

36

Dezembro
2016

REDE CÂNCER

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA

A EVOLUÇÃO DO AUTOCUIDADO

AUTOCONHECIMENTO GANHA CADA VEZ MAIS IMPORTÂNCIA
NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

CÂNCER DA CRIANÇA

SINAIS DE ALERTA



Palidez, hematomas ou sangramento, dor óssea



Caroços ou inchaços - especialmente se indolores e sem febre ou outros sinais de infecção



Perda de peso inexplicada ou febre, tosse persistente ou falta de ar, sudorese noturna



Alterações oculares - pupila branca, estrabismo de início recente, perda visual, hematomas ou inchaço ao redor dos olhos



Inchaço abdominal



Dores de cabeça, especialmente se incomum, persistente ou grave, vômitos (em especial pela manhã ou com piora ao longo dos dias)



Dor em membro ou dor óssea, inchaço sem trauma ou sinais de infecção



Fadiga, letargia, ou mudanças no comportamento, como isolamento



Tontura, perda de equilíbrio ou coordenação

**SE ESSES SINTOMAS ESTIVEREM PRESENTES
PROCURE UMA AVALIAÇÃO MÉDICA**



Realização:



Versão em português pela
Sociedade Latino-americana
de Oncologia Pediátrica SLAOP

sumário



05
EDUCAÇÃO
Mente sã

09
CAPA
Pingos nos is

12
SOCIAL
O baile de Vitor

15
ASSISTÊNCIA
Ocupação produtiva

20
ENTREVISTA
*Exames de rotina
X rastreamento*

23
DEBATE
Ouvi dizer...

30
REABILITAÇÃO
*No compasso
da vida*

34
GESTÃO
*Comunicação,
uma estratégia
contra o câncer*

38
PERSONAGEM
*"Sou uma pessoa
mil vezes melhor"*



REDE CÂNCER

2016 – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

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

Realização: **Equipe da Divisão de Comunicação Social do INCA** | Edição: **Nemézio Amaral Filho** | Secretaria Executiva: **Daniella Daher** | Comissão Editorial: **Mônica Torres (chefe da Divisão de Comunicação Social), Fabio Gomes, Ronaldo Correa, Marcell Santos, Suse Barbosa, Alessandra de Sá Earp Siqueira, Laura Maria Campello Martins, Gustavo Advíncula, Adriana Atty, Rejane Reis, Carlos Henrique Debenedetto Silva e Cassilda dos Santos Soares** | Produção: **Conceito Comunicação Integrada** | Jornalista responsável: **Marcos Bin - JP23.958RJ** | Reportagem: **Carina Eguía, Marianne Antabi, Rosana Melo e Roseane Santos** | Projeto gráfico: **Chica Magalhães** | Diagramação: **Luis Monteiro** | Fotografias: **Comunicação/INCA e Can Stock Photo** | Revisão gramatical: **Anneyc Moraes** | Impressão: **WalPrint** | Tiragem: **6.000 exemplares**.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA - Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro - 20230-240 - Rio de Janeiro - RJ - comunicacao@inca.gov.br - www.inca.gov.br.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



editorial

Conheça-se

Prezado leitor,

Do autoexame ao autoconhecimento, a detecção precoce do câncer de mama evoluiu. Em vez de examinar os seios uma vez por mês, seguindo um passo a passo predeterminado, a recomendação atual é de que a mulher conheça suas mamas, esteja atenta e, ao perceber alguma alteração suspeita, procure um médico. A importância de a mulher conhecer suas mamas e as mudanças habituais pelas quais elas passam foi atestada pelo resultado de pesquisa recente com pacientes do INCA: de cada três mulheres diagnosticadas com câncer de mama, duas perceberam sozinhas algum sinal ou sintoma da doença. Entenda mais sobre o autoconhecimento e por que, ao contrário do senso comum, fazer mamografia não é garantia de que todos os cânceres serão detectados precocemente. Em *Capa*.

Falando em contrariar o senso comum, a terapia ocupacional vai muito além de programar atividades para ocupar o tempo livre do paciente. Ela tem a função de garantir a autonomia ou adaptar o “fazer” de quem passou por doenças ou tratamentos que produziram limitações. Ajudar o paciente a encontrar outra profissão ou uma nova forma de desempenhar tarefas rotineiras está entre as atribuições dos terapeutas ocupacionais, profissionais essenciais nas equipes multidisciplinares que atuam no tratamento oncológico. Saiba mais em *Assistência*.

Quem também precisou se reinventar, depois de enfrentar dois cânceres, foi a ex-miss Campinas

Aline Wega, nossa estrela de *Personagem*. Dois anos após ser eleita a moça mais bela da sua cidade, a jovem, então com 23 anos, foi diagnosticada com linfoma de Hodgkin. Quatro anos depois, já estudando Arquitetura, outro choque: estava com leucemia. Mais uma vez, Aline decidiu lutar. Passou por um transplante de medula e hoje, além de exercer a profissão de arquiteta, se dedica a mobilizar pessoas a se tornarem doadoras e é voluntária em palestras motivacionais em empresas e hospitais.

Enquanto Aline usa seu dom com as palavras para fazer o bem, tem muita gente espalhando boatos na Internet, mesmo sem querer. Em tempos de comunicação instantânea, todo tipo de história – verdadeira ou falsa – chega a milhões de pessoas rapidamente, via e-mail, aplicativos de troca de mensagens ou redes sociais. Na maior parte das vezes, quem compartilha o conteúdo tem boa intenção: pensa estar alertando amigos ou ajudando pessoas doentes. Em se tratando do tema saúde, alguns desses conteúdos podem desinformar e até causar pânico. Confira as dicas para desconfiar de histórias falsas em *Debate*.

Já quem quer ficar bem informado sobre câncer de próstata não pode deixar de ler *Entrevista*. O chefe da Seção de Urologia do INCA, Franz Campos, aborda o que há de mais atual sobre o tema.

Boa leitura!

*Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva*

educação

PSICO-ONCOLOGIA INTEGRA CONHECIMENTOS MULTIDISCIPLINARES E OFERECE CURSOS PARA QUEM LIDA COM O PACIENTE ONCOLÓGICO

Mente sã

O conhecimento da origem e o tratamento do câncer evoluíram lentamente desde os primeiros registros da doença, ainda na Grécia Antiga, entre os anos 130 e 200 d.C. Desse período até os dias atuais, a medicina passou a dispor de recursos que, em boa parte das vezes, permitem que o câncer seja uma doença crônica tratável e, até mesmo, curável, sobretudo se diagnosticado no início. São cada vez mais comuns casos de pessoas que convivem com algum tipo da patologia há mais de uma década. O percurso do tratamento e a possibilidade de contato com a morte geram fragilidades psicológicas no paciente, em sua família e nos profissionais que atuam no processo.

Incertezas, medos, comprometimento da estabilidade emocional (surgimento de depressão, síndrome do pânico, fobias, transtornos de ansiedade ou de adaptação à condição atual) podem levar a quadros mais graves.

Na década de 1970, já com os estudos de psiquiatria e psicologia mais avançados, surge a primeira menção de uma abordagem mais humanizada no tratamento do câncer, que viria a dar origem aos estudos da psico-oncologia.

Um grupo de psiquiatras foi convidado a integrar a equipe de oncologia do Memorial Sloan Kettering Center, hospital dedicado a pesquisas, em Nova York (EUA). Uma das psiquiatras do grupo, Jimmie Holland, relatou sua experiência pioneira na publicação *The Human Side of Cancer*, em 2001: “Quando me juntei ao *staff* do Memorial, muitos oncologistas não entendiam a necessidade de um psiquiatra, já que aqueles pacientes estavam realmente doentes. Eu passava a maior

parte do tempo falando com pacientes, familiares, enfermeiras, assistentes sociais e fazendo visitas com a equipe médica. Os pacientes foram nossos professores, explorando conosco o significado que o câncer tinha em suas vidas. Começamos a entender quais eram as questões usuais e como ajudar os pacientes a lidar com elas.”

Em 1984, Holland fundou a International Psycho-oncology Society (Ipos), serviço de atendimento, pesquisa e treinamento em psiquiatria e psicologia. O objetivo de Holland e seus companheiros era atuar em duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer: o impacto no funcionamento emocional do paciente, sua família e profissionais envolvidos no tratamento; e o papel das variáveis psicológicas na incidência e na sobrevivência à doença.

Cinco anos depois, em Curitiba, 150 pessoas participaram do *I Encontro Brasileiro de Psico-oncologia*. A programação abordava a multidisciplinaridade do tratamento e os aspectos psicossociais de diferentes tipos de câncer, que nortearam o desenvolvimento de cuidados específicos nos anos seguintes.

“A relação entre biológico, psicológico e social em um indivíduo, como já apontavam Freud [Sigmund, médico fundador da psicanálise] e Jung [Carl, ex-discípulo de Freud] no início do século XX com a psicossomática, é a base do trabalho multidisciplinar de saúde. A Psico-oncologia integra médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais e até mesmo o serviço de capelania, que

trata da dimensão espiritual”, explica a psicóloga Luiza Polessa, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Psico-oncologia no estado do Rio de Janeiro e coordenadora do curso de extensão de Psico-oncologia da PUC-Rio.

VERSÃO VERDE-AMARELA

A comissão organizadora do congresso percebeu que era necessário formar profissionais que pudessem propagar o conceito da psico-oncologia no Brasil e criou, em 1993, o primeiro curso de extensão, no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo.

No ano seguinte, foi fundada a Sociedade Brasileira de Psico-oncologia, que formulou a definição nacional da área, compatível com as características culturais e o sistema de saúde do País. Ficou convencionado que esta área de atuação representaria a interface entre Psicologia

e Oncologia, com fundamentos baseados na Psicologia da Saúde e foco em três vertentes: assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais envolvidos no âmbito da prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; pesquisa e estudo de variáveis psicossociais; e organização de serviços e formação dos profissionais.

O primeiro serviço de Psico-oncologia do Brasil foi fundado em 1997, no Hospital do Câncer de São Paulo (atual A.C. Camargo Cancer Center) e, desde 2003, a instituição oferece também residência em Psicologia (exclusiva para psicólogos), com ênfase em Psico-oncologia. O programa faz parte da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

“Na residência de Psicologia, nosso trabalho é interdisciplinar, envolvendo também áreas como Enfermagem, Fonoaudiologia e Nutrição. A

Quando e para quem a psico-oncologia é indicada?



PROFISSIONAIS

Podem ter apoio desde antes do diagnóstico, quando o câncer ainda é uma suspeita. Receber a notícia da doença costuma ter grande impacto. A vida cotidiana pode mudar, e projetos terem de ser adiados – tanto no caso do paciente como de quem convive com ele. Já neste início, pode haver desorganização da estrutura familiar, com questionamento de simbologias da família e lembranças de experiências anteriores de parentes com a doença. Durante o tratamento e a possível internação, é trabalhada a capacidade de enfrentamento para uma trajetória mais amena e saudável do ponto de vista psicológico. A relação médico-paciente, também um ponto de atenção, geralmente é abordada, para que haja bastante confiança. Já a fase em que a morte se aproxima é especialmente delicada. O paciente e sua família dificilmente chegam neste momento resignados. Para os que necessitam de cuidados paliativos – que podem se estender por muitos anos –, a psico-oncologia se propõe a oferecer ferramentas para melhor sobrevivência. Recidivas são outro momento delicado, pois o paciente geralmente já retomou sua vida e é surpreendido pela notícia de que o câncer voltou a se manifestar. Assim, pode haver crise e muitos questionamentos, inclusive espirituais.

Todos os envolvidos no tratamento precisam investir no autocuidado, para que tenham sua estrutura emocional fortalecida. A ideia é que os profissionais fiquem mais atentos a determinadas questões recorrentes em diagnósticos oncológicos, inerentes à condição humana, como dor, angústia, medo da morte e da solidão, despedidas e pesar. A forma de se dirigir ao paciente e à sua família, bem como saber escutar e conduzir o tratamento, são aspectos muito importantes. Há ainda os casos mais delicados, como câncer em crianças, mulheres grávidas e jovens com amputação. O profissional tende a refletir sobre situações que poderiam acontecer com ele mesmo ou sua família. Outra questão é o esgotamento pelo excesso de trabalho, que pode gerar desgaste emocional e resultar no que se chama de síndrome de burnout. Esse estado leva a consequências como despersonalização e distanciamento do sofrimento do outro, o que pode ser interpretado como uma defesa. É indicado que os profissionais façam psicoterapia regularmente.

PACIENTES

formação tem como objetivo preparar os psicólogos para dar suporte ao paciente e à rede que está à sua volta, podendo atuar como vetor de mudança. Ao mesmo tempo, eles são preparados para ter condições de enfrentamento desse processo, que pode ser muito difícil”, explica a professora e psiquiatra Maria Teresa Lourenço, especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria, pesquisadora da Universidade de Toronto (Canadá), diretora do Núcleo de Psico-oncologia do A.C.Camargo e coordenadora da Residência Integrada Multiprofissional da instituição.

Com duração de dois anos e carga horária semanal de 60 horas, o curso abrange capacitação prática e teórica e forma cinco profissionais por turma. A prática é vivenciada nas enfermarias, UTIs e ambulatório. O aluno sai com título de especialista. “Temos a supervisão de psicólogos experientes, com quem discutimos os casos, e um bom suporte de psiquiatras, para que possamos identificar quando uma mudança de comportamento passa a ser um transtorno mental. Além disso, o contato com profissionais



“Para mim, o curso foi um complemento de formação necessário e muito útil”

JOÃO RAPHAEL MAIA, farmacêutico, formado na especialização em Psico-oncologia da PUC-Rio



É muito comum que a família se assuste com o diagnóstico oncológico. Pode acontecer uma superproteção ao paciente, que fica sem autonomia. Essa situação deve ser cuidada, já que tende a gerar consequências para a saúde psicológica e, em segunda instância, física. Por outro lado, é recomendável que a pessoa que assume a função de cuidador não deixe de observar seu próprio bem-estar. É necessário respeitar momentos de lazer e vínculos profissionais. Em quadros clínicos mais delicados, que exigem cuidados intensos, observa-se com frequência que muitos cuidadores tendem a anular suas vidas e seus desejos pessoais. Já quando o quadro clínico revela que a vida do paciente está chegando ao fim, a psico-oncologia pode ajudar a lidar com os momentos finais, a despedida e a perda.

FAMILIARES/REDE DE APOIO



de outras áreas é intenso e nos traz insumos importantes para que possamos ver o paciente de forma integral”, relata a residente do primeiro ano Ellen dos Santos Ferreira.

Na PUC-Rio, a psico-oncologia é objeto de um curso de extensão (modalidade que não possui validade acadêmica, ou seja, não confere titulação ao formando) desde 2012. Atualmente



“Temos a supervisão de psicólogos experientes, com quem discutimos os casos, e um bom suporte de psiquiatras, para que possamos identificar quando uma mudança de comportamento passa a ser um transtorno mental”

ELLEN DOS SANTOS FERREIRA, aluna da residência em Psicologia com ênfase em Psico-oncologia do A.C.Camargo

na quinta turma e com duração de dois anos, o curso admite profissionais das diferentes áreas de saúde com graduação completa ou a dois anos de obter o diploma. Entre os aspectos abordados estão bioética, luto e cuidados paliativos. “Nosso objetivo é levar as pessoas que já atuam em hospitais, clínicas e consultórios, ou que tenham interesse em atuar na área oncológica, ao universo da psico-oncologia. Somos procurados principalmente por psicólogos, mas já tivemos alunos enfermeiros, farmacêuticos e dentistas”, conta a coordenadora Luisa Polessa.

“Fiz o curso porque já era especializado em oncologia e trabalho como farmacêutico clínico em uma equipe multiprofissional. Na faculdade de Farmácia, senti falta de matérias voltadas para a questão psicossocial, o que tende a limitar os profissionais em um discurso uniforme, sem reconhecer necessidades específicas dos pacientes oncológicos, nem compreender seus anseios e questões enfrentadas ao longo do tratamento. Para mim, o curso foi um complemento de formação necessário e muito útil”, avalia João Raphael Castello Branco Maia, que concluiu a especialização em Psico-oncologia na PUC-Rio este ano.

ENSINO A DISTÂNCIA

A Universidade Paulista de Araraquara (Uniará) promove, desde 2013, curso de pós-graduação de Psico-oncologia, na modalidade ensino a distância, com duração de um ano e meio. O programa é voltado para psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, pedagogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais com interesse em formação clínica na área. Conta com tutores que atuam no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e na Santa Casa de Araraquara.

“O curso emprega a psicologia como aliada na melhoria do quadro do paciente com câncer. Percebemos que nem todos os cursos de graduação da área apresentam essa disciplina em suas grades, e ela é fundamental para quem atua em serviços oncológicos. Oferecemos um panorama de todo o processo de desenvolvimento da doença e as consequências do câncer nas diversas fases de vida. Também introduzimos o aluno na metodologia de trabalho de equipes multidisciplinares”, explica a coordenadora Ana Cristina Alves Lima, mestre em Psicologia pela PUC-Campinas. ■

capa

AUTOCONHECIMENTO DAS MAMAS APRIMORA CONCEITO DO AUTOEXAME COMO FERRAMENTA DE DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER

Pingos nos is

Em 1988, a atriz Cássia Kis Magro surpreendeu ao mostrar os seios em uma propaganda de TV para disseminar a importância do autoexame para detecção precoce do câncer de mama. Muita coisa aconteceu desde então, e hoje a proposta é diferente. A recomendação atual é que a mulher conheça suas mamas, esteja atenta a qualquer alteração significativa e, caso identifique algo suspeito (ver infográfico), procure um médico.

Estudo recente do INCA revelou que o câncer de mama foi percebido pela primeira vez, em 66,2% dos casos, pelas próprias pacientes, incluindo doença em estágio inicial e intermediário, quando são boas as perspectivas de tratamento. O levantamento foi feito pelo Núcleo de Pesquisa Epidemiológica da Divisão de Pesquisa Populacional, entre junho de 2013 e outubro de 2014, com pacientes do Instituto que procuraram pela primeira vez atendimento devido a um câncer de mama. Foram ouvidas 405 moradoras do Rio de Janeiro.

Um dado relevante é que 73% das mulheres entrevistadas haviam se submetido a pelo menos uma mamografia antes do diagnóstico. De acordo com as autoras do estudo, as epidemiologistas Liz Almeida e Mirian Carvalho de Souza, desse grupo, 60,5% descobriram o câncer a partir da percepção de algum sinal ou sintoma. A média de idade da primeira mamografia foi 41 anos. A frequência do exame era regular, em 55% dos casos. E entre as que faziam mamografia regularmente, a frequência era anual em 86,5% dos casos.

“A maioria delas começou a fazer os exames antes dos 50 anos e com periodicidade anual. E isso, ao contrário do senso comum, comprova que não é garantia de que todos os cânceres serão detectados pela mamografia de rotina”, observa Arn Migowski, médico sanitário e epidemiologista da Divisão de



Autoexame

Requer técnica específica para ser realizado

Tem diferentes recomendações conforme a idade e a existência ou não de casos de câncer de mama na família

Deve ser feito uma vez por mês, preferencialmente após o período menstrual, em frente ao espelho, em pé e deitada



Autoconhecimento

Não precisa de rotina sistemática de observação

Preconiza que a mulher fique atenta a qualquer mudança nas mamas em sua vida diária, sem estipular número de vezes, momento ou lugar

Não faz nenhum tipo de distinção: toda mulher deve conhecer suas mamas

X

“Alguns erros de campanhas sobre câncer de mama precisam ser esclarecidos. Muito se propaga que se o nódulo já for palpável e for câncer, pode ser tarde demais. Isso não é verdade – a chance de cura não tem a ver apenas com o tamanho do tumor”

ARN MIGOWSKI, médico sanitário e epidemiologista do INCA

Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede e colaborador do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Nats) do INCA.

Alguns países passaram a adotar, no final da década de 1990 e início dos anos 2000, a estratégia de *breast awareness* (em tradução livre, “conscientização sobre as mamas”), em substituição ao autoexame. Esse conceito surgiu após estudos (ensaios clínicos randomizados) não conseguirem demonstrar a eficácia do autoexame padronizado na redução da mortalidade pelo câncer de mama. Pesquisadores notaram ainda que a prática, da forma como era indicada, gerava ansiedade nas mulheres e demandava a realização de novos exames. “Com isso, havia um excesso de biópsias, muitas delas desnecessárias”, explica Migowski.

Outra desvantagem do autoexame, segundo o sanitário, era seu método sistemático – um passo a passo minucioso que dificultava a adesão das mulheres. “Esse detalhamento acabou se tornando uma barreira. Muitas mulheres acreditavam que precisariam

antes apreender a técnica padronizada para poder fazer a autopalpação das mamas”, explica.

De acordo com Mônica de Assis, também sanitaria da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede, *breast awareness* é uma recomendação a todas as mulheres para conhecerem as mudanças habituais pelas quais suas mamas passam, seja durante o período reprodutivo ou depois. “O autoexame deveria ser feito uma vez por mês, preferencialmente após o período menstrual e com uma técnica específica. Hoje recomenda-se que a mulher fique atenta a qualquer mudança nas mamas na sua vida diária, sem necessidade de uma rotina sistemática de observação”, compara.

A diferença entre autoexame e autoconhecimento é sutil. “Observar, sentir e palpar as próprias mamas é importante, mas isso pode ser feito no dia a dia, ao trocar o sutiã, na hora do banho, na situação em que a mulher se sentir mais confortável e em qualquer dia do mês”, ressalta Mônica.

A maior consciência do corpo permite que a mulher conheça as modificações habituais da mama e com isso consiga perceber melhor as alterações suspeitas de serem câncer e que precisarão ser investigadas.

E quais seriam os principais sinais e sintomas de alerta? De acordo com o Ministério da Saúde, nódulos, principalmente aqueles fixos e endurecidos, são a principal forma de apresentação do câncer de mama – estão presentes em cerca de 90% dos casos, de acordo com Migowski. Outras alterações podem ocorrer na pele ou no formato da mama e do mamilo, como vermelhidão, enrugamento ou retração. Pode haver também saída espontânea de líquido pelo mamilo ou nódulos no pescoço ou nas axilas. Esses sinais e sintomas podem não ser câncer, mas precisam ser investigados.

CUIDADO ATEMPORAL

Segundo Mônica, ainda se vê muito na mídia a abordagem mais antiga do autoexame, mostrando imagens com as várias etapas a serem seguidas. A sanitaria ainda lembra que o número de casos de câncer de mama aumenta muito na pós-menopausa, período em que não se tem mais o ciclo menstrual e, portanto, não existe mais a referência quanto ao melhor período para autoexaminar as mamas.

A descoberta do câncer pela própria mulher acontece mesmo em países com bastante acesso à mamografia. Esse exame, quando feito na ausência de sinais e sintomas suspeitos, é recomendado apenas para mulheres de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos. “Em

“Observar, sentir e palpar as próprias mamas é importante, mas isso pode ser feito no dia a dia, ao trocar o sutiã, na hora do banho, na situação em que a mulher se sentir mais confortável e em qualquer dia do mês”

MÔNICA DE ASSIS, sanitaria do INCA

mulheres mais jovens, as mamografias de rotina, além de não trazerem benefícios, geram mais resultados falso-positivos e falso-negativos, com os riscos associados”, observa Migowski. “Nem todos os cânceres são agressivos, causam sintomas e levam à morte. A grande maioria dos casos detectados por mamografia em mulheres entre 40 e 49 anos, na verdade, é de cânceres que não se desenvolveriam. Como a ciência ainda não conhece todos os fatores de prognóstico [forma como a doença evolui], eles, em geral, são tratados, com todos os riscos que a terapia oncológica pode trazer, e sem benefícios para a paciente, já que, nesses casos, o câncer detectado pela mamografia nunca causaria problemas para ela”, acrescenta.

O médico alerta que a mama sofre alterações ao longo da vida, e se a mulher se conhecer, vai saber o que é normal ou não no seu corpo. “Alguns erros de campanhas sobre câncer de mama precisam ser esclarecidos. Muito se propaga que se o nódulo já for palpável e for câncer, pode ser tarde demais. Isso não é verdade – a chance de cura não tem a ver apenas com o tamanho do tumor. As pessoas ficam com medo quando encontram um nódulo palpável e, às vezes, nem procuram tratamento, por considerarem que isso já é uma sentença de morte. Mas as possibilidades de tratamento evoluíram muito nas últimas décadas, com impacto positivo na sobrevivência de pacientes que descobrem o câncer de mama pela palpação”, esclarece Migowski.

O acesso aos serviços de saúde, porém, faz toda a diferença. “Isso é fundamental para a pronta investigação diagnóstica das mulheres sintomáticas e tratamento de qualidade em tempo oportuno para aquelas que tiverem o diagnóstico de câncer confirmado”, completa. ■

social

CAMPANHA DE DOAÇÃO DE MEDULA PARA DANÇARINO CONTINUA APÓS SUA MORTE, A FIM DE AJUDAR PORTADORES DE LEUCEMIA

O baile de Vitor

Durante as comemorações do Natal de 2012, aos 34 anos, o assessor de marketing Renato Leite, do Rio de Janeiro, estava indisposto. Sentia náuseas, cansaço e alguns outros sintomas que poderiam ser confundidos com dengue, uma epidemia na época. Não era. Depois de alguns meses e muitos exames, o diagnóstico foi leucemia. “O meu tratamento foi rápido. Passei por cinco sessões de quimioterapia e entrei em remissão. Logo soube que não precisaria de transplante de medula”, recorda. Em 2014, ele se preparava para uma aventura inesquecível: subir o Monte Roraima. Mas foi surpreendido por um telefonema. Do outro lado da linha estava Vitor Saru, professor da academia de dança de salão que Renato frequentava. Na época com 26 anos, Vitor acabara de saber que estava com a mesma doença que atingiu o amigo, mas, no seu caso, já estava na corrida para conseguir um doador de medula.

“Pedi para ele esperar eu retornar de viagem. Sabia que encontrar um doador compatível não era uma tarefa fácil, mas alguma coisa a gente tinha que fazer. Quanto mais pessoas se cadastrassem, maiores as chances de achar alguém compatível”, lembra Renato. E assim começava a campanha “S.O.S. Vitor Saru”. Trabalhando com comunicação há algum tempo, o assessor já tinha experiência de campanhas, até porque ele mesmo foi beneficiado por uma (“Vamos Doar Sangue para o Renatinho”), promovida por amigos em redes sociais, logo no início de seu tratamento.

A ideia para ajudar Saru foi gravar um vídeo no qual os dois amigos esclareceriam, por meio de cartazes, as principais dúvidas sobre doação de medula. “Tudo foi muito bem pensado, porque queríamos atingir um público diversificado. Dessa forma, quem era deficiente auditivo também poderia entender

nosso recado”, diz Renato. No final da gravação, Vitor raspava a cabeça do amigo e entrava a seguinte mensagem: “Se não encontrar um doador, ele pode não ver o cabelo crescer”.

Publicado em redes sociais, o vídeo atingiu uma dimensão surpreendente. “Coloquei-o no meu perfil do Facebook, e todos os envolvidos na campanha o disparavam pelo WhatsApp”, explica Renato. A repercussão foi tão grande que o celular do assessor travou depois de dois meses, tamanha a quantidade de mensagens recebidas pelo aplicativo devido ao vídeo, que contabilizou 30 milhões de visualizações. Por causa dele, Renato deu entrevistas na mídia e passou a ser convidado por empresas para fazer palestras sobre a importância da doação de medula. “Só em 2015, foram 12 palestras. Algumas ações foram desenvolvidas de forma voluntária, fora do Rio de Janeiro. Lembrome de duas meninas que organizaram caravanas em São Paulo para doar sangue”, conta. Vitor ficou conhecido no banco de sangue do INCA por ser o paciente que mais levava doadores (os funcionários do Instituto perguntam em nome de quem estão doando, para convocar novamente os doadores, caso necessário).

Apesar de toda a mobilização, que resultou na localização de um doador compatível e na realização do transplante, Saru morreu em maio deste ano. Ainda assim, o engajamento de Renato continuou. A campanha “S.O.S. Vitor Saru” o fez perceber como uma ferramenta de comunicação pode ajudar muitas pessoas que passam pelo mesmo problema de saúde. Em setembro, ainda abalado com a perda do amigo, o assessor apresentou em redes sociais o “Neo Medula”, grupo criado com o objetivo de promover campanhas de conscientização sobre a importância da doação de medula óssea. Os voluntários



também promovem ações de incentivo a caravanas de doação de sangue e organizam eventos para arrecadar recursos a serem destinados a instituições que abraçam a causa.

A HISTÓRIA DE SARU

Vitor Antunes de Lima era uma pessoa muito alegre, que adorava arrancar gargalhadas dos amigos e totalmente apaixonado pela dança. Conhecido como Saru (“macaco”, em japonês, apelido que ganhou na infância, devido a seu jeito inquieto), durante o dia trabalhava como motorista executivo, mas suas noites eram dedicadas ao Centro Cultural Carioca (CCC), escola de dança tradicional da Praça Tiradentes, no Centro do Rio de Janeiro. Lá, ele passou rapidamente de aluno bolsista a professor assistente, e logo já fazia parte da Cia. de Dança CCC.

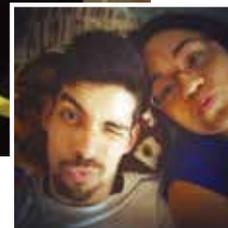
Depois de ser diagnosticado com leucemia, no fim de 2014, e passar por um transplante de medula óssea, ele morreu aos 27 anos, em maio último, ao contrair uma infecção fúngica no pulmão, em decorrência da baixa imunidade. Mas a morte de Saru também marcou um início. Sua história passou a ser contada por seus amigos e, em especial, pela administradora Thailinn Yong, com quem Vitor começou a namorar seis meses antes do primeiro desmaio ocasionado pela doença e com quem assinou um

“Vitor era muito ligado a crianças, tinha o sonho de ser pai. Uma vez, viu uma menina carequinha no hospital. Ela olhou para ele, sorriu e acenou, e o Vitor comentou comigo: ‘Se ela está passando por isso e sorrindo, por que eu não posso fazer o mesmo?’ Desde então, ele colocou na cabeça que queria fazer algo para a seção de pediatria do INCA”

THAILINN YONG, viúva de Vitor



Na saúde e na doença: o casamento de Saru e Thailinn no INCA teve até buquê



contrato de união estável, dentro do INCA, onde se tratava. “Vitor estava internado, e eu marquei com o cartório para assinarmos a escritura no hospital. Era para ser simples, sem causar nenhum transtorno para a enfermaria, mas os profissionais do INCA fizeram uma verdadeira festa para a gente, com direito a balões, buquê e bem-casados. Foi um dos dias mais lindos das nossas vidas”, lembra Thailinn. A missa de sétimo dia foi em 22 de maio, exatamente dois anos depois do início do namoro.

Saru planejava organizar um baile assim que conseguisse vencer a leucemia. Além de festejar a vida, o objetivo também era ajudar o INCA, como agradecimento por todo o carinho dispensado a ele durante o tratamento. O “Baile da Medula” aconteceu em forma de homenagem e solidariedade, como Vitor desejava, em 2 de setembro, no CCC, dois dias depois da data de aniversário dele. “Vitor era muito ligado a crianças, tinha o sonho de ser pai. Uma vez, viu uma menina carequinha no hospital. Ela olhou para ele, sorriu e acenou, e o Vitor comentou comigo: ‘Se ela está passando por isso e sorrindo, por que eu não posso fazer o mesmo?’ Desde então, ele colocou na cabeça que queria fazer algo para a seção de pediatria do INCA”, conta a administradora.

Foram arrecadadas mais de 3.400 fraldas e vendidas mais de 300 camisetas. Somando outras doações, o valor da entrada e o consumo, a arrecadação passou dos R\$ 8 mil. O dinheiro foi destinado à compra de três venoscópios (equipamento que ajuda a localizar as veias para retirada de sangue e aplicação de medicamentos) e cinco aspiradores, doados à Pediatria do INCA. Faz sentido: para Vitor, as crianças precisam bailar. ■

assistência

EMPATIA, CAPACIDADE DE DIÁLOGO E IDEIAS CRIATIVAS: FERRAMENTAS DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Ocupação produtiva

Moradora de Itapipoca, no interior do Ceará, Maria*, 48 anos, chegou angustiada ao Centro Integrado de Oncologia (Crio), em Fortaleza. Depois de ter se submetido, em outra instituição, a uma mastectomia radical, começaria tratamento químico e radioterápico contra um câncer na mama direita. Por conta da cirurgia, soube pelos médicos que não poderia voltar a ser merendeira, profissão com a qual sustentava, sozinha, três filhos – o pai abandonou a família ao saber da doença da esposa. Mais que a própria saúde, as crianças eram a maior preocupação de Maria. E agora, o que fazer?

A resposta veio com a ajuda da terapeuta ocupacional Patrícia Citó, da equipe multidisciplinar do Crio. A partir de conversas com Maria, Patrícia identificou outros gostos e potencialidades da paciente e propôs alternativas para manter sua autonomia. A primeira tentativa foi uma oficina de bordados, conduzida pela própria terapeuta na instituição. Mas Patrícia preferiu mudar a estratégia. “Eu percebia que ela sentia

falta de trabalhar na cozinha. Entrei em contato com seu empregador para saber a possibilidade de mantê-la naquele ambiente, mas sem pegar peso nem ficar perto do fogão, o que era proibido pelos médicos. Foi aí que surgiu a ideia de fazer sanduíches que não precisassem ser levados ao forno ou fritos”, conta a terapeuta ocupacional, que, então, iniciou oficinas de culinária com Maria. Ela passou a trabalhar também fora do expediente, e hoje, oito anos depois do início do tratamento no Crio – aonde vai uma vez por ano, para revisão –, tem um espaço na porta de casa para vender os sanduíches ao lado dos três filhos.

Se para Maria o diagnóstico de câncer de mama trouxe preocupação com a família, para a pediatra paulista Ivone*, com apenas 32 anos, representou um ponto de interrogação a respeito da carreira escolhida. Uma de suas primeiras decisões, ao saber que



“As pessoas acham que o terapeuta ocupacional é aquele que vai ocupar o tempo ocioso do paciente, mas nossa função é terapêutica, e nossa ação, educativa”

MARCIA PENGÓ, coordenadora do Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital Amaral Carvalho

precisaria ser mastectomizada, foi fechar o consultório – afinal, como segurar crianças no colo se não poderia mais pegar peso? Uma dúvida que, para ela, soava como uma sentença. Isso até conhecer Marcia Pengó, coordenadora do Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital Amaral Carvalho, de Jaú (SP).

“A pessoa, quando adocece, passa a não decodificar seu cotidiano. É como se houvesse apenas uma estrada, onde caiu uma barreira. A gente entra em desespero e não encontra a saída sozinho. Ivone achou que, se não pudesse ser da forma a que estava acostumada, não tinha como fazer. Mostrei que havia modos diferentes de lidar com as crianças e que até mesmo outras pessoas poderiam carregá-las. Até que ela reabriu o consultório. A terapia ocupacional mostrou outro caminho, ajudou a paciente a criar uma nova estrada”, compara Marcia.

Características como empatia, atenção aos detalhes e capacidade de diálogo, inerentes à prática da terapia ocupacional, fizeram de Marcia uma “descobridora de talentos”. Em 32 anos de atuação em oncologia – ela é uma das pioneiras da área no Brasil –, acompanhou pacientes que descobriram habilidade para desenho, literatura e até redação de história em quadrinhos. Conquistas que vão muito além da reabilitação – palavra que Marcia prefere não usar.

“Reabilitar significa voltar a ser, e a gente nunca voltará a ser o que era. É assim com todos nós”,

pondera. “As pessoas confundem. Acham que o terapeuta ocupacional é aquele que vai ocupar o tempo ocioso do paciente, mas nossa função é terapêutica, e nossa ação, educativa. Nós atendemos o sujeito como um todo e trabalhamos com sua realidade, explorando sempre o lado saudável e suas potencialidades após a ruptura de seu cotidiano. O terapeuta ocupacional atua habilitando a pessoa a desenvolver atividades dentro daquilo que é possível no momento.”

ATUAÇÃO ABRANGENTE

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), a intervenção do terapeuta ocupacional “compreende avaliar o cliente, buscando identificar alterações nas suas funções práticas [produtivas], considerando sua faixa etária e/ou desenvolvimento, sua formação pessoal, familiar e social”. A partir dessa avaliação, o profissional “traça o projeto terapêutico indicado, que deverá (...) favorecer o desenvolvimento e/ou aprimoramento das capacidades psico-ocupacionais remanescentes e a melhoria do estado psicológico, social, laborativo e de lazer”.

Na prática, o terapeuta ocupacional tem como instrumento de trabalho a atividade humana, que vai desde um jogo de tabuleiro até a inserção ou recolocação no mercado de trabalho, passando por atividades da vida diária (AVDs), como tomar banho ou pentear os cabelos. O principal objetivo é garantir a autonomia do paciente, tirando o foco da doença e ajudando-o a reorganizar sua rotina.

Além de trabalhar questões psicossociais, os “TOs”, como são chamados, atuam também em disfunções físicas – às vezes, as duas abordagens andam juntas. Foi o que aconteceu com Maria. Nas oficinas de culinária do Crio, Patrícia Citó colocava os utensílios distantes da paciente para trabalhar a amplitude articular de seu ombro: a faca para passar patê ficava numa superfície alta, na lateral, para abdução do membro; as fatias de pão também eram colocadas numa prateleira alta, mas na frente, para flexão; e a alface, numa tigela atrás de onde ela estava sentada, para hiperextensão. Maria voltou para Itapipoca com a recomendação de manter esse método de preparo dos sanduíches.



Oficina de brigadeiros no Crio: caminho para manter a autonomia



Divulgação

No IMP, trabalho com papel resgata memórias e vivências

Outra atuação do terapeuta ocupacional é com técnicas de conservação de energia. No Instituto Mário Penna (IMP), de Belo Horizonte (MG), atividades corriqueiras são trabalhadas com os pacientes. “Ajudo no planejamento e na divisão de tarefas, a fim de que o paciente gaste o mínimo de energia possível para se sentar, levantar ou comer, no hospital, ou, fora daqui, para fazer compras ou limpar a casa. Também auxilio na reorganização da rotina, identificando atividades que a pessoa praticava em casa e que podem ser feitas no hospital. Por exemplo, se ela tinha o hábito de tomar banho de sol, verifico se é possível fazer isso na instituição”, explica a terapeuta ocupacional do IMP, Amanda Carolina de Souza.

Em sua prática clínica, o TO pode usar os mais diversos materiais, de pedaços de papel a contas de bijuteria, dependendo do objetivo. Muitas vezes, sobretudo para independência nas AVDs, o trabalho é feito em cima de um objeto de uso cotidiano do paciente. “Havia uma mulher internada com dificuldade para se alimentar, pois não conseguia levar o talher até a boca. Percebi que ela se beneficiaria de uma adaptação no utensílio. Usei um engrossador de talher, que deixou a pegada mais favorável. Treinamos a adaptação, e ela conseguiu se alimentar sozinha, não só no hospital, mas também em casa”, relata Amanda.

RECREAÇÃO TERAPÊUTICA

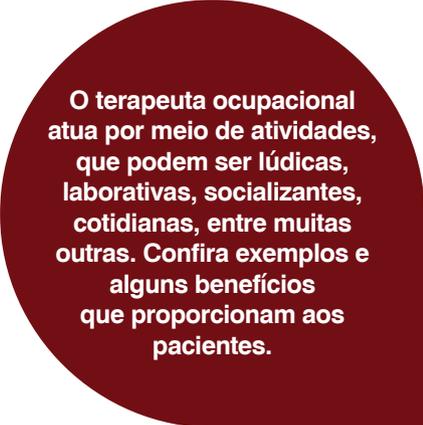
As atividades com as quais os terapeutas ocupacionais trabalham também podem ser em grupo. No Crio, Patrícia Citó comanda o “Bingo Educativo”, que ajuda a desmistificar o câncer. “Os pacientes têm muitas dúvidas e escutam coisas absurdas, principalmente quando vêm do interior. Muitos ainda acham que a doença é uma sentença de morte e se recusam a fazer o tratamento. No bingo, em vez do número, há uma frase dizendo algo certo ou errado sobre o câncer, e a gente debate a afirmação a cada pedra sorteada. Também temos a sessão de cinema, que acontece uma vez por mês, quando abordamos, por meio dos filmes, o aspecto dos estigmas”, conta a TO, que também promove passeios com pacientes à praia e ao teatro, entre outros lugares.

MAPEAMENTO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM ONCOLOGIA

O que o terapeuta ocupacional faz? Como ele atua? Perguntas como essas, comuns até entre profissionais de saúde, levaram a paulistana Marília Bense Othero a lançar, em 2010, o livro Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia (editora Roca), a primeira publicação do Brasil a relacionar as duas áreas. A TO conta que a ideia de escrever o livro partiu de sua atuação na Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), onde coordena o Comitê de Terapia Ocupacional.

“A Abrale organizava uma conferência internacional de onco-hematologia. Em um dos eventos, os comitês tinham que apresentar o perfil de suas áreas. Eu fiz um primeiro levantamento sobre os TOs que atuavam com oncologia e apresentei. Já que os profissionais me contaram sobre seu trabalho, achei que seria desperdício não publicar aquele material”, relata. “Eu senti muita falta, durante a minha formação, de materiais que explicassem o que o profissional faz, como faz, por que faz, qual o raciocínio clínico dele, enfim, a questão prática. Tentei organizar isso no livro para ajudar as pessoas a entenderem melhor a terapia ocupacional e para chamar os profissionais para estarem juntos.” O projeto continuou e ganhou novas frentes. Marília coletou novos artigos e publicou, em 2014, o e-book Cadernos de Terapia Ocupacional – Vol. 1, com 23 relatos de práticas, nove a mais que o livro físico. A publicação virtual está disponível para download gratuito no blog da terapeuta ocupacional, Caminhos da TO (www.caminhosdato.com), onde também há uma nova pesquisa, mais abrangente, sobre a terapia ocupacional em oncologia. “Agora não perguntamos apenas quem é o profissional, onde se formou e onde trabalha, mas também o que faz, como faz e que recursos usa. Essa nova compilação será lançada em 2017”, diz a TO, adiantando que, até o fim de novembro, cerca de 40 profissionais haviam respondido ao questionário.

Marília é doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e professora de graduação e pós-graduação em Terapia Ocupacional. Também é autora do livro Reabilitação em Cuidados Paliativos, lançado em 2014, em Portugal, pela editora Lusodidacta.



O terapeuta ocupacional atua por meio de atividades, que podem ser lúdicas, laborativas, socializantes, cotidianas, entre muitas outras. Confira exemplos e alguns benefícios que proporcionam aos pacientes.



Passeios

Ir à praia, ao cinema ou ao teatro em grupo promove socialização e reduz pensamentos mórbidos, além de elevar a autoestima



Pintura e colagem

Pacientes com problema de destreza nas mãos podem fazer trabalhos com colas coloridas, dispostas em recipientes mais rígidos, a fim de estimular a força muscular



Jogos de tabuleiro

Em jogos como damas e xadrez, a preensão [o pegar] das peças auxilia pessoas com déficit de coordenação motora fina



Contoterapia

Para as crianças, o aspecto lúdico da contação de histórias diminui o impacto da hospitalização e favorece a adesão ao tratamento



Oficinas

Trabalhos com cerâmica, por exemplo, aumentam a autoconfiança e contribuem para a (re)inserção no mercado de trabalho

O INCA mantém atividades parecidas, mas destinadas às crianças, na brinquedoteca. A cada 15 dias, as terapeutas ocupacionais Livia Cooper e Mariana Pereira Simonato, responsáveis pelo espaço, promovem, com as pedagogas da classe hospitalar, uma sessão de cinema. Ocasionalmente acontece o bingo, com participação dos pais.

As atividades têm caráter recreativo, mas sempre vão além. “O acolhimento faz parte do trabalho do terapeuta ocupacional. Nas sessões de cinema, as crianças ganham lanche especial e, às vezes, brindes, como bonés, copos e garrafas com o tema do filme, doados pela locadora que empresta os DVDs. Já no bingo, a família toda se diverte. Os adultos caem na gargalhada sempre que alguém erra um

número, e as crianças adoram brincar com seus pais. Fazemos questão que todos saiam com um prêmio, que a própria equipe do INCA arrecada”, diz Livia.

As TOs do INCA atuam exclusivamente na pediatria, tanto na brinquedoteca quanto nos leitos. O material de trabalho é vasto: jogos, bonecos, material de pintura e colagem etc. “A terapia ocupacional trabalha com o fazer humano. Nós, aqui, lidamos com a linguagem da criança, que é o brincar. Brincando ela se apropria tanto do ambiente hospitalar quanto do próprio tratamento”, destaca Mariana.

Alguns brinquedos, como massinha de modelar, também são usados para auxiliar na motricidade fina. Outros, a exemplo dos que simulam materiais médico-hospitalares, ajudam a revelar sentimentos reprimidos. “Mal a gente entrega a maleta de médico, a menina já dá injeção na boneca, dizendo que com ela é assim no hospital. Quando a criança brinca, pode se expressar. Muitas coisas que estão guardadas vêm à tona”, relata Livia.

Na enfermaria, boas ideias das terapeutas ocupacionais já fizeram diferença na vida de pacientes. Em uma de muitas histórias, Davi, de 11 anos, ficou tetraplégico por conta de um tumor no tronco cerebral. Internado no CTI, com dificuldade para falar devido à traqueostomia, ficou preocupado quando soube que a mãe precisaria se ausentar uma noite, sendo substituída por uma prima que nunca estivera no hospital.

“Temos várias formas e áreas de atuação em oncologia. A relação com o terapeuta faz o paciente participar do tratamento e aderir a ele com mais tranquilidade”

PATRÍCIA LUCIANE SANTOS DE LIMA,
vice-presidente do Coffito



INCA: na brinquedoteca ou no leito, estímulo ao brincar



Como se comunicar se ela dormisse? A solução veio com a criação de um equipamento customizado.

“Nós conectamos um acionador a uma campanha sem fio, à pilha, que ficava do lado da acompanhante. Era como um grande botão, que ele poderia tocar com a cabeça, se precisasse. A campanha faria barulho, e a prima acordaria, caso estivesse dormindo”, detalha Mariana.

POR MAIS (RE)CONHECIMENTO

A história da terapia ocupacional, na acepção em que é conhecida hoje, remonta aos Estados Unidos do início do século XX, quando soldados que retornaram com sequelas da Primeira Guerra Mundial precisavam ser reinseridos na sociedade. No Brasil, os primeiros registros da profissão vêm dos anos 1950, também no cuidado a ex-combatentes. Até o final dos anos 1960, no País, havia apenas o curso de graduação em Terapia – no segundo ano, o aluno optava por Física ou Ocupacional. As profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, assim como as graduações específicas, foram criadas pelo Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969.

Segundo o Coffito, em novembro existiam no Brasil 15.399 terapeutas ocupacionais registrados nos conselhos regionais (Crefitos). Não há uma estatística oficial de quantos atuam em oncologia, mas as profissionais ouvidas pela REDE CÂNCER são unânimes em dizer que são poucos diante da demanda. Outra reivindicação frequente – e antiga – de toda a

classe é por mais informação acerca de seu trabalho, para que a sociedade saiba o que faz o terapeuta ocupacional e entenda por que sua presença é importante no ambiente hospitalar.

Patrícia Citó viveu na pele essas questões. No início dos anos 2000, quando estudava Terapia Ocupacional na Universidade de Fortaleza (Unifor), viu a mãe, paciente de câncer de mama, tratar-se numa instituição sem um profissional sequer da área. Foi quando decidiu seguir o caminho da oncologia, ainda que a faculdade, na época, não oferecesse uma disciplina sobre o tema. Em 2003, recém-formada, apresentou, com uma amiga, um projeto de assistência em terapia ocupacional para a direção do Crio. Foram aceitas, mas como voluntárias.

“Trabalhamos seis meses sem remuneração. Ao fim desse período, fomos contratadas, tanto por causa dos benefícios que toda a equipe havia colhido com nosso trabalho quanto pela comprovação de que, a partir do momento em que começamos a atender os pacientes, principalmente os da casa de apoio, onde ficam aqueles vindos do interior, o abandono do tratamento havia diminuído consideravelmente”, relata Patrícia, que hoje é a única TO do Crio.

Marcia Pengo é uma exceção em instituições oncológicas brasileiras – no Hospital Amaral Carvalho, ela chefia um setor com outras quatro TOs. Mas o panorama era bem diferente quando chegou à instituição, em 1984, para atuar na pediatria. “Ninguém sabia o que eu fazia. Eu batia de porta em porta perguntando aos médicos se podia atender os pacientes. Hoje nós atendemos todo o hospital.” Frequentemente, Marcia é convidada por universidades para falar sobre o trabalho que desenvolve no Amaral Carvalho.

Para a vice-presidente do Coffito, a terapeuta ocupacional Patrícia Luciane Santos de Lima, a presença do TO em instituições oncológicas é fundamental. “Nós temos várias formas e áreas de atuação em oncologia. Podemos proporcionar conforto ao paciente em cuidados paliativos, até mesmo com uso de tecnologia assistiva [recursos para pessoas com algum tipo de deficiência], ou auxiliar quem aguarda transplante de medula óssea e vive momentos de ansiedade e medo. Por meio das atividades, podemos minimizar questões como o hospitalismo [alteração do desenvolvimento psicomotor devido à internação prolongada] e a angústia de quem está longe de casa, excluído do local onde se sente mais confortável. A relação com o terapeuta faz o paciente participar do tratamento e aderir a ele com mais tranquilidade”, garante. ■

* Nomes fictícios

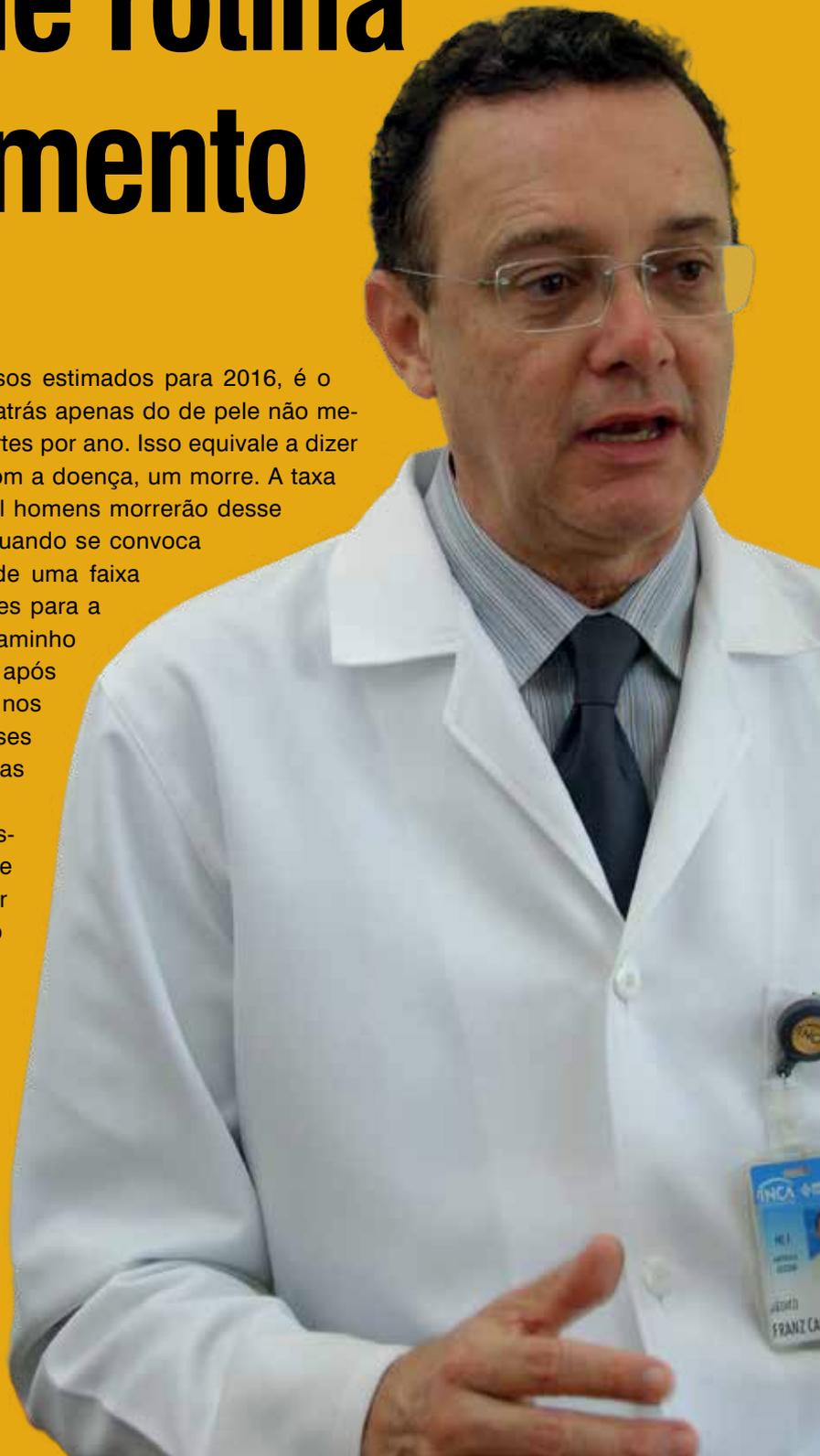
entrevista

FRANZ CAMPOS,
chefe da Seção de Urologia do INCA

Exames de rotina X rastreamento

O câncer de próstata, com 61.200 casos estimados para 2016, é o segundo mais incidente entre os brasileiros (atrás apenas do de pele não melanoma) e causa aproximadamente 14 mil mortes por ano. Isso equivale a dizer que a cada quatro homens diagnosticados com a doença, um morre. A taxa de mortalidade mostra que 13 a cada 100 mil homens morrerão desse tipo de tumor. No entanto, o rastreamento (quando se convoca toda uma população sem sintomas dentro de uma faixa etária determinada para se submeter a exames para a detecção precoce de uma doença) não é o caminho para a redução da mortalidade. Na verdade, após estudos de longo prazo feitos na Europa e nos EUA, a recomendação, até mesmo nos países desenvolvidos, é pelo não rastreamento. Mas então, o que fazer?

REDE CÂNCER conversou com o urologista e cirurgião Franz Campos, que falou sobre esse e outros aspectos em relação ao câncer de próstata. Com 32 anos de INCA e há cinco na chefia da Seção de Urologia (cargo que ocupa pela segunda vez), Campos alerta que faltam no Brasil serviços para realização de biópsias do câncer de próstata. Integrante da primeira turma de cirurgiões que foi treinada em Houston (Texas, EUA) para operar com o auxílio do robô Da Vinci, ele anuncia para 2017 a meta de a Seção realizar 150 cirurgias robóticas no tratamento do câncer de próstata.



REDE CÂNCER – Depois de estudos de longo prazo, a força-tarefa americana recomendou pelo não rastreamento do câncer de próstata. Isso significa que os homens não precisam mais fazer o toque retal e a dosagem do PSA [antígeno prostático específico]?

Não. Apesar de o rastreamento populacional não ser recomendado, a rotina de exames para detecção precoce do câncer de próstata deve ser mantida pelos homens a partir dos 50 anos, para aqueles sem sintomas nem parentes próximos com a doença, ou a partir dos 45, dependendo da história familiar e raça. Os negros têm maior predisposição para esse tipo de câncer.

RC – Mas qual a diferença entre fazer exames de rotina e rastreamento?

Os exames de rotina são uma decisão compartilhada entre médico e paciente. O médico, de acordo com a história clínica, familiar e a etnia do paciente, vai recomendar a realização de exames, de forma individualizada. O rastreamento é fazer um chamado público, convocando toda uma população a partir de uma determinada idade a fazer exames.

RC – Por que a força-tarefa americana recomenda pelo não rastreamento?

Grandes estudos randomizados, com duração de 10 anos, não demonstraram diferença na mortalidade entre homens submetidos ao rastreamento e os que não realizaram sistematicamente os exames.

RC – Quais as consequências da não recomendação do rastreamento do câncer de próstata?

Só vamos conhecer as consequências dentro de uma década. A não recomendação passou a valer em 2012. Então, em 2022 vamos saber as reais consequências. De imediato, podemos afirmar que não será diagnosticada grande quantidade de tumores que não precisariam de tratamento. Mas também estamos deixando de diagnosticar tumores agressivos em fase inicial. Estudos americanos indicam que o número de biópsias foi reduzido em 28%, e o número de prostatectomias radicais [retirada total da próstata] caiu 17%.

RC – Já que o rastreamento não é mais recomendado, o que existe de mais atual em termos de detecção precoce do câncer de próstata?

O que há de mais moderno é o protocolo Estocolmo III, estudo cujos resultados foram apresentados no final de 2015. Nesse protocolo, além do toque retal e da dosagem de PSA, são considerados outros parâmetros, como idade, história familiar e polimorfismos genéticos. Esse modelo foi significativamente melhor que apenas o PSA. Para níveis de PSA acima de 3 ng/ml, o número de biópsias seria reduzido em 32%, e 44% das biópsias benignas seriam evitadas. Atualmente, considerando apenas o PSA e o toque retal, três quartos das biópsias têm resultado negativo.

RC – Mas e quando o câncer é descoberto, qual a conduta a ser adotada?

Quando o câncer está localizado, ou seja, ainda não se espalhou, o tratamento padrão-ouro é a cirurgia. Uma tendência que vem ganhando força no mundo, principalmente na América do Norte, é a vigilância ativa. Essa abordagem consiste em o médico fazer avaliações periódicas do tumor por meio de exame clínico, dosagem do PSA, biópsia e ressonância magnética, para verificar sua evolução. Se o tumor apresentar crescimento rápido, o paciente é operado. Mas se for do tipo indolente, isto é, de crescimento muito lento, não é necessário operar.

RC – Essa conduta já é seguida no Brasil?

Sim, principalmente em protocolos restritos de instituições de alta complexidade, com ampla discussão sobre os riscos e benefícios dessa conduta. Vale ressaltar que o conhecimento sobre a baixa agressividade tumoral [tumores de baixo risco] pela equipe médica e o seguimento estrito do paciente são condições fundamentais para a implantação de tal conduta.

RC – Existem outros exames que ajudam a indicar se um câncer de próstata tem potencial para ser agressivo?

Da mesma forma que existe o mapeamento genético para o câncer de mama, surgiu um teste que analisa 14 genes de prognóstico [disponível na rede particular]. A presença de alguns desses genes sinaliza que o tumor é agressivo e que deve ser removido logo. Esse exame só pode ser feito com elementos de biópsia e é indicado para tumores classificados até 6 no escore de Gleason [pontuação dada ao câncer de próstata baseada em sua aparência microscópica]. É a escala de graduação histológica do tumor mais utilizada. Vai de 2 a 10. Quanto maior o número, mais agressivo é o



“A urologia é a especialidade que mais tem se beneficiado com a introdução da robótica. Já temos 25 equipamentos no Brasil, não só no Sul e no Sudeste, mas também no Nordeste. Duas das principais vantagens são o menor risco de sangramento e a redução do tempo de recuperação”

tumor]. Além disso, existe, até mesmo na rede pública, a ressonância funcional da próstata. Antes, o urologista analisava a imagem apenas pelo ultrassom. Com a ressonância funcional, é possível analisar outros parâmetros, como a difusão das moléculas de água. Esse exame permite estimar a agressividade do tumor.

RC – Como a robótica tem contribuído para melhorar os resultados da remoção da próstata nas cirurgias?

A urologia é a especialidade que mais tem se beneficiado com a introdução da robótica. Nos Estados Unidos, 85% das cirurgias urológicas são robóticas. No Brasil, apenas 1%. Já temos 25 equipamentos no Brasil, não só no Sul e no Sudeste, mas também no Nordeste. Duas das principais vantagens são o menor risco de sangramento e a redução do tempo de recuperação. Enquanto em uma cirurgia aberta o paciente demora em média de 30 a 60 dias para voltar ao trabalho, com a robótica ele pode retomar suas atividades em três semanas. Em relação a possíveis sequelas, como incontinência urinária e impotência sexual, o equipamento não diminui esse risco. Porém, a incontinência, que é temporária, costuma regredir mais rapidamente quando a cirurgia é feita com o auxílio do robô. Uma característica inédita do equipamento de robótica do INCA é que temos dois consoles. Ou seja, é possível fazer uma cirurgia colaborativa. Um cirurgião pode estar operando enquanto outro acompanha em tempo real. E basta o que está operando apertar um botão para passar a cirurgia para o segundo cirurgião.

RC – Há situações em que um paciente não tem indicação de ser operado com auxílio do robô?

Em princípio, o método poderia ser empregado em qualquer situação. Entretanto, em pacientes com doença localmente avançada e comorbidades severas, optamos pela cirurgia aberta. Como a robótica é um método ainda em implantação, tomamos o cuidado de não alongar em demasia o tempo cirúrgico desses atos mais complexos, evitando maiores chances de complicações.

RC – Dentro da Seção de Urologia do INCA, qual o percentual de pacientes com câncer de próstata?

Sessenta por cento das nossas matrículas são por câncer de próstata. Em segundo lugar, empatados, vêm os cânceres de rim e de bexiga. Para o próximo ano, pretendemos fazer 150 cirurgias robóticas de câncer de próstata e dar início ao protocolo de cirurgia robótica para tratar o câncer de rim, tanto nefrectomia total como parcial. No futuro, queremos evoluir também para operar o câncer de bexiga com auxílio do robô. ■

debate

ESPECIALISTAS COMENTAM OS POSSÍVEIS DANOS DOS BOATOS DIGITAIS SOBRE SAÚDE. SAIBA COMO IDENTIFICÁ-LOS

Ouvi dizer...

Reza o dito popular que “quem conta um conto, aumenta um ponto”. E, em tempos de comunicação instantânea via internet, os boatos “viralizam” e chegam a milhões de pessoas rapidamente, via e-mail, aplicativos de troca de mensagens ou redes sociais. Quando se relacionam ao tema “saúde”, essas farsas tornam-se ainda mais preocupantes. Se não forem desmentidas com rapidez e eficiência, podem causar pânico e até disseminar informações prejudiciais à saúde, como acontece com várias “receitas milagrosas” que, sem nenhuma comprovação científica, prometem a cura de diferentes e graves doenças. Essas mensagens inverídicas, muitas vezes, se valem do nome de profis-

sionais ou instituições com credibilidade para validar as mentiras virtuais.



Recentemente, o oncologista Drauzio Varella teve seu nome envolvido em um boato. Num vídeo que circulou no aplicativo para celular WhatsApp, uma mulher dizia que o médico teria participado de um programa de TV e afirmara que a incidência do câncer de tireoide estaria aumentando entre as mulheres devido ao excesso de radiação a que são expostas durante mamografias e radiografias odontológicas. Rapidamente, Varella produziu um vídeo desmentindo a falsa informação e, em seu site oficial, declarou: “Nunca gravei nenhum programa afirmando que a mamografia causa câncer de tireoide. Esse tipo de afirmação confunde a população e é um desserviço.”

O boato eletrônico tem algumas características em comum: não é datado, cita o nome de pessoas ou instituições importantes, para dar mais credibilidade, e, em geral, trata de um tema que atrai um grande número de pessoas, além de pedir o compartilhamento. É o que explica o analista de sistemas Gilmar Henrique Lopes, criador do *E-Farsas* (www.e-farsas.com), há 14 anos no ar. O site surgiu em 1º de abril (conhecido como o Dia da Mentira) de 2002, com a intenção de usar a própria internet para desmistificar as histórias que nela circulam. Gilmar também fala sobre o tema em um quadro que apresenta no programa *Você é curioso*, na Rádio Bandeirantes.

“Quando eu comecei a usar a internet, pelos idos do ano 2000, recebia e-mails dizendo que uma criança com câncer receberia R\$ 0,05 para seu tratamento a cada vez que a mensagem fossem repassada. Eu passava adiante, achando que estava ajudando.



Até o dia em que resolvi pesquisar e descobri que aquelas histórias eram falsas, e que as empresas citadas nos e-mails não estavam participando da corrente. Então, avisei aos amigos, que começaram a me mandar mensagens desse tipo para eu averiguar a veracidade.”

FALSAS PROMESSAS

Da desconfiança surgiu a ideia de criar o *E-Farsas*, que tem média de 300 mil visualizações por dia, mas chega a 1 milhão em temáticas mais polêmicas. Quando a mentira digital se refere à saúde, na maioria das vezes, é anunciado um produto muito simples que vai curar uma doença grave. “Há poucos dias, publiquei um desmentido sobre um boato que falava da raiz da planta dente-de-leão, prometendo a cura do câncer em 48 horas”, conta. Pesquisando, Gilmar descobriu que a história foi publicada em setembro de 2015 em um site de língua inglesa, sendo depois reproduzida por outros sites e traduzida para o português. Ele aprofundou a pesquisa consultando a revista *Nature*, publicação de referência na área científica, e a única notícia que encontrou foi a de um teste feito com o extrato da planta, com o objetivo de ajudar no controle da saciedade do apetite. “Veja o perigo desse boato. A pessoa pode abandonar seu tratamento convencional para se tratar com um chazinho, que além de não curar, ainda pode fazer mal a sua saúde.”

Outro texto que circula pela rede – e já tem quatro versões – afirma que o chá da folha da graviola cura o câncer, criando uma falsa esperança aos desinformados. Em uma dessas versões, o autor da mentira chegou a colocar como “avalistas” um médico, que se chamaria Rômulo D’Ávila, a Universidade de São Paulo (USP), um certo Dr. Panuzza e ainda links internacionais para pesquisa. De novo, nada foi encontrado, e mais uma farsa foi desmascarada pelo site.

Gilmar lembra que um dos assuntos que mais “bombaram” no *E-Farsas* foi a polêmica sobre a fosfoetanolamina sintética, que se propunha a ser a promessa da cura completa de qualquer tipo de câncer. Em 2015, quando publicou um artigo explicando que a substância não parecia cumprir o que prometia, recebeu cerca de 700 comentários em seu site. “A maioria foi de leitores indignados, que diziam que estávamos tirando a esperança de quem dependia desse ‘remédio’. A fosfatoetanolamina ficou famosa porque vinha em forma de comprimido, era fabricada numa universidade e dava a impressão de que era bem-feita, mas até o momento não há

nenhuma comprovação científica dos seus benefícios contra o câncer”, afirma.

Outro caçador de mentiras na internet é o jornalista Edgard Matsuki. Ao lidar com a rede mundial de computadores, quando atuava como editor de tecnologia do portal UOL, ele percebeu que a quantidade de notícias falsas circulando online era imensa; por outro lado, o número de páginas criadas para desmentir essas histórias não era tão grande. Foi assim que, em 2013, criou o site *Boatos.org* (www.boatos.org). Três anos depois, ele diz que ainda se surpreende, pois não imaginava que as mentiras contadas na internet significassem tanto. “De 2013 até hoje, o site já desmentiu 1.500 notícias falsas”, revela.

O jornalista diz não ter dúvidas de que, ao lado dos boatos de crimes atribuídos a pessoas inocentes, os que se relacionam à saúde são os mais perigosos. “Nos nossos desmentidos, seguimos uma linha muito firme: só consideramos uma informação verdadeira se ela foi comprovada pela ciência em estudos respeitados. Fala-se muito em métodos alternativos para a cura de doenças graves – do câncer, especificamente, desde limão congelado até a pílula milagrosa –, mas é no mínimo imprudente atestar a eficácia de qualquer substância sem estudos aprofundados”, afirma Matsuki.

O *Boatos.org* tem cerca de 1,3 milhão de visualizações e 920 mil visitantes mensais – números que chegaram a 2 milhões e 1,5 milhão, respectivamente, em outubro. O jornalista crê que o aumento da

“Boa parte do grupo que compartilha não escolhe racionalmente replicar essas informações. Isso acontece porque, de alguma maneira, esses conteúdos tocam num sentimento da pessoa, que acha que está ajudando.

Não existe má-fé”

GIOVANI MIGUEZ, mestre em Ciência da Informação e gestor público do INCA

“Fala-se muito em métodos alternativos para a cura de doenças graves, mas é no mínimo imprudente atestar a eficácia de qualquer substância sem estudos aprofundados”

EDGARD MATSUKI, jornalista e criador do *Boatos.org*

audiência esteja relacionado à inclusão da análise de boatos difundidos pelo WhatsApp e também à credibilidade que o site vem conquistando. “Nosso objetivo não é a audiência pela audiência. Talvez nosso site tenha mais ou menos tráfego do que páginas que espalham boatos populares, por exemplo. Creio que a chegada do público ao site é só uma consequência do trabalho e nos ajuda a mensurar o quanto estamos sendo eficientes no alcance.” A previsão é de que em novembro o site alcance entre 2,5 milhões e 3 milhões de visualizações.

No início, Edgard trabalhava sozinho. Depois, chegou a ter uma equipe com 13 pessoas, mas precisou enxugá-la por motivos logísticos. Hoje trabalha com duas jornalistas: Hellen Bizerra e Carol Lira. O critério de seleção para a investigação de uma história é justamente a sua circulação. “Conseguimos aferir [o alcance de uma história] pelo número de pessoas que nos enviam sugestões e pelo monitoramento de redes”, explica.

A metodologia adotada pelo *Boatos.org* é checar a notícia suspeita em fontes confiáveis e procurar saber de onde a informação saiu. O jornalista diz que, em alguns casos, isso é possível por uma busca temporal no Google (notícias publicadas até uma determinada data). No caso de redes sociais, é mais complicado descobrir a página ou perfil de origem, mas ainda é viável. No WhatsApp é quase impossível. “Nossa linha editorial tem o propósito de atacar os boatos, e não quem os escreve. Muitas vezes, sabemos de onde surgiu a mentira, mas não revelamos. Só colocamos a fonte se for relevante para o desmentido.”

Alguns boatos, segundo Edgard, conseguem ser desmentidos à primeira vista. Um bom exemplo de uma história falsa que sempre se modifica e aparece em versões variadas, desde o ano 2000, é a que acusa bebidas de largo consumo de serem

Será verdade?

Confira dicas dos caçadores de boatos para reconhecer histórias falsas na internet

De modo geral, o boato...

Oferece, por exemplo, uma solução simples para a cura de uma doença grave (que, segundo os divulgadores do boato, “a indústria farmacêutica não quer que seja divulgada”)

Cita o nome de pessoas ou instituições importantes, para dar mais credibilidade

Trata de um assunto polêmico, que atrai um grande número de pessoas

Inventa termos e dados técnicos, para confundir o leitor

Tem erros de ortografia e concordância

Pede compartilhamento

É contraditório e possui tom alarmista

É anônimo e não é datado

Não possui fontes



Na dúvida, não compartilhe

“As áreas de comunicação e assessoria de imprensa precisam estar vigilantes acerca de divulgações que envolvam a instituição, dando uma resposta rápida à população no caso de notícias falsas”

RONALDO CORREA, oncologista e sanitarista do INCA e editor-científico da *RBC*

responsáveis por danos aos rins e surgimento de tumores. Numa versão, o vilão são os refrigerantes (<http://www.boatos.org/saude/nao-beba-fanta-uva-fanta-laranja-e-coca-cola-aponta-alerta-falso.html>); noutra, uma marca de cerveja (<http://www.boatos.org/saude/skol-causa-cancer-e-tumores-no-reto-nao-beba-diz-alerta-falso.html>).

TRANSMISSÃO PERIGOSA

Mas o que levaria as pessoas a espalhar essas histórias fantasiosas no mundo digital? Para Edgard Matsuki, há o que ele classifica de “excesso de boa vontade”, ou seja, a pessoa vê uma informação que considera útil, “compra” a história como verdadeira e encaminha, pois acredita que pode ajudar alguém. “Infelizmente, a vontade de ajudar só contribui para disseminar o boato”, atesta.

Gilmar Lopes concorda e diz que a melhor forma de derrubar a lorota virtual é não passando adiante. “Recomendo que a pessoa faça uma pesquisa. Eu sei que dá um pouco de trabalho, mas é só abrir uma janelinha ao lado da notícia e pesquisar o nome dos envolvidos e da instituição citada para descobrir a mentira. Os boatos sempre existiram, mas não tinham a força que têm com a internet.”

De um modo geral, o desmentido não tem tanta força como o boato, atesta o criador do *E-Farsas*, e, em determinadas situações, ainda motiva reações inusitadas. “Algumas pessoas ficam até com raiva e dizem que você é um ‘vendido’, que a indústria farmacêutica te comprou e que você está recebendo milhões para desmentir”, diverte-se, explicando que precisa de dois empregos para se sustentar.

REFLEXÃO E AÇÃO

O oncologista e sanitarista do INCA Ronaldo Correa, editor-científico da *Revista Brasileira de Cancerologia (RBC)*, acredita que a sociedade deve aprender, ao ler uma informação, a avaliá-la com senso crítico. “É preciso saber qual é a fonte, quem está falando, o que essa pessoa representa e à qual instituição pertence. E ainda que argumentos utiliza – se ela não disser quais são esses argumentos e em que está baseada, parece uma fofoca.”

Para Correa, as mentiras digitais são um reflexo da sociedade. “Refletimos menos sobre a qualidade das informações que recebemos. A pessoa fala alguma coisa e você passa adiante. Não sabe se é certo ou errado, verdadeiro ou falso, mas repassa de qualquer maneira. Às vezes leva tempo, dá trabalho para a pessoa refletir, procurar olhar as fontes e ver a credibilidade daquela informação”, avalia.

“Não educamos as pessoas para que saibam se informar, e aí talvez esteja o maior erro dos formuladores de saúde. Se você fizer uma busca rápida no Facebook, vai perceber gente com bom nível de escolaridade propagando boato. Mas por quê? Por que aquela pessoa assume que aquilo é verdade? Ela entende que a fonte que lhe passou a informação tem legitimidade, mas de fato não tem”, reforça o gestor público do INCA Giovanni Miguez.

Miguez acrescenta que, quando o boato se refere à saúde, principalmente o câncer ou outra doença grave, as pessoas, por estarem emocionalmente impactadas por aquela informação, a retransmitem. “Boa parte do grupo que compartilha não escolhe racionalmente replicar essas informações. Isso acontece porque, de alguma maneira, esses conteúdos tocam num sentimento da pessoa, que acha que está ajudando. Não existe má-fé”, acredita.

Mas como combater essa rede de mentiras? Para Miguez, que possui mestrado em Ciência da Informação, as instituições precisam ter uma estratégia efetiva de atuação nas redes sociais (Twitter, Facebook, Instagram), com monitoramento constante e mapeamento permanente dos boatos, além de manter páginas nessas redes, o que lhes garantiria agilidade nas respostas. Ele também recomenda que os órgãos ajam proativamente, interagindo com pequenos veículos, como rádios comunitárias e jornais de bairro, e dialogando com blogueiros. Só assim, em sua opinião, terão mecanismos para não perder essa guerra de informações falsas.

Ronaldo concorda: “Os órgãos, geralmente, contam com as áreas de comunicação e assessoria

de imprensa, que precisam estar vigilantes acerca de divulgações que envolvam a instituição, dando uma resposta rápida à população no caso de notícias falsas.”

ESPECULAÇÕES QUE DESINFORMAM

Em relação a boatos eletrônicos que viralizam e colocam em risco uma estratégia de saúde pública, o Ministério da Saúde, por meio de nota, explicou que “preza pela divulgação de informações seguras e atestadas por sua equipe técnica”.

A nota diz ainda que “a disseminação de boatos é irresponsável e representa um desserviço à população. As especulações em nada contribuem para o esclarecimento. Para isso, o órgão trabalha de forma

transparente, informando a população sobre o andamento do seu trabalho.”

O ministério utiliza diversos meios para estabelecer uma comunicação clara e transparente com a população. Entre as ferramentas utilizadas estão a assessoria de imprensa, o Portal Saúde (www.saude.gov.br) e perfis em diversas redes sociais, como o Facebook (www.facebook.com/minsaude), entre outras.

Um dos casos recentes de boatos disseminados na internet foi a associação da vacinação contra a rubéola e o sarampo durante a gestação e os casos de microcefalia. Ação do ministério para desmobilizar o rumor contou com notas à imprensa e postagens nas redes sociais, explicando, por meio de fontes renomadas, que não havia nenhuma evidência científica que comprovasse essa teoria. ■

Bzzz, bzzz, bzzz

Os boatos espalhados via internet (e-mail, aplicativos de troca de mensagens ou redes sociais) são chamados de *hoax* e alcançam um número gigantesco de pessoas em alta velocidade. O jornalista Edgard Matsuki, do site *Boatos.org*, diz que nem todo boato “viraliza”, mas todo *hoax* é viral. É fato que as pessoas não compartilham informações que não lhes interessam, então, para conseguir viralizar, os *hoaxes* utilizam um conteúdo fortemente apelativo, tanto para chamar a atenção como para convencer o indivíduo a repassar a mensagem.

Imagens de pessoas e animais acidentados ou que sofrem de doenças graves são recorrentes na rede e servem para comover os internautas, que, na intenção de ajudar ou alertar amigos e parentes, acabam repassando esses *hoaxes*. Vale lembrar que essas notícias de teor duvidoso apresentam informações incompletas e, na maioria das vezes, sem nenhuma verdade. Fazendo uma comparação, o *hoax* é quase como um *spam* (mensagens não solicitadas enviadas por e-mail a várias pessoas).

Em março deste ano, uma história em tom alarmista, ilustrada por uma foto de um homem com os olhos vermelhos, dizia que ele havia tido câncer de olho por usar celular à noite. A “explicação”, segundo o que se difundiu em diversos sites e blogs, é que estudos científicos teriam comprovado que a luz verde da tela do celular afeta a visão e que acaba por resultar na morte das células da retina do ser humano.

Tudo falso. O site *E-Farsas* aponta que chamava a atenção a falta de detalhes para comprovar a veracidade da história: “Qual o nome do homem? Quando e onde o fato teria ocorrido?”

Os sites e blogs que publicaram essa notícia em português citam como fonte o blog de língua inglesa *Health Advisor Group*, que, por sua vez, tem como fonte um blog chamado *The Collective Intelligence*. Esse último também não oferece nenhuma prova do fato e cita como fonte o blog *Hair Styles9*, que, de acordo com o *E-Farsas*, não prova nada. E para encerrar a fantástica história, a fotografia usada nada tem a ver com câncer de olho por uso prolongado de smartphone à noite. Ela foi publicada em 2013, em um site chinês, que explicou que o rapaz estava com conjuntivite.

O câncer é o chamariz de uma mensagem que apareceu pelo aplicativo WhatsApp em setembro. O boato sobre os “ventiladores cancerígenos”, no entanto, alertava para o perigo de um vídeo que “hackearia” o celular de quem o abrisse em apenas 10 segundos e não poderia ser removido de modo algum. O site *E-Farsas* desmentiu mais esse boato eletrônico explicando que o WhatsApp não aceita o envio de arquivos executáveis. “E pra quem ficou em dúvida, não, os ventiladores não causam câncer”, esclarece o site.

Em 2014, um *hoax* que ganhou destaque propagava “que as mulheres que usavam desodorante antitranspirante tinham mais chance de desenvolver câncer de mama”. O site *Boatos.org* foi atrás da verdade e derrubou mais essa farsa, destacando que “órgãos de renome no País, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o INCA, esclareceram que não há relação direta entre uma coisa e outra”.

Câncer de boca

Para discutir o papel das faculdades de Odontologia na rede de atenção à saúde na prevenção e no controle do câncer da cavidade oral, o INCA promoveu um fórum com docentes de patologia oral e estomatologia do Rio de Janeiro e as coordenações municipal e estadual de saúde bucal. Profissionais do Instituto mostraram o cenário assistencial do câncer de boca e o perfil dos pacientes atendidos na instituição, além de abordarem temas como estadiamento avançado X qualidade de vida. Já os representantes das faculdades apresentaram o fluxo de atendimento em suas clínicas, desde a origem dos pacientes e como atuam no recebimento de casos suspeitos de câncer de boca até o encaminhamento dos confirmados para início do tratamento.

Segundo a cirurgiã-dentista Adriana Atty, da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA, a ideia de mediar essa aproximação foi possibilitar que as clínicas das faculdades participem formalmente da rede de atenção, facilitando o acesso de pacientes à biópsia e ao encaminhamento para tratamento nos hospitais habilitados, no caso de confirmação do diagnóstico de câncer.

Glossário Temático

Em evento no INCA, foi lançada a publicação *Glossário Temático: Fatores de Proteção e de Risco de Câncer*, produzida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto. O objetivo

é facilitar a divulgação e compreensão de termos e expressões utilizados na área de prevenção do câncer, especificamente sobre os fatores de proteção e de risco para a doença.



Premiação I

A nutricionista do INCA Nilian de Souza recebeu, na Dinamarca, premiação pela apresentação oral *Avaliação do esgotamento musculoesquelético por tomografia computadorizada e métodos substitutos em pacientes com câncer colorretal*, no congresso da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (Espen). Além da apresentadora – e autora principal –, o trabalho teve a participação de Renata Brum, Nivaldo Barroso de Pinho, Cristiane Aline D’Almeida e Viviane Dias Rodrigues. O estudo traz resultados parciais da tese de doutorado de Nilian.



Premiação II

Com o trabalho *Melanoma subungueal: análise de 157 casos tratados no INCA*, a Seção de Tecido Ósseo e Conectivo (TOC) do Instituto conquistou o primeiro lugar no *I Congresso Sul-Sudeste da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica*, em meio a 108 outros estudos nacionais. O pesquisador principal é o chefe da seção, Luiz Fernando Nunes, que dividiu a autoria com o coordenador de Assistência do INCA, Gélcio Mendes. Trata-se do estudo com a maior casuística mundial desse tipo de câncer até hoje. O evento foi realizado em novembro, em Florianópolis.

Câncer infantil

A sobrevida estimada no Brasil por câncer na faixa etária de 0 a 19 anos é de 64% – índice calculado com base nas informações de incidência e mortalidade. Essa e outras informações fazem parte de um panorama do câncer infantojuvenil divulgado pelo INCA e pelo Ministério da Saúde em cerimônia alusiva ao Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil (23 de novembro) e ao Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro).

A sobrevida de pacientes infantojuvenis varia de acordo com a região do País. Os índices são mais elevados no Sul (75%) e Sudeste (70%) do que no Centro-oeste (65%), Nordeste (60%) e Norte (50%). O panorama nacional completo sobre o câncer infantojuvenil no Brasil será lançado pelo INCA em 2017 e trará a inclusão inédita de informações sobre morbidade hospitalar, bem como da faixa etária de 20 a 29 anos (adultos jovens). A publicação *Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: Informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade* tem como base de dados as informações sobre incidência (coletadas por 25 Registros de Câncer de Base Populacional), mortalidade (registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde) e morbidade hospitalar (provenientes dos Registros Hospitalares de Câncer).



BNT na Espanha

O Banco Nacional de Tumores e DNA (BNT) do INCA participou do *VII Congresso Nacional de Biobancos e I Congresso Latino-americano de Biobancos*, em novembro, em Santiago de Compostela, Espanha.

Na ocasião, foram apresentadas algumas experiências do BNT, com ênfase na implementação do Sistema de Gestão da Qualidade e em recentes avanços no sistema informatizado de gerenciamento de amostras. O encontro foi organizado pela Rede Nacional de Biobancos da Espanha. Esta sétima edição contou, pela primeira vez, com a participação de profissionais de países latino-americanos – Argentina, Brasil, Uruguai, Chile, Peru e México, membros da Rede de Biobancos da América Latina e do Caribe (Reblac). Do Brasil compareceram também profissionais dos bancos de tumores do A.C. Camargo Cancer Center e do Hospital de Câncer de Barretos.

Nutrição oncológica em alta

A Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO) e o INCA promoveram, em novembro, o *V Congresso Brasileiro de Nutrição Oncológica, a VIII Jornada Internacional de Nutrição Oncológica e a VIII Jornada Luso-brasileira em Nutrição Oncológica*. Com o tema *A Multidisciplinaridade da Assistência Oncológica*, os eventos reuniram os mais renomados profissionais nacionais e internacionais da área. Na ocasião, foi lançado o Volume II do *Consenso Nacional de Nutrição Oncológica* revisado. A publicação, desenvolvida por diversas instituições e profissionais ao longo dos últimos anos, traz, de forma complementar ao primeiro volume, orientações nutricionais para o sobrevivente do câncer, para o paciente idoso e crítico oncológico e quanto à imunonutrição e ao uso de fitoterápicos em oncologia. Durante o evento, também foram certificados os primeiros especialistas em Nutrição Oncológica pela SBNO.

reabilitação

COMO A DANÇA PODE SE TORNAR ALIADA NA
RECUPERAÇÃO DE QUEM ENFRENTA UM CÂNCER

No compasso da vida

Acredita-se que o surgimento da dança se deu ainda na Pré-História, quando os homens batiam os pés no chão. Ao longo dos anos, o ato de movimentar o corpo ao ritmo da música ganhou vários significados, mas para grande parte das pessoas é simplesmente uma manifestação de alegria. Para outras, vai um pouco além: trata-se de um estímulo para a vida.

Em março de 2014, a pedagoga Sônia Soares sentiu náuseas e dores na região lombar. Em junho daquele ano, fez uma ecografia e constatou um tumor de 3,5 centímetros no pâncreas. Passou por tomografia, ressonância e, no mês seguinte, cirurgia. Em agosto iniciou a quimioterapia, que durou até janeiro de 2015. Ela já tinha frequentado algumas aulas de dança antes de descobrir a doença.

“Na UTI eu estava ligada a muitos fios, mas tinha mãos e pés livres e, com eles, dancei. Havia aprendido um movimento que, até então, não conseguia fazer, ‘flor de lótus’ [passo da dança do ventre],

Mauro Vieira



que foi minha distração, meu desafio, meu exercício. Dancei durante o período de quimioterapia, e isso foi fundamental para manter minha mente e meu corpo em equilíbrio. A dança diminuía muito as dores que eu sentia. Não sei se era pelo bem-estar emocional, pelo exercício que me proporcionava ou pela alegria de me sentir viva”, conta a pedagoga.

Pensando em casos como o de Sônia, a psicóloga Cristina Melnik decidiu criar a OncoDance, uma oficina de dança gratuita para mulheres que têm ou tiveram algum tipo de câncer. Cristina é mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), licenciada em Dança e atualmente faz especialização em Dançaterapia na mesma instituição. “A OncoDance é um projeto que surgiu depois que vi resultados positivos de pesquisas científicas [sobre câncer e dança]. As aulas começaram em outubro de 2014 e continuam até hoje. O trabalho é 100% voluntário”, diz.

A oficina acontece uma vez por semana, no bairro Higienópolis, Zona Norte de Porto Alegre. Segundo a psicóloga, as participantes descrevem muitos benefícios, entre eles melhor manejo da dor, expansão do movimento e melhoria da autoestima. “Elas relatam que

a dança aumenta a socialização, a experiência do colocar-se no lugar do outro, do identificar-se com o outro. Também mantém o foco na vida e no bem viver e desperta o olhar positivo do outro. Uma participante contou que quando as pessoas ficavam sabendo do seu diagnóstico de câncer, olhavam para ela com pena, e isso contribuía para a vitimização. Mas quando entrou para o grupo, o olhar passou a ser de admiração, pela forma de enfrentar a doença”, exemplifica. Para Cristina, é importante identificar-se com o outro, conhecer quem também recebeu o diagnóstico da doença e trocar experiências.

Médico do Exercício e do Esporte, João Felipe Franca salienta que, além de benefício físico, a dança traz ganho cognitivo e intelectual, autoconhecimento, criatividade, prazer e sociabilidade. “São condições perfeitas para haver aderência a um estilo de vida mais ativo e de bem-estar físico e mental.” O especialista acrescenta que existem danças que exigem mais ou menos fisicamente do que outras. “Danças a dois geralmente não requerem grande condição aeróbica, mas são um estímulo para o equilíbrio corporal, a coordenação motora, a agilidade, a flexibilidade e, dependendo da modalidade, até mesmo para o fortalecimento muscular.”

SUPERVISÃO PARA EVITAR RISCOS

Segundo a médica Clarissa Matias, da diretoria da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (Sboc), a dança ou qualquer outro exercício físico podem ser praticados durante o tratamento químico ou radioterápico, desde que com acompanhamento profissional, para que não haja risco de fraturas ou sobrecarga física. “Estudos mostram que fazer exercícios melhora a tolerância à quimioterapia. Após o tratamento, é ainda mais recomendado, como apoio na reabilitação física. Mas é preciso avaliar a condição do paciente. Caso ele esteja mais limitado, danças mais leves, como a do ventre, podem ser uma opção, procurando evitar movimentos bruscos e que exijam grande esforço”, explica. A médica, no entanto, esclarece que determinadas condições, como metástases ósseas e disfunções respiratórias ou cardíacas, merecem cuidados especiais. “São exemplos de problemas que podem limitar a execução da dança e exigem orientação clínica e fisioterápica. Por isso, é importante que o oncologista responsável avalie cada caso e, se achar necessário, discuta com o paciente a prática de atividades com menor carga”, complementa.

Cristina frisa que, para pacientes de câncer, os movimentos são adaptados às necessidades e





“Na UTI eu estava ligada a muitos fios, mas tinha mãos e pés livres e, com eles, dancei. Isso foi fundamental para manter minha mente e meu corpo em equilíbrio. A dança diminuía muito as dores que eu sentia. Não sei se era pelo bem-estar emocional, pelo exercício que me proporcionava ou pela alegria de me sentir viva”

SÔNIA SOARES, paciente recuperada de um tumor no pâncreas

potencialidades individuais, já que a doença e seu tratamento trazem limitações, e a dança permite novas formas de lidar com o corpo. “Podemos pensar no exemplo de uma mulher que fez mastectomia e por ora não pode levantar os braços. Ela pode tornar seus movimentos mais delicados e amplos e ainda trabalhar suas possibilidades por meio da dança, sem a obrigatoriedade ou a pressão por determinado resultado”, diz.

As apresentações sempre são momentos especiais. Durante os preparativos, o cuidado com a maquiagem e o figurino faz com que as participantes voltem o olhar para si mesmas. “O aplauso do público e o reconhecimento são fortalecedores. Ao mesmo tempo, mostrar o trabalho é, na perspectiva das alunas, despertar a coragem naquela pessoa que assiste e tem receio de buscar alternativas complementares ao tratamento e à prevenção da recidiva”, fala Cristina.

O professor de dança de salão Diego Borges participou de um projeto com proposta parecida. Ele ganhou visibilidade como parceiro da atriz Milena Toscano, no quadro “Dança dos Famosos”, do programa *Domingão do Faustão*, da TV Globo. Uma aluna o convidou, em 2013, para dar aulas no Hospital do Câncer do Ceará, seu estado natal. “Eram cerca de 30 alunas que passavam pelo tratamento de quimioterapia. Ficamos oito meses preparando uma coreografia para ser apresentada em uma caminhada contra o câncer de mama. O que eu posso falar é que, nos momentos de aula, não existiam pessoas doentes, elas eram apenas felizes. Brincavam, se divertiam e estavam unidas pelo propósito de apresentar um bom espetáculo”, lembra.

Antes de dar início à OncoDance, a psicóloga Cristina Melnick fez algumas pesquisas. A principal foi sob orientação do médico José Roberto Goldim, do Laboratório de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O estudo avaliou a influência da dança em pacientes de câncer de mama. “Nós fizemos análise qualitativa. Aplicamos a escala analógica visual de dor observada antes e após a intervenção, e a percepção de dor foi cerca de 40% menor após as aulas de dança”, comenta.

A intervenção durou três meses, com aulas semanais de uma hora e meia cada. No final, formaram-se grupos focais. “Os depoimentos coletados foram avaliados por meio do referencial da bioética, e percebemos que a dança é capaz de promover maior bem-estar e ajudar a superar limitações, bem como despertar a vontade de continuar a sua prática”, diz Cristina.

ATIVIDADE FÍSICA E PREVENÇÃO

Já foram publicados vários estudos demonstrando que mulheres e homens ativos fisicamente apresentam risco mais baixo de desenvolver alguns dos tipos mais prevalentes de câncer e de sofrer recidivas. Um desses trabalhos, com 2.987 mulheres que já tinham se submetido à mastectomia, foi publicado em 2005 na revista *Jama*. Depois da cirurgia e dos tratamentos de radioterapia e quimioterapia, aquelas que passaram a caminhar por pelo menos 30 minutos, em média cinco vezes por semana, na velocidade de cinco a seis quilômetros por hora – ou fizeram exercícios equivalentes –, apresentaram aproximadamente 60% de redução do risco de recidiva, menor mortalidade por câncer de mama e menor probabilidade de morrer por outras causas.

Pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos revisou 12 estudos americanos e europeus feitos entre 1987 e 2004, com 1,4 milhão de participantes. Durante 11 anos de acompanhamento, 186.932 casos da doença foram diagnosticados. Os autores compararam os dados sobre a prática de atividade física com o risco de desenvolvimento de 26 tipos de câncer.

“A dança aumenta a socialização, a experiência do colocar-se no lugar do outro, do identificar-se com o outro. Também mantém o foco na vida e no bem viver e desperta o olhar positivo do outro”

CRISTINA MELNIK, psicóloga, mestre em Ciências Médicas pela UFRGS e criadora da OncoDance

Os resultados apontaram que a prática de atividade física está associada a menor risco no desenvolvimento de pelo menos 13 tipos de câncer, incluindo redução de 42% no risco de câncer de esôfago e 25% no caso de tumores no fígado e pulmão. Em média, a prática regular de exercício foi associada à redução de 7% no risco de desenvolver qualquer tipo de câncer. ■



gestão

A DIVULGAÇÃO DA CIÊNCIA RELACIONADA À SAÚDE ESTIMULA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO E AUXILIA NA PREVENÇÃO

Comunicação, uma estratégia contra o câncer

Durante muito tempo, a imagem do cientista esteve associada ao indivíduo solitário, isolado em um laboratório. Esse modelo reflete o fato de que, até a segunda metade do século passado, os resultados de pesquisas eram quase todos discutidos na comunidade científica, deixando-se em segundo plano a divulgação ao grande público.

Mas no que diz respeito à saúde, especificamente, a comunicação é essencial nas estratégias de prevenção e diagnóstico precoce de doenças. Em 2020, o câncer, por exemplo, será a principal causa de morte entre brasileiros; por isso, lançar mão de diferentes canais de comunicação para conscientizar a população é um caminho importante a ser trilhado na promoção da saúde.

“Existe a necessidade premente do desenho de uma estratégia de prevenção. Mas é vital ressaltar que ela deve se ater à precisão, ainda que haja grande preocupação com a linguagem. Não é porque o público é leigo que o cientista ou o jornalista podem ser menos precisos”, defende Luis Fernando Reis, diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. “Transformar o tema em algo mais palpável não exime a necessidade de precisão.”

De acordo com Reis, a falta de exatidão das informações pode levar a erros que prejudicam a mudança de comportamento. Ele exemplifica seu ponto de vista ao abordar a falta de critério para o uso – desmedido, segundo ele – do termo “cobaia”. “Isso transmite à população uma falsa sensação de risco, que, na verdade, inexistente. Mesmo os experimentos com animais só são realizados depois de um planejamento minucioso, em que se preveem as chances de sucesso e de insucesso. Os seres humanos são beneficiados, e não expostos a um risco desnecessário.”

Ademar Lopes, vice-presidente do hospital A.C. Camargo Cancer Center, concorda que a atenção e o cuidado na elaboração das estratégias de comunicação são fundamentais. Ele explica que, atualmente, o câncer é uma das doenças sobre as quais mais se pesquisa. “As melhores práticas no que diz respeito aos *clinical trials* estabelecem que, sem que uma substância passe por todas as etapas de um estudo [pré-clínico e clínico de fases I, II e III], ela não pode ser usada comercialmente. É preciso muito cuidado na abordagem do tema, de modo que a ansiedade por dar boas notícias não acarrete em desserviço à população”, defende.

O INCA tem em seu DNA o compromisso de zelar pela qualidade e precisão das informações que transmite. “Somos referência no Brasil e no mundo em assistência, pesquisa, ensino e prevenção. Temos a missão de fazer uma comunicação pública responsável, levando informações consistentes para a população”, diz Mônica Torres, chefe da Divisão de Comunicação Social do Instituto. Na opinião da gestora, tudo começa na prevenção. “Sem comunicação, não há prevenção.”

Beatriz Kneipp, chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede, da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA, reforça a ideia de que todo o trabalho de comunicação desenvolvido pelo Instituto possui caráter técnico muito rigoroso. “Trabalhamos fundamentalmente com base em evidências científicas”, afirma. “Todo o material elaborado é produzido com o devido alinhamento com as áreas técnicas, buscando traduzir o saber científico para divulgá-lo de uma maneira mais compreensível à população”, acrescenta Mônica Torres.

PRETO NO BRANCO

O relacionamento com a imprensa é um dos primeiros (e o mais comum) dos caminhos adotados pelas instituições – públicas, privadas, governamentais e não governamentais – no desafio de levar informações de qualidade sobre saúde à sociedade em geral.

De acordo com o diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, o relacionamento adequado com a imprensa busca entregar à população boas notícias, com a responsabilidade de informar corretamente. “O hospital tem o costume de lidar com a imprensa, posicionando-se diante de temas de interesse do público. Também procuramos estimular a pauta da saúde, divulgando conteúdos relevantes”, diz.

O trabalho é pautado por um conjunto de normativas internas no qual, ao mesmo tempo em que o atendimento às demandas da mídia é encorajado, nenhum profissional é estimulado a falar sem a presença de um assessor de imprensa. “Estes profissionais são fundamentais no auxílio à busca da precisão, corrigindo distorções de entendimento de ambos os lados, sempre que preciso. Isso resulta na prestação de serviço com muito mais consistência para a população”, afirma Reis.

No INCA, a equipe de comunicação trabalha de maneira consistente as agendas das principais



ACAO GAP, congresso anual do MD Anderson Cancer Center, aconteceu no Brasil e teve o A.C. Camargo Cancer Center como uma das instituições parceiras na organização

datas relacionadas ao câncer (Dia Nacional de Combate ao Câncer, Dia Mundial do Câncer, Dia Nacional de Combate ao Fumo, Dia Mundial sem Tabaco, Outubro Rosa), como ponto de partida de seu planejamento estratégico anual. “Assim, conseguimos antecipar o levantamento de informações, estudar a melhor abordagem e organizar as ações de mobilização e com a imprensa, a fim de transmitir as informações com a maior clareza possível”, avalia Mônica.

Além de fomentar a imprensa com assuntos próprios e trabalhar as agendas com questões de interesse, as instituições, muitas vezes, são procuradas para opinar sobre temas específicos – desde avanços em pesquisas nacionais e estrangeiras de outros autores até comentários sobre tipos de câncer que acometem personalidades.

“Falar sobre um aspecto negativo da vida de personalidades públicas – desde que seja da vontade dessas pessoas – pode refletir positivamente na sociedade, uma vez que abre espaço para a transmissão de informações importantes relacionadas à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento, ajudando a desmistificar tabus”, avalia o vice-presidente do A.C.Camargo.

CONTEÚDO MULTIPLATAFORMA

O desenvolvimento de outras plataformas e canais de comunicação permitiu às instituições arrojar o trabalho de divulgação de informações.

“Todo o material elaborado é produzido com o devido alinhamento com as áreas técnicas, buscando traduzir o saber científico para divulgá-lo de uma maneira mais compreensível à população”

MÔNICA TORRES, chefe da Divisão de Comunicação Social do INCA

Novas tecnologias e modelos permitem não apenas ampliar o número de pessoas atingidas, como segmentar o modelo de comunicação de acordo com perfis específicos da sociedade.

Esta segmentação favorece o uso de linguagens mais adequadas a cada público-alvo, amplia o engajamento, favorece o entendimento e aproxima o público das instituições, criando um mecanismo de participação.

Exemplo disso foi o processo de readequação de todo o material relacionado à prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama encampado pela Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do INCA. A elaboração e a distribuição de materiais informativos são uma tradição da qual o Instituto se orgulha. “Somos fortemente solicitados por todo tipo de agente social: escolas, igrejas, ONGs, secretarias municipais e estaduais de saúde, entre outros”, explica Beatriz Kneipp.

A partir de 2010, a Divisão desenvolveu um trabalho em parceria com lideranças do movimento feminista, por intermédio da médica Maria do Espírito Santo, a “Santinha”, integrante da equipe, com o objetivo de envolver as mulheres na discussão do câncer. Em 2011, houve o primeiro encontro, na Região Norte, a fim de explicar e ouvir a compreensão que este público tinha da doença. “Em sua maioria, o grupo era formado por trabalhadoras rurais, profissionais da educação, moradoras de comunidades ribeirinhas e profissionais do sexo. Ouvimos críticas em relação aos materiais que produzíamos, como abordagem muito técnica e falta de reconhecimento da diversidade da mulher brasileira, entre outras”, revela Beatriz. O mesmo aconteceu no Nordeste, em encontro que reuniu negras, homossexuais, quebradoras de coco e trabalhadoras da indústria, para falar sobre câncer do colo do útero e de mama.

“Em 2013, buscamos novamente as lideranças do movimento feminista organizado, em nível nacional. As críticas que recebemos nos encontros anteriores promoveram uma reflexão profunda sobre a necessidade de rever nosso material. A cartilha disponibilizada atualmente é fruto de uma construção compartilhada com a sociedade e tem sido muito bem recebida. Além da linguagem ainda mais acessível, buscamos responder aos questionamentos levantados pelo público-alvo durante os encontros”, esclarece Beatriz. A iniciativa transformou o modelo de comunicação unilateral em coparticipação verdadeira. “O INCA está buscando ouvir mais a população, resgatando o sentido pleno da comunicação”, avalia Beatriz Kneipp.

“Levar informação com foco na prevenção gera empoderamento social e é a única ferramenta capaz de mudar ou prevenir maus hábitos”

GERSON VIEIRA, coordenador do Núcleo de Educação em Câncer do Hospital de Câncer de Barretos

O mesmo processo de escuta da sociedade se repetiu – por meio de consulta pública – com relação à atualização das diretrizes de detecção precoce do câncer de mama. “Na cartilha voltada para o público leigo, colocamos informações que propiciem à mulher condições de conversar com o médico e participar de forma mais ativa no cuidado com sua saúde”, completa Beatriz.

Pensando neste contexto de socialização da informação com vistas a empoderar a sociedade para o cuidado com a saúde, o Instituto promoveu duas oficinas de capacitação de radialistas comunitários da Região Norte, a fim de aparelhá-los para a criação de materiais para veiculação em rádio (entrevistas, spots, radionovelas, flashes) sobre câncer do colo do útero. “O objetivo era que as mulheres de comunidades ribeirinhas e indígenas pudessem ter acesso às informações. Queríamos transformar a realidade dessas pessoas e, para isso, o melhor canal era o rádio”, explica Mônica Torres.

Para Beatriz Kneipp, hoje se vive um momento de quebra de paradigmas, “em que todos buscamos uma comunicação mais integrada e efetiva, menos unilateral”. A produção de conteúdos para múltiplas plataformas não só favorece a pulverização de informações relevantes, como também abre espaço para compartilhamento, engajamento, avaliação e manifestações de modo instantâneo. O feedback é imediato.

No A.C.Camargo não é diferente. “O trabalho de comunicação do hospital exige um planejamento anual que leva em conta os pilares em que a instituição está arraigada: prevenção, tratamento, ensino e pesquisa”, explica Daniele Zandrê Lago, coordenadora de Comunicação. Dessa forma, a

comunicação é construída de maneira estratégica, com o objetivo de reforçar e conscientizar a população, por meio do uso de diversas frentes e canais, a fim de publicizar informações relevantes.

O planejamento considera a abordagem de grandes temas mensais, que serão explorados sempre levando em conta os diferentes públicos e plataformas, para implementação de uma comunicação integrada, que inclui canais digitais (site e mídias sociais) e ações presenciais com a comunidade. “Investimos muito na produção de vídeos e infográficos, para tornar o conteúdo sobre a doença, que é denso, mais lúdico e didático. Por meio do trabalho em múltiplas plataformas, lançamos informações básicas em um canal, permitindo que elas sejam complementadas com um clique, no acesso a um material mais completo disponibilizado”, diz Daniele.

JOVENS MULTIPLICADORES

No Hospital de Câncer de Barretos, ações com foco na prevenção e no diagnóstico precoce especialmente voltadas ao público jovem são lideradas pelo Núcleo de Educação em Câncer (NEC). “Levar informação com foco na prevenção gera empoderamento social e é a única ferramenta capaz de mudar ou prevenir maus hábitos”, afirma o coordenador do Núcleo, Gerson Vieira.

Com uma equipe formada por pedagoga, auxiliar e coordenador, o setor iniciou suas atividades em 2012, com a criação e implementação de quatro projetos. Hoje são 20 em andamento, com a premissa de difundir o conhecimento gerado pelos estudos científicos na comunidade, aproximando a vida acadêmica da população.

“Estamos muito ligados ao público infantojuvenil, transformando a realidade dos jovens e tornando-os mais conscientes sobre a importância do autocuidado. Além disso, é fundamental considerar que esses jovens atuam como multiplicadores nos ambientes em que estão inseridos, potencializando os efeitos do projeto”, acredita Vieira.

Atualmente, metade dos projetos do NEC destina-se ao público do ensino fundamental I e II; 35% estão centrados em profissionais da saúde; e 15%, no público em geral. De acordo com Vieira, o feedback do público infantojuvenil tem sido muito positivo. “Os jovens absorvem a informação com mais leveza que os adultos e tornam-se, eles mesmos, adultos carregados de novos fundamentos e novas condutas.” ■

personagem

EX-MISS ALINE WEGA CONTA COMO PASSOU DUAS VEZES PELO CÂNCER E TRANSFORMOU A SOLIDARIEDADE EM OBJETIVO DE VIDA

“Sou uma pessoa mil vezes melhor”

O ano era 2004, e a morena de sorriso largo e medidas perfeitas vencera um dos principais concursos de beleza de sua cidade. Aline Wega, aos 21 anos, era a nova miss Campinas (SP). Alguns meses depois, sintomas estranhos começaram a aparecer na jovem que queria abraçar o mundo. “Era uma coceira terrível, que se iniciou nas pernas, mas depois foi subindo pelo corpo. Eu mesma me machucava de tanto me coçar e acabei ficando cheia de feridas”, lembra. Esse problema levou Aline a vários especialistas, mas demorou dois anos e alguns meses até um diagnóstico – linfoma de Hodgkin. “Nunca esqueço quando o médico olhou para mim e falou: ‘Você não está mais amarela, está azul de tão debilitada. O câncer está em estado avançado’.”

Muita coisa se passou pela cabeça da moça, então com 23 anos, que vivia perseguindo fielmente os padrões de beleza. “Lógico que atingiu a autoestima. A primeira pergunta que fiz foi se o meu cabelo iria cair. Pensei nas pessoas me olhando com pena de mim, que meu namorado me trocava por outra”, recorda. O pensamento mudou depois do choque da primeira sessão de quimioterapia. “Foi a única vez em que tive medo de morrer, mas a força veio. Acho que o que determina a vida e a morte não é a doença, é a cabeça. Se eu continuasse daquele jeito, certamente não resistiria por muito tempo. Resolvi lutar pela minha cura.”

O tratamento seria de seis meses, mas, com apenas quatro, as notícias já eram animadoras. Aline já se sentia ótima, sem sintomas e pronta para retomar seus

projetos. Até que, no final das sessões, uma notícia caiu como uma bomba em seu coração. Como a quimioterapia foi muito agressiva, ela teria menos de 1% de chance de engravidar. “Escutar isso doeu mais do que receber a notícia de que eu estava com câncer. O meu sonho sempre foi ser mãe, amava crianças”, relata.

DESAFIANDO AS PROBABILIDADES

A partir daquele instante, Aline adotou uma frase que repete até hoje: “A gente tem 1% de chance e 99% de força”. Passaram-se nove meses, e veio a surpresa. Ela estava grávida do namorado. “Já que falaram que eu não iria engravidar, deixei de tomar anticoncepcional e relaxei. Foi um milagre de Deus. Realmente não estava mais esperando.” Como em um romance de novela, a história poderia terminar aí, e todos seguiriam felizes para sempre. Mas a moça não sabia que seu filho Igor, hoje com 8 anos, seria o guerreiro que a ajudaria a vencer mais uma batalha.

Aline passou a se dedicar intensamente à maternidade e ingressou na faculdade de arquitetura para, mais tarde, exercer a profissão numa empresa da família. Assim se passaram aproximadamente quatro anos e surgiram alguns sinais de cansaço em seu organismo, além de uma amigdalite que não melhorava nem com antibióticos. Sua mãe a levou a um pronto-socorro e informou que a jovem já tinha tido um linfoma. Dessa vez o diagnóstico foi rápido. “O exame de sangue acusou baixa das plaquetas, e dali mesmo fui internada para fazer novos testes. Estava com



“O que determina a vida e a morte não é a doença, é a cabeça. Resolvi lutar pela minha cura”

leucemia”, conta. Aline diz que Igor foi a força extra para que tudo desse certo. “Ele me acompanhou, me deu carinho. Eu enxergava, através dele, que existiam ainda mais motivos para ficar bem”, recorda.

A única solução era um transplante. “Em agosto de 2012, comecei o tratamento com quimioterapia, que durou três meses. Entrei em remissão e aguardei o doador compatível”, lembra. Começou uma corrida contra o tempo. Com amigos, Aline fez uma campanha nacional que envolveu anúncios em outdoors e entrevistas em programas de TV. Exatamente um ano após a descoberta da doença, em agosto de 2013, ela passou pelo transplante de medula óssea. “Esperei oito meses até encontrar o doador compatível. Depois do transplante, ainda fiquei cinco meses internada”, detalha. Aline confessa que esses cinco meses não foram fáceis. “Eu tive GVHD [doença do enxerto contra o hospedeiro, uma reação do organismo à nova medula] na pele, mucosa, intestino e musculatura. Até hoje me trato”, revela.

Mas a lembrança desses dias complicados não é maior do que o agradecimento pela pessoa que lhe ofereceu uma nova chance de viver. “Não sei quem ele é. Esse doador não me conhecia, e com apenas um gesto salvou a minha vida. No dia do transplante, me ajoelhei no quarto e agradeci a Deus. Muita gente fica curada e quer esquecer tudo, nem quer falar mais na doença. Eu decidi que, mesmo curada, a minha luta seria até o fim. Participaria de campanhas e ajudaria, no que fosse necessário, pessoas que estivessem naquela situação. O doador plantou essa semente em mim”, diz.

Apesar das limitações, a ex-miss, hoje com 33 anos, não se cansa de afirmar que o câncer veio como cura, e não como doença. “Hoje sou uma pessoa mil vezes melhor, mais humana e mais feliz”, afirma. Além de trabalhar como arquiteta, Aline é muito ativa em campanhas de doação de medula óssea e é voluntária em palestras motivacionais em empresas e hospitais. “Eu começo falando que não vou desfilar, até porque não sou mais bonita como antes. No final, apresento meu filho e digo que ele é meu assistente. O Igor me entrega uma faixa em que está escrito ‘Viva a vida’, e nós desfilamos juntos. Procuro levar alegria, bom humor.” ■

Acelerador linear na Paraíba

A população de Campina Grande (PB) e região recebeu o primeiro acelerador linear do Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) foi escolhido após levantamento do Ministério da Saúde sobre os vazios assistenciais nos serviços de radioterapia. A região mais carente é a Nordeste, com déficit de 58 equipamentos, seguida da Sudeste, que precisa de mais 35. O novo aparelho, utilizado no tratamento de vários tipos de câncer, possibilitará dobrar o número de atendimentos por mês em 187 municípios da região. Para 2017, está programada a entrega de mais 20 aceleradores lineares em diversos estados.



Cigarro eletrônico em livro



Segundo a American Cancer Society, entre 2000 e 2010 houve crescimento de 59% nas vendas dos produtos derivados do tabaco que não produzem fumaça – entre eles, o dispositivo conhecido como cigarro eletrônico. Apesar de ter sua produção, distribuição e venda no Brasil proibidas por resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), é possível encontrar na internet crescente investimento em propaganda, procurando convencer a população de sua propriedade “medicamentosa” para a cessação do tabagismo.

Preocupadas com esse cenário, a Divisão de Controle do Tabagismo do INCA e a Anvisa identificaram a necessidade de publicação de material científico que permitisse discutir o tema de forma embasada.

O resultado é a publicação *Cigarros eletrônicos: o que sabemos?*, elaborada pela pesquisadora Stella Martins, da Universidade de São Paulo. O livro revisa artigos publicados sobre cigarro eletrônico no que diz respeito à composição do seu vapor e os prejuízos à saúde, bem como a redução de danos e o tratamento para a dependência de nicotina. O lançamento foi dia 9 de dezembro, durante o *Encontro Anual de Coordenadores do Programa Nacional de Controle do Tabagismo*, no Rio.

Mais transplantes de medula

A ala hematológica do Hospital Pequeno Príncipe, de Curitiba (PR), ganhou mais sete leitos, passando de três para 10. Com isso, a instituição – considerada o maior complexo pediátrico do Brasil – deve triplicar o número de transplantes de medula óssea nos próximos meses. A ampliação foi viabilizada com recursos captados via renúncia fiscal, por meio do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon), na ordem de R\$ 2,6 milhões. Até o início de dezembro, haviam sido realizados em todo o Brasil, este ano, 1.577 transplantes de medula óssea.

Medicamentos estratégicos

A fábrica de biotecnologia da Libbs Farmacêutica, em São Paulo, irá produzir medicamentos biológicos à base de anticorpos monoclonais. Entre eles, trastuzumabe, rituximabe, etanercepte, bevacizumabe, adalimumabe, sirolimo e tacrolimo, utilizados no tratamento de câncer e artrite reumatoide. A fábrica, inaugurada no final de novembro, tem capacidade de produzir até 400 kg de biomedicamentos por ano e receberá investimento do Governo Federal (por meio do BNDES e do Finep) na ordem de R\$ 560 milhões. Nos primeiros seis meses de funcionamento, a instalação priorizará medicamentos estratégicos para o Sistema Único de Saúde, frutos de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, programa do Ministério da Saúde que estimula a produção de remédios por laboratórios brasileiros, principalmente os insumos biológicos. O incentivo à produção nacional impactará diretamente na queda de custos. Atualmente, mais da metade (51%) do que o ministério gasta na compra de medicamentos é destinado a produtos biológicos.

Avanços na COP7

A delegação brasileira na 7ª Sessão da Conferência das Partes sobre a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (COP7) mostrou quanto o País avançou na redução do tabagismo com a implementação da CQCT. As principais ferramentas para o alcance dos resultados positivos foram o aumento da tributação sobre cigarros e o progresso feito com a política de diversificação produtiva de áreas cultivadas com tabaco. A COP7 aconteceu em novembro, na Índia.

Uma das negociações mais complexas foi sobre a regulação de produtos de tabaco, especialmente dos que não produzem fumaça, como narguilé e cigarros eletrônicos. Embora as negociações tenham acontecido de forma intensiva até o último dia do evento, alguns dos temas não alcançaram consenso e serão retomados na COP8, que acontecerá em 2018.



CONTEÚDO PROVEITOSO

Estou concluindo a graduação em Enfermagem. Gostaria de receber suas publicações trimestrais, pois são de conteúdo extremamente interessante e de grande proveito para mim, tendo em vista que iniciarei pós-graduação em Oncologia.

Lucivanio Ferreira dos Santos – Vitória de Santo Antão, PE

Recebemos – e agradecemos o envio – a REDE CÂNCER de julho, de excelente qualidade gráfica e editorial. Ressaltamos ainda que é de grande valia para o acervo da Biblioteca do Instituto Evandro Chagas continuar a ser receptora de tão valiosa publicação.

Clarice Silva Neta – Ananindeua, PA

Obrigado pelas palavras. Nosso objetivo é que o conteúdo da REDE CÂNCER seja útil para nossos leitores e contribua para aperfeiçoar a rede de atenção oncológica brasileira.

COLEÇÃO COMPLETA

Somos da Rede de Bibliotecas Unoeste e recebemos periodicamente a REDE CÂNCER. Observamos que estão faltando os números 32, 33, 34 e 35. Solicitamos que nos sejam enviados esses exemplares para atualizarmos o nosso acervo.

Mônica Pardo Calvo – Presidente Prudente, SP

Prezada leitora: os exemplares pedidos serão enviados para o seu endereço. Obrigado pelo interesse na REDE CÂNCER.

INTERESSE

Sou acadêmica de Psicologia fazendo estágio na Unidade Básica de Saúde local, onde conheci a REDE CÂNCER. Gosto muito de suas edições e desejo receber a revista.

Casiane Conte – Vila Flores, RS

Sou da área de Educação em Saúde e gostaria de receber a revista REDE CÂNCER.

Lilia Mara Brandão – Riachão do Jacuípe, BA

Trabalho na Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, do Ministério da Saúde. Gostaria de receber a revista REDE CÂNCER em minha residência.

Angela Santos – Brasília, DF

Agradecemos o interesse na REDE CÂNCER. Para receber a revista, basta enviar endereço completo para o e-mail comunicacao@inca.gov.br.

CADASTRO

Envio meu endereço para receber em casa a revista REDE CÂNCER. Desde já, fico grata.

Jordana Alves de Aguiar – Nova Aurora, GO

Cara leitora: seu endereço foi cadastrado e você passará a receber a revista em casa.



Faça você também parte desta Rede. Colabore enviando dúvidas, sugestões, críticas e elogios para a REDE CÂNCER. comunicacao@inca.gov.br ou (21) 3207-5963.

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br



Um simples
mosquito
pode marcar
uma vida

É uma dor insuportável que dura
meses. Tive que parar de trabalhar
por causa da

chikungunya.

Luiz Henrique de Abreu - Belo Horizonte-MG

UM SIMPLES GESTO PODE SALVAR

Elimine os criadouros
do mosquito transmissor da
dengue, zika e chikungunya

Conheça mais sobre
essa e outras histórias
nos nossos canais

 /minsaude

 /minsaude

 /MinSaudeBR

saude.gov.br/combateaesdes





MINISTÉRIO DA
SAÚDE



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Divisão de Comunicação Social
Rua Marquês de Pombal, 125/4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20230-240
comunicacao@inca.gov.br