

A CONSTRUÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DO CÂNCER DE MAMA: DO SURGIMENTO AS FORMAS DE TRATAMENTO

Bruna Barcelos Fernandes

Mytissa Veronica Silva Grillo Alves

Fabiana Davel Canal

RESUMO

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia maligna mais frequente em mulheres no mundo, e essa constatação pode ser percebida devido ao elevado número de diagnósticos em casos que a doença já se apresenta avançada. Todavia, é imprescindível acreditar que a forma como o câncer de mama é percebido pode trazer um novo significado não somente no enfrentamento da doença, mas também na ressignificação de todo um contexto que foi construído ao longo dos anos na sociedade, que produz sentimentos de medo, angústia e “certeza” de morte. Vale ressaltar que a visão construída ao longo do tempo é fruto de uma construção sócio histórica, e a partir do momento que a sociedade passa a compreender melhor a doença e as formas de tratamento, ela poderá auxiliar tanto a paciente, quanto seus familiares nesse processo. Assim, o intuito deste trabalho é abordar como esta patologia tem sido percebida no decorrer dos anos, evidenciando as diversas formas de tratamento que auxiliam na criação de um novo olhar sobre a doença, bem como na possível cura do câncer de mama.

Palavras-Chave: Câncer de mama. Tratamento. Reconstrução.

ABSTRACT

Breast cancer is the second most frequent malignant neoplasm in women worldwide, and this finding may be seen due to the high number of diagnoses in cases when the disease has become quite advanced. However, it is essential to believe that the way breast cancer is perceived can bring a new meaning, not only to the way the disease is fought, but also to the context that has been built over the years, which produces feelings of fear, anxiety and certainty of death. It is important to highlight that the vision built over time is the result of a socio-historical construction, and from the moment society starts understanding the disease and its forms of treatment more clearly, it can help both the patient and their families in this process. Thus, the purpose of this study is to discuss how this pathology has been perceived over the years, showing the various forms of treatments that help creating a new look at the disease and its possible cure.

Keywords: Breast cancer. Treatment. Reconstruction.

1 INTRODUÇÃO

Abordar o assunto “câncer” é um grande desafio, visto que este, desde a antiguidade, tem sido associado à morte inevitável. Até a chegada do avanço da medicina no entendimento e tratamento da doença, vários tabus permearam o câncer, o que influenciou na percepção do homem acerca da doença e na descoberta de tratamentos que possibilitassem a cura e a prevenção desta patologia.

Assim, o câncer era usado até mesmo como metáfora para descrever situações de destruição ou desintegração moral, como “os políticos são o câncer do nosso país”, o que faz permear a preservação e expansão do preconceito sobre a doença. Essa

realidade tem mudado desde o fim do século XIX em que a oncologia tem experiência dos avanços relevantes, uma vez que é notável o aperfeiçoamento da medicina, bem como das ciências tecnológicas que abrangem métodos e formas de tratamento eficazes para as possibilidades de cura (VEIT; CARVALHO, 2008).

Assim, o intuito deste artigo é promover a reflexão do leitor acerca da doença, mais especificamente do câncer de mama, partindo do princípio que a forma como é percebida influencia significativamente na eficácia do tratamento. Para construção do trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com levantamento de referências que tratassem do assunto em questão, bem como artigos científicos que ratificassem e enriquecessem a temática proposta.

2 CÂNCER DE MAMA: CARACTERÍSTICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) o câncer é um nome atribuído a um conjunto de doenças, tendo em comum o crescimento desordenado de células. É importante evidenciar que nem todo tumor é maligno, e o tumor benigno é um conjunto de células semelhantes às células normais que não causam danos à saúde (BRASIL, 2014).

Em grande parte, os tumores malignos localizados na região da mama são denominados como carcinoma ductal infiltrante, que se desenvolve nos ductos ou canais de leite (GONÇALVES, 2012). É necessário salientar que essa doença não acomete apenas mulheres, podendo apresentar-se em homens, apesar de serem raros os casos diagnosticados (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Segundo o INCA, em 2006, era previsto a ocorrência de 472 mil novos casos de câncer no Brasil, com a estimativa de 49 mil novos casos sendo o de mama a neoplasia mais incidente na população feminina. Para os anos de 2014 e 2015 estimou-se também a ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos de câncer, sendo o de mama feminino o terceiro de maior incidência com 57.120 mil casos, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Esses dados evidenciam um aumento no número de casos de câncer com o passar dos anos, sendo resultado das transformações globais que modificam a situação de saúde dos povos pela urbanização acelerada, novos modos de vida e novos padrões de consumo (BRASIL, 2006a; 2014).

Com o aumento da incidência de câncer de mama, cresce a emergência por estratégias de planejamento e criação de políticas públicas que supram mais necessidades das usuárias que necessitam do serviço, uma vez que é notório um aumento progressivo de mulheres com câncer de mama, tanto a nível nacional, quanto regional, o que demanda o desenvolvimento consecutivo do método de controle, com o intuito de pôr em ação as diretrizes sobre redes e serviços de apoio oncológico no país (XAVIER; GENTILI, 2012).

Embora constatado que alguns elementos ambientais ou comportamentais podem exercer influência no aumento do índice de câncer de mama, não existem pesquisas epidemiológicas com evidências conclusivas que comprovem a eficácia dos métodos de prevenção divulgados. Ou seja, mesmo que a população siga as orientações de prevenção, isso não significa que esteja imune à doença (BRASIL, 2004).

Em relação às ações de prevenção, pontuamos a importância de a doença ser detectada precocemente, através de diversas estratégias, sendo estas: o autoexame das mamas, realizado periodicamente pela própria mulher, proporcionando a

descoberta de alterações (presença de nódulos); exame clínico anual realizado pelo médico que examinará de forma criteriosa. Caso o profissional encontre alguma anormalidade, solicitará exames para diagnóstico preciso, como mamografia, em que a mama é comprimida no mamógrafo, de modo a oferecer melhor capacidade de diagnóstico e identificação de lesões em fase inicial. Este exame é geralmente aplicado em mulheres com mais de 35 anos. Já a ultrassonografia (USG), exame de avaliação por imagem, é indicado para mulheres com menos de 35 anos (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Ao identificar alguma lesão suspeita deve-se buscar a confirmação do diagnóstico através da punção ou da biópsia cirúrgica, que se refere à retirada de uma pequena parte do nódulo para análise laboratorial. Caso o resultado seja positivo, o tratamento será realizado de acordo com o tipo de tumor. Dentre as modalidades terapêuticas disponíveis estão a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (BRASIL, 2004). A indicação cirúrgica irá depender do estágio evolutivo da doença, sendo as mais comuns: tumorectomia, cirurgia que retira apenas o tumor, com limite de segurança; quadrantectomia, retira-se todo o quadrante da mama onde está situada a lesão; mastectomia simples ou total, remove a mama, mas preserva a pele; mastectomia radical modificada, retira a mama, os gânglios linfáticos das axilas e o tecido que reveste os músculos peitorais (ABCÂNCER, 2008).

A cirurgia deve ser seguida dos demais tratamentos, podendo ser: a quimioterapia, que são drogas que agem na destruição das células malignas, sendo aplicada através de injeções intramusculares, endovenosas ou por via oral; a hormonioterapia, que tem como finalidade impedir o crescimento das células cancerígenas bloqueando o recebimento de hormônios. Esses dois tipos de tratamento são considerados sistêmicos, por afetar todo o corpo. Já a radioterapia, age no local onde foi identificada a lesão, destruindo as células cancerosas com radiação ionizante. Esses procedimentos podem ser realizados antes da cirurgia ou depois, dependendo da evolução do tumor (BRASIL, 2004).

É importante abordar também as reações adversas que o tratamento do câncer de mama provoca na mulher. Seus efeitos não alcançam somente as células cancerígenas, mas também afetam as células e tecidos saudáveis do corpo, e suas alterações podem variar de uma pessoa para outra. A cirurgia, por exemplo, causa dor e uma maior sensibilidade no local da operação. Com a retirada das mamas, algumas mulheres podem apresentar redução na força e limitação nos movimentos por algum tempo (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Na quimioterapia, as drogas afetam as células sanguíneas, produzindo perda de apetite, náuseas, vômitos, entre outros sintomas, e como resultado do tratamento, a perda de cabelo é bastante comum. Esses efeitos costumam desaparecer durante o período de recuperação ou logo após a suspensão do tratamento. Alguns tipos de quimioterapia podem causar efeitos colaterais no corpo da mulher, causando problemas no coração, fígado, pulmões e até mesmo nos órgãos reprodutores. O acompanhamento contínuo ao médico é de total importância nesse período para que, assim, esse profissional possa intervir e fazer as mudanças que achar necessárias, conforme a reação de cada paciente (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

No que se refere à radioterapia, a fadiga é o efeito mais comum. Seguido de alterações na região tratada, como vermelhidão, pele seca, sensível e pigmentada, e ao final do tratamento, a pele poderá ficar úmida e apresentar secreção (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005). A reabilitação deve acontecer com a cirurgia

plástica de reconstrução que pode ser realizada de forma imediata ou posterior, dependendo do tipo da doença e do tratamento pós-cirúrgico. Durante esse processo, é necessário acompanhamento interdisciplinar visando tratamento integral do paciente (BRASIL, 2004).

O trabalho interdisciplinar auxilia na promoção da qualidade de vida durante o tratamento, favorecendo primordialmente o retorno às atividades físicas, sociais e profissionais. A equipe interdisciplinar deverá ser composta por: médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista, visando à prevenção de complicações decorrentes do tratamento desde o diagnóstico até a reabilitação ou cuidados paliativos, conhecendo e identificando as necessidades, os sintomas e suas causas, e o impacto destes no cotidiano da mulher (BRASIL, 2004)

3 CÂNCER DE MAMA: SIGNIFICAÇÕES SOCIAIS

O câncer carrega consigo muitos significados que vão além do aspecto biológico. Compreendê-lo é considerar que sua constituição se determinou num tempo/espaço, ou seja, não é algo natural e estabelecido, mas sim um fenômeno social, que foi construído a partir de influências sociais, culturais, políticos, econômicos e científicos. Assim, faremos um resgate histórico, visando à compreensão das diversas imagens produzidas sobre o câncer (LANA, 2008).

No século XIX o câncer era considerado contagioso e associado à ausência de higiene. No caso das mulheres, o adoecimento era provocado por pecados e vícios, relacionados às práticas sexuais (SANT'ANNA, 2000). Nas primeiras décadas do século XX, o câncer passa a ser visto como um castigo através do qual o doente poderia libertar-se de seus pecados e alcançar a redenção, caso conseguisse dar sentido a dor e sofrimento causado pela doença. Dessa forma, disseminava-se uma interpretação benéfica do adoecimento, fazendo com que seguissem os preceitos de equilíbrio e cuidados pregados na época, para que assim, pudesse-se conquistar a elevação espiritual e reconhecimento da sociedade (TAVARES; TRAD, 2005).

Mesmo com a noção do câncer como castigo, as práticas higienistas da medicina continuavam sendo utilizadas no tratamento do câncer, como o isolamento e a desinfecção minuciosa de casas em caso de morte dos doentes. Todas essas ações destinavam-se ao controle da disseminação do câncer, no entanto, essas estratégias de tratamento não eram utilizadas especificamente com os doentes de câncer, mas também outros tipos de doenças como a tuberculose e a sífilis. Vale ressaltar que essa prática era compartilhada por médicos do mundo inteiro (SILVA, 2008).

Os enfermos eram mal vistos pela sociedade, pois não contribuíam para a produção de riquezas e ainda davam despesas financeiras para o Estado e para as instituições filantrópicas, já que precisavam do auxílio destes para custear o tratamento, corrompendo a sua imagem moral, por não serem considerados cidadãos que assumiam sua parcela de responsabilidade social no seguimento das regras de higiene (BERTOLI FILHO, 2002).

A modernização das cidades foi considerada pela medicina a possível causadora do aumento da incidência de câncer, devido à emissão de gases poluentes das chaminés industriais e dos veículos automotivos. No século XX, entre os anos 30 e 40, era forte no Brasil a visão moralista baseada nos ideais higienistas, pois argumentavam que além da modernização das cidades devido à industrialização, havia outros fatores que justificavam a predisposição ao câncer, como exemplo, a ingestão de alimentos com

produtos químicos, o fumo, o excesso de trabalho e as preocupações do cotidiano (SILVA, 2008).

Nessa época a medicina participava na elaboração de políticas públicas de saúde relacionadas às práticas individuais e coletivas. É importante ressaltar que toda essa preocupação não era desinteressada e a motivação em produzir estudos nessa área foi à busca pela consolidação do papel da medicina enquanto instrumento norteador de comportamentos e hábitos coletivos, para que os indivíduos tivessem condições físicas de atenderem as necessidades para expansão do capitalismo nos grandes centros urbanos (BERTOLI FILHO, 2002).

A partir dos anos 50, ocorreram mudanças significativas na maneira como o câncer era visto pela população. Isso aconteceu devido aos avanços nos métodos de tratamento e diagnóstico, que possibilitavam o aumento do número de sobreviventes e do tempo de sobrevivência dos pacientes. Assim, a medicina passou a admitir a existência de fatores internos (psicológicos, como uma nova marca na interpretação da patologia) no desenvolvimento do câncer (TAVARES; TRAD, 2005).

Decerto, torna-se evidente que a noção moralizadora do câncer, como castigo que promove a redenção do pecador (doente) tão comum no século XIX e nas primeiras décadas do século XX, foi sendo substituída gradativamente.

Se antes a doença era vista como consequência da conduta imoderada do indivíduo, cujos comportamentos e emoções eram desmesuráveis, agora a causa estaria relacionada ainda com a repressão dos desejos e das emoções. A partir desta percepção, o candidato ideal ao câncer tem personalidade marcada pela passividade, com hábitos regulares, com traços depressivos, dificuldades para expressar as emoções e formar vínculos afetivos, ou seja, possui personalidade mal adaptada, sendo oposta aos ideais de consumo e produtividade da sociedade neoliberal do fim do século (TAVARES; TRAD, 2005).

Argumentos que consideravam os aspectos psicológicos na etiologia do câncer já existiam desde a época da medicina Galênica, no ano 200 d. C, no entanto, é na segunda metade do século XX que as interpretações psicossomáticas da doença ganham visibilidade. Eram comuns estudos que associavam o câncer às características da personalidade para indicação de tratamentos, baseados na liberação de sentimentos reprimidos e no resgate da espontaneidade, para estimular o paciente a vencer o câncer, com pensamentos positivos, mudanças na sua autopercepção e manutenção da qualidade de vida (SILVA, 2008).

Nesse momento, lutar contra o câncer implicava conhecer o próprio corpo, falar abertamente sobre suas dificuldades emocionais, expor sua vida, sua doença, procurando meios de fortalecimento e crescimento no enfrentamento da doença. Assim, a partir da década de 70 as experiências de mulheres com câncer de mama passam a ser publicadas em revistas e artigos, reforçando essa prática (SILVA, 2008). A respeito disso, Sant' Anna afirma que:

[...] revistas estrangeiras e brasileiras sobre o câncer de mama e sobre a mastectomia não conseguirão escapar à tendência destes novos tempos: tornar o câncer de mama, a cirurgia e o processo de cura da doença em experiências que, apesar da dor e dos sofrimentos, podem ser revertidas em benefício [...]. Desde então, a literatura de autoajuda, de biografias destinadas à melhoria da qualidade de vida do doente, começa a ganhar uma importância outrora desconhecida (SANT' ANNA, 2000, p.64).

Essa concepção contribuiu para o desenvolvimento de pesquisas e tratamentos mais eficientes, aumentando a capacidade de gerenciamento do estado de saúde e qualidade de vida do doente. Entretanto, ao considerar que determinados estados psicológicos e certas características da personalidade influenciam no surgimento do câncer, faz com que recaia sobre o sujeito a responsabilidade de ser agente de seu próprio adoecimento e da cura, mostrando-se tão punitivo quanto a noção da doença como castigo. Assim, os argumentos moralistas são mantidos e atualizados na incapacidade do indivíduo em admitir e expressar seus desejos (SONTAG, 1996).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora tenham ocorrido avanços significativos no século XXI, em relação às pesquisas de fatores genéticos, diagnóstico e tratamento, o câncer ainda é considerado uma doença de origem obscura, cujos recursos terapêuticos ainda não são considerados sinônimos de cura (TAVARES; TRAD, 2005).

Os hábitos da vida urbana são apresentados no século XXI como responsáveis por expor o sujeito a ameaças ambientais que acometem o organismo do homem contemporâneo, sendo estes colocados em evidência nos meios de comunicação e propagandas governamentais. Estima-se que o uso de anticoncepcionais, fumos, produtos industrializados, poluição, alimentos alterados geneticamente, entre outros, são justificáveis causadores do câncer. Estes aspectos evidenciam que o desordenamento genético que gera o câncer está ligado aos acontecimentos da vida moderna e civilizada (SONTAG, 1996).

Ao longo da história, é notório que o câncer tem sido associado à morte, à dor, ao medo e à culpa, produzindo neste percurso uma série de estigmatizações sociais. A elevação dos índices da doença e as incertezas quanto à eficácia do tratamento envolvem o câncer com um valor representativo singular, como um dos mais perigosos e enigmáticos males. Esses significados construídos sobre a doença e a cura, são validados e compartilhados no ambiente familiar. Por isso, no momento em que o indivíduo recebe o diagnóstico, esses “velhos significados” juntam-se a novos, construindo, a partir de experiências já vividas por outros sujeitos, uma nova realidade a partir da doença (SONTAG, 1996).

Ao adoecer, a mulher depara-se com outra realidade, que não se refere somente às mudanças que seu corpo vivencia, mas também de si mesma, passando a viver com uma nova identidade. Todas essas transformações trazem sofrimento, principalmente por ver que seu corpo mudou e não corresponde mais aos padrões de beleza e estética femininos que são impostos a todo o momento, através da mídia e dos grupos sociais, família, trabalho e amigos. Essa percepção influencia na forma como ela entende o câncer de mama e enfrenta o tratamento.

Entretanto, é preciso compreender que a forma como vimos o câncer de mama e o doente é fruto de uma construção sócio-histórica como já apresentado acima. Assim, a partir do momento que a sociedade passa a entender melhor a doença, como surge e os tratamentos, isso poderá auxiliar tanto a paciente, quanto seus familiares e amigos no enfrentamento. O apoio social é muito importante durante todo o processo, pois por mais que a mulher crie formas de lidar com essa realidade, ela necessita de demonstrações de afeto e o apoio do parceiro, da família e dos amigos.

Diante desse cenário, fica explícito que, mesmo sendo uma doença que gera um conjunto de sentimentos aversivos, é necessário que o olhar sobre a doença e sobre o doente seja renovado, uma vez que diante de tantos métodos de tratamento, a

prevenção e a cura tem sido algo palpável, e não mais um tabu que foi construído ao longo dos anos.

5 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CÂNCER (ABCâncer). Câncer de Mama. 2008.

Disponível em:

<http://www.abcancer.org.br/portal/index.php?module=conteudo_fixo&id=614>.

Acesso em: 30 de agosto de 2014.

BERTOLLI FILHO, C. Representações sociais do câncer e dos cancerosos em São Paulo: 1900-1950. *Salusvita*, Bauru, v. 21, n. 2, p. 83-100, 2002. Disponível em:

<http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v21_n2_2002_art_05_por.pdf>.

Acesso em: 20 de Setembro de 2014.

BRASIL, Ministério da saúde. Controle do câncer de mama: documento de consenso.

Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto

de 2014.

BRASIL, Ministério da saúde. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2006 a.

Disponível em:

<<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/situcancerbrasil/situcancerbras2006.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de

Janeiro, 2014. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-](http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf)

24042014.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2014.

CAETANO, E. A; GRADIM, C. V. C; SANTOS, L. E. S. Câncer de Mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev. Enfermagem*. v.17, n.2, 2009, p.61-257.

Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf>>. Acesso em: 23 de

maio de 2015.

GONÇALVES, M. Psiquiatria na prática médica - A moléstia neoplásica da mama: aspectos gerais, psicossociais e pesquisa. *Psychiatri online Brasil*, v.17, n.4, 2012.

Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano12/prat0412.php>>. Acesso em: 30 de

agosto de 2014.

LANA, V. Câncer: construção social da doença e abordagens sobre o tema na

literatura brasileira. In: *Anais / II Colóquio do LAHES*; Carla Maria Carvalho de

ALMEIDA, C. M. C; OLIVEIRA, M. R; SOUZA, S. M; FERNANDES, C. (Orgs). Juiz de Fora: Clio Edições, p.1-13, 2008. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/lahes/files/2010/03/c2-a54.pdf>>. Acesso em: 20 de Setembro de

2014.

LORENCETTI, A; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Rev.Latino-am*. v.13, n.6, 2005, p.50-944.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a05.pdf>>. Acesso em: 23 de

maio de 2015.

RAMOS, B. F; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. *Rev. SBPH*, v.12, n.1, 2009. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a07.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto

de 2014.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G. A mulher e o câncer. Campinas: Livro Pleno, 2000. cap.3, p. 43-70.

SILVA, L. C. Câncer de Mama e Sofrimento Psicológico: Aspectos Relacionados ao Feminino. Psicologia em Estudo, Maringá, v.13, n.2, p.231-237, abr/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2014.

SONTAG, Susan. La Enfermedad Y Sus Metáforas. 1.ed, Madrid, Taurus, 1996.

TAVARES, J. S. C; TRAD, L. A. B. Metáforas e Significados do Câncer de Mama na Perspectiva de Cinco Famílias Afetadas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 426-435, mar-abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/09.pdf>>. Acesso em: 04 de Outubro de 2014.

VEIT, M. T; CARVALHO, V. A. Psico-Oncologia: definições e área de atuação. In: CARVALHO Et al. Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus, 2008. p. 15-19.

XAVIER, B. B; GENTILI, R. M. L. Afetos e cooperação familiar como coadjuvantes do tratamento de câncer de mama em mulheres. Serv. Soc. Rev, v.14, n.2, 2012.

Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12756/11638>>. Acesso em: 30 de Agosto de 2014.