, p.137). [...] Segundo Da-Rin (2006), a tendência observacional dos norte-americanos do cinema direto substituiu o “tratamento criativo da realidade” por um objetivo extremado, construindo uma tentativa idealista de mostrar “a vida como ela é”. (LUCENA, 2012, p. 26).

Ainda segundo Lucena (2012), o discurso do documentário envolvem diferentes formulações, que podem ou não ser dirigidas diretamente ao público. Esse fato possibilita várias opções, divididas basicamente em duas categorias:

[...]o discurso direto, em que a voz fala com a câmera e, por extensão, conosco, de forma direta; e o discurso indireto, que não é dirigido à câmera ou ao público – como na ficção, em que em geral ninguém fala diretamente conosco. (LUCENA, 2012, P. 19).

⁸ Um dos intelectuais mais influentes da academia norte-americana contemporânea na área de cinema. Bill Nichols é autor de uma conhecida coletânea de textos em Teoria do Cinema (*Movies and methods: Na anthology*), com sucessivas reedições desde 1976. Em sua primeira obra pessoal de maior extensão, *Ideology and the image: Social representation in the cinema and other medias* (1981), debruça-se sobre o que é narrar no cinema documentário, numa época em que os estudos sobre o tema encontravam-se em ponto morto. (FERNÃO PESSOA RAMOS, 2008)

⁹ Corrente cinematográfica surgida no final dos anos 1950, criada pelos norte-americanos, relativa à produção de documentários: o cinema direto.

4.2 ROTEIRO

Foram selecionadas 09 fontes, dentre elas: 01 médico, 01 tatuadora, 03 mulheres mais jovens que tiveram a doença na faixa dos 20 aos 30 anos, 03 mulheres na faixa dos 40 aos 50 anos, e 01 acima dos 60 anos. A abordagem do tema foi dividida em três grupos diferentes, sendo eles:

Grupo 1: coadjuvantes da história

Voluntários, tatuadores, médicos e familiares

Grupo 2: mulheres em tratamento

Mulheres que estão passando pelo câncer

Grupo 3: mulheres curadas

Mulheres que venceram o câncer

Para cada grupo foi determinada uma série de perguntas básicas, para nortear a produção do documentário. Algumas das perguntas comuns entre os três grupos foram:

- O que foi mais difícil nessa luta contra o câncer?
- Como você recebeu a notícia?
- O que você diria para as mulheres que estão passando pela mesma situação?
- Para enfrentar a notícia de um câncer, estar ao lado de pessoas que nos apoiam é fundamental. No que você se apegou para superar a doença? O que te deu forças para continuar?
- O que levou você querer ajudar nesta causa?
- Nome/ Idade. Como descobriu o câncer?
- Me conte um pouco da sua história.
- Como está a medicina hoje para o tratamento de câncer de mama? É menos agressivo?

Para auxiliar na montagem e edição final do documentário foi elaborado um roteiro no qual continha uma linha narrativa a ser seguida: desde o descobrimento do câncer, o recebimento da notícia pelas pacientes até o tratamento, as dificuldades enfrentadas e a superação da doença. O documentário se encerra com o clímax das histórias de luta e superação da doença, com mensagens motivacionais. Assim como afirma Lucena (2012), a escrita do roteiro representa a transformação de uma viagem visual em texto.

O documentário não compartilha a estrutura dos filmes de ficção, com seus pontos de virada (plot points), sequências dramáticas, elipses e outros truques narrativos. No entanto, traz, assim como esses filmes, uma “história” contada por imagens, depoimentos ou pela narração, incluindo elementos como pessoas, lugares, coisas, eventos. No documentário, o roteiro pode ser um argumento amplo, porque, ao contrário dos filmes de ficção, em que o roteiro é a origem e matriz do filme, nele tudo pode mudar conforme o desenvolvimento do tema e das filmagens. De qualquer maneira, o roteiro deve ser produzido com a preocupação de manter o público interessado ao longo do filme, precisando, por isso, ser bem estruturado e contar com um início, meio e fim. (LUCENA, 2012, p. 40).

ROTEIRO DOCUMENTÁRIO VITORIOSAS

DEPOIMENTOS MULHERES QUE TIVERAM CÂNCER – FERNANDA, JOSIANE, JULIE, DANIELE, JOSY, NATAIR

DANIELE REHLANDER NUNES (45 ANOS): (00’14” – 00’19”): “Eu descobri que estava com câncer de mama ...”

FERNANDA ALONSO (27 ANOS): (01’15” – 01’22”): “Meu nome é Fernanda, eu sou arquiteta, tenho 27 anos ...”

JULIE RECH (33 ANOS): (00’20” – 00:34”): “Meu nome é Julie, tenho 33 anos ...”

RODA VINHETA DE APRESENTAÇÃO **MÚSICA: TRY - COLBIE CAILLAT**

ENTREVISTA – DR. JOÃO NUNES SOARES HOSPITAL ERASTO GAERTNER

TRECHOS DAS PERSONAGENS SOBRE COMO DESCOBRIRAM O CÂNCER.

FALAS DAS PERSONAGENS (ENTREVISTADAS FALAM SOBRE A MAIOR DIFICULDADE NO TRATAMENTO)

ENTREVISTA DR. JOÃO SOARES – FALA SOBRE SUA EXPERIÊNCIA COM AS PACIENTES

IMAGENS ILUSTRATIVAS COM TRILHA PARA PASSAGEM DE TEMA

FALAS DAS PERSONAGENS (ENTREVISTADAS FALAM SOBRE RELAÇÃO DA VAIDADE E DA ESTÉTICA DEPOIS DO CÂNCER)

ENTREVISTA DAMARIS – TATUADORA STUDIO VERON CUSTOM TATTOOS

ENTREVISTADAS FALAM SOBRE RELAÇÃO DA AUTOESTIMA, CABELO E SUPERAÇÃO DAS DIFICULDADES.

TRECHOS DAS PERSONAGENS SOBRE A VIDA ANTES E DEPOIS DO CÂNCER

MENSAGEM FINAL (FALAS DAS PERSONAGENS PARA OUTRAS MULHERES EM TRATAMENTO)

FECHA COM FOTOS PERSONAGENS E INSTITUTOS

**TRILHA SONORA:
I CHOOSE YOU - SARA BAREILLES**

FICHA TÉCNICA

Direção: CLAUDIA TAVARES

Orientação: Prof. Carlos Alberto Martins da Rocha

Roteiro e produção: CLAUDIA TAVARES

Edição: CLAUDIA TAVARES

Imagens: CLAUDIA TAVARES E ZERO4UM CINE E VÍDEO

Fotografia: GLÁUCIA LABANCA E ANDRÉ STEVAM

Trilha: TRY – COLBIE CAILLAT E I CHOOSE YOU – SARA BAREILLES

Agradecimentos: GUILHEREME HIRAI, PROF. CARLOS ROCHA, TANIA MARY GOMEZ, ASSOCIAÇÃO AMIGAS DA MAMA, FAMÍLIA E AMIGOS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na saúde pública, o câncer de mama emerge como uma doença de importância cada vez maior em todas as partes do mundo. Isso ocorre, principalmente, devido à sua frequência e à dimensão do problema. O câncer é considerado um grave problema de saúde pública mundial, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados a cada ano, mas também pelo investimento financeiro que é demandado para realizar diagnósticos e tratamentos.

As mulheres recebem poucas informações sobre os fatores de risco e de proteção para o câncer de mama, o que pode contribuir para aumentar a incidência da doença. O principal meio de informações sobre os fatores de risco e proteção para o câncer de mama é a mídia, por meio da televisão, rádio, folhetos e internet. Assim, as mulheres necessitam de mais conhecimento dos fatores de risco e de proteção para o câncer de mama por meio dos serviços de saúde, como: tabagismo, histórico familiar, autoexames das mamas, consultas e exames de rotina e amamentação.

As medidas de prevenção para o diagnóstico precoce do câncer de mama podem resultar na diminuição da mortalidade e as campanhas preventivas devem ser realizadas no intuito de conscientizar e contribuir para o bem-estar e a melhora na qualidade de vida destas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Simone Aparecida Fernande. Câncer de mama: um problema de saúde pública. **Unilus**, São Paulo, v. 11, n. 23, 2014. Disponível em: <<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/169>>. Acesso em: 10/06/2015.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Controle do câncer de mama. Conceito e magnitude**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude>. Acesso em: 10/06/2015.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 10/06/2015.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa do controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tipos de câncer**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++>. Acesso em: 11/06/2015.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Cancer Incidence in Five Continents. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.
- LUCENA, Luiz Carlos. **Como fazer documentários: conceito, linguagem e prática de produção**. São Paulo: Summus, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2012: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

NICHOLS, Bill. **Introdução ao documentário**. 3.ed.São Paulo: Papyrus, 2001.

PUCCINI, Sérgio. **Roteiro de documentário: Da pré-produção à pós-produção**. São Paulo: Papyrus, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1- E-mail com informações e dados da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba:

Bom dia Sara,

Conforme conversado por telefone gostaria de pedir algumas informações sobre a campanha do Outubro Rosa em Curitiba e também sobre o tratamento da doença aqui. O que eu preciso saber é:

- Há algum levantamento ou dado sobre o número de exames de câncer de mama realizados nas unidades de saúde na capital? Existe uma estimativa de quantos novos casos são a cada ano, quantas mulheres terão câncer? Nas unidades de saúde realizamos apenas o exame preventivo e as mulheres indicadas para fazer o exame de mamografia (seja pela idade ou por alguma suspeita) são encaminhadas para um dos 13 laboratórios credenciados ao SUS em Curitiba. Geralmente, a rede municipal realiza uma média de 7.500 exames todos os meses.

- O número de exames aumenta em outubro? Quanto?

Normalmente o número de exames aumenta neste período e ultrapassa os 10 mil exames. Ano passado foram 10.500 exames realizados no mês de outubro.

- Onde a mulher deve procurar para fazer os exames? Todos os exames são gratuitos e disponibilizados pelo SUS?

A porta de entrada sempre é uma das 109 unidades básicas de saúde. Lá, elas passam por avaliação de enfermeiros e médicos que encaminham para exames laboratoriais quando necessário. O SUS oferece tanto os exames como o tratamento e medicamentos de cânceres.

- Quais as ações da SMS no combate e prevenção da doença em Curitiba? O que a SMS espera realizar na campanha?

A Secretaria realiza diversas campanhas educativas, mutirões de mamografia e de preventivos e as unidades de saúde fazem a busca ativa das mulheres para realizar o preventivo e a mamografia, através dos agentes comunitários de saúde que vão as casas das pessoas ressaltar a importância desses exames.

Por fim, gostaria de saber se tem alguém da SMS que possa dar uma entrevista falando sobre a importância da campanha, dos exames preventivos. Se possível, poderia ser na segunda ou na terça da semana que vem na parte da manhã? Segunda teria que ser por telefone ou na terça por telefone ou presencialmente mesmo.

Claudia, conversei com o Dr. Wagner Dias, coordenador do programa Mãe Curitiba e você pode ligar pra ele na segunda-feira, 11 horas. 8414 7913

Sarah Corazza

Assessora da Imprensa

Secretaria Municipal da Saúde

(41) 3350-9419 | (41) 9185-4060

Rua Francisco Torres, 830
Centro - (41) 3350-9419
www.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 2 – Entrevista concedida pelo Dr. João Soares Nunes, oncologista clínico do Hospital Erasto Gaertner, no dia 19 de outubro de 2015, na sede Oncoville do Instituto de Oncologia do Paraná (IOP) – Marginal Rodovia BR 277, 1437, Mossunguê.

Claudia: Gostaria que o senhor me explicasse um pouco sobre a doença. Quais são os tipos de câncer de mama existentes? Quais os mais agressivos?

João: Antigamente, câncer era uma doença só, era um nódulo que crescia e se disseminava e levava o paciente à morte por que ele ia tomando todo o corpo até atrapalhar as funções de órgãos importantes, como pulmão e o fígado. Com o tempo, a medicina evoluiu e conseguiu-se fazer diagnósticos e ver que nem todo câncer é igual, nem todo nódulo é maligno, nem todo câncer tem a mesma agressividade. E o câncer de mama sofreu uma grande evolução, nos últimos 10 anos houve uma transformação. Até o início dos anos 2000, existiam alguns tipos histológicos, que o patologista identifica pelo microscópio, e dentro desses tipos a gente sabia que tinha uns mais agressivos, outros menos agressivos. O mais comum de todos é o carcinoma ductal. O carcinoma ductal ele tinha alguns tipos especiais que tinha algumas características no microscópio que conferiam agressividades diferentes, e nessa hora a gente sabia que uma paciente com um subtipo desse ductal que produzia um pouco de muco ele tinha uma evolução melhor, por exemplo, precisava de menos quimioterapia porque era uma doença menos agressiva. Só que isso não era o suficiente, não era o padrão. Tinha pacientes que eram pra evoluir bem e evoluíam mal, e por que isso acontecia? Então se evoluiu, começou-se a estudar o gene, o conjunto de formações de DNA, o genoma, dessas células e conseguiu-se identificar algumas características gênicas de uns genes que estavam mais ativos, ou seja, a célula tinha um perfil genético de um determinado grupo com características que eram compatíveis com mais agressividade e isso foi mais adequado, mais acurado, com o resultado clínico do que apenas o conhecimento básico de microscópio. Então hoje a gente tem essencialmente quatro tipos de câncer de mama, a gente além de ver o que é

sensível a hormônio, a gente tem o subtipo HER2 positivo, que utiliza algumas outras medicações com base imunológica, e a gente tem o subtipo triplo negativo, que esse precisa basicamente de quimioterapia, e outro subtipo que pode ser exposto a quimioterapia ou a hormônio que a gente chama de luminal B.

C: Quais são os sintomas da doença? Quais os sinais a mulher deve ficar atenta pra procurar ajuda médica e fazer um exame?

J: Normalmente é um nódulo indolor que a mulher sente na mama. Nada mais do que isso. E por ser tão indolor, ele pode às vezes passar despercebido e quando a mulher sente e palpa, dependendo da frequência com que ela se examina, ele pode estar maior ou menor. Mas existe uma informação muito importante em relação ao diagnóstico, mas importante do que ela diagnosticar palpando é ela diagnosticar antes de sentir. Quando a mulher faz o diagnóstico de câncer de mama através da mamografia e do ultrassom, completamente assintomática, a gente não precisa fazer tratamentos agressivos. Ela vai se curar basicamente com uma pequena cirurgia, às vezes um comprimido de hormônio terapia que ela vai fazer só de manutenção, não vai ser necessário nenhum tipo de quimioterapia ou de cirurgia muito radical e perder a mama por exemplo. Apesar de o autoexame ser importante, a gente falar que a mulher deve se curar, mais importante que somente o autoexame é a gente tem um diagnóstico precoce. Importante pra isso lembrar as pacientes que estão em mais alto risco: geralmente mulheres acima dos 50 anos tem mais risco, as mulheres que tiveram muita exposição hormonal, que usaram terapia de reposição hormonal, que não tiveram gravidez, que não amamentaram, que fumam e, principalmente, que estão acima do peso, mulheres sedentárias, isso é um fator de risco hoje bem estabelecido pra câncer de mama. Lembrando que 10% podem ter influências genéticas, se na família dessa paciente têm outros casos de câncer de mama, é importante ter um acompanhamento mais de perto também.

C: Uma paciente que teve o câncer de mama fez o tratamento e ficou curada, ela tem que ter os mesmos cuidados ou depois ela pode levar uma vida normal, ou ela precisa ficar mais atenta?

J: Sempre que se fala do Outubro Rosa, da conscientização, do tratamento do câncer de mama, durante esse mês se fala muito em detecção precoce, em cura, em diagnóstico inicial, em prevenção, uma série de coisas. Mas, uma vez que a

mulher tem o diagnóstico o tratamento ideal, que vai dar aqueles 90% de cura, quando diagnosticado precocemente, é aquele tratamento multidisciplinar, é o tratamento em que o ginecologista que fez o diagnóstico, o mastologista que opera, o oncologista clínico que faz o tratamento com as medicações, o radioterapeuta vai e complementa com radiação o tratamento, a equipe de psicologia, nutrição, enfermagem, fisioterapia que é fundamental pra reabilitação dependendo da extensão cirúrgica...Então, quando a gente fala de tratamento de câncer de mama a gente está falando em um tratamento em equipe, não adianta a mulher fazer o diagnóstico com o seu mastologista e apenas ele tratar ela, ela vai ser tratada, mas tenho certeza que poderia estar sendo muito melhor tratada com um time, com uma equipe. E assim, mesmo aquelas pacientes do SUS que têm dificuldade, elas talvez tenham um bom acesso desde que sejam direcionadas a centros de referência, aqui em Curitiba a gente tem o Hospital Erasto Gaertner, lá temos todo time, toda equipe à disposição da paciente, diferente às vezes de outros pequenos centros ou até mesmo em clínicas privadas. Pra realmente tratar bem a paciente, pensando do diagnóstico, do acompanhamento psicológico, da cura e da reabilitação, aquela paciente pra ela voltar à vida normal plena, precisa de uma equipe completa.

C: O senhor comentou sobre a faixa etária, ela pode ocorrer a partir de quantos anos?

J: É extremamente raro uma paciente ter câncer de mama na casa dos 20 anos, entre 20 e 30 anos. Muito raro. Menos do que isso é mais raro ainda. Existem alguns subtipos de câncer de mama que podem dar em pessoas muito jovens, são sarcomas, são subtipos extremamente raros. O que dá na maioria dos casos de câncer de mama que a gente vê por aí, que é o carcinoma ductal, esse acomete pacientes de mais idade. A partir dos 50 anos é a faixa de maior risco, mas isso não quer dizer que a partir dos 40 você não deva se cuidar, pelo contrário. A gente tem pacientes relativamente jovens e há uma impressão geral de que mulheres mais jovens talvez pelo padrão de vida e pelos fatores de risco estão começando a apresentar a doença também. A mulher pode ficar tranquila, de um modo geral, eu tenho um nódulo na mama, mas ela tem 20 anos, 30 anos, basta um acompanhamento com seu ginecologista. É importante lembrar, qualquer nódulo palpável precisa ser visto por um médico. Mesmo quando a mamografia é normal, ultrassom é normal. Outra mensagem importante que as pessoas não divulgam

muito, a mamografia depende da densidade da mama. A mamografia de uma mulher jovem ou de uma mulher com a mama densa não serve pra quase nada, e as pessoas não sabem disso. Às vezes a mulher faz a mamografia e “ah, eu to tranquila que eu fiz a mamografia desse ano”, não é assim. Nos Estados Unidos existe a recomendação que no laudo da mamografia já classifica a paciente pela densidade mamária, porque uma vez que ela tem a mama densa, ela não necessariamente vai ficar tranquila, ela vai seguir o acompanhamento. Isso eu acho importante a gente disseminar essa informação, mulheres com a mama densa fazer mamografia e ultrassom da mama como forma de ter um diagnóstico precoce. Porque só pra você entender a mamografia ela depende muito da quantidade de gordura que existe na mama. A mama ela é composta de gordura, que dá o formato, e na parte mais central da mama fica o tecido mamário que produz o leite, as glândulas mamárias, e quanto mais gordura melhor pra ver na mamografia. Quando a mulher é mais jovem, ela tem mais glândula, ela tem mais parênquima, o termo que os médicos usam, e aí fica denso, na mamografia quase não aparece, não dá pra ver os nódulos.

C: E isso a mulher não tem como saber, se a mama dela é densa ou não?

J: Ela tem que perguntar ao médico. Hoje, no Brasil, o laudo da mamografia não vem a classificação da densidade. Mas isso é uma questão de tempo. Logo, logo vai vir também.

C: Por precaução é bom sempre fazer o acompanhamento mais completo possível. É isso?

J: Sim, principalmente se a mulher está naquela faixa de risco ou tem história familiar, de idade, a mulher após a sua menopausa ela deve fazer sua avaliação anual regularmente.

C: E se a mulher tem histórico de câncer na família também é um alerta pra ela se cuidar?

J: Em geral, quando tem um histórico forte na família, a gente recomenda uma avaliação com o geneticista. Hoje seria o ideal, às vezes o acesso a esse profissional não é muito fácil, para um aconselhamento. Vale lembrar a história da Angelina Jolie, que foi uma coisa que repercutiu muito na imprensa, porque é uma

mulher jovem e retirou as duas mamas. Na verdade, ela tem um histórico familiar muito forte, fez o aconselhamento genético, viu que ela tinha uma mutação que conferia a ela uma chance muito grande de ter câncer de mama ao longo da vida, e nesses casos, a gente pode fazer abordagens preventivas. Porque é tão grande a certeza de ter câncer de mama que compensa o risco e as possíveis complicações da cirurgia. O médico da paciente é a melhor paciente pra avaliar esse histórico familiar e tentar direcionar esse risco.

C: Hoje em dia a gente vê que tem, são raros os casos de mulheres mais novas, mas a gente percebe muito mais mulheres até mais velhas com câncer. Parece que o câncer ficou mais comum, o que se dá isso, são hábitos de vida, o porquê desse aumento?

J: A incidência de câncer no Brasil, de um modo geral, tá aumentando por dois motivos: você falou um que são os hábitos de vida, os hábitos sedentários e a exposição a agentes que aumentam o risco de câncer, e o envelhecimento. Os brasileiros de um modo geral estão vivendo mais, morrendo menos de outras coisas, doenças infecciosas e etc., e pelo avançar da idade, com o envelhecimento populacional, vai predominar câncer, eventos cardiovasculares e doenças degenerativas, tipo Alzheimer e outras doenças neurológicas. Então vai mudar o perfil de doenças do brasileiro.

C: Tem uma estimativa de quantos casos por ano tem no Brasil?

J: O INCA ele faz uma estimativa a cada dois anos, o INCA é o Instituto Nacional do Câncer, você pode checar depois no site deles, eles têm uma estimativa última que foi impressa em 2014, vai sair uma no ano que vem, e a estimativa anual de câncer é em torno de 57.000 casos novos. No Brasil esperam-se cerca de 500 mil casos novos de câncer geral por ano, casos novos, e o caso do câncer de mama desses 57 mil é um dos mais frequentes, principalmente no Sul e Sudeste entre as mulheres. Ele tem uma característica, como ele é muito bem tratável, você consegue dar uma sobrevida, mesmo quando as pacientes vêm com a doença avançada, as pacientes vivem mais e assim, de um modo geral, há uma prevalência maior de câncer de mama. É diferente de um câncer extremamente agressivo em que o paciente faz o diagnóstico e morre em pouco tempo, o câncer de mama a

gente consegue dar uma sobrevida mesmo num caso de doença metastática, quando a doença já é disseminada.

C: A outra pergunta que eu ia te fazer era justamente sobre isso, sobre as chances de cura.

J: A chance de cura é diretamente proporcional à extensão da doença, em que estágio ela se encontra. Quando a doença é microscópica, que a gente não palpa, é muito tranquila, a chance de curar é altíssima, em torno de 95% de chance e não há necessidade de tratamento agressivo. Essa é a grande diferença. Quando a doença vai avançando, e o câncer de mama tem a característica, primeiramente, ele cresce na mama, depois ele dissemina pelos vasos linfáticos pra axila, sempre a gente usa a axila como extensão da mama e é importante essa abordagem. O médico sempre examina a axila da mulher no momento que ele tem uma suspeita de um nódulo, e a hora que essa axila é comprometida você já tem um estágio de maior risco, as células já tem esse risco de disseminar pelo corpo. Num terceiro momento, o volume de doença é muito grande da mama e da axila, que é o estágio três. E, por último, o estágio quatro que é quando vai pra outros lugares, fora a mama e a axila, no fígado, no pulmão, no osso, que são os órgãos mais afetados. E aí, dependendo desse estágio você tem uma chance de cura. No estágio quatro, quando a mulher já tem a doença disseminada, infelizmente a chance de cura é virtualmente impossível. Hoje tem várias técnicas, vários tratamentos, a gente consegue até deixar a paciente sem doença visível, detectável, através dos tratamentos, mas ela vai ter uma sobrevida e a gente tem que eternamente acompanhá-la porque ela vai ter sempre um potencial risco de a doença voltar. Mesmo a paciente metastática, a gente tem que estar acompanhando de perto, nos outros estágios aí depende, vai precisar de quimioterapia antes ou depois da cirurgia, a cirurgia pode ser menos ou mais extensa, tirar todos os conteúdos da axila, por exemplo, mas se fizer o tratamento adequado a gente consegue um excelente resultado de cura. No estágio dois, chega até a 70%, no estágio 3, 50% de chance de cura, e o quatro a gente tem uma chance muito pequena, mas a gente tem casos de pacientes que ficam sem evidência de doença e acompanham com a gente anos.

C: E com relação aos tratamentos mais invasivos do câncer, quimioterapia, a retirada da mama, todos estes tratamentos que são mais agressivos pro corpo da mulher e também pro psicológico. Ontem passou uma reportagem no

Fantástico sobre uma pílula que estava sendo divulgada como a cura do câncer, a substituição a esses tratamentos invasivos. Hoje como está essa questão? Já tem alguns estudos pra substituir ou pra ser menos agressivos pra esses casos?

J: Você falou três temas importantes pra gente abordar. Um é em relação à agressividade do tratamento e o lado psicológico, o outro é a redução da agressividade do tratamento, e o terceiro o caso da Fosfoetanolamina. Vou começar com o caso da Fosfoetanolamina. A Fosfoetanolamina é um produto químico antigo já bem sabido e que por causa de uma matéria que foi mal divulgada na imprensa, eu acho que pensando no curso de Jornalismo isso é muito importante, criou-se a impressão de que este produto seria a cura pro câncer. Infelizmente não é, seria ótima que fosse. Mas isto é o exemplo mais triste que a gente vê do uso do desespero das pacientes que estão com a doença muito avançada, que a Medicina já não tem um algo diferencial a oferecer, e que vários interesses foram colocados em jogo, seja o interesse da indústria de liminares pra justiça, seja a manipulação das pessoas e a falta do conhecimento científico, porque o que há mais por aí são relatos de produtos que curam o câncer. Se você colocar no Google, teve a época que a babosa curava o câncer, depois teve a época que avelóz curava o câncer, depois teve a época que o suco de noni e por aí vai. Passa esse tempo e nada se comprova, porque na verdade o câncer é uma mutidade de doenças, que se adapta. Você usa uma arma, aquela célula desenvolve resistência contra aquela arma e volta a crescer resistente. A célula tumoral ela sofre um processo seletivo quando você usa medicação, como a Teoria de Darwin, você vai selecionando as populações e quando volta a crescer o tumor, quando ele reaparece, ele reaparece resistente a tudo que você já usou mais agressivo. A gente precisa de um tratamento forte e adequado todo de uma vez, a primeira chance é a melhor chance de cura. Se a doença recai, se volta uma metástase, aí a gente já volta a um cenário mais difícil, você vai sempre ficar correndo atrás da doença, fazendo seleção. E a Fosfoetanolamina é uma molécula simples, não tem esse poder e o pior, não foi testada ainda em seres humanos, a gente não sabe se ela causa Hepatite, se ela causa Insuficiência Renal, se ela pode causar alergia, se ela pode causar problemas de pele, se ela pode causar problemas hematológicos, anemia e outros problemas todos que qualquer produto químico que você ingerir pode causar em você. Mas por

causa de um relato, de um testemunho, as pessoas em busca de uma cura pra si, vão atrás deste testemunho. Infelizmente, eu acho que isso pode causar vários problemas pra essas pessoas. Eu tive uma paciente há quatro anos lá no interior de São Paulo que usou Fosfoetanolamina sintética, porque essa história é antiga, agora que saiu na imprensa, é muito antiga. Ela foi em busca porque realmente estava numa situação muito difícil, e o máximo que eu pude oferecer pra ela naquele momento foi dizer assim: “Eu não concordo porque eu não sei o que vai fazer no seu corpo, você é livre, não recomendo, mas eu vou tentar te ajudar, vamos acompanhar pra não deixar o remédio te fazer mal.”. Remédio modo de dizer, esse produto químico. Fui acompanhando a parte do fígado, do rim, pra não deixar ter problemas. Mas isso aí foi uma infelicidade da imprensa que começou a divulgar, tomou as redes sociais, e ficou de uma proporção que talvez alguns pacientes se prejudiquem por conta desta busca desesperada de uma solução pra uma doença grave.

C: Essa substância foi proibida pela ANVISA?

J: Não, na verdade ela não foi proibida. Ela é como se você fosse querer usar creolina, creolina é um produto que o pessoal usa pra desinfetar. “Ah, eu vou usar creolina”, creolina tem em casas de material de produto químico tem lá, mas isso nunca foi usado em seres humanos. Ele existe o produto, é como um defensivo agrícola, é como qualquer elemento químico, molécula disponível, só que você precisa de estudos. Você precisa comparar com o tratamento padrão pra ver se aquela é melhor realmente, precisa monitorar os efeitos colaterais, aí você sai com tudo documentado. Aí a ANVISA olha e diz: “Esse remédio se tomado nessa dose, pode causar estas coisas negativas e estas coisas positivas, então merece um registro”. Faz-se a bula com todos aqueles efeitos colaterais que a gente sabe, até risco de morte, se você olhar qualquer bula tem vários efeitos colaterais, e aí neste ponto é que vira um remédio. Aí o médico se responsabiliza, porque o médico estuda, vê o perfil do paciente e sabe os riscos e orienta o paciente. Quantas vezes você vai ao médico, toma um remédio e não dá certo? Porque tudo é uma questão de probabilidade. Agora imagine você tomar um remédio que relatos dizem que funciona, e pergunta: “Que mal faz o remédio”? Ninguém sabe. Isso sempre desconfie, é porque não foi bem estudado. Segunda coisa em relação à agressividade do tratamento da doença, com o melhor conhecimento e com o diagnóstico precoce, hoje em dia a gente não faz mais tanta cirurgia radical, não

precisa a maioria das mulheres perder a mama, aí vem o ganho psicológico, a grande vantagem é o ganho psicológico, a abordagem da axila, muitas vezes a paciente ficava sequelada, com perda de força do braço, inchaço do braço por conta desta abordagem. Hoje não é mais tão agressivo, e a tendência da Medicina hoje é me reduzir essa agressividade cada vez mais. Mas isso graças ao conhecimento da Biologia, da doença, e assim você sabe: essa é uma doença menos agressiva, podemos pegar mais leve com a paciente, essa é uma doença mais agressiva, e é aquela história da primeira tentativa tem que ser a que vai dar certo pra não deixar voltar. Então é mais agressiva então vamos ser mais agressivos, aí você dá a chance de cura de verdade. Hoje a gente tem vários medicamentos que não dão queda de cabelo, que não dão tanto vômito, que são menos tóxicos e você consegue autoeficiência, justamente pela evolução, por vários testes, vários estudos. Qualquer paciente com câncer, principalmente metastático, que vai precisar de um tratamento agressivo, essa paciente precisa sempre ser considerada como participante de um protocolo de pesquisa clínica. Nem sempre é acessível, por isso que precisa de um grande centro. Então às vezes é na pesquisa clínica que essa mulher tem a chance de tomar a medicação que vai ser o padrão daqui um ou dois anos apenas ou mais e ela vai antecipar esse benefício. E mesmo que eventualmente a pesquisa não dê certo, ela vai contribuir pra ajudar todas as outras mulheres que vêm na sequência.

C: O senhor trabalha no hospital Erasto Gaertner, lá só atende pelo SUS ou atende outros convênios?

J: Lá atende outros convênios também, mas a maioria dos nossos pacientes é do SUS, o grande movimento lá é SUS.

C: E como que as mulheres chegam até lá? Como elas podem ser atendidas lá?

J: Em geral aqui em Curitiba funciona o sistema de referência e hierarquia. A paciente tem que ir primeiro numa Unidade Básica de Saúde, a UBS faz uma referência pra o Erasto Gaertner. Então sempre tem que passar por um médico na UBS, ele vê os exames, confere, realmente suspeita de câncer, encaminha pra gente, a consulta é rápida, não demora pra ser atendida. Lá é um hospital que sempre precisa de ajuda, vive precisando de um suporte pela carência que o SUS é, a gente oferece um tratamento de alta complexidade, muito caro e é pouco

reembolsado. O valor que o SUS reembolsa o hospital sempre o deixa no vermelho. É como você conduzir uma empresa que sempre dá prejuízo. Muito difícil. E é graças ao apoio da sociedade e das pessoas que ajudam a gente, que a gente consegue manter. O Erasto tem um papel social muito importante, pacientes que por outro lado não teriam acesso nenhum, lá podem ter o tratamento adequado. E mesmo naqueles casos avançados, que muitas vezes o paciente tem dificuldade em ter acesso ao médico, quando chega já é avançado, chegando lá a gente consegue dar uma atenção digna, especializada, no que ele precisa, até mesmo num cuidado de dor, medidas de conforto, tudo isso é importante.

C: Mulheres que tiveram câncer de mama podem engravidar depois?

J: Têm alguns cuidados, geralmente mulheres mais jovens que tiveram câncer e não tiveram filhos, que a maioria já teve seus filhos já não tem mais essa preocupação, mas aquelas mais jovens, e como o tratamento é longo muitas vezes, mas de um modo geral a gente pede que, se possível, não engravide nos primeiros cinco anos depois do câncer. Complicado, uma paciente imagine de 35 anos que descobre o câncer, recém-casada, com planos de ter filhos, vai esperar até 40/41 pra ter filho? São histórias difíceis né? Então nessa hora a gente tem que individualizar, os de menos risco a gente pode liberar a partir de dois anos, dá pra conseguir conciliar a fertilidade e o tratamento.

C: E o que senhor diria para as mulheres que estão passando por esse tratamento, que estão por essa fase? É um período muito difícil assim, então qual seria o conselho?

J: Eu as vejo todos os dias, e eu falo pra se eventualmente alguma paciente for ver o seu documentário, assim como eu falo pras minhas pacientes, por mais difícil que seja a situação o médico sempre vai poder estar ali do lado dela. A gente se depara com uma doença muito difícil, infelizmente, apesar dos avanços, a gente ainda tem muitas dificuldades, muitos casos que não melhoram, e aqueles casos que vão tudo bem, ótimo, é muito bom, é maravilhoso. É bom para a paciente e é o melhor pagamento é a melhor recompensa que o médico pode ter. Mas, pra aqueles casos que estão em tratamento, que a situação tá muito difícil, eu acho que o mais importante é que confiem no seu médico, o seu médico é aquele profissional, é aquela pessoa que vai estar do lado dela nos momentos difíceis, e assim que a

gente escolhe essa profissão, escolhe essa especialidade, a gente tem esse compromisso, por mais difícil que seja a situação você estar ali e sempre tem alguma forma de dar um conforto, de dar uma ajuda. Eu nunca me deparei com uma situação por mais difícil que seja em que eu não pudesse ajudar. Mesmo quando os remédios falham, quando a cirurgia falha, quando tudo falha o papel de médico ele consegue ver o que aquela paciente precisa pra ela ter aquele dia melhor, o que ela precisa naquele momento pra aliviar um sintoma e a gente consegue.

C: O estado emocional, lógico, fica abalado, tem mulheres que conseguem lidar melhor com a situação, tem outras que nem tanto. Mas isso, obviamente, interfere no processo também né?

J: Isso é verdade, há estudos que mostram que há uma alta prevalência, ou seja, com muita frequência, as pacientes que estão em tratamento oncológico elas têm problemas psiquiátricos, geralmente depressão e ansiedade. A depressão é reativa, muitas vezes pelo contexto, sem falar em outros problemas, a doença traz problemas com a família, problemas sociais, problemas financeiros, é muito oneroso pra família, a questão de autoimagem, a mulher se sente muito por baixo, por causa de mutilação, por conta de uma série de outras coisas que ela pode sofrer e tudo isso vem de uma vez. Enquanto ela estava planejando como ela ia cuidar do filho ou seu próximo trabalho, ou como seria sua vida dali em diante, tudo vira de pernas pro ar e ela tem que fazer um monte de coisa super difícil pra poder salvar sua própria vida. Nessa hora é super normal ficar triste, ficar chateado, até ansioso, ter dificuldade de dormir, insônia e outros problemas. O médico ele identifica, e ele consegue ajudar e sempre tem a equipe da Psicologia que tá junto, consegue dar o suporte. O normal de uma mulher que passa por isso tenha uma dificuldade de adaptação emocional.