

Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

THAYANE LOPES OLIVEIRA

**“VOCÊ FINGE NÃO VER E ISSO DÁ CÂNCER”: CONTROLE DO CÂNCER
DE MAMA NO CEARÁ, 1960 – 1980.**

Rio de Janeiro

2017

THAYANE LOPES OLIVEIRA

**“VOCÊ FINGE NÃO VER E ISSO DÁ CÂNCER”: CONTROLE DO CÂNCER
DE MAMA NO CEARÁ, 1960 – 1980.**

Dissertação de mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio da Silva Teixeira

Rio de Janeiro

2017

O48v Oliveira, Thayane Lopes.

Você finge não ver e isso dá câncer: controle do câncer de mama no Ceará, 1960-1980 / Thayane Lopes Oliveira – Rio de Janeiro: [s. n], 2017.

126 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2017.

Bibliografia: 110-113 f.

1. Neoplasias da Mama – história. 2. Diagnóstico Precoce. 3. Prevenção de Doenças. 4. Política de Saúde – história. 5. Ceará. 6. Brasil.

CDD 616.994098131

THAYANE LOPES OLIVEIRA

**“VOCÊ FINGE NÃO VER E ISSO DÁ CÂNCER”: CONTROLE DO CÂNCER
DE MAMA NO CEARÁ, 1960 – 1980.**

Dissertação de mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Antonio da Silva Teixeira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) – Orientador.

Prof.^a Dr.^a Vanessa Lana (Universidade Federal de Viçosa – Departamento de História)

Prof. Dr. Rômulo de Paula Andrade (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz).

SUPLENTE

Prof. Dr. Carlos Henrique Paiva (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof.^a Dr.^a Andreza Rodrigues Nakano (Escola de Enfermagem Ana Nery)

Rio de Janeiro

2017

*À minha mãe e à minha sobrinha Aléxia,
onde mora minha força.*

AGRADECIMENTOS

Os momentos de feitura de um trabalho acadêmico são por vezes solitários, contudo de maneira nenhuma o fazemos sozinhos. Agradecer é reconhecer a generosidade de quem alimenta a nossa força diariamente.

Agradeço inicialmente ao meu orientador Luiz Antonio Teixeira pela tranquilidade com a qual me recebeu, desde os primeiros e-mails tímidos antes do processo seletivo até as últimas conversas que finalizaram esta dissertação. Obrigada por compreender a fala apressada dessa cearense. Para completar a dupla de “Luizes” agradeço ao Luiz Alves pela ajuda sempre tão prestativa. Foi o colega de pesquisa e de sotaque que apresentou a Fiocruz e se tornou minha referência bibliográfica.

Aos professores e professoras do PPGHCS, Gilberto Hochman, Marcos Cueto, Robert Wagner, Rômulo Andrade, Dilene Nascimento, Tânia Salgado, Nara Azevedo, Tamara Rangel e Dominichi de Sá agradeço pelo acolhimento, gentileza e oportunidade de novas leituras, reflexões e contribuições para a minha pesquisa. Ao Sandro, Paulo, Claudia e Deivison agradeço pela ajuda sempre presente nas questões diárias.

A estadia no Rio de Janeiro se fez mais alegre com a companhia daqueles que iguais a mim estavam experimentando a vida carioca. Igor e Benedito, as conversas regadas a sotaque paraense renderam momentos inesquecíveis. Agradeço imensamente e amavelmente à Daiane Rossi, menina do Sul, com a qual dividi as leituras, os momentos de tensão da pesquisa, as saudades de Fortaleza e as aventuras em Curicica. Tua parceria na Linha Amarela foi o que de melhor o Rio me deu.

A experiência do mestrado foi sem dúvida um caminho iniciado no Ceará e na Universidade Federal do Ceará, sendo impossível não agradecer aqueles e aquelas que deram desde o início a motivação para sonhar. Rafael Albuquerque, João Leite e Rayssa Alves, com vocês dividi e vivi as alegrias e tensões que a Universidade pode nos oferecer. A vocês minha gratidão pelos momentos no bosque, pelos almoços no RU e pelos seminários que nos renderam boas risadas. Rafael, obrigada pelo abraço que me sustenta. Ana Carolina, amiga que virou família, expresso aqui a felicidade e afeto que

tenho pela sua companhia e por ser madrinha da Clarice. Ao Thiago Bruno sou grata pela amizade à primeira vista, pela ajuda tantas vezes oferecida e a companhia em todas as vivências. Anderson e Raquel, presentes desde o MCC, gratidão pela partilha de tantas conquistas.

Agradeço aos amigos do POPFOR pela união que construímos ao longo desses anos. Yunisson, criatura de nome diferente, que bom que a vida nos apresentou. Sou muito feliz pela companhia e euforia que encontro em ti. À Icla agradeço por essa energia do bem que tu nos transmite.

Agradeço carinhosamente à Valderiza que desde aquela ida ao Cariri divide suas piadas e manias de capricorniana. Sou grata por sua companhia na biblioteca e nos desvios para o Cantinho Acadêmico. Agradeço à Renata por fazer parte dessa trajetória e colaborar com amizade e atenção.

Agradeço à Nayara e à Roberta, irmãs de coração, pela amizade e cumplicidade fortalecidas ao longo de tantos anos.

A história do meu mestrado se entrelaça com os momentos políticos vividos nos últimos dois anos de forma intensa. Acredito que a construção do conhecimento histórico se faz ligada ao tempo e espaço vivido, à realidade palpável. Por isso é preciso lutar sem Temer pela nossa ciência e educação. Agradeço à Capes pelo financiamento desta pesquisa.

A doença é a zona noturna da vida, uma cidadania mais onerosa. Todos que nascem têm dupla cidadania, no reino dos sãos e no reino dos doentes. Apesar de todos preferirmos só usar o passaporte bom, mais cedo ou mais tarde nos vemos obrigados, pelo menos por um período, a nos identificarmos como cidadãos desse outro lugar.

Susan Sontag.

RESUMO

Esta dissertação analisa a construção do câncer de mama como um problema de saúde pública no Ceará entre as décadas de 1960 e 1980. Nosso objetivo é discutir como as estatísticas oriundas do Registro de Câncer do Ceará atestaram o crescimento da incidência do câncer de mama em contraposição aos índices do câncer de colo do útero. A construção do cenário epidemiológico se deu a partir da oposição entre a caracterização de câncer da modernidade e do desenvolvimento (câncer de mama) e câncer da pobreza e do subdesenvolvimento (câncer de colo do útero). Diante do crescimento da incidência do câncer de mama, médicos e gestores dos serviços de câncer articularam ações de controle baseadas na noção de diagnóstico precoce. Os médicos cearenses falaram para e sobre as mulheres. O discurso do controle pautou principalmente a responsabilização das mulheres sob o cuidado de si em dois sentidos: a prática rotineira do autoexame das mamas e a busca imediata por atendimento médico nos casos de sinais ou sintomas estranhos. O sucesso do tratamento, as chances de cura e a diminuição da mortalidade foi diretamente relacionada à vigilância feminina sobre a própria saúde. Nossa discussão foi realizada a partir de publicações epidemiológicas sobre o câncer no Ceará, revistas médicas, artigos científicos e os jornais *O Povo* e *Diário do Nordeste*.

Palavras-chave: câncer de mama; diagnóstico precoce; controle; Ceará

ABSTRACT

This master's dissertation analyzes the construction of breast cancer as a public health problem in Ceará between the decades of 1960 and 1980. The aim is to discuss how the statistics from Registro de Câncer do Ceará certified the growing incidence of breast cancer in contrast to the contents of cervix. The construction of the epidemiological scenario took place from the opposition between the characterization of modernity cancer and development (breast cancer) and cancer of poverty and underdevelopment (cervical cancer). Faced with the growing incidence of breast cancer, doctors and managers of cancer services articulated control actions based on the notion of early diagnosis. Doctors from Ceará talked to and about women. The control speech marked mainly the accountability of women under the care of themselves in two senses: the routine self-examination of breasts and the immediate search for medical attention in cases of strange signs or symptoms. The success of the treatment, the chances of cure and the decrease in mortality were directly related to the female surveillance of the health itself. The discussion was held from epidemiological publications on cancer in Ceará, medical journals, scientific articles and the newspapers *O Povo* and *Diário do Nordeste*.

Keywords: breast cancer; early diagnosis; control; Ceará

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Prontuário do Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do Ceará, p. 9.

Figura 2: Prontuário do Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do Ceará, p. 9.

Figura 3: Jornal O Povo - Governo quer instalar um serviço de prevenção do câncer feminino, p. 26.

Figura 4: Jornal Diário do Nordeste - Câncer de mama: medo e preconceito são as principais barreiras, p. 68.

Figura 5: Jornal O Povo - Grande incidência de câncer mamário vem preocupando autoridades médicas, p. 92.

Figura 6: Jornal Diário do Nordeste - Mutirão contra o câncer de mama, p.94.

Figura 7: Jornal Diário do Nordeste - Câncer de mama: mata tanto quanto enfarte, p. 97.

Figura 8: Jornal O Povo - Incidência em Fortaleza é das maiores, p. 99.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tabela de subvenções referentes ao estado do Ceará para o ano de 1974, p. 31.

Tabela 2: Incidência do câncer por sexo, p. 50.

Tabela 3: Cânceres mais incidentes em homens e mulheres 1976-1980, p. 53.

LISTA DE SIGLAS

ICC – Instituto do Câncer do Ceará
SPCG – Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico
IPPC – Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará
SNC – Serviço Nacional de Câncer
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
ACSS - American Society for the Control of Cancer
ACS – American Cancer Society
CNCC - Campanha Nacional de Combate ao Câncer
PNCC – Programa Nacional de Controle do Câncer
Inca – Instituto Nacional do Câncer
SUS – Sistema Único de Saúde
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

SUMÁRIO

Introdução	01
Capítulo 1 – O câncer na história	10
1.1 O câncer através da historiografia	11
1.2 O câncer torna-se um problema brasileiro	18
1.3 Políticas de saúde: a atenção aos cânceres femininos	22
Capítulo 2 – Estatísticas do câncer: da “contagem” das doenças à epidemiologia do câncer	35
2.1 As doenças e os números	36
2.2 Contando o câncer	42
2.3 Os registros de câncer: mapear a doença	47
2.4 A construção do câncer e da cancerologia no Ceará	56
2.5 Registro de câncer do Ceará e os números da doença	58
2.6 Câncer em Fortaleza: entre a pobreza e o desenvolvimento	61
Capítulo 3 – Procure e você encontrará: câncer de mama, prevenção e diagnóstico precoce	66
3.1 A ideia de prevenção	69
3.2 Rastreando o câncer: veja-o antes de senti-lo	76
3.3 Remova-o antes que seja tarde: a mastectomia como cura	82
3.4 Câncer de mama: uma preocupação a mais para a mulher cearense	86
Conclusão	101
Fontes e Referências Bibliográficas	103

INTRODUÇÃO

Francisca, casada por vinte e um anos, doméstica e mãe de oito filhos, tinha quarenta e quatro anos quando procurou o Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do Ceará. Seu atendimento foi realizado no dia 14.04.1969 sob o prontuário número 00001. Francisca foi a primeira mulher atendida pelo serviço inaugurado naquele mesmo dia. Submetida, anteriormente, à histerectomia¹ e colecistectomia² por motivos não informados no cadastro, a paciente relatou que três meses antes da data da consulta começou a notar um caroço no seio esquerdo. A partir desse sinal, Francisca procurou consultar-se gratuitamente no novo serviço de câncer. No prontuário consta o registro que a paciente foi submetida ao exame de prevenção do câncer de colo do útero e ao exame clínico nas mamas. Durante a apalpação do seio foi identificado um nódulo, e a mamografia confirmou um tumor de aproximadamente quatro centímetros de diâmetro. Rapidamente o tratamento foi indicado. Para o caso de Francisca, um tumor de tamanho avançado, a cirurgia radical era a mais indicada. Logo em seguida ao diagnóstico, a paciente foi encaminhada para a Santa Casa de Misericórdia onde deveria ser realizada a operação. Durante o período de internamento a ficha da paciente informava nervosismo excessivo, demonstrações de fervor religioso e crises de asma que impossibilitaram a realização da cirurgia, sendo a mesma adiada e realizada somente em maio de 1970. O prontuário nada informara sobre o processo cirúrgico.

Na consulta de revisão pós-operatória, em agosto daquele ano, a paciente informa “repudrecimento” no local da cirurgia. Já a avaliação clínica informou “bom aspecto” da cicatriz cirúrgica, sendo liberada e orientada a retornar para nova revisão. O retorno aconteceu em 1971, segundo o qual a cirurgia apresentava boa cicatrização, e a paciente não informava anormalidades. Um breve espaço de tempo sem informações no prontuário. O último registro foi feito em 14/01/1973, informando o falecimento da paciente em decorrência de metástase nos ossos e pulmão. Entre a primeira consulta e o registro de falecimento, a história do adoecimento de Francisca durou aproximadamente quatro anos. A cirurgia, realizada provavelmente em fase já avançada da doença, não foi

¹ Remoção cirúrgica de parte ou da totalidade do útero.

² Remoção cirúrgica da vesícula biliar.

suficiente para curar a paciente, tendo a mesma uma sobrevida muito curta após o diagnóstico.

O prontuário de Francisca é um dos poucos que tivemos acesso no atual Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará. Segundo a enfermeira chefe, ele foi guardado como uma espécie de amostragem por se tratar do primeiro atendimento realizado no local. O mesmo não aconteceu com os demais prontuários do período. Após diversas idas e vindas ao Instituto e à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, não conseguimos pistas da guarda ou não guarda destes documentos. Os prontuários tornaram-se, então, uma fonte não acessível para nossa pesquisa. Diante da impossibilidade de uma análise mais sistemática do atendimento de mulheres com câncer de mama no Instituto, o prontuário de Francisca nos pareceu uma interessante forma de tecer os primeiros comentários sobre o trabalho ora apresentado.

As estatísticas do câncer de mama no Ceará na década de 1970 apontaram que aproximadamente duzentos casos foram diagnosticados por ano.³ Francisca fez parte desse número. Mulher acima de quarenta anos diagnosticada com um tumor considerado avançado, submetida à mastectomia radical sem grande sucesso, pois já havia metástase. Esse caso provavelmente foi semelhante a muitos outros em que a doença foi diagnosticada em fase avançada, o que significava menor possibilidade de cura. Os números de morbidade e mortalidade do câncer de mama no Ceará, principalmente a partir da década de 1970, apresentados em publicações locais e nacionais baseadas em dados dos Registros de Câncer de Base Populacional, demonstraram que cada vez mais os índices do câncer de mama superavam os de útero.

Tal cenário de crescimento da incidência do câncer mamário nas mulheres cearenses levou médicos e gestores dos serviços de câncer do estado a promover constantes falas nos jornais com o intuito de alertar as mulheres sobre a importância do diagnóstico precoce. Foi do contato com estas matérias de jornais que surgiu o interesse por esta pesquisa. Em nossas primeiras observações dos jornais percebemos que as notícias sobre o câncer de mama tinham sempre como ponto central a conscientização do público feminino feita por um médico sobre a importância do diagnóstico precoce que se dava de duas maneiras: a realização do autoexame pela própria mulher em sua

³ BRUMINI, Rodolfo. Câncer no Brasil: dados histopatológicos 1976-1980. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Rio de Janeiro: 1982.

residência e a busca imediata pelo médico em caso de sinais estranhos no corpo. Em muitas destas, o passo a passo do autoexame era representado a partir de figuras do corpo feminino com as indicações de como realizar a apalpação. Unido ao referido objetivo, notamos que dados estatísticos sobre a incidência da doença eram utilizados como forma de “convencimento” das mulheres que o câncer de mama era uma ameaça, e a principal forma de prevenção estava no diagnóstico precoce. As mulheres foram o principal público alvo das campanhas educativas. Na matéria *SOS Hospital do Câncer*⁴, o crescente número de casos de câncer no estado justifica o apelo em prol da construção de um hospital para tratamento especializado. Nesse cenário, “as mulheres permanecem sendo as maiores vítimas, [...] são milhares e milhares de mulheres vítimas de câncer de mama [...]”, dessa forma, a matéria enfoca a grande incidência de câncer no público feminino de maneira também a envolver as mulheres na campanha de construção do hospital para benefício próprio. As falas são sobre e para as mulheres. A preocupação com o câncer era majoritariamente feminina.

A relação entre câncer e o sexo feminino foi prevalente até o início do século XX. Os sinais emitidos pelos cânceres ginecológicos – sangramentos, tumores nos seios - tornaram os cânceres femininos mais visíveis na sociedade fazendo com que essa doença fosse associada principalmente às mulheres.⁵ Dessa maneira, entendia-se que mais mulheres do que homens eram vítimas do câncer, e, como consequência, as campanhas educativas foram direcionadas principalmente para o público feminino. As ações em saúde pública buscaram conscientizar as mulheres sobre os riscos do câncer de colo do útero e da mama, além de transmitir a ideia de curabilidade da doença baseada no diagnóstico precoce. A partir dessa afirmativa as mulheres foram convocadas a cuidar da própria saúde e estar vigilante a fim de prevenir o câncer. Neste sentido, a historiadora Leslie Reagan afirma que a categoria gênero foi um princípio organizador nos discursos sobre o câncer.⁶ A partir da análise de revistas femininas norte-americanas a autora demonstra como os materiais educativos sobre saúde, nesse caso especificamente os materiais sobre câncer, atuaram além da transmissão de informações, mas criaram significados sobre a doença. As mensagens transmitidas

⁴ *SOS Hospital do Câncer*. Jornal O Diário do Nordeste, 19-12-1988.

⁵ LOWY, Ilana. O gênero do câncer. In: Câncer de mama e de colo do útero: conhecimentos, políticas e práticas. TEIXEIRA, Luiz. (org.). Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.

⁶ REAGAN, Leslie. Engendering the Dread Disease: Women, Men, and Cancer. *American Journal of Public Health*. vol. 87. num. 11. November, 1997.

ensinaram as mulheres que o câncer atacava preferencialmente ao seu sexo e, a partir disso, elas foram educadas para a prática rotineira de exames para o cuidado da própria saúde. A inclusão da rotina de exames na vida da mulher não ocorreu sem resistência. O pudor feminino ao exame médico masculino foi ridicularizado pelas campanhas educativas de combate ao câncer.⁷ Segundo a autora, as campanhas educativas precisaram, concomitantemente, convencer as mulheres sobre a necessidade do exame, assim como que os exames eram práticas respeitáveis e não prejudiciais a moral feminina. Foi sob essa contínua educação em saúde que as mulheres venceram a vergonha e submeteram-se aos exames clínicos. Em contrapartida, tais campanhas educativas não educaram os homens sobre os riscos de câncer e a necessidade de cuidado com a própria saúde a partir de exames preventivos. A consequência imediata dessa diferenciação é que os cânceres descobertos em homens estavam quase sempre em estágio avançado. Esse discurso sofreu transformações a partir da década de 1950 com o aumento dos casos de câncer de pulmão provenientes do fumo. Nesse período, os homens foram convocados a buscar os consultórios médicos com regularidade. Contudo, as mulheres continuaram a ser o foco central das campanhas, e os discursos emitidos em torno dos cânceres femininos e dos cânceres que afetavam os homens eram construídos de formas diferenciadas. Como exemplifica Ilana Löwy, as cirurgias preventivas foram indicadas principalmente para as mulheres.⁸ A retirada dos seios por suspeita de câncer de mama é um exemplo dessa diferenciação das práticas. Situação semelhante não aconteceu ao se tratar do câncer de pênis ou de próstata. Assim como atualmente, ressalta a autora, as campanhas que abordam o câncer de mama ainda são em maior número do que aquelas que abordam o câncer de próstata. Os homens não foram educados para a vigilância com a própria saúde, enquanto as mulheres foram educadas para a realização de exames ginecológicos desde a adolescência.⁹ De certa forma as campanhas educativas sobre os cânceres femininos ensinaram as mulheres a “engolir o panóptico”¹⁰ a partir da vigilância constante sobre o próprio corpo e a submissão as práticas de exames rotineiros de prevenção e rastreio sob a prerrogativa de que o diagnóstico precoce garante, na maioria dos casos, a cura da doença. A noção de diagnóstico precoce teve papel central nas ações de controle do câncer de mama. Como

⁷ *Ibidem*, p. 1781.

⁸ LÖWY, Ilana. O gênero do câncer. *op. cit.*, p. 36.

⁹ REAGAN, Leslie. *Engendering the Dread Disease: Women, Men, and Cancer. op. cit.*, 1783.

¹⁰ LÖWY, Ilana. O gênero do câncer. *op. cit.*, 27.

ênfatisa Rosenberg, o diagnóstico se tornou um evento chave no processo de adoecimento.¹¹ É a partir do diagnóstico, do processo de dar significado ao conjunto de sintomas que a doença se faz presente e respostas são elaboradas. Neste caso específico, o aprimoramento das técnicas de diagnóstico buscou encontrar a doença mesmo antes da aparição de sinais para que o passo seguinte seja dado: o tratamento. Uma vez confirmado diagnóstico, a mulher se torna paciente. Neste ponto, o medo do diagnóstico, da confirmação da doença está ligado à demora das mulheres em buscar o atendimento médico que tanto é reiterado pelas falas dos médicos nos jornais. Assim,

Every new diagnostic tool has the potential for creating similar consequences – even in individuals who had felt no symptoms of illness. Mammography, for example, can suggest the presence of carcinoma in women entirely symptom free. Once that radiological suggestion is confirmed, an individual's life is irrevocably changed.¹²

Nesse sentido, a ênfase no diagnóstico precoce e a responsabilização feminina sob este aspecto podem ser consideradas características fundamentais das práticas de controle do câncer de mama. Compreendemos a ideia de controle do câncer a partir da concepção apresentada por David Cantor. De acordo com o autor, tratando-se de uma doença crônico-degenerativa, a ideia de erradicação – muito em voga nos anos 1950 para doenças agudas e surtos epidêmicos – não era compatível com o câncer. Desconhecendo a cura total da doença e a impossibilidade da sua extinção, durante a maior parte do século XX, Cantor aponta, “[...] individual patients might be cured, but there was always the chance of recurrence. Mortality and incidence might eventually decline, but the disease or the risk of the disease would always be present in the population.”¹³ Assim, o “combate” ao câncer seguiria outros caminhos. A solução encontrada pautou-se na ideia de *controle*.

¹¹ ROSENBERG, Charles. Disease in History: Frames and Framers. The Milbank Quarterly, vol. 67, suppl.1, 1989.

¹² ROSENBERG, Charles. Disease in History: Frames and Framers. op. cit., p. 12. “Toda nova ferramenta de diagnóstico tem potencial para criar consequências semelhantes - mesmo em indivíduos que não sentiram sintomas de doença. A mamografia, por exemplo, pode sugerir a presença de carcinoma em mulheres totalmente sem sintomas. Uma vez que essa sugestão radiológica é confirmada, a vida de um indivíduo é irrevogavelmente alterada.” Tradução livre.

¹³ CANTOR, David. Introduction: Cancer Control and Prevention in the Twentieth Century. In: CANTOR, David. (ed.). Cancer in the Twentieth Century. Baltimore: John Hopkins University Press, 2008. p. 2. “[...] pacientes individuais podiam ser curados, mas sempre existia a chance de recorrência. A mortalidade e a incidência podiam, eventualmente, diminuir, mas a doença ou o risco da doença estaria sempre presente na população.” [Tradução livre]

Para Cantor a ideia de *controle* consiste nos esforços científicos e médicos para controlar uma enfermidade, bem como sua incidência e mortalidade.¹⁴ Somado a isso, a ideia abarca também os esforços para gerir a atividade humana, em todos os aspectos que possam impactar no risco de desenvolvimento da doença. A ideia de *controle* surgiu no final do século XIX e início do XX, e o foco estava na noção de diagnóstico e tratamento precoces. Esta forma de abordagem prevaleceu até as décadas de 1960 e 1970, momento em que o foco passou para a noção de *prevenção*.¹⁵

Considerando este conceito, podemos interpretar as falas dos médicos e gestores dos serviços de câncer do Ceará. Se o programa de *controle* estava baseado na concepção de diagnóstico e tratamento precoce, parte fundamental para o sucesso deste programa estava na educação da população com fins de conscientização sobre a doença.

A partir dessas observações, interessou-nos analisar como o câncer de mama se tornou uma preocupação para a mulher cearense, como os dados estatísticos foram utilizados para “provar” o crescimento da incidência e alertar a população feminina sobre os riscos, assim como a maneira pela qual se construiu o discurso sobre a responsabilidade feminina sobre os cuidados com a própria saúde, legitimando a prática do autoexame e de exames periódicos, de “rotina” como métodos de prevenção e controle da doença. Para tal estabelecemos nosso recorte temporal a partir da criação do Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico em 1969, considerando que tal instituição concentrou os principais esforços no sentido de promover ações de controle do câncer de mama no Ceará, tendo em vista a constante presença dos médicos ligados ao instituto nos jornais. Finalizamos nossa análise no final da década de 1980, nos anos de 1988 e 1989 a partir da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS. Consideramos que a existência do SUS apontou para novos modelos de campanhas e ações destinadas ao controle do câncer de mama no território nacional.¹⁶ Nossa delimitação temporal contempla importantes aspectos do câncer de mama no Brasil. A introdução da mamografia, o lançamento do Programa Nacional de Controle do Câncer, assim como o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher – PAISM.

¹⁴ Ibidem, p. 4.

¹⁵ Ibidem. O autor destaca que a execução do programa de “controle” foi realizada de formas diferentes nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, principalmente no que tange a responsabilidade pela execução das ações e sobre o tratamento ideal para tipos específicos de câncer.

¹⁶ TEIXEIRA, Luiz Antonio.; PORTO, Marco.; SILVA, Ronaldo Corrêa. Aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia. vol. 59. num. 3. Rio de Janeiro, 2013.

Consideramos que a partir de tais pontos nos foi possível dialogar as ações desenvolvidas no Ceará com o contexto nacional.

Nosso estudo considerou como delimitação espacial o estado do Ceará. Vale salientar que as fontes utilizadas para esta pesquisa, publicações locais e nacionais com dados epidemiológicos referentes aos Registros de Câncer do Brasil; publicações do Inca e Ministério da Saúde, revistas médicas e jornais se referem ao câncer de mama no Ceará, os dados e informações tenderam a construir a incidência da doença naquele estado. Contudo, é preciso lembrar que os dois principais serviços de câncer, Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará e Instituto do Câncer do Ceará se localizavam na cidade de Fortaleza, capital do estado. Dessa forma é importante notar que muitos dos aspectos sociais abordados nas falas dos médicos, assim como os dados epidemiológicos se referem à população da capital, e muitas das ações de controle da doença se concentraram em Fortaleza. Ao nos referirmos à incidência da doença no estado, estamos considerando que as falas e ações elaboradas pelas instituições da capital tiveram como objetivo traçar o panorama do crescimento entre as cearenses.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo intitulado “*O Câncer na História*” tem como objetivos traçar o panorama da historiografia internacional e nacional acerca do câncer; quando e como ele tornou-se tornou uma preocupação da medicina e da saúde pública brasileira, assim como a atenção dada aos cânceres ginecológicos a partir da década de 1970 e a maneira pela qual as mulheres tornaram-se o público privilegiado das ações de controle do câncer neste período. Este tópico nos é particularmente importante na medida em que aborda o Programa Nacional de Combate ao Câncer e o foco dado aos cânceres ginecológicos sob a perspectiva de importância do diagnóstico precoce.

O segundo capítulo “*Estatísticas do câncer: da contagem das doenças à epidemiologia do câncer*” trabalha principalmente o uso dos dados estatísticos como base para a elaboração das ações de controle do câncer, especificamente o câncer de mama. Percebemos como os dados epidemiológicos foram utilizados para comprovar o crescimento da doença no Ceará, assim como justificou o crescimento da atenção dada a este tipo de câncer em detrimento do câncer de colo do útero. O contraste entre a diminuição da incidência do câncer de colo do útero e o crescimento dos números do

câncer de mama também contrapõem a identificação destes cânceres como câncer da pobreza/subdesenvolvimento e câncer da modernidade/desenvolvimento. Assim, o estado do Ceará, especificamente a capital Fortaleza, onde estes dois tipos de câncer se fizeram presentes, traduz um cenário de ambiguidade ou uma situação de transição.

Este processo de transição implicava na diminuição dos casos de câncer de colo do útero em contraste com o aumento dos casos de câncer de mama que levaria a sua prevalência entre as mulheres cearenses. Tal cenário é analisado no capítulo “*Procure e você encontrará: controle do câncer de mama no Ceará*” no qual discutiremos como a incidência da doença aparece nas falas de médicos ligados aos serviços de câncer do estado, a relevância dada ao diagnóstico precoce dentro das ações de controle, assim como esta ideia significou a responsabilização feminina sob o cuidado de si e a vigilância sobre o aparecimento de sinais indicativos do câncer de mama. Tais concepções aparecem repetidamente nos discursos de médicos que falam “sobre e para” as mulheres.

Data 14.04.69 Nome [REDACTED] Matrícula 00001

SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO
SERVIÇO SOCIAL

Idade 44 Cór Branca Estado Civil Casada Nat. Cearanense
 Residência Pedro Pereira Nº 2230 Monte Castelo
 Ponto de referência Bom Pastor
 Procedência Chaval Profissão doméstica
 Beneficiária de Instituto Sim Não Qual _____ Matrícula _____
 Profissão do chefe da família ambulante Posição na família esposa
 Nº. de pessoas na família 10 Renda familiar - Ncr\$ 210,00
 Por intermédio de quem tomou conhecimento do Serviço pr amigos
 Há quanto tempo acha que deveria ter procurado o Serviço 4 anos

ANTECEDENTES

Casada há 21 anos no início da vida com
principalmente relações sexuais diárias
de atualmente de 8 e 10 dias, no máximo
3 vezes por mês. Não menstrua desde 1957. Fez
diversas cirurgias. De 9 gestações teve 8 partos e

S. P. C. G. - 012 - 1.000/69

Data 28/8/70 Nome [REDACTED] Matrícula 00001

SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO
FORTALEZA - CEARÁ

Idade: 45 Cór: branca Estado Civil: casada Nat. Cearanense
 Residência: Avenida C nº 780 -
 Procedência: Capital Profissão: doméstica

Q. P. Requer retorno ao S.P.C. para exames de 1 ano submetido se
à mastectomia radical no dia 08/05/70, orientada por este ser-
 H. M. A. vico. Após episódio de "repuclamento" no local de ampu

Ant. Familiares denonhou
 Ant. Pessoais mastectomia radical
 Ant. Menstruais Men. idem U. R. - Ciclo - Dor -
 Contraceptivos - Sinusorragia - Dispareunia -
 Ant. Obstétricos N.º Partos idem U. P. - N.º Abortos - U. A. -
 Partos - Puerpérios - Lactação -
 Corrimento Cór nege Quant. - Odor - Prurido -
 Duração - Tratamentos - D. C. nao
 Sint. Mamários: Sens. - Secreção - Mastalgia
 Tumorações submetido se à mastectomia radical em 08/05/70.

S. P. C. G. - 011 - 5.000/69

Prontuário nº 00001 do Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do Ceará.¹⁷

¹⁷ Prontuário da paciente Francisca. O documento encontra-se no atual Instituto de Prevenção do Câncer – IPC. Fortaleza – Ceará.

1. O CÂNCER NA HISTÓRIA

Julgam uns que nenhuma moléstia é nova, e outros que muitas antigas já não existem; e que as consideradas novas ainda terão seu tempo.¹⁸

Seria o câncer uma doença antiga ou nova? Alguns autores respondem que é possível identificar suas manifestações desde a Antiguidade. Por outro lado, da forma e magnitude como o conhecemos hoje, o câncer é um fenômeno recente. É sabido que, em grande parte das suas formas, o câncer se relaciona com o processo de envelhecimento. O século XIX trouxe mudanças na sociedade: a intensificação da urbanização e da industrialização. A medicina avançava cada vez mais na direção da cura dos principais males da humanidade. Essa transformação modificou a expectativa de vida da população. Com o controle das doenças infectocontagiosas, as pessoas passaram a viver mais e, vivendo mais, o câncer fez-se conhecido. Na virada do século XIX para o XX a incidência do câncer cresceu e se tornou alvo da investigação médica e das ações de saúde pública.

Neste capítulo buscamos elaborar um quadro geral sobre *quando* e *como* o câncer se tornou um problema de saúde pública através da historiografia. Por vieses diversos conseguimos compreender a emergência dessa doença a partir do estudo de outras realidades, assim como relacionar o processo brasileiro à conjuntura internacional. O diálogo entre a medicina brasileira e a produção internacional foi um importante fator na institucionalização da cancerologia como campo da medicina brasileira.

A partir do momento que o câncer se tornou um “problema” brasileiro, dedicamo-nos a analisar como os cânceres femininos se estabeleceram como prioridades na agenda médica e política. A partir da década de 1970 os cânceres do colo do útero e da mama figuram cada vez mais nas ações direcionadas a saúde feminina.

¹⁸ BROWNE, Thomas. Carta a um amigo por ocasião da morte de seu amigo íntimo. Apud: SONTAG, Susan. Doença como metáfora. AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p. 133.

1.1 O câncer através da historiografia

*“How does a disease become a social scourge? Cancer, like tuberculosis, is a good example of the transformation of a peculiar form of human suffering into an object of both professional and public action.”*¹⁹

A exemplo da indagação colocada por Jean-Paul Gaudillière, “como uma doença se torna um flagelo social?”, neste tópico propomo-nos a perceber, através da historiografia, como e quando o câncer se tornou um flagelo social, objeto de atenção médica, política e social, e desse modo, objeto da investigação histórica.

O câncer, presente nos relatos médicos desde a Antiguidade²⁰ não configurou, durante muito tempo, como uma preocupação da saúde pública. Isso se justifica porque até o início do século XX, as doenças infectocontagiosas predominavam como ameaças a humanidade, tendo o câncer atuação limitada no que concerne aos dados de mortalidade e a produção de conhecimento médico. A transformação deste cenário acompanhou as mudanças na própria sociedade. O processo de urbanização, industrialização e modernização das sociedades ocidentais alterou as condições sanitárias e, por consequência, as condições de vida da população. Foi somente quando a média de anos de vida cresceu e a medicina desenvolveu mecanismos capazes de controlar os surtos epidêmicos que o câncer tornou-se mais presente na sociedade.

¹⁹ GAUDILLIÈRE, Jean Paul. Cancer. In: BOWLING, Peter; PICKSTONE, John. (ed). *The Modern life and earth sciences*. Cambridge: Cambridge university Press, 2008. p. 491. “Como uma doença se torna um flagelo social? Câncer, assim como a tuberculose, é um bom exemplo da transformação de uma forma peculiar de sofrimento humano em objeto de atenção pública e profissional.” [Tradução livre]

²⁰ ROUESSÉ, Jacques. *Une histoire du cancer du sein en Occident: Enseignements et réflexions*. Paris: SSpringer, 2011.; MUKHERJEE, Siddhartha. *O Imperador de todos os males. Uma biografia do Câncer*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.; IMBAULT-HUART, Marie-José. *História do Cancro*. In: LE GOFF, Jacques. (org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1997.

Sobre isso,

O câncer é uma doença relacionada com a idade – às vezes exponencialmente. O risco de câncer de mama, por exemplo, é de cerca de um em quatrocentos numa mulher de trinta anos e aumenta de um para nove numa de setenta. Nas sociedades mais antigas, as pessoas não viviam o suficiente para desenvolver câncer. Homens e mulheres eram consumidos bem antes por tuberculose, hidropsia, cólera, varíola, lepra, peste ou pneumonia. Se o câncer já existia, ficou submerso no mar de outras doenças, manifestando-se apenas quando todas as outras cessavam. A rigor, o aparecimento do câncer no mundo é produto de uma dupla negativa: ele só se torna comum quando todas as outras doenças mortais são combatidas.²¹

Essa passagem elucida os fatores que contribuíram para o aumento da incidência de câncer na população, alçando-o ao *status* de flagelo social. A partir desses fatores podemos constatar a ligação entre câncer e desenvolvimento. Na medida em que o controle das doenças infecciosas e o aumento da expectativa de vida são consequências de um processo de modernização e urbanização das sociedades ocidentais. Nesse sentido, a incidência do câncer tem estreita relação com o desenvolvimento econômico e social atingidos principalmente a partir do século XIX. A metáfora do câncer como uma doença da riqueza e dos “excessos” corrobora com a relação feita entre a doença e o nível de desenvolvimento econômico. Foi nos países mais ricos com dietas ricas em gordura e maior quantidade de poluentes industriais onde o câncer se fez presente primeiro.²² As metáforas do câncer foram analisadas por Susan Sontag em *Doença como metáfora* onde a autora estabelece relação entre tuberculose e câncer a partir do uso de metáforas para cada doença. A descoberta da cura para a tuberculose permitiu que essa deixasse de assombrar a humanidade e, em seu lugar, o câncer tornou-se o terrível mal. Doença da qual pouco se conhecia, da sua origem ou cura, começava a se desenhar no cenário social. A partir do crescimento dos números da mortalidade se fez necessário conhecer a doença para combatê-la. O conhecimento médico inicia o esforço para desvendar sua cura, surgem os questionamentos sobre formas de prevenção e tratamentos. No século XX combater o câncer se torna uma das principais tarefas da

²¹ MUKHERJEE, Siddhartha. O Imperador de todos os males. Uma biografia do Câncer. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p. 65.

²² SONTAG, Susan. Doença como metáfora. AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p. 20.

medicina europeia e norte-americana. Cresce o temor mundial e a guerra contra o câncer se inicia.

Ana María Carrillo, Patrice Pinell, Jacques Rouessé, Jean-Paul Gaudillière, Siddhartha Mukherjee, Marie-José Imbault-Huart e Rui Manuel da Costa são alguns dos autores com os quais dialogaremos para compreender o panorama de emergência do câncer como doença de relevância médica e social a partir dos estudos sobre contextos específicos, como no caso do México, da França, da Grã-Bretanha, dos Estados Unidos e de Portugal, respectivamente. Através destes trabalhos podemos compreender o processo de constituição de políticas públicas voltadas para o combate e controle do câncer no cenário internacional e, a partir disso, localizar a discussão do caso brasileiro.

O câncer, enquanto objeto de investigação, é analisado através de diferentes perspectivas por esses autores. Em um campo não acadêmico, podemos considerar o trabalho de Mukherjee como contribuição importante para o conhecimento sobre uma longa história do câncer com foco, principalmente, nas práticas médicas e tecnologias utilizadas para o combate à doença. Falando a partir da perspectiva médica, este trabalho faz-se necessário para a compreensão dos períodos que marcam a história do câncer na humanidade, como as modificações na prática cirúrgica de remoção de tumores, a origem da radioterapia e a inserção da quimioterapia, entre outros. Neste mesmo caminho metodológico temos a obra *Une histoire du cancer du sein em Occident*, de Jacques Rouessé, onde o autor se propõe a elaborar uma espécie de enciclopédia sobre o câncer de mama, apresentando todos os aspectos relacionados a origem, diagnóstico e tratamento da doença. Assim como o trabalho de Mukherjee, essa obra contribui pela periodização e riqueza de detalhes que nos oferece sobre a construção do conhecimento científico.

Ainda na elaboração de um quadro mais geral do conhecimento histórico sobre o câncer, Imbault-Huart trabalha como o câncer foi enquadrado a partir da produção do conhecimento científico. Segundo a autora, o que existe na verdade é, “uma história científica do cancro, do seu conhecimento, do seu diagnóstico, da sua terapêutica [...]”.²³ Exatamente pelo fato de que, em grande parte, os escritos sobre câncer se relacionam à investigação médica sobre seu próprio campo de atuação. Nesse sentido,

²³ IMBAULT-HUART, Marie-José. História do Cancro. op.cit., p.176.

para a autora, a escrita de uma história social do câncer se faz necessária para conhecer a doença além do viés da cientificidade.

Na busca pelos aspectos sociais da doença, consideramos que o trabalho de Ana Maria Carrillo contribui ao pensar sobre a representação dada a doença no México. Os significados sociais atribuídos ao câncer estiveram diretamente relacionados ao modelo de ações que foram impostos para o combate a doença e ao espaço do paciente com câncer na sociedade.

Nos aspectos relacionados ao controle do câncer dialogaremos com os trabalhos de Patrice Pinnell e Rui Manoel da Costa. Os autores abordam a noção de controle como marco fundamental para o desenvolvimento de ações anticâncer. Tratando-se de uma doença crônica e com pouco conhecimento sobre possibilidades de cura, as ações para o controle do câncer não poderiam ser pensadas a partir do modelo de combate a doenças infecciosas, ou seja, a ideia de erradicação não estava posta para o câncer.

De formas diversas, observamos que o movimento de luta contra o câncer, nos países analisados pelos autores, ganha força e expressão na primeira metade do século XX. Esse movimento é diretamente marcado pelo cenário do entreguerras e do pós-Segunda Guerra Mundial. Tal período caracteriza um momento de avanços tecnológicos que, no que tange à saúde pública, propicia a descoberta e produção de novos medicamentos capazes de erradicar ou conter as principais doenças que afligem a humanidade.²⁴ Nesse sentido, a primeira metade do século XX viu a gradual transformação do quadro de doenças.²⁵ O processo de contenção das doenças agudas e surtos epidêmicos assim como seu impacto no aumento da expectativa de vida possibilitou a elevação da incidência de doenças crônicas, dentre elas o câncer.

A esse respeito, diz Gaudillière, de acordo com a epidemiologia histórica, o aumento da expectativa de vida e o crescimento das estatísticas do câncer em países como França, Inglaterra e Estados Unidos caminharam lado a lado e, portanto, o interesse público pela doença.²⁶ Contudo, para o autor, sobre o aumento estatístico do câncer existem três questões a considerar. Na primeira metade do século XX houve

²⁴ MUNIZ, Érico Silva. 'Basta aplicar uma injeção?': concepções de saúde, higiene e nutrição no Programa de Erradicação da Boubá no Brasil, 1956-1961. História, Ciências e Saúde – Manguinhos. v.19.n.1. jan-mar, 2012. Rio de Janeiro: 2012.

²⁵ MUKHERJEE, Siddhartha. O Imperador de todos os males. Uma biografia do Câncer. op. cit.

²⁶ GAUDILLIÈRE, Jean Paul. Cancer. op. cit.

mais pacientes com câncer porque os registros médicos mudaram; porque o diagnóstico da doença se tornou mais sofisticado ou porque os tumores eram, de fato, mais numerosos? Nos Estados Unidos, por exemplo, os especialistas em câncer tenderam para o argumento da maior sofisticação dos diagnósticos, portanto, maior eficácia na determinação da doença.²⁷ Dessa maneira conclui-se que, em grande medida, os números do câncer não cresceram de forma assustadora. No entanto, o aprimoramento das tecnologias médicas permitiu identificar de forma mais precisa as causas da mortalidade, assim como tornou o diagnóstico da doença mais eficaz. Assim como a melhoria nos registros da doença possibilitou o conhecimento mais fiel dos números de morbidade e mortalidade.

O constante apelo ao aumento das estatísticas como justificativa para a crescente atenção dada ao câncer será uma marca do século XX. O argumento epidemiológico foi utilizado por médicos e diretores dos serviços de atendimento aos cancerosos como meio de colocar a doença na agenda médica e social. Os números da doença serviram como legitimação para a elaboração de pesquisas e campanhas educativas e de controle do câncer. A atuação médica representou, neste processo, o interesse na conformação de uma especialidade – a cancerologia ou oncologia – como agenda de grupo. Bem como a formação de sociedades, ligas e campanhas contra o câncer teve papel fundamental na ascensão da doença no cenário social. Em muitos casos, estas foram responsáveis pela construção do significado da doença perante a população através de campanhas educativas que focavam na prevenção ou no diagnóstico precoce da doença, por vezes criando uma grande sensação de temor na sociedade. Assim, de acordo com Pinell, “[...] no período entre guerras, alguns segmentos da classe dominante – setores da medicina e da ciência e grupos filantrópicos – contribuíram para criar um movimento contra o câncer” e para fundar uma nova especialidade, a cancerologia.²⁸ Seguindo este raciocínio, observamos que o crescimento do interesse pelo câncer conjugou diferentes setores da sociedade e interesses.

Como exemplo comparativo, podemos destacar as trajetórias de atuação da American Society for the Control of Cancer – ACSS, fundada em 1911, e da French Ligue Contre Le Cancer criada em 1918. Enquanto a primeira teve seu início marcado

²⁷ Ibidem, p. 491.

²⁸ PINELL, Patrice. Algumas reflexões sobre as políticas de luta contra os flagelos sociais. In: _____, *Análise Sociológica das Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

pelo interesse profissional de médicos, a segunda surgiu a partir da conjunção de filantropos. A ACSS enfatizou o desenvolvimento de pesquisas sobre o câncer (terapias, diagnóstico) e a organização da classe médica contra charlatões, enquanto a liga francesa baseou sua ação no caráter clínico da doença, preocupando-se com a assistência aos cancerosos.²⁹ Trazendo para o diálogo a experiência portuguesa, estudada por Costa, o autor demonstra que o Instituto Português para o estudo do Cancro (IPO), fundado em 1923, e a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), fundada em 1941, foram instituições de finalidades próximas, mas que atuaram em campos diferenciados da luta contra o câncer. A primeira congregava a elite médica interessada em promover o estudo da doença e, a segunda, a elite filantrópica portuguesa que reunia o prestígio social necessário para financiar a assistência aos cancerosos.³⁰ Vemos, nestes casos, que a atenção dada ao câncer por organizações de cunho semelhante, difere no quesito finalidade da organização e, dessa forma, na sua colaboração na luta contra a doença.

O trabalho de Carrillo busca estudar os primeiros esforços socialmente organizados para o combate ao câncer no México. Neste sentido, a Campanha Nacional Contra o Câncer pode exemplificar a institucionalização do combate à doença no país. Segundo a autora, em 1941, o Departamento de Saúde Pública criou a Campanha Nacional Contra o Câncer com o objetivo de “reunir a todas las fuerzas científicas, sociales y económicas, com el objeto de desarrollar la lucha contra el cáncer”.³¹ A CNCC centrava-se na tarefa de informar a população sobre os serviços de câncer, incentivando a procura pelo diagnóstico e tratamento da doença. Com isso, a autora ressalta que a campanha desempenhou um importante papel na criação de significados para o câncer no imaginário das pessoas. Sendo um dos principais objetivos da CNCC, a elaboração de campanhas educativas para conscientização sobre o câncer. O tipo de mensagens veiculadas pela campanha desenvolveu uma espécie de “neurose fóbica” nas pessoas.³² A suposição de que era uma doença contagiosa criou terror e discriminação

²⁹ GAUDILLIÈRE, Jean Paul. *Cancer*. op. cit.; PINELL, Patrice. Algumas reflexões sobre as políticas de luta contra os flagelos sociais. op. cit.

³⁰ COSTA, Rui Manuel. *Luta contra o cancro e oncologia em Portugal: estruturação e normalização de uma área científica (1839 – 1974)*. Tese de doutoramento: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2010.

³¹ CARRILLO, Ana Maria. Entre el ‘sano temor’ y el ‘miedo irrazonable’: la Campaña Nacional Contra el Cáncer en México. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Volume 17, suplemento 1. Julho, 2010.

³² *Ibidem*, p. 96.

às pessoas com câncer. Esse sentimento de temor e terror ao câncer não foi específico da experiência mexicana. Imbault-Huart considera que a partir dos anos 1950 o câncer adquiriu o status de “mal absoluto”. Isso se deve ao fato da sua contínua transformação de sofrimento individual para problema coletivo, ou seja, problema de saúde pública.³³

Após conhecer a trajetória do câncer enquanto fenômeno social e a resposta dada ao crescimento desta doença em diversos países e contextos, podemos neste momento vislumbrar o crescimento da importância do câncer no cenário brasileiro e a conformação das políticas públicas de controle da doença.

³³ IMBAULT-HUART, Marie-José. História do Câncer. op.cit.

1.2 O câncer torna-se um problema brasileiro

Durante quase todo o século XIX, a incidência do câncer não configurou como um problema sanitário no Brasil. Neste período, as doenças infectocontagiosas grassavam pelo território brasileiro causando surtos epidêmicos e milhares de mortes, ocupando, assim, a centralidade nas ações sanitárias. De acordo com Teixeira,

O desconhecimento das origens do câncer, a incapacidade terapêutica da medicina para tratá-lo e sua pequena incidência, se comparado às doenças epidêmicas da época, tornavam-no distante das preocupações da saúde pública, não havendo nesse período nenhuma iniciativa específica objetivando seu controle.³⁴

Este quadro sofreu alterações no final do século XIX e início do XX. Como demonstrado pelo contexto internacional, o avanço tecnológico do período entre guerras e II guerra mundial gerou grandes transformações no contexto sanitário mundial. A capacidade da medicina de curar e erradicar os grandes males que devastavam a humanidade iniciou um processo de transição epidemiológica³⁵ que deu lugar a novas enfermidades como preocupações médicas. À medida que os números do câncer cresciam, crescia também o interesse médico em estudá-lo, os financiamentos de pesquisas sobre métodos de prevenção e tratamento. Têm-se, nesse sentido, o aumento da investigação da etiologia do câncer com a finalidade de descobrir sua cura. Inicia-se, nesse período, a guerra contra o câncer. As primeiras ações de controle do câncer no Brasil se encaixam nesse contexto e estiveram intimamente relacionadas com as agendas internacionais.

Foi, principalmente, o intercâmbio entre médicos brasileiros e estrangeiros, bem como o contato com as pesquisas científicas desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos que despertou a atenção da comunidade médica brasileira para o câncer.³⁶ A

³⁴ TEIXEIRA, Luiz Antonio. O câncer no Brasil: Passado e Presente. Luiz Antonio Teixeira, Marco Porto, Claudio Pompeiano Noronha. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

³⁵ Modificações no perfil de morbidade e mortalidade. A transformação do quadro de doenças que incidem sobre a população e os aspectos que atuam nessa transformação.

³⁶ ARAÚJO NETO, Luiz Alves. O Problema do Câncer no Ceará: Cancerologia, controle do câncer e a atividade coletiva da medicina (1940-1960). Dissertação de mestrado: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2016.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. O

partir disso, surge no país o interesse pelo estudo da doença e a criação de instituições destinadas ao seu controle e cuidado.

A criação, em 1919, do Departamento Nacional de Saúde Pública representa um primeiro marco neste sentido. No quadro do DNSP, as doenças crônicas não possuíam espaço exclusivo. O órgão estava direcionado, principalmente, para ações voltadas contra as doenças que dizimavam a população. Por este motivo, ao câncer coube um lugar dentro da inspetoria para o controle das doenças venéreas e da lepra. Apesar de um importante passo no processo de institucionalização do câncer na saúde pública brasileira, a inspetoria não desenvolveu, de fato, ações voltadas para o controle da doença.³⁷

As décadas de 1920 e 1930 representaram um maior esforço no sentido de inserção do câncer no cenário da saúde brasileira. Foram criados hospitais para atendimento de cancerosos em São Paulo e Minas Gerais. O crescimento do interesse médico no debate sobre as causas e sintomas do câncer também pode ser percebido através da realização de eventos acadêmicos. Estes se tornaram espaços para a atualização da classe médica sobre as pesquisas em câncer desenvolvidas dentro e fora do país. O intenso debate internacional sobre novas pesquisas e métodos terapêuticos para o câncer fez crescer o interesse da classe médica brasileira em participar desse círculo de produção científica, dessa nova área que crescia dentro da medicina. O Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer foi realizado em 1935 na cidade do Rio de Janeiro. Este evento teve importância central na divulgação das novas pesquisas a respeito da doença, atraindo novos adeptos à discussão. A partir desse momento, tais encontros tornaram-se mais frequentes, demonstrando a intenção dos médicos em desenvolver a área da cancerologia no Brasil.³⁸

A aparição das primeiras ligas e associações de combate ao câncer remete a este período. A Liga Brasileira contra o Câncer, a Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC) e a Rede Feminina de Combate ao Câncer foram as principais

câncer na mira da medicina brasileira. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104 – 117, jan/jun 2009.

³⁷ TEIXEIRA, Luiz Antonio. O câncer na mira da medicina brasileira. op. cit.; _____. O câncer no Brasil: Passado e Presente. op. cit.

³⁸ ARAÚJO NETO, Luiz Alves. O Problema do Câncer no Ceará: Cancerologia, controle do câncer e a atividade coletiva da medicina (1940-1960). op. cit. ; TEIXEIRA, Luiz Antonio. O câncer na mira da medicina brasileira. op. cit.

organizações filantrópicas voltadas para a organização de campanhas educativas e obtenção de recursos financeiros para o tratamento dos pacientes com câncer. As campanhas educativas foram importantes veículos na divulgação de informações sobre a doença, principalmente no que diz respeito à prevenção, sinais e sintomas indicativos de câncer, assim como a importância do diagnóstico precoce.

Podemos considerar que um maior passo rumo à institucionalização do câncer no Brasil foi a criação do Serviço Nacional do Câncer em 1941. Já sob a presidência de Getúlio Vargas, a reorganização do Departamento Nacional de Saúde correspondia ao novo modelo de gestão idealizado pelo governo federal com foco na centralização normativa e na maior atuação em todo o território nacional.³⁹ Com este objetivo, foram criados 13 serviços nacionais de saúde. Estes serviços seriam responsáveis pelas ações de combate e controle de doenças, coordenando as atividades desenvolvidas em âmbito nacional. Dentro deles, destacamos o referido SNC. A partir desse momento, o câncer ocupava um espaço específico na organização da saúde pública. Demonstrando o crescimento da sua importância no quadro sanitário brasileiro.

A criação do SNC representou o interesse em elaborar uma política nacional de combate ao câncer, tendo “poderes normativos e supletivos em todo o território nacional, consolidou-se a centralização política do combate ao câncer”.⁴⁰ No âmbito do SNC cabia a organização de uma Campanha Nacional contra o Câncer com os objetivos de investigar a doença, executar medidas de cunho preventivo, liderar a propaganda educativa sobre a prevenção da doença e oferecer tratamento aos doentes de câncer. Dentro dessas premissas, destacamos a que diz respeito à “propaganda intensiva da prática dos exames periódicos de saúde para obtenção do diagnóstico precoce da doença”⁴¹, pois sobre este pilar será desenvolvida as principais ações de controle do câncer. A centralidade desse novo órgão na ampliação das ações de combate contra o câncer é ressaltada por Teixeira, além da relevância dada à campanha nacional com foco no diagnóstico,

³⁹ FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 232.

⁴⁰ BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. (org.). História e Saúde Pública: A política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

⁴¹ BRASIL. Decreto-Lei 3.643, de 23 de setembro de 1941.

O Serviço Nacional de Câncer incorporava definitivamente o câncer na pauta das ações de saúde pública. Com poderes normativos e supletivos em todo o território nacional, o Serviço era mais uma das ações da política centralizadora do Estado Novo. Muito mais do que a ideia de um centro de pesquisas clínicas e assistência aos doentes, o Ministério lhe atribuiu um perfil de ponta de lança de uma **campanha permanente contra o câncer, voltada prioritariamente para os estudos epidemiológicos, para a prevenção, baseada na propaganda dirigida ao diagnóstico precoce [...]**.⁴² [Grifos nossos]

A partir da ideia de uma “campanha permanente contra o câncer” o SNC incorporou órgãos e instituições regionais para a efetivação desse projeto. Como destacado no trecho acima, um dos pilares da campanha contra o câncer se concentrava na educação da população, principalmente voltada para a noção de prevenção e diagnóstico precoce da doença. As instituições regionais ficariam, nesse sentido, responsáveis pela promoção de ações educativas e pelo atendimento dos pacientes com câncer, assim como pela produção de dados sobre a doença. O estudo epidemiológico se fazia extremamente necessário para se conhecer o perfil de incidência da doença. Veremos mais a frente como o estudo epidemiológico construiu um discurso sobre o câncer de mama no Ceará e legitimou a promoção de ações destinadas ao seu controle.

Percebemos assim, que a inserção do câncer enquanto objeto de preocupação médica e social no Brasil dialoga com o processo ocorrido a nível internacional. O efeito das pesquisas e políticas aplicadas ao câncer nos principais países da Europa e nos Estados Unidos contribuiu para a gradual atenção dada ao câncer por médicos brasileiros interessados em desenvolver esta especialidade. Na primeira metade do século XX, principalmente a partir dos anos 1930, esta doença passou a ser debatida em encontros e pesquisas científicas, bem como se tornou pauta de políticas públicas.

⁴² TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva e Fonseca, Cristina. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o Inca e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. p. 74.

1.3 Políticas de saúde: a atenção aos cânceres femininos

No Brasil, atualmente, as neoplasias malignas ocupam o segundo lugar no ranking da mortalidade com 16% dos óbitos, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (28%)⁴³. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA- 596 mil novos casos de câncer foram estimados para o ano de 2016. Destes, 300.800 em mulheres. A partir de dados obtidos pelos Registros de Câncer de Base Populacional, o câncer de mama configurou a maior taxa de incidência entre as mulheres em todas as regiões do país, exceto na região Norte. São estimados 57.960 novos casos para este ano, sendo 11.190 na região Nordeste.⁴⁴

A expressividade desses números é decorrente de um processo que vem sendo construído há algumas décadas. Dados epidemiológicos das décadas de 1970 e 1980 apontam para o crescimento da incidência de câncer em mulheres no Brasil. De acordo com as estatísticas de mortalidade de 1980, para mulheres acima de 15 anos de idade, as neoplasias malignas ocuparam a segunda causa de morte com 15,2%, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório. Considerando as principais localizações, os cânceres ginecológicos concentraram a maior porcentagem, sendo 15,2% os casos de óbitos por câncer de útero e 14,5% para os óbitos por câncer de mama.⁴⁵ As estatísticas produzidas pelos Registros de Câncer foram fundamentais para conhecer a extensão da doença no país, assim como para estabelecer o sexo mais atingido pela doença e as principais localizações. De acordo com as publicações analisadas neste trabalho⁴⁶, o sexo feminino foi o mais afetado pela incidência do câncer, sendo os cânceres

⁴³ <http://www2.datasus.gov.br>

⁴⁴ www.inca.gov.br

⁴⁵ FAERSTEIN, Eduardo; AQUINO, Estela Maria Leão de; RIBEIRO, Dóra Chor de Souza. Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil? In: LABRA, Maria Eliana. (org.). Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989.

⁴⁶ Ver, por exemplo: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Estatísticas do Câncer. Dados das 27 entidades participantes da Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Brasília: Ministério da Saúde, 1971.; SILVA MENDONÇA, Guinar Azevedo. Câncer na população feminina brasileira. Revista de Saúde Pública. vol 27. num. 1. Rio de Janeiro, 1993.; FAERSTEIN, Eduardo; AQUINO, Estela Maria Leão de; RIBEIRO, Dóra Chor de Souza. Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil? op. cit.; MINISTÉRIO DA SAÚDE, Plano Nacional de Controle do Câncer. Resumo. 1974.

ginecológicos os responsáveis pelo maior número de mortes. O crescimento dos índices de morbimortalidade do câncer de colo do útero e do câncer de mama gerou ansiedade por parte de médicos e sociedade do impacto que essas doenças poderiam ter sobre a vida das pacientes e suas famílias. Esforços foram produzidos para definir meios para o controle das doenças. Com tais dados, os cânceres femininos passaram a figurar no centro das questões de saúde pública e, dessa forma, instituições e campanhas de prevenção e diagnóstico precoce foram criadas com o objetivo de controlar o avanço dos cânceres ginecológicos.

Considerando a bibliografia sobre câncer no Brasil⁴⁷, percebemos que a partir da segunda metade do século XX e, principalmente, nos anos 1970, os cânceres ginecológicos ganharam maior atenção na esfera da saúde pública com o surgimento de iniciativas para prevenção, diagnóstico precoce e controle de tais doenças. Houve um incremento no número de ambulatórios para detecção precoce do câncer de colo do útero e de mama nas instituições públicas, bem como a criação da seção de ginecologia no Inca refletia o maior espaço dessas doenças na luta contra o câncer.⁴⁸ A maior popularização do exame de Papanicolaou, na década de 1970, e a chegada do primeiro mamógrafo no Brasil, em 1971, tornaram-se as ferramentas necessárias para o crescimento do rastreamento de cânceres ginecológicos, bem como para o aumento no número de casos descobertos.

Ao pensar sobre o processo de incorporação do câncer de colo do útero como uma doença de preocupação da medicina brasileira, Vanessa Lana aponta que a doença foi incorporada a agenda médica a partir da década de 1940 com a criação de instituições e o desenvolvimento de tecnologias de diagnóstico precoce. Concomitante ao processo de institucionalização da cancerologia como um campo da medicina brasileira, formou-se uma rede de discussão sobre as técnicas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo do útero. Unindo publicações especializadas, instituições voltadas para a prevenção e o processo de formação profissional, o câncer de colo do útero formou uma “rede de prevenção”.⁴⁹ A autora aponta para a década de

⁴⁷ Ver por exemplo, Faerstein, Aquino e Riberio, 1989; Moraes, 2015; Porto, Teixeira e Silva, 2013; Teixeira, 2007, 2012; Lana, 2012.

⁴⁸ TEIXEIRA, Luiz Antonio. O câncer no Brasil: Passado e Presente. op. cit.

⁴⁹ LANA, Vanessa. Ferramentas, práticas e saberes: a formação de uma rede institucional para a prevenção do câncer do colo do útero no Brasil, 1936-1970. Vanessa Lana – Rio de Janeiro: s.n., 2012. Tese de Doutorado. p. 14.

1970 como um marco de maior interesse nas ações voltadas para os cânceres ginecológicos. Esse fato se torna perceptível através da criação de um maior número de laboratórios para a prevenção desse tipo de câncer, assim como o desenvolvimento de campanhas para o controle da doença.⁵⁰ Nos meados do século XX, o câncer de colo do útero era o principal tipo de câncer que atingia o sexo feminino. Os laboratórios das faculdades de medicina se constituíram como primeiros espaços para atendimento de prevenção da doença. Unindo ensino e prática, esses laboratórios permitiram o desenvolvimento de pesquisas sobre as práticas de prevenção. No período estudado pela autora, entre 1936 e 1970, a ação voltada para a prevenção do câncer ginecológico estava baseada principalmente na ideia de diagnóstico precoce. Nesse sentido, tais laboratórios pretendiam examinar o maior número de mulheres de forma sistemática⁵¹ a fim de descobrir possíveis sinais de câncer e, assim, proceder com o tratamento de forma ágil. O interesse médico pela doença teve relação direta com a institucionalização das tecnologias de diagnóstico. O embate entre a colposcopia e a citologia como melhor método para realização de exames periódicos com a finalidade de detecção precoce representou a disputa entre áreas do conhecimento médico, assim como determinou a maneira pela qual foram desenvolvidas as políticas de controle da doença baseadas na importância do diagnóstico. Seguindo o modelo adotado nos EUA e na Europa, começam a surgir campanhas de grande extensão com o intuito de alcançar um número cada vez maior de mulheres. Dessa maneira o câncer de colo do útero passa a figurar no centro das ações voltadas para a saúde feminina. O reflexo desse interesse nos cânceres ginecológicos foi o surgimento de instituições destinadas à prevenção e diagnóstico precoce dessas doenças. A partir da criação do Instituto de Ginecologia no Distrito Federal, “os serviços de prevenção contra o câncer cervical baseados no uso da colposcopia, da citologia e da biópsia se espalharam por diversos estados”.⁵²

A intenção de criar um serviço público estadual de prevenção do câncer ginecológico no Ceará é noticiada em 1968. Na matéria *Governo quer instalar um serviço de prevenção do câncer feminino*, o médico ginecologista e secretário de saúde José Rocha Furtado⁵³, “impressionado de intermináveis vezes ter recebido em seu

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ Ibidem, p. 18.

⁵² TEIXEIRA, Luiz Antonio. O câncer no Brasil: Passado e Presente. op. cit., p. 89.

⁵³ GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. A história dos secretários da saúde do estado do Ceará, 1961-2006. Governo do estado do Ceará: Fortaleza, 2006.

consultório mulheres portadoras de cânceres inoperáveis e letais, e abortos com a estatística de que 45% a 50% dos cânceres localizam-se no aparelho genital e na mama”⁵⁴, retornou de viagem ao Rio de Janeiro com a determinação de criar um serviço de prevenção dos cânceres femininos. Para o médico, por pudor e ignorância, as mulheres deixavam de procurar atendimento quando percebiam algum sinal estranho no corpo, buscando ajuda somente quando os cânceres já apresentavam estágios avançados. Nesse sentido, a principal função do serviço de prevenção era possibilitar identificar a doença em sua fase inicial. O secretário ressalta o potencial de cura do câncer de colo uterino quando descoberto no estágio inicial. A legitimação desse investimento repousa no fato que os gastos com medidas preventivas são menores que os gastos com tratamento de cânceres já invasivos. A instituição que inicialmente recebeu o nome de Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico passou a funcionar em abril de 1969, sendo alguns anos mais tarde seu nome modificado para Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará – IPCC.

⁵⁴ *Governo quer instalar um serviço de prevenção do câncer feminino*. Jornal O Povo, 30 de maio de 1968.

A CIDADE E OS FATOS

GOVERNO QUER INSTALAR UM SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER FEMININO

CUIDADO — As pessoas que vivem em áreas de risco devem tomar precauções especiais para evitar a ocorrência de câncer...

GOVERNO QUER INSTALAR UM SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER FEMININO — A prevenção de câncer em mulheres...

GOVERNO QUER INSTALAR UM SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER FEMININO — A prevenção de câncer em mulheres...

O POVO no Judiciário

APENAS 11 CONCORRERÃO PARA JUIZ DO TRABALHO

Por falta de regulares concorrerão somente onze das pessoas a concurso...

GOVERNO VAI ADQUIRIR PRÉDIO POR MEIO BILHÃO PARA A A.L.

O Centro do Estado constitui uma Comissão para estudar a compra de um prédio...

FLASHES DE BRASÍLIA

Implementação de um adequado sistema de trânsito...

INSCRITOS

Em seguida a relação dos nomes inscritos que participaram do concurso...



SUPREFEITURA DE AEROLÂNDIA DE ARBORLÂNDIA BAIRO

Até o fim de próximo semana, toda a Aerolândia ficará atendida...

DISQUE 1-2301

QUE UMA EQUIPE DE ESPECIALISTAS ESTÁ SEMPRE NA PRONTOMÉDICO ATENDE-LO

PRONTOMÉDICO ANÚNCIOS POPULARES VÃO LONGE PARA FAZER NEGÓCIOS

GOVERNO VAI ADQUIRIR PRÉDIO POR MEIO BILHÃO PARA A A.L.

O Centro do Estado constitui uma Comissão para estudar a compra de um prédio...

FLASHES DE BRASÍLIA

Implementação de um adequado sistema de trânsito...

INSCRITOS

Em seguida a relação dos nomes inscritos que participaram do concurso...

FLASHES DE BRASÍLIA

Implementação de um adequado sistema de trânsito...

INSCRITOS

Em seguida a relação dos nomes inscritos que participaram do concurso...

FLASHES DE BRASÍLIA

Implementação de um adequado sistema de trânsito...

SQUIBB INDUSTRIA QUIMICA S.A. DISTRIBUIÇÃO DE BONIFICAÇÕES AVISO AOS SRS. ACIONISTAS

O IPCC se tornou a instituição pública responsável pela realização de campanhas de prevenção dos cânceres ginecológicos em todo o território do estado, tendo como alvo principal o câncer de colo uterino por ser o tipo mais frequente nas mulheres cearenses e ser o mais “representativo” das condições sociais e econômicas do Ceará. Mesmo com a atenção prioritária para o câncer de colo uterino, o instituto logo se tornou também responsável por promover ações de diagnóstico precoce do câncer de mama. Veremos nos jornais analisados que médicos e diretores do instituto se fizeram presentes no espaço do veículo com o intuito de conclamar as mulheres a conhecerem os serviços oferecidos e, principalmente, ficarem alertas aos sinais dos cânceres femininos. Vemos que as falas dirigidas ao público feminino buscaram alertar as mulheres sobre os cuidados com a própria saúde e, acima de tudo, não se demorar na busca pelo atendimento que poderia ser feito de forma gratuita a partir da existência do IPCC. Os dados dos atendimentos do Instituto serviram como argumento para as falas direcionadas às mulheres, principalmente quando se tratou do aumento da incidência do câncer de mama nas mulheres cearenses e a importância de promover o diagnóstico precoce como equivalente ao potencial de cura.

As estatísticas do câncer apresentadas em 1971 pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer apontaram que durante o ano de 1968, o câncer foi mais incidente no sexo feminino com 59% dos casos. Dentro dessa porcentagem, o câncer de colo uterino liderou a ocorrência. A publicação revela uma condição importante: a maioria dos casos registrados foram descobertos quando já apresentavam algum tipo de metástase, dificultando, assim, a eficiência do tratamento.⁵⁵ Diante dessa constatação, mais uma vez apresentou-se a necessidade de promover a prevenção e o diagnóstico precoce da doença.

Os dados estatísticos corroboram para a maior relevância dada aos cânceres ginecológicos neste período, e esta situação pode ser observada através da criação do Programa Nacional de Controle do Câncer, em 1973/1974, coordenado pelo médico ginecologista Sampaio Goes. Com o intuito de organizar as ações de controle do câncer em todo o território nacional, o PNCC pautava quatro metas principais, sendo elas: implantação do sistema; prevenção e detecção; ensino e pesquisa; tratamento,

⁵⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatísticas do Câncer. Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Brasília: Ministério da Saúde, 1971. p. 10.

seguimento e reabilitação. A implantação dessa estrutura permitiria o funcionamento da Campanha Nacional Contra o Câncer em todos os estados do país e promoveria as bases necessárias para o controle da doença. De acordo com o documento, as localizações mais frequentes no país eram útero, pele, mama e cavidade bucal. Com o intuito de construir o cenário do câncer no país e justificar a existência de um plano nacional, os prejuízos causados pela doença são assim designados,

Considere-se também, além dos problemas socioeconômicos, aqueles de caráter humanitário, uma vez que o mal atinge não só as mulheres numa fase das mais produtivas, ou seja, 25 a 45 anos, como conseqüentemente facilitará desajustes nos filhos carentes de amor materno, facilitando o desenvolvimento de desajustados e delinquentes juvenis.⁵⁶

Os cânceres femininos se tornam um problema de saúde pública na medida em que comprometem o desenvolvimento das funções femininas, o trabalho e o cuidado dos filhos. Sob esta ótica, cuidar da saúde da mulher é também cuidar da saúde dos filhos e do desenvolvimento do país. Essa perspectiva é abordada por Ornella Moscucci⁵⁷ quando discute como a grande incidência do câncer cervical nas mulheres britânicas foi responsável pela introdução do câncer como um problema no quadro da saúde pública britânica na segunda metade do século XIX. Dois problemas colocaram em questão a saúde da mulher e exigiram maior atenção por parte do aparato sanitário. Primeiramente, o crescimento da mortalidade feminina em consequência do câncer cervical gerou entre os médicos cirurgiões e ginecologistas e sociedade uma ansiedade de como controlar a doença. Essa ansiedade girava em torno de como deveriam ser pensadas e difundidas as práticas preventivas, assim como a preponderância da cirurgia radical como método terapêutico promovia mutilações desnecessárias no corpo feminino. Nesse sentido, o câncer ginecológico figurou como principal ponto de investidas da saúde pública britânica no final do século XIX e início do XX. Em segundo lugar, no início do século XX, os números da mortalidade infantil assustavam um país que necessitava de força militar.⁵⁸ Cada vez mais essa situação foi relacionada às condições de saúde da população feminina. A partir dessa relação, o cuidado com a

⁵⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Plano Nacional de Controle do Câncer. Resumo. 1974.

⁵⁷ MOSCUCCI, Ornella. Gender and Cancer in Britain, 1860-1910. The Emergence of Cancer as a Public Health Concern. American Journal Of Public Health. vol. 95. num. 8. Agosto, 2005.

⁵⁸ Ibidem, p. 1317.

saúde materna se volta novamente à importância de gerar e educar os filhos, garantindo sua saúde para servir ao país. O câncer ginecológico aparecia como uma ameaça ao Estado britânico na medida em que afetava, principalmente, mulheres mais velhas e casadas, sendo estas as que possuem responsabilidades dentro do espaço doméstico como esposas e mães. Foi diante desse problema, o aumento dos casos de câncer cervical, que cirurgiões e ginecologistas promoveram campanhas de prevenção e tratamento do câncer ginecológico. Essas campanhas basearam-se principalmente na ideia de que o câncer é curável se diagnóstico cedo e que, se descoberto em sua fase inicial, a cirurgia poderia ser menos extensa e invasiva. Segundo a autora foi dessa maneira que o câncer se estabeleceu como uma preocupação de saúde pública na Grã-Bretanha, principalmente a partir dos números da mortalidade causada pelo câncer cervical e como essa mortalidade poderia impactar na geração e criação de filhos para o exército britânico. No período entre guerras os números do câncer uterino tenderam a diminuição e mesmo somado aos números do câncer de mama ambos mantiveram-se abaixo dos índices do câncer de estômago em ambos os sexos. Contudo, os cânceres femininos se mantiveram como maior preocupação nas políticas de prevenção, mesmo quando nos anos 1950 o câncer de estômago matava muito mais homens do que mulheres e o tabagismo surgia como um problema de saúde.⁵⁹

No Brasil, a elevada incidência dos cânceres ginecológicos sobre a população feminina é colocada como justificativa para a construção de um programa em escala nacional de prevenção do câncer de colo uterino, principalmente. Como dito antes, as localizações mais frequentes: colo do útero, mama, pele e cavidade bucal caracterizam cânceres de fácil prevenção e diagnóstico. Nesse sentido, a política básica do plano estaria pautada na prevenção da ocorrência da doença e na descoberta dos casos recuperáveis a fim de proceder com o tratamento. Assim, de acordo com o PNCC, considerando-se que,

[..] os melhores resultados terapêuticos são conseguidos em casos diagnosticados precocemente e como a prevenção de certas formas de câncer é uma realidade, a primeira etapa será desenvolvida nesse sentido.⁶⁰

⁵⁹ Ibidem, p. 1320.

⁶⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Controle do Câncer. 1974.

O programa prioritário de ação concentrou-se na prevenção e diagnóstico precoce do câncer. Dentro das primeiras ações, o PNCC priorizou o câncer de colo uterino devido sua alta incidência e grande possibilidade de prevenção, além da sua “alta gravidade e afetar o elemento nobre da sociedade, a mulher na sua idade mais produtiva de mãe e de cidadã”.⁶¹ Para isto, houve investimento financeiro na instalação de laboratórios estaduais de prevenção e para o desenvolvimento de campanhas de rastreamento do câncer do colo do útero em todo o país. A sétima parte do documento do PNCC se destina a detalhar as previsões orçamentárias dispostas para a implantação do plano no segundo semestre de 1973 e seu seguimento em 1974. No detalhamento de valores, os maiores gastos foram na implantação dos centros estaduais responsáveis pelos atendimentos de prevenção e radioterapia. Treze capitais possuíam os centros estaduais, entre elas, Fortaleza.⁶² Os estados com estrutura mínima receberam recursos financeiros para a obtenção de melhor aparelhagem para a realização de exames preventivos. A capital cearense teve a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, O ICC e o IPCC como instituições beneficiadas pelas verbas do PNCC. Com o programa prioritário, o investimento nos laboratórios estaduais dialogava com o objetivo de promover um grande programa de prevenção do colo do útero no país, a fim de realizar exames sistemáticos no maior número de mulheres e diagnosticar o câncer ainda em sua fase inicial, corroborando dessa maneira para solucionar o problema que afligia as mulheres brasileiras e comprometia o desenvolvimento do país.

Apesar do objetivo principal da implantação dos laboratórios estaduais ser a prevenção do câncer de colo uterino – o que é possível subentender também a partir dos equipamentos detalhados no plano – concluímos que a instalação desses espaços também caminhou para a maior atenção ao diagnóstico precoce do câncer de mama. O exame clínico das mamas era feito durante a consulta ginecológica, sendo dessa maneira as três instituições acima citadas os principais centros de atendimento e irradiadores das falas em prol da conscientização em torno do diagnóstico precoce dos cânceres femininos. É com essa compreensão que nos detivermos a analisar de forma mais detalhada o PNCC e a instalação dos serviços estaduais.

⁶¹ Ibidem. Anexo IV. Programas Prioritários.

⁶² Goiânia; Florianópolis; Cuiabá; Aracaju; Maceió; João Pessoa; Natal; Fortaleza; São Luis; Rio Branco; Teresina; Manaus e Vitória.

TABELA 1

Tabela de subvenções referentes ao estado do Ceará para o ano de 1974

Instituição:	Auxílio para equipamentos e instalações:	Auxílio para material permanente	Contas diversas	Outros custeios	Bolsa p/ físico:	Bolsa p/ radioterapeuta:	Total:
Estado do Ceará	400.000	200.000	500.000	2.040.000	20.000	20.000	3.180.000
Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico	200.000	100.000	200.000	300.000	--	--	800.000
Instituto do Câncer	200.000	100.000	300.000	740.000	20.000	20.000	1.380.000
Faculdade de Medicina (Serviço de Oncologia)	--	--	--	1.000.000	--	--	1.000.000
Total de investimentos:							6.360.000

Plano Nacional de Controle do Câncer, 1973/1974.

A possibilidade de práticas de prevenção não estava colocada para o câncer de mama e, mesmo assim, muitas vezes o termo prevenção e diagnóstico precoce foram utilizados como sinônimos nos jornais do período⁶³. No que concerne a este tipo de câncer, a ação direcionada pelo PNCC era bem menos onerosa e pautava-se na ideia de detecção precoce. Isso seria feito, principalmente, através do exame clínico periódico das mamas durante as consultas ginecológicas e do autoexame, por apresentarem menores custos. No caso das regiões que dispusessem de centros estaduais de câncer, o diagnóstico contava com o auxílio da mastografia, xerografia ou da termografia.

Apesar do baixo custo para as ações de prevenção e diagnóstico precoce dos cânceres ginecológicos, uma parcela mínima da população feminina tinha acesso a esses serviços.⁶⁴ Desde o início da década de 1970, o autoexame das mamas teve destaque

⁶³ Isso será melhor exposto no capítulo 3 ao analisarmos os jornais O Povo e Diário do Nordeste e discutirmos as noções de prevenção e diagnóstico precoce para o câncer.

⁶⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle do câncer cérvico-uterino e da mama. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Divisão Nacional de

principal dentro da ação de diagnóstico precoce para o câncer de mama. O manual *Controle do câncer cérvico-uterino e de mama*⁶⁵ foi elaborado com foco na atenção básica, tendo como objetivo subsidiar as ações de prevenção e diagnóstico, diminuindo dessa maneira os índices de morbidade e mortalidade dos dois principais tipos de cânceres femininos. Neste manual, o que concerne ao câncer de mama se concentra na rotina do exame clínico das mamas realizado por profissionais, assim como a prática do autoexame permitindo as mulheres participar do controle da própria saúde. Este procedimento era responsável pela identificação de boa parte dos casos de câncer de mama e cabia a mulher o seu desempenho. O método correto deveria ser ensinado pelos profissionais de saúde às mulheres, permitindo que essas reproduzissem o processo em casa. O manual estabelece o passo a passo para a realização do autoexame e conta com ilustrações para orientar o desempenho das pacientes.

Conforme observado no PNCC, para os dois tipos de câncer acima citados, a política básica a ser adotada consistia na prevenção da ocorrência [quando possível] e na descoberta de casos em estágio inicial e recuperáveis. Mesmo na reformulação do PNCC em 1985, feito já sob o signo da Nova República, os cânceres ginecológicos se sobressaem na pauta de discussão de um plano nacional de combate ao câncer. O documento ressalta a importância da observação da morbimortalidade provocada pelos cânceres ginecológicos⁶⁶. As áreas específicas de atuação propostas pelo novo plano são colo de útero, mama e cavidade oral. As ações direcionadas ao câncer de colo uterino aparecem como prioridade na rede básica para a realização de exames preventivos. Para o câncer de mama e cavidade oral as ações se concentram, em grande parte, na ideia da observação de sinais ou sintomas e na busca pelo diagnóstico precoce. Para o caso específico da mama, o documento também ressalta a importância de propagar a prática do autoexame. Conforme,

Quanto ao câncer de mama, trata-se da incorporação do escrutínio através do exame clínico, que deve ser incorporado às consultas de rotina. A palpação clínica das mamas e a divulgação das técnicas de autoexame devem ser dirigidas a todas as mulheres

Doenças Crônico-Degenerativas & Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1986.

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de doenças crônico-degenerativas. Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer: a proposta da Nova República. Brasília: Divisão de documentação do Ministério da Saúde, 1985.

adultas. Na população feminina, o câncer de mama concentra seu maior percentual nas faixas etárias compreendidas entre 40 a 65 anos. No entanto, recomendam-se a palpação clínica e o autoexame para todas as mulheres adultas, dado o potencial de malignidade desses tumores.⁶⁷

Assim, as ações na rede básica direcionadas ao câncer de mama tiveram como objetivo implementar as ações nas unidades que já desenvolvessem atividades de prevenção para o câncer de colo do útero, dessa forma incluindo o exame clínico das mamas na rotina de prevenção. Cabe salientar que neste período, o câncer de colo uterino ainda constituía o de maior incidência no sexo feminino. Sendo por isto o principal foco das ações de controle. O câncer de mama ainda caminhava no aumento de sua incidência até se tornar o mais comum entre as mulheres. Por isso percebemos que as ações direcionadas ao câncer de mama acompanham aquelas já estabelecidas para o câncer uterino.

O contexto social deste período é marcado pela intensificação da discussão sobre a saúde da mulher. Fruto das reivindicações dos movimentos de mulheres, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – 1984, será de extrema importância para a visibilidade da saúde feminina para além do período gravídico- puerperal. A ideia de integralidade estabelecia o acompanhamento das mulheres desde a adolescência até a terceira idade. O PAISM foi uma importante conquista no que concerne aos direitos da saúde feminina. Ao identificar os principais problemas de saúde que atingem a população feminina, o câncer cérvico-uterino e mamário são postos em pauta. De acordo com o programa,

O câncer do colo uterino e da mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido às baixas coberturas dos serviços, em termos de identificação precoce da patologia, e das dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade por parte das pessoas com diagnóstico positivo. [...] No caso do câncer de mama, a técnica diagnóstica é ainda mais simples, pois se resume na apalpação sistemática das mamas e no ensino de técnicas de auto-exame.⁶⁸

⁶⁷ Ibidem, p. 13.

⁶⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Centro de Documentação do Ministério da Saúde: Brasília, 1985. p. 11.

Os cânceres ginecológicos configuram doenças específicas do público feminino e corroboram para a justificativa de uma atenção integral à saúde da mulher e aos problemas que são característicos do grupo. Como observado no caso do câncer de mama, a ideia do diagnóstico precoce prevalece como chave para a eficácia do tratamento, podendo evitar a mutilação provocada pela mastectomia e possibilitar a obtenção da cura; além de oferecer baixo custo para a paciente e, principalmente, para o governo. Este apelo foi constantemente observado nas matérias dos jornais, assim como nas campanhas dos institutos de câncer e nas publicações médicas. O PAISM teve grande relevância no reconhecimento dos cânceres ginecológicos como parcela significativa das doenças que afligiam o público feminino, ganhando assim maior atenção por parte das políticas públicas de saúde. As ações para o controle do câncer de mama foram elaboradas com base nessa orientação: difusão do autoexame e a busca rápida por um profissional caso fosse identificado qualquer nódulo nas mamas.

2. ESTATÍSTICAS DO CÂNCER: DA “CONTAGEM” DAS DOENÇAS À EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

Como doença “desconhecida”, o câncer demorou a figurar dentro das estatísticas da saúde pública no Brasil. A passagem do século XIX para o XX aproximou cada vez mais a doença da realidade brasileira. O câncer passou a figurar entre as causas de mortalidade, mesmo que ainda de forma tímida. Em meados do século XX, a doença se institucionalizou no quadro sanitário brasileiro. Crescia os números da mortalidade, urgia controlá-la. Como controlar uma doença da qual se desconhece a origem? Diante da impossibilidade de determinar a origem de uma grande variedade de cânceres, buscou se conhecer melhor a sua presença no país. As taxas de mortalidade se mostravam insuficientes para esse objetivo, visto as falhas nas declarações de óbito, bem como o fato de o câncer ser, muitas vezes, confundido com outras doenças. Neste contexto, fez-se necessário a criação de órgãos que garantissem a compilação de dados sobre a doença. É nesse cenário que surge os Registros de Câncer de Base Populacional entre as décadas de 1960 e 1970. A partir dos dados fornecidos pelos Registros, a epidemiologia do câncer se tornou o caminho ideal para o conhecimento da real incidência do câncer no país e a base de sustentação para as ações de prevenção e controle. Este capítulo aborda o processo de institucionalização das estatísticas dentro do campo sanitário, do momento em que o paradigma estatístico se estabelece como argumento de legitimação das ações em saúde pública no século XIX à epidemiologia do câncer na segunda metade do século XX.

2.1 As doenças e os números

Durante el siglo XIX se pudo ver que, si bien el mundo era regular, no estaba com todo sujeto a las leyes universales de la naturaleza. Así se dio cabida al azar.

La erosión del determinismo no tuvo inmediatamente consecuencias para todo el mundo. Poco eran los que tenían conciencia de este hecho. Algo diferente estaba invadiendo la esfera del saber y todos se dieron cuenta del fenómeno: el recuento e inventario de los seres humanos y de sus hábitos. La sociedad llegó a ser objeto de las estadísticas.⁶⁹

Ao dizer que a sociedade se tornou objeto das estatísticas, Ian Hacking faz referência ao que denominou como a principal mudança conceitual do ocidente, ocorrida no século XX, a erosão do determinismo. A concepção determinista significava pensar o mundo através de leis inexoráveis. O acaso, neste sentido, não fazia parte deste modo de compreender a humanidade e a natureza. A mudança conceitual, de acordo com Hacking, significou a decadência da forma de ver o mundo pautado em leis universais da natureza, na causalidade e na racionalidade e o aparecimento do acaso, ou da probabilidade, dito de forma melhor. É neste período que a palavra *probabilidade* ganha o sentido de “chance de acontecer”.⁷⁰ A possibilidade de um determinado fato acontecer passou a ser exposta através dos números, maneira pela qual a emergência da probabilidade como forma de descrever a sociedade e a natureza trouxe consigo o uso das estatísticas de forma mais sistemática.

É válido lembrar que o uso da “contagem” foi desde sempre um recurso utilizado pelos governos para organização da cobrança de impostos e do recrutamento militar. Os Estados Nacionais contaram e classificaram seus súditos. Dados que antes

⁶⁹ HACKING, Ian. La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos. Gedisa Editorial: Barcelona, 1991. p.17.

“Durante o século XIX, viu-se que, apesar de que o mundo fosse regular, não estava com tudo sujeito às leis da natureza. Assim se deu espaço ao acaso. A erosão do determinismo não teve imediatamente consequências para todo o mundo. Poucos são os que tinham consciência deste fato. Algo diferente estava invadindo a esfera do saber e todos se deram conta do fenômeno: a recontagem e inventário de seus hábitos. A sociedade chegou a ser objeto de estatísticas”. [Tradução livre]

⁷⁰ CALIMAN, Luciana Vieira; ALMEIDA, Rogério Gomes de. Entrevista com Ian Hacking por Paul Kennedy e David Cayley. Psicologia & Sociedade. vol. 21. num 3. Florianópolis: set/dez, 2009. p. 467.

foram secretos tornaram-se públicos após a era de Napoleão Bonaparte.⁷¹ Mas, como exposto por Hacking, é a partir do século XIX que este processo se torna mais evidente na Europa Ocidental. A “avalanche” de números impressos também significou o surgimento de novas categorias de classificação, a partir das quais era possível analisar e interpretar os dados. Dentro de tais categorias, as pessoas foram classificadas como “normais” ou como desviantes dessa norma. O impacto social das “contagens” e classificações foi, conforme o autor, “[...] La recolección sistemática de datos sobre las personas afectó no sólo las maneras en que concebimos una sociedad, sino también las maneras en que describimos a nuestros semejantes.”⁷² Nesse sentido, essa transformação alterou a forma pela qual o indivíduo via a si próprio e aos outros dentro da sociedade e de suas regras. As estatísticas foram, inicialmente, notadamente utilizadas para medir os desvios: dados sobre prostituição, loucura, crimes, enfermidades, etc. Os números serviram para contar e classificar aqueles que se desviavam da norma.

De que forma a erosão do determinismo, a origem da probabilidade e a ascensão das estatísticas se relacionam com as doenças e, no caso específico deste trabalho, com o câncer? Até o começo do século XIX acreditava-se ser impossível prever o aparecimento de uma doença ou uma lei que regulasse as enfermidades. Por se tratarem de processos orgânicos, as doenças não estavam à mercê das probabilidades. Contudo, esta crença foi modificada no decorrer do próprio século XIX. Assim, por volta das décadas de 1840 e 1850, os jornais europeus tornaram-se veículos de divulgação de dados e tabelas sobre enfermidades, classificadas por sexo, idade e localização.⁷³ De acordo com Hacking, inicialmente, quando a probabilidade foi aplicada às enfermidades, no contexto inglês, elas tiveram como objetivo subsidiar as agências de seguro. Esse foi apenas o seu uso inicial. A partir de então, as estatísticas passaram a ser utilizadas para elaboração das taxas de mortalidade e probabilidade de adoecimento por toda a Europa.

⁷¹ Ibidem. La domesticación del azar. *op. cit.*, p. 19.

⁷² Ibidem.

“A recolha sistemática de dados sobre os indivíduos afetou não só a maneira como concebemos uma sociedade, mas também as maneiras pelas quais descrevemos nossos semelhantes.” [Tradução livre]

⁷³ Ibidem. La domesticación del azar. *op. cit.*, p. 81.

Em meados do século XIX, o uso do “aparato estatístico”⁷⁴ por Domingos Freire no Brasil foi fundamental para que sua vacina contra a febre amarela ganhasse credibilidade perante seus pares e a sociedade. Freire utilizou da publicação de listas em jornais e muitos relatórios encaminhados ao governo para provar a eficácia da sua vacina. Seu principal argumento estava no confronto entre os números de pessoas mortas por febre amarela e o número de vidas salvas através da vacina.⁷⁵ Dentro destes grupos, classificava os inoculados e os não-inoculados como estrangeiros, indivíduos aclimatados ou não-aclimatados, etc. Apesar da minuciosidade com a qual elaborou suas listas, os adversários de Freire encontraram brechas que poderiam comprometer a comprovação da eficácia da vacina. Considerando o contexto histórico de Freire, suas listas e tabelas estavam bem além do que a medicina brasileira conhecia sobre a apresentação de dados estatísticos, bem como estavam ainda distantes das discussões e inovações que ocorriam na Europa sobre este assunto.

De toda forma, as críticas direcionadas a Domingos Freire demonstram como o estabelecimento desse aparato estatístico não se deu sem embates no cenário científico. Persuadir a comunidade científica de que através dos números se tornava possível comprovar os resultados obtidos por meio de experimentos causou grandes debates entre estatísticos, bacteriologistas e clínicos na virada do século XIX para XX na Europa.⁷⁶

Se no caso de Freire os dados estatísticos foram fundamentais para legitimar a adoção da sua vacina contra a febre amarela, anos depois, na transição do Império para a República, será a atuação dos demógrafos sanitaristas um fator preponderante para a renição dos médicos higienistas e da saúde pública ao aparato estatístico.

Homens de ciência que integravam a elite médica dos principais centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro, os demógrafos sanitaristas ocuparam importantes cargos em instituições sanitárias, onde atuaram para incorporar os conhecimentos sobre microbiologia e medicina experimental, e desenvolveram importante papel na institucionalização de um estilo de raciocínio, o *raciocínio estatístico*.⁷⁷ A noção de um

⁷⁴ BENCHIMOL, Jaime. Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999. p. 98.

⁷⁵ Ibidem, p. 103.

⁷⁶ Ibidem, p.100.

⁷⁷ CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio. Demografia Sanitária e a emergência de um estilo de raciocínio estatístico na Primeira República. Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.

estilo de pensamento baseado em estatísticas teria como objetivo subsidiar as ações em saúde pública, a partir da elaboração de dados sobre a situação sanitária do país, principalmente dos seus principais centros urbanos que sofriam com a insalubridade e surtos epidêmicos.

Para analisar a incorporação do *raciocínio estatístico* como arsenal no discurso médico higienista, Carvalho dará atenção à atuação de dois médicos que uniram esforços na elaboração de dados estatísticos durante a primeira república, são eles Azevedo Sodré e Bulhões de Carvalho. Os dois atores analisados ocuparam importantes posições dentro da elite médica. O primeiro, professor e diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, membro e presidente da Academia Nacional de Medicina e diretor da revista *Brazil-Médico*. O segundo, conhecido como o “general do censo,”⁷⁸ foi diretor da Diretoria Geral de Estatística por um longo período, onde desenvolveu muitos trabalhos focados na produção e a análise de estatísticas, como a criação de um Conselho de Estatística e responsável pelo censo de 1920⁷⁹, foi também redator-gerente da *Brazil-Médico*, além de outros cargos ocupados nos serviços de higiene da capital. O laço que une os dois personagens, o periódico *Brazil-Médico*, foi o objeto de análise do autor para identificar como as estatísticas foram aplicadas na solução dos problemas urbanísticos, sanitários e epidemiológicos da capital federal, principalmente. Fazia-se urgente responder as questões de higiene pública que colocavam a cidade do Rio de Janeiro em calamidade e muitos médicos, entre eles Sodré e Bulhões de Carvalho, utilizaram os números e seus resultados como argumentos capazes de solucionar controvérsias e indicar os caminhos a serem seguidos para resolver tais problemas.

As páginas do periódico foram utilizadas como espaço para divulgação de novos paradigmas no campo da medicina, sendo bem aproveitadas pelos seus diretor e redator-gerentes para publicação de seus trabalhos. De acordo com Carvalho,

Surgido em janeiro de 1887, o periódico *Brazil-Médico* já nasceu influente e inovador, reunindo expressivas lideranças médico-científicas em torno de um projeto de renovação da medicina brasileira.⁸⁰

⁷⁸ SENRA, Nelson. História das estatísticas brasileiras. vol. 2. Estatísticas Legalizadas (1899-1936). Rio de Janeiro: IBGE, 2006. p. 634.

⁷⁹ Ibidem, Demografia Sanitária e a emergência de um estilo de raciocínio estatístico na Primeira República. *op. cit.*, p. 2.

⁸⁰ Ibidem, p.3.

Como espaço de renovação, muitos médicos atuantes no periódico estavam ligados à revolução pasteuriana e buscavam a sua institucionalização na medicina brasileira. Por este fato, as publicações da *Brazil-Médico* tiveram como principal adversário os membros da Academia Imperial de Medicina, onde se produzia muitos trabalhos baseados na teoria ambientalista. No período analisado por Carvalho, entre 1890 e 1900, o autor nota o aumento no número de publicações que possuem listas, boletins, anuários, estatísticas de mortalidade e toda sorte de dados estatísticos ligados aos problemas de insalubridade da capital federal e São Paulo.

Percebemos como a incorporação das estatísticas ao discurso médico esteve ligada, principalmente, ao momento de mudança do foco da medicina baseada no paradigma ambiental para a medicina experimental e a microbiologia. Nesse sentido, é notório que o maior espaço das produções estatísticas casa com a ascensão de um novo grupo de médicos aos postos de direção da saúde pública e uma nova forma de praticar a medicina.

No embate entre as duas vertentes, no caso brasileiro, a vitória da última esteve condicionada a sua capacidade de responder as questões urgentes como os surtos epidêmicos nos centros urbanos. Nos debates a cerca das ações que deveriam ser tomadas para controlar as epidemias, “as estatísticas demógrafos-sanitárias serviram plenamente ao embate entre paradigmas rivais e às duas visões polarizadas da Saúde Pública.”⁸¹ Com base na análise da atuação dos demógrafos sanitários, percebemos que as estatísticas ganharam importância pela capacidade argumentativa na solução das controvérsias e na promoção de consensos nas ações dentro da saúde pública.

Se inicialmente as estatísticas serviram como forma de objetivar as controvérsias médicas e solucioná-las, após a sua institucionalização no campo do conhecimento científico, tornaram-se auto validadas,⁸² no sentido em que criam as condições de avaliações as quais são submetidas, ou seja, legitimam-se a si mesmas.

⁸¹ Ibidem, p.19.

⁸² Carvalho explica a auto validação a partir da compressão do conceito de raciocínio científico de Hacking. “Para o filósofo da ciência, os estilos de raciocínio científico se auto validam, isto é, determinam os critérios de avaliação pelos quais são julgados. Novas classes de enunciados e objetos, novas condições de verdade e classificações tornam-se possíveis com a fixação do estilo de raciocínio científico. Para Hacking, a especificidade do estilo estatístico reside na relação intrínseca entre três funções: descrição, pelos procedimentos de enumeração e classificação; inferência, pelos procedimentos de redução dos dados para generalizar, prescrever e decidir; modelização, pela representação matemática de estruturas vagamente percebidas na realidade.” Ibidem, p. 1.

Tornou-se raro falar de doenças sem ter em mão números, listas e tabelas que legitimassem o discurso. Institucionalizadas, as estatísticas ganharam cada vez mais espaço nas instituições de saúde pública. A partir da reforma do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, a nova organização contou com 13 serviços nacionais, dentre eles o Serviço Federal de Bioestatística.⁸³ O serviço seria responsável pelo aperfeiçoamento de dados estatísticos vitais em todo o território nacional, realizando investigações e análises bioestatísticas de acordo com a demanda nacional e regional⁸⁴, colaborando dessa forma com a atuação dos órgãos e campanhas de saúde pública.

As décadas de 1950 e 1960 trouxeram maior valorização do uso das estatísticas na esfera da saúde pública. Baseada na concepção de medicina preventiva, agora sob o status de epidemiologia, a análise dos dados sobre as doenças se tornou importante arma no controle das doenças, estando diretamente ligada à noção de prevenção.⁸⁵

A avaliação das circunstâncias que podem colaborar para o aparecimento e difusão de determinada doença tornou-se um conhecimento indispensável para a avaliação de uma enfermidade como problema sanitário.

A epidemiologia pode ser compreendida como um ramo da saúde pública que objetiva estudar a dinâmica das doenças sobre a população. Para tal, o estudo epidemiológico considera a incidência e a prevalência de uma determinada doença sobre a população, sua distribuição e fatores de risco⁸⁶. Esses fatores podem ser observados na população em geral, bem como podem ser medidos por sexo e faixa etária. A finalidade dessas observações é a elaboração de políticas de saúde que possam erradicar ou controlar doenças. A epidemiologia tornou-se, dessa forma, essencial para se pensar medidas eficazes na esfera da saúde pública.

O desenvolvimento dos estudos na área e a criação de instituições voltadas para o campo da epidemiologia contribuiu para a sua legitimação como disciplina científica no século XX, que teve seu ponto auge com a criação da Associação Internacional de

⁸³ FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 210.

⁸⁴ BRASIL. Decreto nº 10.323, de 26 de agosto de 1942. Aprova o regimento do Serviço Federal de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.

⁸⁵ TEIXEIRA. O câncer no Brasil: passado e presente. op.cit., p. 96

⁸⁶ LÓPEZ-MORENO, Sergio; GARRIDO-LATORRE, Francisco; HERNÁNDEZ-AVILA, Mauricio. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Pública de México, vol. 42. Março-Abril de 2000; FILHO, Naomar de Almeida. Bases históricas da Epidemiologia. Cadernos de Saúde Pública. vol. 2. num 3. Rio de Janeiro, Julho/Setembro de 1986; PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. vol. 8. num 2. Rio de Janeiro, Abril/Junho de 1992.

Epidemiologia, em 1954⁸⁷. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, o foco das pesquisas epidemiológicas desviou-se um pouco das doenças infecciosas e passaram a contemplar doenças de cunho crônico-degenerativo, como no caso das doenças cardiovasculares e o câncer. Neste mesmo período da década de 1950, indo ao encontro dos avanços nos estudos epidemiológicos, quando a relação entre câncer de pulmão e cigarro foi identificada, apesar de ainda se desconhecer o processo etiológico completo da doença, os dados epidemiológicos permitiram que fossem elaboradas campanhas de controle da doença baseadas no combate ao tabagismo.⁸⁸ Veremos adiante como médicos e gestores dos serviços de câncer recorreram às análises epidemiológicas para legitimar seus discursos sobre o aumento da incidência do câncer de mama em Fortaleza e, dessa forma, chamar atenção da sociedade, das mulheres principalmente, assim como também para requerer maior atenção e verbas do governo.

2.2 Contando o câncer

Desde os primeiros trabalhos e pesquisas elaborados pelos médicos brasileiros sobre o câncer, tornou-se evidente a necessidade de contabilizar os casos de pessoas com essa doença, conhecer sua incidência sobre a população e a mortalidade causada por ela. A justificativa, para tal empreendimento, é que somente a par dos números produzidos pela doença seria possível dimensionar a extensão do problema no território nacional e elaborar ações de prevenção e controle.

As revistas e congressos médicos desempenharam um importante papel como veículo de publicação e discussão das estatísticas do câncer de modo a apontar para o crescimento da doença no país. De acordo com Teixeira, no início do século XX, dentro dos estudos sobre câncer no Brasil os médicos passaram a “avaliar a importância do câncer como problema de saúde pública, analisando sua incidência pelos diferentes grupos humanos e regiões geográficas do país”.⁸⁹ No ano de 1904, Azevedo Sodré

⁸⁷ FILHO, Naomar de Almeida. Bases históricas da Epidemiologia. op. cit.

⁸⁸ LÓPEZ-MORENO, Sergio; GARRIDO-LATORRE, Francisco; HERNÁNDEZ-AVILA, Mauricio. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. op. cit.

⁸⁹ TEIXEIRA. O câncer no Brasil: passado e presente. op. cit., p. 39.

publicou na revista *Brazil-Medico*, o artigo *Frequencia do cancer no Brazil*, no qual apontava a importância de elaborar estatísticas sobre a doença no país, a fim de mensurar de fato a sua incidência na população. Ressaltando a ausência de serviços de estatísticas em grande parte do território nacional, o autor elaborou sua análise a partir de dados, principalmente sobre a mortalidade, de algumas cidades e estados do país, tais como Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Recife. Ressaltando as possíveis falhas dos dados devido à precariedade dos serviços, Sodré concluiu sobre a incidência do câncer no Brasil. A respeito da distribuição da doença, afirma o autor,

Do exame d'este quadro se depreheende que o cancer é extremamente raro nas cidades do extremo norte do Brazil (Manãos e Belém); que é raro nas cidades do norte, já um tanto afastadas do equador (Bahia, Maceió, Fortaleza, Recife, Natal); que é igualmente raro nas pequenas cidades do centro (Bello Horizonte, Campinas, Ribeirão Preto, etc); que é menos raro nas grandes cidades do Rio de Janeiro e S. Paulo e tambem na pequena cidade de Taubaté e relativamente muito frequente no extremo sul do Brazil (cidade de Porto Alegre).⁹⁰ [grafia original]

Neste parágrafo, o autor destacou principalmente a distribuição geográfica do câncer no Brasil. As diferenças observadas entre as regiões sul, norte e nordeste corroboram com as teorias sobre a doença provenientes de estudos do período. Havia certo consenso na medicina europeia e norte-americana que o clima e as condições sociais eram fatores importantes na incidência do câncer.⁹¹ Sendo, de acordo com esta teoria, os países de clima quente menos propícios a desenvolver a doença. Desta maneira, para o autor, explica-se o fato da maior incidência de câncer no país ser encontrada na região sul. Longe de determo-nos nesta discussão, basta-nos perceber como o autor utiliza os dados estatísticos para medir a incidência do câncer em regiões diversas do país, bem como apontar o tipo de câncer mais comum.

A busca pela compilação de dados estatísticos sobre o câncer está intimamente ligada à necessidade de estabelecer comparações entre o Brasil e o cenário internacional. Os números são expostos em comparação às estatísticas de outros países, a fim de estabelecer com qual realidade o Brasil teria mais afinidade. Dentro deste

⁹⁰ SODRÉ, Azevedo. *Frequencia do Cancer no Brazil*. *Brazil-Medico*. Ano XVIII. num 23. 16 de Junho de 1904.

⁹¹ ARAÚJO NETO, Luiz; TEIXEIRA, Luiz Antonio. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, v.12, n.1, jan-abril 2017. p. 173-188.

quadro estatístico e comparativo, foi possível também determinar a localização anatômica mais afetada pelo câncer na população mundial, assim como no país. Conforme a análise de Sodré, no Brasil, o câncer tinha predileção pelo útero, sendo a região uterina a mais atacada pela doença, enquanto que em países como os Estados Unidos, a localização mais frequente foi o estômago (SODRÉ, 1904). Ao elaborar tabelas comparativas com dados de cidades europeias e americanas e estabelecer afirmativas acerca da incidência, mortalidade e prevalência da doença, Azevedo Sodré demarcou a importância de se estabelecer de forma mais organizada o registro sobre a frequência do câncer no país. Somente de posse desses números seria possível mensurar a doença e o seu alcance, bem como orientar as ações de saúde pública.

Este artigo pode ser considerado um dos primeiros a tomar o câncer como objeto de discussão, demonstrando o crescimento da importância da doença no meio médico brasileiro, além de destacar as estatísticas da doença como fator imprescindível para o conhecimento da sua real incidência na população brasileira.

Seguindo a lógica da elaboração de estatísticas para o conhecimento da extensão da doença no país, vale destacar os trabalhos apresentados em congressos médicos que tinham como temática a incidência do câncer. Araújo Neto e Teixeira destacam a realização do Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer em 1935. Congregando os principais médicos brasileiros envolvidos com o estudo do câncer, para os autores este evento demarca o debate em torno da organização de ações em âmbito nacional para o controle da doença. Diante de tal objetivo foram apresentadas conferências com o intuito de explorar os aspectos epidemiológicos. Os trabalhos de Jansen de Mello, Antonio Prudente e Luiz Briggs possuem em comum o apelo à importância das estatísticas para o conhecimento da doença no país e os grupos populacionais atingidos.⁹² Com o objetivo de elaborar dados sobre a incidência do câncer nas diversas regiões do país e perceber as variações de acordo com idade, sexo e nacionalidade, os trabalhos apontam para a inconsistência das informações existentes que, em muitos casos, pautava-se somente na mortalidade. Para os autores, tais conferências denotam uma importante característica das concepções médicas sobre o câncer naquele período. Nesta visão, o controle estava diretamente condicionado ao maior conhecimento sobre a doença, de tal modo que se fazia urgente quantificá-la.⁹³ Nesse sentido, a ausência de

⁹² Ibidem, p. 177.

⁹³ Ibidem, p. 178.

estatísticas confiáveis prejudicava o trabalho de médicos e gestores da saúde na criação de ações de controle.

Publicada pela primeira vez em 1947, a Revista Brasileira de Cancerologia se constituiu como importante espaço específico para o debate sobre câncer.⁹⁴ O empenho na construção do cenário epidemiológico do câncer no Brasil é retomado na RBC de 1965. O artigo intitulado *Epidemiologia do câncer no Brasil*, de Achilles Scorzelli Jr, reflete a preocupação em estabelecer o papel da epidemiologia para o controle de qualquer doença. A epidemiologia,

[...] vem a ser um método de raciocínio, que objetiva ao estudo da ocorrência de doenças, mesmo acontecimentos, nas coletividades, medindo-lhes a magnitude e a evolução, procurando determinar os fatores biológicos, ecológicos e sociais, que determinam ou influenciam sobre o seu aparecimento e disseminação, estabelecendo, assim, **condições essenciais para que se planeje e realize seu combate e prevenção.**⁹⁵[Grifos nossos]

A afirmativa de que o conhecimento epidemiológico é indispensável no planejamento de políticas de saúde está presente no argumento de médicos que defendem a criação de registros e ferramentas estatísticas. Essa fala é reiterada ao longo de todo o artigo, com a apresentação de dados provenientes do Inca, registros de bioestatística e estatísticas de morbidade e mortalidade. Os números constroem o quadro de incidência da doença no país, permitindo conhecer quais estados sofrem mais com o câncer, e quais são os tipos mais comuns da doença de acordo com o sexo.

A epidemiologia do câncer estaria na origem da chamada *Patologia geográfica*, título do artigo assinado por Jorge de Marsillac no mesmo número da RBC. O autor relatou como esta se tornaria uma disciplina de extrema importância para a cancerologia brasileira.

Há mais de dez anos que, na Chefia da Seção de Organização e Controle do Serviço Nacional de Câncer, vivia conformado com o desconhecimento, por grande parte dos médicos brasileiros, da verdadeira posição ocupada pelo câncer, no Brasil. Muitos eram os meus encargos, porém, não exitei de acrescentar aos que já existiam,

⁹⁴ TEIXEIRA. O câncer no Brasil: passado e presente. op. cit., p. 75.

⁹⁵ SCORZELLI JR, Achilles. Epidemiologia do câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia. vol 21. num 29. Rio de Janeiro, junho de 1965.

mais um, bastante afanoso, de pesquisar o que já existia entre nós, a respeito do câncer.⁹⁶

Para Marsillac, a ausência de estatísticas próprias do Brasil forçava que os médicos continuassem a se basear em números de realidades diferentes da nossa, como a americana e europeia. Tratava-se de criar, no Brasil, as bases de sustentação para o trabalho dos próprios médicos cancerologistas e sanitaristas, para que estes pudessem dispor de informações organizadas e reais sobre a doença. Para o autor, tais informações teriam influência direta no desenvolvimento da Campanha Nacional Contra o Câncer, visto que a última deveria passar por modificações de acordo com os dados observados em cada região do país.⁹⁷ Neste entendimento, a CNCC não poderia deliberar ações para prevenção e controle do câncer sem considerar os aspectos específicos de incidência do câncer em cada região.

Vemos através dos artigos apresentados que os autores congregam do mesmo empenho em ressaltar a importância da existência de uma “estatística” do câncer com dados que permitam conhecer a presença dessa doença no país. Os números do câncer seriam essenciais para o controle da doença, bem como permitiam, através de tais estatísticas, que os médicos construíssem o discurso sobre a doença, sobre seu progresso na sociedade, além de legitimar a demanda por recursos financeiros para essa área.

Dito isto, percebemos que médicos e gestores de saúde reforçam a necessidade de criar órgãos e ferramentas que possibilitem a coleta, organização e interpretação desses dados. Tornou-se perceptível que somente os dados de mortalidade não davam uma real proporção da incidência do câncer no país, levando em consideração a diferença de letalidade e a possibilidade de cura entre os diversos tipos de câncer. A emergência dos registros de câncer dar-se-á a partir deste contexto, na busca por espaços específicos para a produção e análise dos dados, de modo a produzir o conhecimento epidemiológico sobre a doença.

⁹⁶ MARSILLAC, Jorge de. Patologia geográfica. Revista Brasileira de Cancerologia. vol 21. num 29. Rio de Janeiro, junho de 1965.

⁹⁷ Ibidem.

2.3 Os registros de câncer: mapear a doença

Como visto na seção anterior, até as décadas de 1960 e 1970 a principal forma de conhecer a incidência do câncer era através dos registros de mortalidade. Em muitos casos, os dados obtidos nesses registros se tornavam inconsistentes devido a falhas no preenchimento sobre a causa da morte. Tal situação foi retratada pelos autores acima citados, como grande obstáculo para o conhecimento da real presença do câncer na população. Fazia-se urgente criar mecanismos que possibilitassem “mapear” o câncer no Brasil, esses mecanismos seriam as instituições de registros da doença.

O debate sobre a instalação de registros no Brasil coincide com o processo iniciado na Europa e nos Estados Unidos. A importância dada à construção de uma base de dados estatísticos sobre a doença é um fato observado no contexto internacional.

Ao analisar o processo histórico de criação dos registros de câncer na Espanha, Enrique Wulff remeteu ao movimento originado na Alemanha e na Inglaterra. A virada do século XX e o aumento de mortes por câncer colocaram em destaque a necessidade de investigar a expansão da doença e suas causas. Médicos desses países iniciaram o debate acerca da importância de obter dados além daqueles fornecidos pelas taxas de mortalidade. Em 1900, a primeira tentativa de realizar uma pesquisa coletiva sobre o câncer na Alemanha foi liderada pelo médico Ernst Von Leyden. O questionário continha perguntas sobre a personalidade do paciente, a doença e o seu entorno. Contudo, o próprio criador da pesquisa percebeu o fracasso do projeto. A adesão dos médicos em responder e devolver os questionários foi mínima, tornando os resultados insatisfatórios. Apesar do fracasso, este modelo de pesquisa serviu de inspiração para outros países, como no caso da Espanha.

Em 1901, o diretor geral de saúde na Espanha, Ángel Pulido, nomeou uma comissão responsável por elaborar uma pesquisa coletiva sobre o câncer. Assim,

Los objetivos únicos de estas investigaciones fueron la obtención de datos, sobre la morbilidad, mortalidad y prevalencia de las diferentes formas de la enfermedad, **epidemiológicamente útiles para el control del cáncer.**⁹⁸[grifos nossos]

⁹⁸ Barreiro, Enrique Wulff. Registros de cáncer en España: una perspectiva histórica. Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas. vol 36. num 78. Segundo semestre de 2013.

Contudo, apesar do empenho no desenvolvimento de tais pesquisas, estes esforços fracassaram devido ao alto número de casos não informados ou a duplicidade de informações sobre o mesmo indivíduo, por exemplo. Nas décadas posteriores, novas compilações de dados sobre morbidade e mortalidade por câncer foram elaboradas sem, no entanto, atingir os objetivos almejados, sempre esbarrando em problemas técnicos como heterogeneidade dos dados, informações incompletas, etc. Somente nos anos 1960 os esforços para o estabelecimento de registros na Espanha conseguiram êxito. O primeiro registro foi instalado em 1960, na Faculdade de Medicina de Zaragoza, com caráter de notificação voluntária. Um pouco mais adiante, em 1974, seria criado o Departamento de Estatística e Epidemiologia dentro da Fundação Científica da Associação Espanhola contra o câncer.⁹⁹ Na década seguinte, tal departamento já tinha constituído um grande número de publicações com as estatísticas do câncer no país, construindo dessa forma um mapa oncológico baseado nos dados dos registros. O autor ressalta que o sucesso dos primeiros registros na Espanha esteve relacionado à inclusão dos dados produzidos pelos mesmos nas publicações da Agência Internacional para Investigação do Câncer (IARC). De certa forma, a inserção na produção de informações de uma agência internacional proporcionou o reconhecimento e a legitimidade necessária para que novos registros fossem instalados no país e para que seus dados fossem utilizados como suporte na construção das ações de controle da doença, sendo este o seu objetivo primordial.

Segundo Antonio Pedro Mirra, em *Registros de câncer e sua história*, a preocupação em conhecer a extensão do câncer na população brasileira não é um fenômeno recente. Entretanto, percebemos que muitos dos órgãos específicos para este fim foram criados na segunda metade do século XX. Somente a partir dos anos 1960 os registros de câncer apareceram de forma sistematizada no Brasil, e o surgimento dessas instituições esteve baseado no modelo europeu e norte-americano.¹⁰⁰

Mirra informa que, a partir do intercâmbio realizado no Institut Gustave Roussy da França, no ano de 1956, conheceu as pesquisas que estavam sendo realizadas na Section du Cancer do Institut National d'Hygiene. Tratava-se da implantação de um modelo de pesquisa permanente sobre câncer. Ao retornar para o Brasil, o médico

⁹⁹ Ibidem. p. 439.

¹⁰⁰ Mirra, Antonio Pedro. Registros de câncer no Brasil e sua História. São Paulo: TOMGRAF, 2005.

tentou, sem sucesso, instalar o primeiro registro de câncer em São Paulo. Situação parecida aconteceu com o médico Adonis Carvalho, que ao retornar do estágio realizado nos Estados Unidos, tentou instalar um registro de câncer na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.¹⁰¹ Ambos os projetos fracassaram, apesar do empenho e da importância propagada pelos médicos, a ausência de recursos financeiros não permitiu que a instalação dos registros fosse concretizada naquele momento.

Seis anos após a primeira tentativa, em 1962, o primeiro registro de câncer de base populacional passa a funcionar em São Paulo. De acordo com o autor, esse registro teve funcionamento limitado. Tornou-se um projeto piloto e modelo para os futuros registros instalados no país. A própria Campanha Nacional de Combate ao Câncer buscou incentivar a criação de registros por várias regiões do país. No final da década de 1970, o Brasil contava com quatro registros de câncer em funcionamento, instalados em Recife, Fortaleza, São Paulo e Porto Alegre.¹⁰²

Em 1991, o INCA apresenta os primeiros resultados obtidos a partir dos registros de base populacional. A publicação *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional* é a primeira compilação das estatísticas obtidas a partir dos seis registros já existentes no país. Retomando a iniciativa de criação dos registros e sua importância para o conhecimento acerca da doença,

Sistema de Informação em Câncer é fundamental para o fornecimento de subsídios para a melhor compreensão do problema no país. É a partir de bases sólidas, que garantam o reconhecimento da ocorrência do câncer nas diversas regiões do país, que será possível traçar estratégias que visem à prevenção do câncer e à sua assistência.¹⁰³

Os registros nascem, dessa forma, com o objetivo já apontado anteriormente, de produzir informações sobre o câncer que forneçam base para o seu controle. Nesta publicação, são apresentados os dados obtidos nos registros de Belém, Fortaleza, Recife, São Paulo, Goiânia e Porto Alegre. A distribuição geográfica dos registros permitiu que fosse realizado um acompanhamento regional da incidência da doença,

¹⁰¹ Ibidem. p. 5.

¹⁰² Registro de Câncer de Recife, 1967; Registro de Câncer de São Paulo, 1969; Registro de Câncer de Fortaleza, 1971; Registro de Câncer de Porto Alegre, 1978.

¹⁰³ Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1991. p. 9.

conhecendo os tumores mais frequentes e as áreas mais afetadas, a morbidade e a mortalidade provocadas pela doença. A afirmativa sobre o papel fundamental dos registros para a saúde pública está presente em toda a publicação, no apontamento dos dados e na qualidade das informações fornecidas pelas instituições e como o trabalho desenvolvido pode colaborar para a atuação do INCA. Conforme o trecho,

É propósito fundamental do Instituto Nacional do Câncer, através da Coordenadoria de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco), desde sua criação em 1987, estabelecer mecanismos que possibilitem dotar o país de instrumentos confiáveis em relação à morbidade por câncer, e inegavelmente os Registros de Base Populacional se constituem no mais importante destes instrumentos.¹⁰⁴

A importância dos dados epidemiológicos é retomada em todas as produções técnicas dos registros. Esse argumento serve como legitimador da existência dessas instituições, desenhando a extensão da doença em todo o país e subsidiando o planejamento de ações em saúde pública. Segundo esta perspectiva, o conhecimento sobre a incidência do câncer de acordo com as diferenças regionais estabeleceria formas variadas de apoio para assistência, prevenção e controle da doença. Fato que está intimamente ligado à demanda e repasse de recursos financeiros para os serviços de câncer regionais.

A análise feita sobre a distribuição do câncer nesta publicação refere-se aos dados do ano de 1983 em Fortaleza, 1987 em Porto Alegre, 1987 e 1988 para Belém e Goiânia, respectivamente, 1980 para Recife e 1978 para São Paulo. Com base nessas informações, as localizações mais frequentes, nos anos acima citados foram:

TABELA 2
Incidência do câncer por sexo

Masculino	
Belém, Fortaleza e São Paulo	Estômago
Recife	Próstata

¹⁰⁴ Ibidem. p. 8.

Porto Alegre e Goiânia	Pulmão
Feminino	
Belém, Fortaleza ¹⁰⁵ , Recife, Goiânia	Colo do útero
São Paulo e Porto Alegre	Mama

Fonte: Câncer no Brasil - Dados dos Registros de Base Populacional, 1991.

Em alguns casos, esses dados são inéditos.¹⁰⁶ Nunca antes analisados no que concerne à localização, faixa etária e sexo. Ao apresentar cada região analisada na publicação, percebemos a preocupação em caracterizar economicamente e socialmente essas localidades. Tal caracterização tende a justificar a incidência da doença no país, assim como a prevalência de determinados tipos de câncer de acordo com o grau de desenvolvimento de uma região.

A relação *localização anatômica* do câncer x *localização geográfica* conduziu os médicos ao debate sobre a ligação entre o meio e a ocorrência do câncer, ou seja, as condições ambientais, sociais e econômicas que colaboram para o aparecimento da doença. Seguindo esta orientação, a discussão sobre “câncer do desenvolvimento e câncer da pobreza” foi, durante este período, objeto de estudo dos epidemiologistas e oncologistas. Quais os tipos de câncer eram característicos de sociedades menos desenvolvidas e quais tipos eram mais prevalentes em sociedades com maior nível de desenvolvimento econômico, por exemplo.

A ligação entre doenças e civilização é uma “parábola didática” que antecede o século XIX, segundo Charles Rosenberg.¹⁰⁷ Por parábola didática o autor se refere ao argumento que foi e é utilizado como justificativa para a incidência de doenças como consequência direta do progresso da humanidade. Se antes do século XIX as doenças podiam ser compreendidas como resultado de uma conduta desviante do padrão para o período; um estilo de vida efêmero e luxurioso, no século XIX o surgimento e o crescimento das cidades foram vistos como caminhos para a aparição de novas doenças, as cidades se tornaram viveiros de doenças.¹⁰⁸ Exemplo desta relação estaria no fato de

¹⁰⁵ Em Fortaleza, o câncer de colo do útero ocupa o primeiro lugar com 66,6 e o câncer de mama vem logo em seguida com 61,6. Essa pequena diferença na frequência destes cânceres será abordada posteriormente.

¹⁰⁶ Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. op.cit.,p.11.

¹⁰⁷ ROSENBERG, Charles. Pathologies of progress: the idea of civilization as risk. In: ROSENBERG, Charles (Ed.). Our present complaint. American Medicine, the and now. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007. p. 90.

¹⁰⁸ Ibidem, p. 78.

que o estresse psicológico causado pelo crescimento das cidades e as mudanças tecnológicas teriam provocado o aumento dos casos de histeria na Inglaterra no início do século XIX. Tal pensamento aponta para o fato de que nosso corpo não foi preparado para as mudanças no estilo de vida, argumento muito utilizado na década de 1990 em relação ao crescimento da incidência de doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares e o câncer.¹⁰⁹ O processo evolutivo ocorrido no período paleolítico não preparou nossos corpos para viver no ambiente moderno, urbano e industrializado. As doenças crônicas, e o câncer especificamente, seriam resultado dessa não adaptação. Bastaria notar o aumento das taxas de câncer em homens e mulheres com o avanço da industrialização em países não desenvolvidos.¹¹⁰ Tal discurso serviria como base de legitimação para a “parábola didática” do progresso da civilização como perigoso a humanidade. Assim, o século XX e a modernidade são vistos como ameaça a saúde,

“We already know that some of the better aspects of modern life are carcinogenic,” a gerontologist wrote to the New York Times a decade ago: “Instead of reflexively blaming pollutants, we may have to live with the fact that there is a downside to the pleasures and indulgences of existence at the end of the 20th century.”¹¹¹

Rosenberg discute essa relação como resultado de uma agenda crítica. Tal argumento teria um conteúdo político e serviria como base para críticas ao estilo de vida e cultura dessa nova sociedade para propor uma reformulação social dos hábitos. Além de o câncer estar, de acordo com esse pensamento, diretamente ligado ao processo de modernização da sociedade, alguns tipos de câncer seriam mais característicos da modernidade, enquanto outros estariam vinculados aos atrasos sociais. Essa relação é perceptível nas publicações epidemiológicas ora apresentadas.

A publicação *Câncer no Brasil: dados histopatológicos (1976-1980)* trabalha exaustivamente a incidência do câncer a partir dos dados dos registros de base populacional acima citados. Neste trabalho são apresentados os cânceres mais comuns em homens e mulheres para cada região, assim como informações estatísticas para cada

¹⁰⁹ Ibidem.

¹¹⁰ Ibidem, p.88.

¹¹¹ Ibidem, p. 89. ““Já sabemos que alguns dos melhores aspectos da vida moderna são cancerígenos”, escreveu um gerontologista ao New York Times há uma década: “em vez de culpar os poluentes de forma reflexiva, talvez tenhamos que conviver com o fato de que há uma desvantagem nos prazeres e indulgências da existência no final do século XX.”” [Tradução livre]

tipo de câncer incidente no Brasil entre 1976 e 1980. O conhecimento sobre a incidência da doença figura como importante aporte para as ações de controle,

A tarefa de combater o câncer como um problema de saúde pública exige, de início, o conhecimento da incidência da doença, com suas variações nas diferentes regiões de um país e do mundo. Sem esse trabalho básico de investigação epidemiológica (epidemiologia descritiva) nada se pode fazer conscientemente.¹¹²

Nesse sentido, inicialmente os autores fornecem uma caracterização nacional da incidência do câncer. São listados os dez cânceres mais comuns em homens e mulheres no país.

TABELA 3

Cânceres mais incidentes em homens e mulheres 1976-1980

Homens	Mulheres
Pele ¹¹³	Colo do útero
Estômago	Pele
Boca	Mama
Glândula prostática	Intestino grosso
Intestino grosso	Estômago
Esôfago	Corpo do útero
Laringe	Boca
Bexiga urinária	Ovário
Traquéia, brônquio e pulmão	Gânglios linfáticos
Glânglios linfáticos	Glândula tireóide

Fonte: Câncer no Brasil: dados histopatológicos (1976-1980)

A partir dessa caracterização nacional, segue a listagem dos dez cânceres mais comuns em ambos os sexos para cada estado do país. As incidências regionais confirmam os dados apresentados pela publicação dos dados dos registros de base

¹¹² Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. op.cit.,p. IX.

¹¹³ O câncer de pele geralmente não é computado junto aos demais cânceres devido a sua baixa taxa de mortalidade. Nesse sentido, os cânceres masculinos mais recorrentes foram estômago e boca, enquanto das mulheres foram colo do útero e mama.

populacional acima citados. Para os homens, em todas as regiões, os cânceres de estômago e próstata se revezam na liderança da maior incidência, com a ocorrência do câncer de boca em grande parte da região Nordeste e o câncer de pênis prevalecendo em alguns estados.¹¹⁴ No caso feminino, o câncer de colo do útero prevalece em grande parte do território nacional. Na região Norte, o colo do útero lidera os índices com grande vantagem em relação ao câncer de mama. Nas regiões centro-sul, sul e sudeste a diferença entre a ocorrência do colo do útero e mama foi equilibrada. Na região Nordeste o colo do útero prevalece seguido pelo câncer de mama. Vale ressaltar que de acordo com os dados apresentados, o Ceará apresentou a menor taxa de colo do útero e a maior taxa de mama dentro do Nordeste, o que estabelece uma situação de transição que será discutida em momento posterior.¹¹⁵

As análises estatísticas apresentadas podem ser apreendidas a partir da discussão sobre a caracterização dos cânceres da pobreza e do subdesenvolvimento e os cânceres do desenvolvimento. No artigo *Câncer como problema da Medicina Tropical*¹¹⁶, Adonis Carvalho discute as principais neoplasias presentes nas regiões tropicais e porque, nesse sentido, o câncer deveria figurar como objeto da Medicina Tropical. Ao comparar os dados obtidos a partir da investigação na cidade de Recife com o cenário encontrado em outros países Carvalho aponta,

Chamam a atenção para o fato de que a maioria dos cânceres prevalentes nos Trópicos, são de fácil diagnóstico, fácil prevenção e fácil cura (dentro de certos limites de avanço da doença). São formas de câncer que tendem a diminuir ou desaparecer nos países desenvolvidos. A persistência dessas formas, nos Trópicos, deve-se a situação econômico-social precária prevalente nessas áreas.¹¹⁷

Por tal conclusão, Carvalho observa que a persistência dessas formas de neoplasias acontece pelo fato de que algumas regiões tropicais e, neste caso específico, o Brasil não possui condições sanitárias e/ou tecnológicas capazes de controlar a ocorrência de cânceres de fácil prevenção e diagnóstico, como é o caso do câncer de colo de útero principal neoplasia incidente no sexo feminino durante o período

¹¹⁴ AC- pênis; AP- boca; MA- pênis; PI- pênis; PB, PE, AL, SE, BA- boca; RS- boca. Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. op.cit.

¹¹⁵ Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. op.cit.8.

¹¹⁶ CARVALHO, Adonis. R. L. Câncer como problema da Medicina Tropical. Revista Brasileira de Cancerologia. vol. 23. num 35. Dezembro, 1967.

¹¹⁷ Ibidem, p. 66.

analisado pelo autor, assim como o câncer peniano, prevalente no Nordeste¹¹⁸, está ligado a problemas de higiene individual.

A ênfase dada à prevalência de tipos específicos de câncer nos países não desenvolvidos embasa a tese da importância dos fatores socioeconômicos na origem do câncer, principalmente nos tipos “tropicais” de câncer, como o do colo do útero, pênis e fígado.¹¹⁹ Assim, define o médico,

A maior parte das formas de câncer (lábio, língua, boca, faringe, esôfago, estômago, laringe, útero e pele) incide mais em indivíduos de nível socioeconômico baixo, enquanto umas poucas (colons, intestino delgado, mama e ovário) ocorrem mais em indivíduos economicamente diferenciados.¹²⁰

Faz-se interessante perceber a complexidade presente na relação câncer e desenvolvimento. Se tal enfermidade caracterizou-se como uma doença da civilização, do mundo urbano e industrializado, algumas de suas formas se relacionam, principalmente, com condições de vida precárias.

Nesse debate se insere a discussão proposta por Sergio Koifman e Rosalina Jorge Koifman, a relação entre câncer e ambiente nas décadas de 1980 e 1990, onde os autores analisaram a ocorrência de câncer baseados na sua relação com o nível de desenvolvimento socioeconômico das áreas pesquisadas,¹²¹ buscamos compreender como determinados tipos de câncer foram associados às condições de higiene individual, excesso de relações sexuais; ou, por outro lado, a dieta, ao baixo número de filhos, ao estresse da vida profissional e etc. Para os autores, as condições ambientais e do meio social estavam associadas ao desenvolvimento do câncer. Dentre os cânceres citados, mama, próstata, cólon e reto constituíram exemplos de tumores típicos dos melhores níveis socioeconômicos, enquanto colo do útero, estômago, cavidade oral e pênis estariam presentes em condições de pobreza.¹²²

Dentre os cânceres associados à pobreza, no sexo masculino, os autores destacam o câncer de estômago e os hábitos do subdesenvolvimento que colaboram para o desenvolvimento da doença. No caso do câncer estomacal, os autores apontam que o

¹¹⁸ Ibidem, p. 75.

¹¹⁹ Ibidem, p. 70.

¹²⁰ Ibidem.

¹²¹ KOIFMAN, Sergio; KOIFMAN, Rosalina Jorge. Environment and cancer in Brazil: an overview from a public health perspective. Mutation Research, vol. 544, num.2-3, novembro de 2003.

¹²² Ibidem, p. 305.

início deste tipo de câncer se dá através de uma inflamação da mucosa gástrica, geralmente associada ao consumo excessivo de sal que em reação com as condições ácidas do estômago produz uma composição altamente cancerígena. A grande quantidade de sal presente nos alimentos, segundo os autores, dar-se-ia pelo fato de que no período analisado o sal ainda era muito utilizado como forma de conservar os alimentos por famílias desprovidas de refrigeradores.¹²³

Observamos como se constituiu e legitimou o pensamento sobre a relação direta entre as condições socioeconômicas e a incidência do câncer. Essa ideia esteve presente nos discursos de médicos cearenses que elaboraram análises epidemiológicas do câncer de mama e que será apresentada à frente.

2.4 A construção do câncer e da cancerologia no Ceará

Como exposto no capítulo anterior, a preocupação com o câncer no Brasil surgiu de forma mais organizada nas primeiras décadas do século XX. Até então, o câncer não figurava como um problema da saúde pública brasileira e tão pouco podia ser considerado como uma doença de relevância no cenário epidemiológico cearense do período.

A inserção do câncer enquanto uma doença de atenção da medicina e da saúde pública no Ceará pode ser compreendida como resultado da organização de um grupo de médicos com a proposta de construir o campo da cancerologia no estado. Na dissertação intitulada *O Problema do câncer no Ceará: cancerologia, controle do câncer e a atividade coletiva da medicina (1940-1960)*, Luiz Alves Araújo Neto analisa o processo de organização das primeiras ações sistemáticas para o controle do câncer e a conformação do campo da cancerologia no estado do Ceará. Segundo o autor,

A mobilização dos cancerologistas pelo controle do câncer e pela organização de sua prática consistia em uma agenda de grupo, com o objetivo desses personagens em definir um lugar de atuação para a cancerologia no Ceará e em projetar a iniciativa local como

¹²³ Ibidem, p. 308.

parte das redes em conformação no Brasil no período, integrando-se à campanha nacional contra o câncer.¹²⁴

A agenda médica de construção da cancerologia no Ceará teve em Haroldo Juçaba o seu principal militante. Sob a liderança deste, outros grandes nomes da medicina cearense reuniram-se com o objetivo de promover a cancerologia no estado.¹²⁵ Este grupo de médicos trabalhou na criação do Instituto do Câncer do Ceará, em 1944, principal instituição destinada ao atendimento de pacientes com câncer naquele período, além de atuarem em importantes espaços profissionais e acadêmicos, tais como a Faculdade de Medicina do Ceará, o Centro Médico Cearense, nos serviços de saúde, etc. A atuação como gestores e diretores de serviços de saúde, além de professores universitários, em alguns casos, foi imprescindível para a inserção do debate sobre o câncer nesses círculos. Unido à prática médica, dedicaram-se a produção de trabalhos científicos sobre o câncer, tendo na Revista Ceará Médico seu principal veículo de publicação. Através destas pesquisas conformaram um campo de conhecimento sobre a doença, formas de prevenção, controle e tratamento.

De acordo com Araújo Neto, esses espaços foram importantes arenas de atuação desse grupo, onde obtiveram apoio econômico, político e legitimação para o estabelecimento do câncer como problema de relevância médica e social. A partir dessa atuação que ultrapassou o campo médico, tornaram-se os pioneiros da cancerologia no estado do Ceará. Como consequência deste trabalho, a discussão sobre câncer ganhou novos espaços, adeptos e aliados, fazendo crescer o número de médicos envolvidos com o “problema do câncer” no Ceará. Dessa forma, mesmo longe de figurar uma grande incidência na população cearense, tal doença alçou o status de problema médico e social para o qual se fazia necessário estabelecer políticas de saúde, fossem elas a criação de

¹²⁴ ARAÚJO NETO, Luiz Alves. O problema do câncer no Ceará: cancerologia, controle do câncer e a atividade coletiva da medicina (1940-1960). Luiz Alves Araújo Neto. Rio de Janeiro: s.n., 2016. p. x. Dissertação de mestrado em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

¹²⁵ Entre os pioneiros da cancerologia no Ceará podemos destacar: Antônio Jucá, João Batista Saraiva Leão, Waldemar de Alcântara, Jurandir Picanço, Livino Pinheiro, Luiz Gonzaga da Silveira, Newton Gonçalves, Walter Cantídio e Walter Porto.

instituições para atendimento aos pacientes, como foi o caso do ICC e do Hospital do Câncer¹²⁶, ou campanhas de prevenção e controle da doença.

Cabe lembrar, como ressalta o autor, que o projeto de construção do câncer como problema da saúde pública no Ceará está em conexão com a inserção dessa doença no debate nacional. Os médicos cearenses estavam em constante diálogo com o cenário nacional e internacional. Concluímos, dessa forma, que o status de relevância dado à doença surge como fruto da convergência de interesses, sendo estes médicos ou políticos.

2.5 Registro de câncer do Ceará e os números da doença

O Registro de Câncer do Ceará (RCC) entrou em funcionamento em 1971, com fomento da Divisão Nacional do Câncer (DNC), que orientava a criação de Registros de Câncer nas várias regiões do país.¹²⁷ O RCC foi instalado na sede do Instituto do Câncer do Ceará tendo caráter privado, diferentemente de seus semelhantes que estavam vinculados as universidades ou secretarias de saúde¹²⁸, e foi coordenado pelo patologista Eilson Goes de Oliveira até 1977. O Registro atuou na elaboração de análises epidemiológicas sobre o câncer no estado do Ceará. Cabe salientar, no entanto, que a área geográfica coberta pelo Registro se limita a cidade de Fortaleza, capital do estado. Dessa forma, os resultados buscam representar a magnitude da doença no estado, baseado nos dados de incidência e mortalidade da capital. Desde a sua criação, a atuação do RCC teve como objetivos,

- 1- Promover a pesquisa Estatística e Epidemiológica sobre câncer no Estado do Ceará;
- 2- Realizar cursos e conferências para Organizações e Instituições ligadas ao trabalho médico e à saúde da população;

¹²⁶ Concluído em 1999. A construção deste hospital constituiu um das grandes realizações de Haroldo Juaçaba. Muitos dos fundadores do ICC estiveram ligados à construção, na arrecadação de recursos e etc.

¹²⁷ SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Instituto do Câncer do Ceará: 70 anos de conquistas. Fortaleza: Edição do Autor, 2015. p. 34.

¹²⁸ SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Câncer em Fortaleza: morbidade e mortalidade 1978-1980. Fortaleza: Secretaria de Cultura e Desporto, 1982. p. 54.

- 3- Oferecer ajuda e dados no campo da Oncologia, quando solicitado;
- 4- Difundir conhecimentos sobre Estatística, Epidemiologia e Profilaxia do Câncer, especialmente sobre pesquisas realizadas pelo próprio Registro de Câncer;
- 5- Colaborar e estimular a realização de políticas, planos e programas contra o câncer;
- 6- Manter e incentivar intercâmbio científico com pessoas e instituições similares de caráter público ou privado, nacional ou estrangeiro.¹²⁹

Os objetivos destacam o lugar especial dado à pesquisa epidemiológica como passo central na composição de políticas de controle do câncer. Dessa forma, a importância da atuação do serviço foi descrita por Silva,

Ao lado da sua função primordial, ou seja, a apresentação e a divulgação de resultados sobre a ocorrência de câncer na capital cearense, o RCC teve uma ampla folha de serviços prestados à saúde pública e à comunidade científica cearense. Com efeito, o Registro desempenhou importante papel de incentivador da Epidemiologia no Ceará [...].¹³⁰

Além de desenvolver o conhecimento epidemiológico dentro da própria instituição, o RCC atuou na ampliação desse segmento nos espaços acadêmicos e nos serviços de saúde do Ceará, com a realização de parcerias com as universidades locais e a Secretaria de Saúde do Estado para a promoção de cursos e seminários com temáticas voltadas para a epidemiologia.

Em 1978, o médico recém-formado Marcelo Gurgel Carlos da Silva assume a coordenação- executiva do Registro. Neste período o órgão ganhou destaque nacional a partir dos dados estatísticos que foram utilizados em publicações locais, organizadas pelo próprio coordenador do Registro, assim como em publicações nacionais organizadas pelo Inca e Ministério da Saúde.

A dissertação de mestrado *Câncer em Fortaleza: morbidade e mortalidade no período de 1978-1980* foi defendida em 1982 por Marcelo Gurgel no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Neste trabalho o autor elaborou um perfil epidemiológico do câncer na cidade de Fortaleza a

¹²⁹ Ibidem, p. 58.

¹³⁰ Ibidem, p. 35.

partir dos dados coletados no RCC, ressaltando a importância deste conhecimento para o controle da doença.

Inicialmente, o médico introduz o problema do câncer em Fortaleza a partir da sua importância para a saúde pública. Para tal, o autor traçou uma breve história do desenvolvimento do câncer na humanidade com o intuito de apresentar em qual momento o câncer passou a figurar como um grande problema de saúde pública. Nessa perspectiva, o autor destaca fatores como a mudança demográfica ocasionada pelo aumento na expectativa de vida e pela diminuição de mortes por doenças infecciosas; a industrialização e o fenômeno de urbanização das sociedades como importantes condicionantes no aumento da incidência da doença. Nesse sentido, o nível de desenvolvimento econômico e social de Fortaleza é discutido como condição explicativa para o crescimento do câncer nas estatísticas de morbidade e mortalidade da cidade. Assim, a adição na expectativa de vida da população de Fortaleza, o processo de urbanização onde cada vez mais a população buscou as áreas urbanas fugindo dos períodos de secas nas zonas rurais, e as medidas econômicas de incentivo à industrialização implementadas pelo governo são fatores que colaboraram para a modernização da cidade a partir dos anos 1960, assim como representaram mudanças sociais no estilo de vida da população estando diretamente relacionados à incidência do câncer em Fortaleza. Apesar desse processo de mudanças experimentado pela cidade, a população continuava a sofrer com a carência de infraestrutura social, como precário sistema de abastecimento de água e redes de esgotos, além de possuir ainda um elevado número de mortes por doenças infecciosas, destaca Silva.¹³¹ Dessa maneira, a capital cearense congregava elementos característicos de sociedades mais desenvolvidas e do subdesenvolvimento.

¹³¹ SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Câncer em Fortaleza: morbidade e mortalidade 1978-1980. op. cit. p. 59.

2.6 Câncer em Fortaleza: entre a pobreza e o desenvolvimento

No período estudado por Marcelo Gurgel, a epidemiologia grassava no campo da medicina como importante ferramenta para a saúde pública, como visto anteriormente na construção do paradigma estatístico no campo sanitário. Para o autor, a investigação epidemiológica tinha obtido resultados mais importantes e concretos do que os testes em laboratório no que concerne ao câncer, bem como produziam melhor fundamentação para a ação médica, distribuição de recursos e serviços.¹³²

Para o autor, a análise da incidência por localização geográfica e de tumores prestava grandes serviços ao estudo e controle do câncer, na medida em que permitia o maior direcionamento nas ações de prevenção, controle e tratamento. Unido à epidemiologia, a Patologia Geográfica contribuía para a compreensão sobre a prevalência de tipos de câncer em determinadas populações, determinando as diferentes incidências entre povos e nações, considerando os fatores ambientais, socioeconômicos, cultura e estilos de vida.¹³³

Por se tratar de uma epidemiologia descritiva, o autor elabora conclusões acerca da incidência do câncer em Fortaleza nos anos de 1978-1980, a partir de comparações com populações modelo (africana, europeia e mundial), assim como relaciona a incidência com o nível de desenvolvimento social e econômico da capital.

O câncer ocupou, entre 1978 e 1980, a segunda causa de morte para homens e mulheres em Fortaleza. Na análise sobre a incidência por idade e sexo, os dados apresentados pelo autor apontam para duas características da incidência da doença em Fortaleza. Primeiramente, o câncer tem maior incidência no grupo feminino, assim como atinge as mulheres numa fase mais jovem do que aos homens. A partir da compilação das informações, justifica o autor,

Nos diversos grupos da faixa de 25 a 54 anos, no período 1978-1980, as taxas de mortalidade são mais altas nas mulheres e a partir de 55 anos, a mortalidade é sempre maior nos homens. Desse modo, observa-se que o câncer, além de preferencialmente atingir o sexo

¹³² Ibidem, p. 151.

¹³³ Ibidem, p.152.

feminino (1.185 óbitos contra 978 no sexo oposto), o faz em uma fase mais jovem, ao contrário do que ocorre nos homens.¹³⁴

As mulheres seriam vítimas mais cedo pelo fato de que, os cânceres mais incidentes no sexo feminino, colo do útero e mama, são característicos da faixa etária mediana. Enquanto que os cânceres mais prevalentes no sexo masculino aparecem em fase mais tardia. Diante desse perfil, Silva observa que a doença atinge as mulheres “em sua fase economicamente produtiva e à época reprodutiva e de educação de suas proles”¹³⁵, fato que acarretaria grande prejuízo às famílias, assim como a economia do estado. Esta seria, segundo o autor, uma das implicações sociais e econômicas do câncer. No rol das consequências da moléstia, estariam os gastos com recursos direcionados ao controle da doença e tratamento dos pacientes, a perda de produtividade da população, além de dor, sofrimento e morte.¹³⁶ Diante dos prejuízos econômicos e pessoais causados pelo câncer, a tarefa de controlar a doença se fazia mais urgente, de forma que a epidemiologia colaborava ativamente nessa missão.

No que diz respeito à localização anatômica, o padrão de incidência do câncer em Fortaleza revelou uma situação complexa entre tipos característicos de níveis mais altos de desenvolvimento e tipos ligados à pobreza. Essa ambiguidade dos dados é percebida principalmente nos cânceres incidentes na população feminina. O câncer de colo do útero figurava em primeiro lugar na mortalidade com 16,46%, seguido de perto pelo câncer mamário com 15,19% e em terceiro lugar o câncer de estômago com 12,07% dos óbitos femininos¹³⁷. A estatística do câncer de mama estava muito próxima aos números do câncer de colo uterino, mais incidente e com maior mortalidade em mulheres. Duas versões poderiam explicar este fato: a cidade de Fortaleza possuiria condições favoráveis ao desenvolvimento dos dois tipos de câncer, fossem essas condições sociais ou exposição a fatores de risco; ou por outro lado, Fortaleza experimentava um processo de transição entre um tipo característico da pobreza para um tipo representante de sociedades desenvolvidas.

¹³⁴ Ibidem, p. 93.

¹³⁵ Ibidem, p. 97.

¹³⁶ Ibidem, p. 38.

¹³⁷ Ibidem, p. 97.

Mais uma vez, as características peculiares ao desenvolvimento de cada tipo de câncer foram expostas para a compreensão do fenômeno vivido na cidade. O câncer de colo uterino configurava uma forma de patologia ligada a situações de subdesenvolvimento. Essa assertiva era consensual do campo da medicina. Apesar de se tratar de um câncer com condições de prevenção, facilidade de diagnóstico e possibilidade de cura, mantinha-se como principal incidência neoplásica entre as mulheres de países não desenvolvidos. A justificativa para essa situação estava ligada ao fato de nesses países o acesso aos serviços de saúde ser mais difícil, principalmente se levar em consideração a população rural, assim como a existência de serviços de atendimento ao câncer, campanhas de prevenção, exames de detecção e tratamento tinham oferta reduzida se comparada ao contexto de países de melhor nível econômico. Portanto, embora apresentasse um processo de diminuição em países desenvolvidos, o câncer de colo uterino continuava a liderar as taxas de mortalidade por neoplasia.

Adonis Carvalho, ao observar as taxas do câncer de colo uterino em Recife, percebeu que entre os números fornecidos pelos serviços públicos de saúde e os números das clínicas particulares, a taxa de incidência caía de 7,39% para 2,3%.¹³⁸ A diferença consiste no fato de que nas clínicas particulares, as pacientes pertencem a níveis sociais mais elevados, com melhores condições de vida, saúde e higiene. Esse exemplo corrobora para a associação entre câncer de colo do útero e pobreza. A quantidade de parceiros sexuais e o número de filhos também configuravam importantes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo uterino. Mais uma vez, essas condições são relacionadas às mulheres de nível social mais baixo. Ao dialogar com pesquisas realizadas em outros países, o autor aponta que a idade da primeira relação sexual podia figurar como fator de risco, à medida que quanto mais cedo acontecesse, maior o número de relações, parceiros e filhos.¹³⁹ O autor ainda relaciona a ocorrência de câncer peniano e de colo uterino. Pois,

[...] de modo geral, onde é alta a incidência de neoplasia maligna do colo uterino é também alta a do carcinoma peniano, pois as taxas para os carcinomas do útero e do pênis tendem a permanecer paralelas tanto geograficamente, como etnologicamente.¹⁴⁰

¹³⁸ CARVALHO, Adonis. R. L. Câncer como problema da Medicina Tropical. op. cit. p. 72.

¹³⁹ Ibidem, p. 74.

¹⁴⁰ Ibidem, p. 75.

Os dois tipos se relacionam com problema de higiene pessoal e relações sexuais, constituindo, dessa forma, cânceres característicos de grupos com menor nível econômico.

Em direção oposta caminha o câncer de mama. Ligado, impreterivelmente, a vida urbana e as condições econômicas mais elevadas, os fatores de risco para o câncer mamário pertencem ao estilo de vida de grupos mais abastados socialmente.

O processo de urbanização da sociedade tem grande peso na elevação do câncer de mama. O êxodo rural figura como fator de mudança na estrutura familiar¹⁴¹. A vida urbana demanda a força de trabalho feminina. À medida que as mulheres assumem postos de trabalho, os números de gestações tendem a diminuir. Sendo a gravidez antes dos trinta anos considerada um fator de proteção contra o câncer de mama, essas mulheres se tornam mais propensas ao desenvolvimento da doença. A mudança nos hábitos de vida das mulheres, principalmente as mulheres urbanas, colaborou para o incremento nas taxas do câncer de mama em Fortaleza.

A dieta atua como fator de risco para o câncer de mama. A ingestão de maior quantidade de gordura e proteína animal contribui para a obesidade, fatores que conjugados colaboram no desenvolvimento da doença. A dieta alimentar também influencia na idade da menarca e da menopausa, aspectos também relacionados ao aparecimento da doença, pois quanto maior o número de ovulações, maior o risco para o câncer de mama.¹⁴²

A pesquisa elaborada por Mirra em São Paulo demonstrou que um número significativo de casos de câncer de mama ocorria em mulheres com melhor nível educacional. Sobre essa associação Silva afirma,

[...] É provável que nessa condição de maior nível de instrução das mulheres de maior risco estejam envolvidos outros fatores, como um melhor nível socioeconômico, uma dieta mais rica em proteínas animal e gordura, um casamento e a concepção em idade mais tardia, que, de “per si”, implicam no risco aumentado desse câncer.¹⁴³

¹⁴¹ KOIFMAN, Sergio; KOIFMAN, Rosalina Jorge. Environment and cancer in Brazil: an overview from a public health perspective. op. cit., p.305.

¹⁴² SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Câncer em Fortaleza: morbidade e mortalidade 1978-1980. op. cit. p.166.

¹⁴³ Ibidem.

O grau de instrução nesse caso revela a classe social das mulheres acometidas pelo câncer de mama, colaborando para a confirmação da relação entre a doença e status econômico.

Dessa forma, a semelhança entre as taxas de mortalidade e incidência do câncer de colo do útero e as taxas do câncer de mama aponta para uma situação única, em que o padrão de incidência da doença congrega, em um mesmo espaço geográfico, situações tidas como contrastantes. Conclusão que gera uma complexa situação na saúde pública, onde médicos e gestores de saúde buscam justificativas para a ocorrência simultânea das duas formas, bem como procuram elaborar ações de controle. As falas dos médicos em prol do controle do câncer de mama será melhor trabalhada no capítulo posterior a partir do trabalho com os jornais do período. Neles perceberemos como as estatísticas baseiam os discursos médicos e as ações de saúde voltadas para o câncer de mama.

3. PROCURE E VOCÊ ENCONTRARÁ: CÂNCER DE MAMA, PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE

*Câncer de mama: medo e preconceito são as principais barreiras*¹⁴⁴, com essas palavras o mastologista cearense Melkon Fermanian definiu as ideias que permeiam o imaginário feminino sobre o câncer de mama. De acordo com Fermanian, o medo e o preconceito seriam os principais obstáculos ao trabalho dos médicos para diagnosticar e tratar a doença. *Todas temem perder a mama* diz o médico, tanto para mulheres de alta e baixa renda, o temor da cirurgia e da perda da mama tornava-se um grande empecilho para que essas mulheres buscassem atendimento médico ao identificar sinais e sintomas suspeitos. Em matéria de página inteira, o médico e diretor do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará – IPCC- enfatizou a necessidade de criar uma campanha de controle do câncer de mama no Ceará nos mesmos moldes e com alcance semelhante à campanha de prevenção do câncer de colo uterino. O sucesso obtido no screening^{145, 146} do câncer de colo uterino legitimou a extensão dessa prática para outros tipos de cânceres. Nesse sentido, a ideia de rastreio tornou-se um modelo aplicável a outros tumores, dentre eles o tumor da mama. A incidência da doença aumentava na capital cearense e uma grande campanha para conscientizar as mulheres era indispensável para controlá-la. Nesse sentido, o combate à doença seria feito através da “informação”. E o principal foco da informação estaria em expandir a noção de que o diagnóstico precoce aumentava em quase 100% as chances de cura para a doença. A matéria do jornal expõe o modelo de ação adotado para o controle da doença. Ao passo que o médico e diretor apontava para o crescimento dos números e colocava o diagnóstico precoce como chave para o controle, expõe também o método de autoexame como ferramenta de fácil acesso para o público feminino, ensinando o passo a passo para a sua realização. De posse de informações e “treinada” para realizar o autoexame, a mulher tornava-se capaz e responsável pelo cuidado da sua saúde.

¹⁴⁴ *Câncer de mama: medo e preconceito são as principais barreiras*. Jornal O Diário do Nordeste, 11-08-1987.

¹⁴⁵ Discutiremos a prática do screening para o câncer de mama a partir do desenvolvimento da mamografia. LOWY, Ilana. The generalization of screening. In: _____. Preventive strikes: women, precancer, and prophylactic surgery. John Hopkins University Press: Baltimore, 2010.

¹⁴⁶ Screening (rastreamento): exames de indivíduos assintomáticos para a descoberta de doenças antes do aparecimento de sinais clínicos.

No pensamento médico vigente no período, o controle da doença estava baseado na ideia de diagnóstico precoce. Tratando-se de um tipo de câncer sem possibilidades de prevenção, cabia ao diagnóstico precoce a responsabilidade de evitar um maior número de cirurgias radicais assim como de mortes. Essa importância é ressaltada na fala do médico, “o problema, como se pensaria a princípio, não diz respeito à falta de infraestrutura, é muito mais de desinformação e preconceito. O tratamento e a prevenção podem ser feitos de forma gratuita”.¹⁴⁷ A partir desta fala podemos destacar dois pontos importantes: primeiramente, ao dizer prevenção, o médico refere-se ao diagnóstico precoce da doença. Essa “confusão” entre os termos é reiterada em outras matérias e por outros personagens. Prevenção e diagnóstico precoce são, muitas vezes, tomados como sinônimos no período estudado. Em segundo lugar, com a oferta de tecnologia para diagnóstico e tratamento disponíveis, as mulheres que não buscavam os serviços tornavam-se culpadas pelo próprio adoecimento.

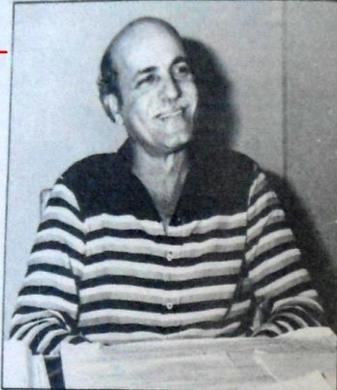
Discutiremos neste capítulo a associação prevalecente até o final da década de 1980 entre prevenção e diagnóstico precoce para o câncer de mama. Perceberemos através dos jornais como médicos e gestores de serviços de câncer tenderam a qualificar o diagnóstico precoce como um método de prevenção para a doença. E como o diagnóstico precoce foi, para estes personagens, a fórmula encontrada para as ações de controle. Nessa discussão perceberemos como grande parte da responsabilidade sobre o processo de reconhecimento do adoecimento foi colocado sobre as mulheres, pois a elas cabia o conhecimento sobre o corpo e a tarefa de manterem-se alerta.

¹⁴⁷ Ibidem.

CÂNCER DE MAMA

O medo e preconceito são as principais barreiras

O mastologista cearense, Melkon Fermanian, diz que a melhor forma de combater o câncer de mama é a informação. A frente do Instituto de Prevenção do Câncer, ele pretende empreender um programa de controle do câncer de mama do Ceará. O câncer de mama mata cinco mil mulheres anualmente no Brasil.



Melkon Fermanian: "A descoberta do tumor não implica a retirada da mama"

Depois da Aids, o câncer passou para segundo lugar na escala dos medos e temores da população mundial em relação às doenças sem cura. Em idade de ser avó da nova síndrome, o câncer, no entanto, continua fazendo as suas vítimas. Entre as cearenses, um câncer em particular, o de mama, tem crescido vertiginosamente. Segundo dados estatísticos, uma em cada 20 mulheres cearenses terá câncer de mama. Os números, apesar de alarmantes, não chegam a ser fatais, principalmente devido às chances de cura que só dependem de um diagnóstico precoce.

Para o mastologista e cirurgião geral cearense, Melkon Fermanian, a informação, sem sombra de dúvida, é a melhor forma de combate a esse tipo de câncer, atualmente responsável por cerca de cinco mil mortes por ano no Brasil. A frente do Instituto de Prevenção do Câncer, órgão ligado à Secretaria de Saúde do Estado, responsável pelo atendimento diário, de cerca de 500 mulheres, o Dr. Melkon Fermanian pretende empreender um programa de controle do câncer de mama no Ceará, colocando-o no mesmo nível de prevenção do câncer cervicouterino.

A tarefa não é das mais fáceis, devido à barreira de preconceito e do medo que afeta a maioria das mulheres, se tornam ou param de ir aos consultórios médicos ou clínicas especializadas. Todas temem perder a mama. E aí mora o perigo do fato realmente se consumir. "Em relação ao câncer de mama — garante o mastologista — o diagnóstico precoce eleva as chances de cura para 90 por cento", esclarece. "Os tumores de mama, 90 por cento são benignos e apenas 10 por cento malignos".

AUTO-EXAME
Decidido a centrar fogo na questão, o Dr. Melkon Fermanian defende como primeiro passo do controle, o auto-exame mamário, que pode ser feito em casa, de forma simples, pela mulher. Mas por que examinar os seios mensalmente? A maioria dos cânceres de mama são descobertos pelas próprias mulheres em primeiro lugar, o que facilita o diagnóstico precoce.

Uma vez encontrado e prontamente tratado, o câncer mamário pode ser erradicado, através de uma cirurgia conservadora, que só retira um segmento do seio da mulher, ao invés de mastectomia-lia (extrair a mama). O melhor momento para o auto-exame, segundo o médico, é uma semana após a menstruação. Neste período os seios não estão fiáveis nem inchados. Em mulheres que já atingiram a menopausa o exame deve ser feito na primeira semana do mês. "Fazendo o auto-exame de seio uma vez por mês isto lhe dará tranquilidade e visitando seu médico uma a duas vezes por ano, terá certeza de que nada há de errado com você", alerta o folheto educativo de prevenção do câncer da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia Obstetrícia.

O Dr. Melkon Fermanian faz questão de explicar que a descoberta do tumor não implica, hoje, necessariamente a retirada da mama. A afirmativa do médico faz cair por terra o tabu que muitas mulheres têm em relação ao auto-exame e até mesmo o exame feito pelo médico, pelo receio de perderem a mama. "Exatamente por esse medo, as mulheres correm maior risco. A descoberta tardia diminui o percentual de cura e muitas vezes implica na retirada do seio", adverte o diretor.

As vantagens do auto-exame, na opinião do médico, são muitas. Primeiro, por ser um exame realizado pela própria paciente é fácil de ser realizado e não apresenta custos. Segundo, tem resultado positivo. Terceiro, permite a descoberta de tumores pequenos. E por fim, a sua precisão aumenta com a prática continuada. Afinal a mulher, melhor do que o médico, conhecendo a textura de suas mamas, poderá detectar mudanças iniciais, se praticar o auto-exame regularmente, reconhece o médico.

De imediato, não há uma explicação para o crescimento do câncer mamário no Ceará. O desconhecimento da causa se evidencia mais ainda, porque, via de regra, as altas incidências, segundo o médico, tendem a ocorrer nas grandes cidades, grandes metrópoles. Paradoxalmente, o Ceará apresenta maior número de casos, que o Estado de São Paulo. As nossas estatísticas, diz o Dr. Melkon Fermanian, são maiores até mesmo que as de algumas cidades da Europa. Dados estatísticos revelam também que o câncer de mama é a principal causa de morte em mulheres com idade entre 40 e 45 anos. Convém, no entanto, esclarecer que esse tipo de câncer não é exclusivo das mulheres idosas. No Brasil, em 1980, 15 por cento dos óbitos ocorreram com mulheres, acima dos 15 anos, foi por doença maligna, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Entre 1976 e 1980, segundo registro nacional de patologia tumoral, o câncer de mama contribuiu com 16,5 por cento de todos os diagnósticos realizados no sexo feminino.

Para o Dr. Melkon Fermanian existem duas barreiras ao sucesso da prática do auto-exame: a falta de persistência das mulheres na realização periódica do exame e a fobia contra o câncer que se tem desenvolvido com a publicidade negativa e sensacionalista sobre o câncer de mama. "Queremos conscientizar as mulheres que a descoberta de um nódulo ou espessamento na mama, não significa a sua perda. E que a maioria das doenças que acometem as mamas é de natureza benigna e mesmo que sejam malignas, elas têm a chance de conservar a mama, por um procedimento cirúrgico denominado cirurgia conservadora", salienta.

Infelizmente, nem todas as mulheres estão descobrindo o câncer de mama numa fase inicial e isto pela falta do auto-exame regular. Enquanto nos Estados Unidos, os tumores são diagnosticados nos estágios 1 e 2 (precoce), aqui ocorre o contrário: os tumores são tratados nos estágios avançados. O problema, como se pensaria a princípio, não diz respeito à falta de infra-estrutura, é muito mais de desinformação e preconceito. O tratamento e a prevenção podem ser feitos de forma gratuita. O Instituto de Prevenção do Câncer dispõe até de um mamógrafo para tirar radiografias da mama em casos indicados. Além do Instituto, há ainda a Maternidade Escola e o Instituto do Câncer do Ceará que atendem até indigentes.

E no momento todo o corpo médico e paramédico do Instituto de Prevenção do Câncer, sob direção do Dr. Melkon Fermanian, está preparando uma campanha de educação em prevenção do câncer e detecção precoce da doença. Já a partir deste mês, como garante o diretor da instituição, ela será iniciada junto às pacientes para estimular a prática do auto-exame regularmente.

ALTO RISCO

As pacientes enquadradas no nível de alto risco vão receber atenção especial através de um programa, à parte, de controle do câncer de mama. A intenção é cadastrar esse grupo considerado de alto risco e conscientizá-lo da necessidade de uma visita, pelo menos a cada dois anos, aos serviços médicos ou clínicas especializadas para um maior controle. Enquadram-se nesse grupo, as pacientes que já tiveram câncer de mama na família (mãe, tia, irmã etc.), mulheres que tiveram o primeiro filho após os 30 anos de idade; as que tiveram uma menarca (primeira menstruação) precoce, antes dos 11 anos e a menopausa tardia, após os 50 anos; e por fim, mulheres com certos tipos de displasia mamária.

As pacientes que têm de se submeter à mastectomia também vão receber atenção especial. Quando assumiu, há cerca de um mês, a direção do Instituto de Prevenção do Câncer, o Dr. Melkon Fermanian deu início à criação de um grupo multidisciplinar que trabalhará diretamente com as pacientes mastectomizadas (que extrairam a mama). O grupo composto por psicólogas (que trabalharão junto à paciente, ao marido e à família), enfermeiras, assistentes sociais e fisioterapeutas (estas últimas de suma importância para as pacientes de baixo poder aquisitivo que não podem fazer fisioterapia). Com esse trabalho, pioneiro em termos de Ceará, o Instituto objetiva proporcionar à paciente uma sobrevivência normal.

Margareth Lima
Da Equipe do Segundo Caderno

COMO EXAMINAR SEUS SEIOS

No chuveiro: Examine suas mamas durante o banho; as mãos deslizam facilmente sobre a pele molhada. Com os dedos unidos, mova-os sobre cada parte dos seios. Use a mão direita para apalpar o seio esquerdo e a mão esquerda para o direito. Procure por saliências, caroços ou endurecimentos. **Frente a um espelho:** Observe seus seios com os braços caídos. A seguir, levante os braços acima da cabeça. Procure alterações no contorno de cada seio, abaulamento, retração na pele ou alterações no mamilo. Então, coloque a palma das mãos na cintura e pressione firmemente para baixo, a fim de flexionar os músculos do tórax. Os seios esquerdo e direito não são exatamente iguais. Apenas algumas mulheres os têm iguais. **Detada:** Para examinar o seu seio direito, coloque uma almofada ou travesseiro dobrado sob o ombro direito. Puxe a mão direita sob a cabeça, para melhor distribuir o seio sobre o tórax. Com a mão esquerda, deslize os dedos suavemente e lentamente sobre o seio, acompanhando o movimento de um relógio, detendo-se em cada ponto. Faça este procedimento em três círculos consecutivos. Repita o processo no outro seio. Inverta as posições das mãos. Observe como a estrutura do seu seio se apresenta. Procure por endurecimento e nódulos. Finalmente, aperte o mamilo de cada seio lentamente entre o polegar e o dedo indicador. Observe a saída de pus, sangue ou leite. Observando qualquer anomalia procure seu médico imediatamente.

FATOR RISCO	CATEGORIA	PONTOS	ES
SUA IDADE	Abaixo 30	10	
	30 - 40	30	
	41 - 50	75	
	51 - 60	100	
	Acima 60	125	
HISTORIA DE SUA FAMILIA	Ausência de câncer mamário	0	
	1 Tia ou 1 Avó	50	
	Mãe ou irmã	100	
	Mãe + irmã	150	
	Mãe + 2 irmãs	200	
SUA HISTORIA	Ausência de câncer mamário	0	
	Câncer mamário anteriormente	300	
GRAVIDEZ	Primeiro bebê antes da idade de 30	0	
	Primeiro bebê depois da idade de 30	25	
	Sem crianças	50	
HISTORICO MENSTRUAL	Começo Menstrual idade 15 ou acima	15	
	Começo Menstrual idade 12 - 14	25	
	Começo Menstrual idade de 11 ou abaixo	50	
TIPO DE CORPO	Esbelto	15	
	Médio	25	
	Demasiado Pesado	50	

Seu escore total dá somente uma indicação geral de sua categoria de risco presente. Se você mostrar alguns sintomas, procure o médico imediatamente.

Se seu escore é	Sua categoria é
Abaixo 200	Riscos Baixíssimos
210 - 300	
301 - 400	
Acima - 400	Riscos Altos

AFFONSO ROMANO DE SANT'ANNA

3.1 A ideia de prevenção

“Every woman carries within her body a built-in hazard – the risk of breast cancer”.¹⁴⁸

O discurso médico de prevenção de doenças subentende o conhecimento epidemiológico e da história natural da doença. A epidemiologia foi fundamental para a construção da prática preventiva na medida em que dá sustento e legitima seu discurso.¹⁴⁹ Como visto anteriormente, o conhecimento epidemiológico constituiu-se como ferramenta indispensável para a elaboração de ações de controle do câncer. Dentro desta ideia, podemos pensar também como o argumento epidemiológico colaborou para a perspectiva de prevenção do câncer, sendo a prevenção um dos mecanismos de controle.

Textos médicos de meados do século XIX explicavam o aparecimento do câncer como a junção de condições de predisposição à doença unidas a causas desencadeadoras. Nesse sentido, o método de prevenir o aparecimento do câncer, naquele momento, significava evitar as “causas desencadeadoras”, ou seja, comportamentos e ações que pudessem colaborar com o aparecimento da doença. Comportamentos como alimentação excessiva, ambição intelectual e o uso do corselete feminino eram vistos como perigosos e poderiam favorecer o surgimento do câncer.¹⁵⁰ A predisposição de cada indivíduo em desenvolver a doença era algo que os médicos não podiam determinar, mas a modificação dos hábitos perigosos sim, e era sobre essa mudança que os médicos trabalhavam para prevenir o câncer.¹⁵¹ Cantor analisa a história da prática da prevenção para o câncer, principalmente a mudança de perspectiva

¹⁴⁸ LERNER, Barron H. “To see today with the eyes of tomorrow”: a history of screening mammography. Background Paper for the Institute of Medicine Report. Mammography and Beyond: Technologies for the Early Detection of Breast Cancer. Março, 2001. p. 9. “Cada mulher carrega dentro de seu corpo um risco – o risco do câncer de mama”. [Tradução livre]

¹⁴⁹ CZERESNIA, Dina. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Cadernos de Saúde Pública [online]. vol. 15. n. 4. Rio de Janeiro, 1999. p. 4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>

¹⁵⁰ CANTOR, David. Cancer. In: LECOURT, Dominique. Dictionnaire de la pensée médicale. Presses Universitaires de France: Paris, 2004.

¹⁵¹ *Ibidem*.

ocorrida do século XIX para o XX. Segundo o autor, a ideia de prevenção para o câncer não nasceu no século XX já com o status de política de saúde pública. Essa prática esteve presente na história da doença desde a antiguidade, contudo sofreu transformações no seu entendimento.

No final do século XIX, as transformações na sociedade, o aumento da urbanização e os avanços da civilização, trouxeram consigo o aumento das estatísticas de mortalidade por câncer. Como tais mudanças puderam acarretar o crescimento da doença na humanidade? Isso pode ser explicado através das mudanças nos estilos de vida da população. Novos hábitos alimentares, novas atividades profissionais, o estresse produzido pelo novo ritmo de vida, dentre outras causas. Nesse cenário de aumento da incidência a prevenção ganha centralidade na luta contra a doença. Os médicos do século XIX dedicaram-se a missão de prevenir a doença baseados na ideia de eliminação das causas desencadeadoras, buscaram identificar hábitos perigosos e, a partir disso, aconselhar pacientes sobre mudanças de condutas necessárias para prevenir a doença. Apesar da importância dada à mudança no estilo de vida como forma de prevenir o câncer por este discurso médico, essa perspectiva de prevenção teve pouca representatividade nas campanhas de combate ao câncer desenvolvidas no início do século posterior. De acordo com Cantor, na primeira metade do século XX *prevenir* tornou-se sinônimo de diagnóstico e tratamento precoce.¹⁵²

A Alemanha configurou uma exceção a esse modelo. Após a primeira guerra mundial foi desenvolvida uma campanha de prevenção do câncer pautada na eliminação das “causas desencadeadoras”. Dentre essas medidas, estava a proibição do fumo, a restrição ao uso de corantes alimentares, o processo de limitação da exposição a produtos cancerígenos assim como a radiação. Unido a isso, incentivou-se a adoção de práticas alimentares mais saudáveis e a criação de registros da doença por todo o país. A sustentação dessa campanha, segundo Cantor, estava baseada na política de higiene social que dominava a Alemanha no período que antecede a segunda guerra. Com o fim da segunda guerra mundial e o declínio da política nazista, os moldes que nortearam a ideia de prevenção a partir da eliminação dos fatores favoráveis à doença deixaram de ser prioridade. Surge na Alemanha, assim como já acontecia em outros países europeus e nos Estados Unidos, a noção de prevenção como diagnóstico precoce e tratamento.

¹⁵² Ibidem, p. 200.

Mudou-se a perspectiva de prevenção. O objetivo de evitar o adoecimento foi substituído pela ideia de evitar mortes prematuras de pacientes, sendo o diagnóstico e o tratamento precoce as bases desse pensamento. Certamente, como afirma o autor, o lobby biomédico teve grande influência nessa mudança de compreensão.¹⁵³ Os lucros advindos dos equipamentos de diagnóstico e dos medicamentos para tratamento tornaram-se mais atrativos aos olhos dessa indústria.

O caso norte-americano foi o mais analisado pelos historiadores e foi também o modelo com o qual os médicos brasileiros mais dialogaram na elaboração das ações de controle em âmbito nacional. A veiculação da ideia de prevenção atrelada ao diagnóstico precoce ganhou centralidade nas mensagens transmitidas pelas campanhas educativas de controle da doença no início do século XX. A partir das décadas de 1920 e 1930, as ideias de “early detection” e “do not delay” povoaram as páginas de jornais, revistas e panfletos patrocinados pela American Cancer Society.¹⁵⁴ Ao passo que a cirurgia radical tornava-se o procedimento padrão e legítimo para o tratamento do câncer de mama, as organizações trabalhavam sob o argumento do diagnóstico precoce como melhor aliado das mulheres. Pois, quanto antes diagnosticado o câncer de mama, mais eficaz tornava-se a cirurgia radical para remoção do câncer, assim como aumentava as chances de cura e o tempo de sobrevivência das pacientes. Ao promover a mastectomia como terapêutica de eficácia comprovada, as campanhas educativas promovidas pela ACS colocavam como único empecilho ao sucesso do procedimento a demora das pacientes em buscar auxílio dos médicos. Longe de questionar os resultados da cirurgia, seu impacto sobre os números de cura e tempo de sobrevivência, as campanhas educativas transferiam para as mulheres a responsabilidade de cuidar da própria saúde, no sentido de estar vigilante sobre o próprio corpo, de conhecer sinais e sintomas do câncer e, além disso, não demorar na busca pelo diagnóstico médico. A cirurgia – legitimada – não falha, a falha está no comportamento individual que diminui o raio de ação do procedimento. Tem-se, nesse sentido, a responsabilização do indivíduo sobre o processo de adoecimento.

¹⁵³ Ibidem.

¹⁵⁴ GARDNER, Kirsten E. *Early Detection: Women, Câncer & Awareness campaigns in the twentieth-century United States*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2006.; ARONOWITZ, Robert A. *Unnatural History. Breast Cancer and American Society*. New York: Cambridge University Press, 2007.

De acordo com Gardner, as campanhas de conscientização desenvolvidas pela ACS entre as décadas de 1930 e 1940 tinham como objetivo a desmitificação do câncer e o encorajamento das mulheres. Nesse sentido, a autora analisa a intensa participação de mulheres como educadoras na organização e propagação das campanhas, assim como essa participação colaborou para o alcance da mensagem de *early detection*. Em uma instituição dominada por homens brancos e de classe média e alta, o envolvimento das mulheres na ACS esteve ligado ao risco que o câncer oferecia para si e para a família. Uma vez engajadas, essas mulheres organizaram campanhas educativas, criaram espaços de debate sobre as informações médicas a respeito da doença, assim como se tornaram um elo intermediário entre o discurso médico e as pacientes a quem se destinava o discurso.¹⁵⁵ Dessa forma, a participação das mulheres serviu como reforço a teoria médica sobre a mensagem *early detection* e que o tempo era um fator importante na luta contra a doença.

A principal mensagem transmitida pelas campanhas desenvolvidas na ACS propagou a noção de *early detection*, partindo da ideia central de que os médicos podiam tratar e curar o câncer se descoberto em sua fase inicial. A mensagem *early detection* colocava sobre a observação do corpo a chave do rápido diagnóstico. Às mulheres cabia estar vigilante sobre o próprio corpo e, ao menor sintoma de câncer, buscar os consultórios médicos para serem examinadas por profissionais. O *early detection* propunha uma mudança no comportamento das mulheres. A campanha destinava-se a propagar os princípios da detecção precoce para o público feminino e assim conscientizá-las da importância do tempo para a eficácia do tratamento. Esse discurso criava duas imagens de mulheres: a sábia e a insensata.¹⁵⁶ A primeira era aquela que identificava os sinais da doença, buscava o especialista e recebia o tratamento adequado, ficando livre da doença. A insensata, ao contrário, ignorava os sinais iniciais da doença, buscava o tratamento tardiamente de forma que este já não garantia a cura do câncer e a sobrevivência da paciente. Nos dois sentidos, a mensagem de *early detection* transmitia para as pacientes a responsabilidade do cuidado com a própria saúde, colocando sobre as mulheres o peso de identificar a doença e tratá-la de forma rápida.

¹⁵⁵ GARDNER, Kirsten E. *Early Detection: Women, Câncer & Awareness campaigns in the twentieth-century United States*. op. cit., p. 19.

¹⁵⁶ *Ibidem.*, p. 104.

Ao pensar acerca da mensagem transmitida e seus resultados, a autora aponta para uma característica marcante dessas campanhas. Elas tiveram alcance restrito no público feminino. Foram elaboradas por/e direcionadas a um grupo específico de mulheres: brancas e pertencentes à classe média e alta. Ao enfatizar a busca por atendimento médico, tal mensagem não considera as dificuldades de acesso aos serviços de saúde enfrentados pela população mais pobre como o alto custo das consultas. Assim como não discute as dificuldades que as mulheres pudessem ter em identificar os tumores de pequeno tamanho nos seios. Para Gardner,

In the late 1940s and early 1950s, female educators articulated concerns about cancers peculiar to their sex, but many failed to recognize how the categories of race, class, and gender shaped their education and research agendas. Clearly, these education programs, which were meant to teach all women about breast cancer and reproductive cancers, lacked cultural specificity and ignored the unequal access to health care in a system based on privatized medicine.¹⁵⁷

Estas campanhas educativas tinham o objetivo de conscientizar as mulheres a respeito dos cânceres femininos, mama e colo do útero, de maneira que essa ação estaria na base de sustentação do plano de controle das doenças. Para a autora, as mulheres envolvidas na divulgação da campanha alcançaram seus objetivos, visto que direcionaram suas mensagens a um público específico de mulheres que compartilhavam do mesmo status social. Nesta análise, não percebemos o alcance dessas campanhas no público feminino de classe mais baixa. Não colocamos esta questão no trabalho presente, contudo é perceptível que a linguagem e a mensagem apresentadas no exemplo das campanhas da ACS eram restritas e não chegavam a todas as mulheres, de modo que podemos imaginar que, neste caso, as mulheres de baixa renda não tiveram tantas informações sobre as doenças do próprio sexo ou que conseguiram estas informações por outro método.

A discussão sobre as campanhas educativas promovidas pela ACS e o foco no diagnóstico precoce da doença também foi analisado por Aronowitz. A análise do autor

¹⁵⁷ Ibidem., p. 131. “No final da década de 1940 e início da década de 1950, educadoras femininas articularam preocupações sobre cânceres peculiares ao seu sexo, mas muitas não conseguiram reconhecer como as categorias de raça, classe e gênero formavam suas agendas de educação e pesquisa. Evidentemente, esses programas de educação, destinados a ensinar a todas as mulheres sobre o câncer de mama e os cânceres reprodutivos, carecem de especificidade cultural e ignoram o acesso desigual aos cuidados de saúde em um sistema baseado na medicina privatizada.” [Tradução livre]

sugere que a guerra contra o câncer de mama foi também uma guerra contra o tempo.¹⁵⁸ A relação entre tempo e câncer abrangia, contudo, dois aspectos principais: um médico e outro social. Em seu sentido social e cultural, a relação entre tempo e câncer significava encontrar as mulheres com câncer de mama em seu estágio inicial, de acordo com a história individual da paciente. No sentido do conhecimento médico, a ligação entre tempo e câncer dizia respeito a conhecer melhor as fases da história natural da doença para, a partir deste conhecimento, apontar interferências eficazes sobre o desenvolvimento do câncer.¹⁵⁹ Em ambos os casos, a noção de tempo tinha importância fundamental. A ação sobre a doença precisava acontecer em sua fase inicial e os resultados dependiam desse fator.

À medida que a cirurgia de Halsted tornou-se o tratamento padrão para o câncer de mama, campanhas educativas foram elaboradas com o intuito de reforçar a eficácia do método, no entanto, ressaltava-se o fator tempo. Pois, a eficácia da cirurgia radical estava diretamente relacionada ao momento em que era diagnosticado o câncer. Quanto mais cedo o diagnóstico, mais chances de cura e de sobrevivência. O tempo, nesse sentido, era o principal aliado ou inimigo das mulheres com câncer de mama e era esse o foco principal da mensagem transmitida pelas campanhas educativas. Era principalmente contra o tempo que os médicos precisavam lutar.

A mensagem *do not delay* pautava sobre o comportamento individual a responsabilidade de ter o tempo como aliado. Nessa mensagem os médicos transmitiam a ideia de que ao menor sinal ou sintoma de câncer, as mulheres deveriam buscar ajuda médica para realizar o diagnóstico. A ação de “não demorar ou não se atrasar” era a principal responsável para que o tratamento fosse feito no momento correto. Mais uma vez a responsabilização do indivíduo sobre o cuidado com a própria saúde, a vigilância sobre o corpo e sobre alterações do estado “normal” de si aparece como um modelo de comportamento exigido ou desejado para o sucesso das medidas de controle do câncer, especificamente do câncer de mama. O atraso, no entanto, também não podia acontecer por parte do médico. Por esse lado, ao receber a paciente e identificar o menor sinal de câncer, deveria proceder com o tratamento, ou seja, a cirurgia radical. É possível

¹⁵⁸ ARONOWITZ, Robert A. “Do Not Delay: The War Against Time”. In: *Unnatural History. Breast Cancer and American Society*. op. cit.

¹⁵⁹ ARONOWITZ, Robert A. “Do not delay: breast cancer and time, 1900-1970”. *Milbank Quarterly*, vol. 79. num. 3, 2001.

perceber que esta assertiva gerou a multiplicação das cirurgias de mastectomia, mesmo em casos não comprovados como câncer. Veremos este aspecto em momento posterior.

A mensagem *do not delay* manteve-se como central nas campanhas, entretanto, a partir dos anos 1960, essa mensagem será ressignificada. Assim, com o melhoramento dos métodos de rastreio e diagnóstico, nas décadas de 1960 e 1970, as mulheres são convidadas a “não se atrasar” para a realização da mamografia.¹⁶⁰ Com o novo sentido, a responsabilização das mulheres não foi diminuída. A partir da expansão da mamografia, as mulheres foram responsabilizadas sob dois aspectos. Em primeiro lugar, precisavam estar vigilantes sobre sinais ou sintomas de câncer, mas também ser conscientes da necessidade de realizar a mamografia anualmente. Cabia, às mulheres, o conhecimento sobre o próprio corpo, a identificação de sinais iniciais e, além disso, incluir na sua rotina o exame das mamas. Mais uma vez percebemos como as campanhas tendem a agir sobre a mudança de comportamento dos indivíduos com a finalidade de criar uma conduta de “não atraso”. A ideia da “não demora” agora partia do pressuposto que também para obter bons resultados com a mamografia o tempo continuava a ser uma variável indispensável. Veremos como a partir da introdução dessa técnica de rastreio e diagnóstico a ideia de detectar precocemente o câncer de mama ganhou novos elementos.

¹⁶⁰ Ibidem., p. 356.

3.2 Rastreamento o câncer: veja-o antes de senti-lo.

“Cancer”—cancer is always invasive.

“Mass screening” [dépistage de masse]—a highly inefficient method, especially if one takes in to account its cost/benefit ratio. Was fashionable for a longtime. Is still fashionable among backward people.

“Early” [in English in the original]—an English term that, contrary to what one might think, does not mean “early in time” [précoce].¹⁶¹

Para David Armstrong, uma mudança ocorrida no campo da medicina no início do século XX colocou em cena um novo modelo de medicina pautado na vigilância dos indivíduos. Seria, nas palavras do autor, a ascensão da “medicina de vigilância”.¹⁶² Nesse sentido, a medicina vigilante extrapola o espaço do hospital e se insere no cotidiano da população. Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma explosão de programas de *screening* com a intenção de monitorar os indivíduos. A ideia que sustenta esses programas é que “todo são normais, mas ninguém é verdadeiramente saudável”.¹⁶³ E dessa maneira os programas de *screening* buscavam detectar doenças antes que essas apresentassem sinais clínicos. Quanto mais cedo fosse feito o diagnóstico – na história natural da doença –, mais chances de sucesso no tratamento. A metodologia adotada nos programas de *screening* supõe a participação voluntária dos pacientes que se submetem conscientemente ao rastreio. Para conquistar a adesão voluntária dos pacientes e contornar a resistência oferecida por muitos, as campanhas

¹⁶¹ LOWY, Ilana. The generalization of screening. op. cit., p. 163.

“Câncer” é sempre invasivo.

“Rastreio em massa” – um método altamente ineficiente, especialmente se leva em conta o custo/benefício do rastreio. Esteve na moda por um longo tempo. Ainda está na moda entre as pessoas atrasadas.

“Cedo” [em inglês no original] – um termo inglês que, ao contrário do que muitos pensam, não significa no “início do tempo”. Tradução livre.

¹⁶² ARMSTRONG, David. The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of Health & Illness*. vol. 17. num. 3. 1995.

¹⁶³ *Ibidem*, p. 397.

educativas exerceram papel fundamental na conscientização da importância do rastreio. Reforçando que, para tal, as campanhas responsabilizaram os próprios pacientes por promover o cuidado com sua saúde, a responsabilidade pela “vigilância” foi dada aos indivíduos, que deveriam estar atentos aos exames de rastreio e às condutas de risco – causadoras – de doenças.¹⁶⁴

Nesse contexto de vigilância do cotidiano, as mulheres foram os principais alvos das campanhas de rastreio no século XX.¹⁶⁵ Para nosso estudo, perceberemos como isso foi aplicado aos cânceres femininos. Assim como estudado por Armstrong, Lowy aponta para a institucionalização do *screening* como uma forma de intervenção de saúde pública nos anos pós-guerra. A autora diferencia as noções de “early detection” e exames de *screening*. A noção de diagnóstico precoce pautava-se principalmente na observação de sinais e sintomas iniciais e na busca imediata do diagnóstico médico. Os exames de rastreios se diferenciaram por buscar a doença em pessoas assintomáticas, antes de qualquer aviso de sua existência. A primeira já constava nas campanhas educativas da ASCC desde o início da década de 1910. Já o desenvolvimento dos programas de rastreio em massa ganhou maior proporção com o final da Segunda Guerra Mundial e foi aplicado primeiramente ao câncer de colo uterino.

Os ginecologistas perceberam cada vez mais que sinais como sangramentos já indicavam um câncer de útero em fase avançada, dificultando muitas vezes o tratamento e a cura da doença. A concepção de prevenção dividida em primária – aquela que previne o aparecimento da doença, visando a eliminação das causas do adoecimento – e prevenção secundária como sendo as ações que buscam identificar e tratar a doença precocemente, modelo que, segundo Lowy, foi adotado e difundido nos Estados Unidos¹⁶⁶, pautou-se principalmente na adoção de uma rotina de exames: o *screening*. Nesse sentido, a necessidade de um diagnóstico precoce e, principalmente, antes da observação de sinais clínicos, teve como consequência o desenvolvimento de uma rotina de exames pela qual fosse possível rastrear o aparecimento da doença. Para tal, o desenvolvimento do exame de Papanicolaou colaborou com a aceleração da propagação e aceitação da noção de diagnóstico precoce para o câncer de colo uterino, assim como o melhoramento da técnica o estabeleceu como a melhor ferramenta para um grande

¹⁶⁴ Ibidem, p. 399.

¹⁶⁵ LOWY, Ilana. The generalization of screening. op. cit., p. 155.

¹⁶⁶ Ibidem, p. 125.

programa de rastreio deste tipo de câncer. Uma das principais questões levantadas pelo exame do Papanicolaou era poder identificar quais lesões evoluiriam de fato para o câncer.¹⁶⁷ O debate centrava-se na malignidade das lesões encontradas. Conforme a autora, essa questão não foi durante muito tempo solucionada, seguindo o exame sem o estabelecimento de um padrão universal. Contudo, tal ausência de padronização não dificultou a institucionalização do *screening* para o câncer de colo do útero, se tornando o Papanicolaou o exemplo de sucesso dos exames de rastreio. O sucesso obtido no rastreio do câncer de colo uterino justificou a adoção dessa prática para outros tumores. Considerando que nem todos os tipos de cânceres seriam passíveis de rastreio, principalmente aqueles localizados em órgãos internos, a extensão do rastreio se deu inicialmente para o câncer de mama.

A partir dos anos 1960 cresceu o esforço médico em detectar o câncer de mama através da tecnologia radiológica.¹⁶⁸ A difusão da mensagem “*do not delay*” ou “*early detection*”, baseada no autoexame, mostrou-se insuficiente para o controle da doença e mesmo para promover a cura das pacientes. Tornou-se necessário criar um programa de *screening* semelhante ao adotado para o câncer de colo uterino, e o desenvolvimento da mamografia no final dos anos 1960 colocou em cena a ferramenta necessária para esse programa.

Ao analisar quando e como a mamografia se torna o exame por excelência para o diagnóstico do câncer de mama, Lerner destaca como a construção da eficácia da mamografia se deu ao longo do tempo e foi fruto da ação de atores históricos e de negociações entre atores e instituições. Com o processo de difusão, a mamografia foi alvo de controvérsias. Por um lado, seus entusiastas defendiam os benefícios do exame argumentando que se tornava possível identificar tumores muito pequenos e mais sensíveis ao tratamento e a cura. Em contrapartida, os críticos da técnica questionavam os resultados da mamografia para mulheres com menos de 50 anos e, nesse caso, o exame poderia ser mais prejudicial do que benéfico.

O debate em torno da mamografia se deu sobre a vantagem que o exame poderia proporcionar para o diagnóstico da doença em sua fase inicial. Mais uma vez, vemos

¹⁶⁷ Ibidem, p. 128.

¹⁶⁸ LOWY, Ilana. The generalization of screening. op. cit., p. 145.

que o tempo é o fator determinante que os médicos buscam controlar, e isso se faria com base no diagnóstico precoce, agora auxiliado pela mamografia. Com a continuidade do aumento da mortalidade por câncer de mama, o governo norte-americano empenha-se na guerra contra a doença, onde a mamografia foi a sua mais poderosa arma. Conscientes dos resultados proporcionados pelo exame de Papanicolaou na redução da mortalidade por câncer de colo do útero, a ACS e o Instituto Nacional de Câncer – NCI- lançam, em 1971, um grande programa de mamografia para rastreio do câncer de mama – Breast Cancer Detection Demonstration Project (BCDDP). A eficácia e relevância desse programa poderiam ser analisadas através do conceito *lead-time bias* que, segundo o autor, significa o espaço/diferença de tempo entre o diagnóstico feito através do rastreio e aquele que seria feito através do diagnóstico clínico.¹⁶⁹ Neste sentido, cabia aos defensores da mamografia e do programa de rastreio demonstrar que este intervalo de tempo entre as duas formas de diagnóstico era crucial para o tratamento mais eficaz e a cura da paciente. Para encarar este desafio, os advogados da mamografia e dos programas de rastreio precisavam lutar contra o ceticismo dos próprios cirurgiões. Ao receber os resultados das mamografias com a presença de pequenos tumores não identificados no exame clínico, alguns cirurgiões recusavam-se a operá-los. Para eles, o tumor só estaria ali se pudessem apalpá-lo.¹⁷⁰ A mamografia e suas imagens ainda geravam sensação de desconfiança dentro do meio médico.

A favor da nova técnica, os adeptos da mamografia podiam apontar duas vantagens. Primeiramente, o câncer de mama descoberto em sua fase inicial era, de acordo com eles, curável. Esse já era um discurso recorrente nas campanhas educativas. Em segundo lugar, quanto menor o tamanho do tumor diagnosticado, menor e menos agressiva se tornava a intervenção cirúrgica. Os dois aspectos agradavam o público feminino. A possibilidade de cura e, talvez mais importante, a chance de menor mutilação dava as mulheres a esperança desejada. Tal situação fez com que, entre os anos 1960 e 1970, os radiologistas fossem vistos como “heróis” pelas mulheres e a mamografia tida como um poder mágico.¹⁷¹ Por outro lado, seus críticos não descansavam na contestação dos benefícios da técnica. A questão voltava sempre aos ganhos que a mamografia podia trazer as mulheres mais jovens e, para eles, o rastreio

¹⁶⁹ Ibidem., p. 203.

¹⁷⁰ LERNER, Barron H. “To see today with the eyes of tomorrow”: a history of screening mammography. op. cit. p. 4.

¹⁷¹ Ibidem.

mamográfico podia causar mais cânceres – devido à radiação - do que de fato ajudar a curar. Modelos diferentes foram adotados na Europa e nos Estados Unidos. Na França, optou-se por estabelecer a idade mínima de 50 anos para o início do rastreio, já nos EUA, o rastreio foi adotado em mulheres a partir dos 40 anos.¹⁷²

A discussão entre defensores e críticos da mamografia, de acordo com o autor, aponta para o processo de negociação da inserção de uma tecnologia científica no meio médico e social. Como fruto de uma negociação, essa inserção nem sempre se faz de modo linear.¹⁷³ O exemplo da mamografia apresenta o fato de que não somente a médicos e mulheres interessava essa nova tecnologia, mas o debate envolveu a especialização de um novo grupo de profissionais - os radiologistas; assim como colocou em evidência o peso da indústria farmacêutica, pois era desse segmento que surgia os equipamentos mais atualizados e toda uma gama de aparatos materiais para a institucionalização do exame. As décadas de 1960 e 1970 apresentaram um cenário mais favorável para a incorporação da mamografia. Neste período as campanhas promovidas pela ACS já tinham conseguido modificar, em alguns aspectos, o imaginário das mulheres com relação ao câncer de mama. Com o foco na promoção da ideia de cura da doença, as campanhas optaram por um viés mais positivo na abordagem do câncer. Dessa forma, o diagnóstico precoce promovido com o auxílio da mamografia só colaborava para a efetivação da melhoria das condições de cura. É a partir dessa imagem mais positiva que a mamografia consegue se fixar como método de diagnóstico de maneira tal que sai do *status* de auxiliar e se torna o método por excelência.¹⁷⁴

A discussão sobre a relevância da mamografia para o diagnóstico e o tratamento do câncer, a vantagem desse método em função do exame clínico tradicional expõe mais uma vez o drama que envolve o câncer de mama e o tempo, como também a responsabilidade dada aos pacientes sobre o cuidado de si. Se antes era necessário vigiar a si e ser ágil na busca por auxílio médico, a introdução da mamografia não modificava em muito esse ônus. Colocava-se, agora, sobre a paciente, a rotina do exame “preventivo”. Outro ponto que merece atenção é o que a espera pelo resultado e o questionamento sobre “o que fazer com um resultado positivo” causa no psicológico das

¹⁷² LOWY, Ilana. The generalization of screening. op. cit., p. 147.

¹⁷³ Ibidem., p. 1.

¹⁷⁴ Ibidem., p. 6.

mulheres submetidas aos exames de rastreio.¹⁷⁵ Ansiedade e neurose são transtornos psicológicos associados a esse tipo de situação e devem ser incluídos na discussão sobre os custos da medicina vigilante. Para Lowy, a atitude com relação ao autoexame e a mamografia se assemelham na medida em que dão continuidade a uma prática de responsabilização e convencimento das mulheres de que o diagnóstico precoce é condição primária para a cura, assim como a responsabilidade por este diagnóstico é das próprias mulheres.¹⁷⁶ Vale ressaltar que, à medida que a responsabilidade sobre o cuidado da saúde é transferida para as pacientes, diminui, por outro lado, a responsabilidade do Estado com relação ao processo de adoecimento. Com a disponibilidade de novas tecnologias de diagnóstico e serviços de atendimento, o Estado colocava sobre as pacientes a “escolha” pela procura ou não procura dos métodos de “prevenção” considerando, também, que sobre elas recairiam as consequências.

¹⁷⁵ LOWY, Ilana. The generalization of screening. op. cit.

¹⁷⁶ Ibidem, p. 149.

3.3 Remova-o antes que seja tarde: a mastectomia como cura.

Devemos lembrar que o debate em torno da relação entre diagnóstico precoce e tempo culmina na discussão central sobre o câncer de mama: a prevalência da cirurgia radical como método padronizado e prevalente de tratamento. Quando a noção de prevenção se transmutou na ideia de diagnóstico precoce, a importância da detecção precoce, do “quanto antes melhor”, remete ao fato de que, quanto antes descoberto o câncer na mama, quanto antes dar-se-ia a intervenção cirúrgica. E é por este fato que a variável do tempo se faz tão relevante. Para os médicos, a cirurgia seria mais eficaz se feita em tumores de menor tamanho e, principalmente, antes que o câncer tivesse apresentado metástase. Gardner salienta que o excesso de foco sobre o diagnóstico precoce desviava a atenção do público feminino dos debates existentes sobre os tratamentos disponíveis¹⁷⁷, inclusive sobre os abusos cirúrgicos cometidos em nome da possibilidade de cura. Ao menor sinal de câncer, mesmo naqueles não comprovados, os cirurgiões tendiam a realizar a mastectomia, fosse com o intuito de prevenir ou de curar.

O fato de um pequeno caroço identificado no exame clínico ou mesmo pela mamografia ser rapidamente encaminhado para a cirurgia radical aponta para o sexismo presente na intervenção médica sobre o corpo feminino. De acordo com Lerner, na década de 1980, nos Estados Unidos, cerca de 14.000 mastectomias “preventivas” tinham sido realizadas.¹⁷⁸ Para os críticos dos excessos cirúrgicos cometidos com base no diagnóstico precoce, essa relação não se dá, por exemplo, nos casos de câncer dos testículos. Seria inconcebível a prática corriqueira de remoção “preventiva” de órgãos tão ligados à identidade masculina.¹⁷⁹

A diferenciação no teor das ações direcionadas aos cânceres femininos e masculinos nos propicia a seguinte indagação: por que os médicos sentem-se tão à vontade para realizar cirurgias de grande extensão no corpo feminino, como é o caso da mastectomia radical, de forma irrestrita? O estudo da historiadora Ana Paula Vosne nos permite vislumbrar como se deu a conformação do poder médico sobre o corpo

¹⁷⁷ GARDNER, Kirsten E. *Early Detection: Women, Câncer & Awareness campaigns in the twentieth-century United States*. op. cit., p. 133.

¹⁷⁸ LERNER, Barron H. *The Breast Cancer Wars: Fear, Hope, and the pursuit of a cure in Twentieth-Century America*. op. cit., p. 201.

¹⁷⁹ *Ibidem*, p. 202.

feminino. A partir da análise da construção de duas especialidades médicas, a ginecologia e a obstetrícia, a autora buscou compreender o importância da medicina na elaboração de um pensamento misógino ao longo do século XIX. Percebemos que o corpo feminino tornou-se uma “peça” de estudo para o saber médico, em sua maioria, constituído por homens brancos e pertencentes à elite, através do qual era possível analisar e intervir. Os excessos cirúrgicos cometidos em nome da cura foram alvos de debates com tom abertamente político. A autora aponta que boa parte das denúncias feitas contra o abuso médico sobre as mulheres partiu, em muitos casos, de mulheres médicas.¹⁸⁰ Partindo dessa afirmativa podemos inferir a importância da presença feminina na área da medicina como oposição a práticas sexistas e machistas com relação à saúde da mulher.

Ao longo do século XX, pesquisas médicas analisaram o tempo de sobrevivência de pacientes mastectomizadas e comparavam esses números ao grupo de pacientes tratadas com a cirurgia mais conservadora e/ou com radioterapia e quimioterapia. Esses estudos demonstraram que o tempo de sobrevivência entre os dois grupos era muito semelhante, questionando dessa maneira a real eficácia da mastectomia radical em “curar” o câncer. Tais questionamentos permearam os debates dentro do próprio campo da cancerologia, onde os médicos buscaram cada vez mais poupar as pacientes do sofrimento das mutilações. No entanto, como salienta Yalom, foi principalmente da década de 1970, com a pressão do movimento de mulheres, pacientes e médicos não adeptos da cirurgia radical que esse procedimento foi cada vez mais questionado e formas menos agressivas de cirurgias ganharam espaço no tratamento contra o câncer de mama.¹⁸¹

A continuidade da mastectomia radical como principal método terapêutico para o câncer de mama é questionada em muitas publicações médicas. Citaremos como exemplo o artigo *Câncer na mama* de 1979, do médico e professor do Departamento de Cirurgia da UFC, Cleson Aquino. Ao discutir o processo de evolução do método cirúrgico, o autor compara o modelo radical aplicado no final do século XIX e sua modificação em direção a métodos mais conservadores durante o século XX. Para legitimar seu argumento a favor das cirurgias menos extensas, o autor cita uma pesquisa norte-americana desenvolvida em 1971. Nesta pesquisa, a observação do tratamento

¹⁸⁰ VOSNE, Ana Paula. *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

¹⁸¹ YALOM, Marilyn. *História do Seio*. Lisboa: Editora Teorema, 1997. p. 272.

aplicado em 1700 pacientes demonstrou que aquelas submetidas à mastectomias radicais e aquelas tratadas com mastectomia simples e radioterapia evoluíram igualmente.¹⁸² Partindo dessa constatação, o uso excessivo de cirurgias extensas não se justifica. Aquino aponta ainda que “os cancerologistas relutam em aceitar operações mais econômicas no tratamento do câncer de mama por acharem que não erradicam a doença [...]”¹⁸³, e seguem demonstrando como as modificações feitas no método cirúrgico trouxe opções menos mutiladoras para as mulheres, tornando menos doloroso um diagnóstico de câncer de mama.

Como um dos principais motivos de resistência em buscar o consultório médico se devia ao fato das mulheres temerem à cirurgia, percebemos através dos jornais que as falas dos médicos direcionadas ao público feminino mesclavam tons de alarme – referindo-se a grande incidência da doença - ao mesmo tempo em que tentava tranquilizar as pacientes quanto ao procedimento cirúrgico, ressaltando que o diagnóstico precoce do tumor reduz a necessidade da operação ou permite que esta seja menos agressiva. Desse modo, novos métodos cirúrgicos eram apresentados como importante progresso na área do câncer e que permitiria reduzir o sofrimento das pacientes. O jornal O Povo de 1978 traz a reportagem *Método brasileiro de extração do câncer de mama mostrado nos EUA*¹⁸⁴, apontando que os médicos norte-americanos estavam interessados na cirurgia estética desenvolvida no Brasil. Segundo o jornal, os médicos informavam que o tempo de espera entre a remoção do tumor e a cirurgia reconstrutora da mama causava transtornos psicológicos nas pacientes, ocasionando surtos depressivos. Para diminuir as consequências impostas pela doença, crescia o interesse médico e social em promover a cirurgia plástica concomitante à mastectomia.

O diálogo entre a medicina brasileira e a internacional, principalmente dos EUA, é retomado ao citar a mudança do pensamento norte-americano com relação à mastectomia radical como principal tratamento para o câncer de mama. Assim, na matéria *Câncer de mama: todo cuidado é pouco*, o debate sobre o tratamento do câncer de mama é assim descrito,

¹⁸² Aquino, Cleson. Câncer na mama. Revista de Medicina da Universidade Federal do Ceará. vol. 19. num. 1-2. Fortaleza, 1979.

¹⁸³ Ibidem, p. 92.

¹⁸⁴ *Método brasileiro de extração do câncer de mama mostrado nos EUA*. Jornal O Povo, 24-05-1978. [Consulta feita através do acervo de microfilme da Biblioteca Pública Governador Menezes Pimentel. Imagem não disponível]

Até o início da década de 70, nos Estados Unidos, os especialistas concordavam que o único tratamento adequado para o câncer de mama, independentemente do seu tamanho, localização ou características, era a mastectomia radical. **Hoje em dia há mais cuidado.**¹⁸⁵ [Grifos nossos]

A mudança do conhecimento médico quanto à mastectomia radical é um questionamento que se fez presente sempre que os médicos abordaram o câncer de mama, mesmo que de forma indireta. A preocupação em demonstrar que a cirurgia não é necessária em todos os casos ou que, pelo menos em alguns, ela pode ser menos extensa e mutiladora, é a tônica da fala que buscou encorajar as mulheres a observar o próprio corpo e identificar sinais precoces do câncer.

O debate em torno da mastectomia é um bom exemplo do intercruzamento entre as esferas da ciência e da sociedade. É evidente que a cirurgia radical se tornou obsoleta na medida em que novos e melhores tratamentos foram descobertos, contudo, é necessário perceber a relevância que a pressão social teve sob esse processo. Oriundas principalmente dos movimentos de mulheres e de mulheres médicas, as críticas aos excessos em nome da cura foram fundamentais para que essa prática fosse questionada dentro e fora do campo da medicina.

¹⁸⁵ *Câncer de mama: todo cuidado é pouco.* Jornal O Diário do Nordeste, 05-10-1982.

3.4 Câncer de mama: uma preocupação a mais para a mulher cearense

No capítulo anterior percebemos como as estatísticas e os estudos epidemiológicos foram importantes no estabelecimento do câncer como uma preocupação da saúde pública brasileira. Os números representaram a incidência da doença na população e foram, dessa forma, utilizados como argumento para o desenvolvimento das ações de controle. As publicações oriundas dos Registros de Câncer apresentaram um cenário em que, por volta dos anos 1970 e 1980, o câncer de colo uterino registrava uma diminuição na incidência, provavelmente como resultado dos programas de prevenção¹⁸⁶ e, em contrapartida, as taxas do câncer de mama apresentavam crescimento.

O crescimento da incidência do câncer de mama em países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, foi analisado pelo médico José Aristodemo Pinotti no artigo *Programa de Controle do Câncer da Mama em Países em Desenvolvimento*. A partir de dados epidemiológicos que demonstram o aumento da mortalidade por câncer de mama nos países do Terceiro Mundo e a inexistência de ações de controle, o médico afirma,

Nos países em desenvolvimento, existem dois importantes conceitos errôneos com relação ao câncer de mama: o primeiro é o de supor que este não é um problema de saúde pública de relevância e, o segundo, é pensar que para resolver este problema é necessário recorrer a uma tecnologia sofisticada e dispendiosa.¹⁸⁷

Diante dessa constatação o médico propõe a elaboração de programas de controle adequados à realidade destes países. Para tal, o controle da doença seria baseado na noção de diagnóstico precoce. As técnicas diagnósticas são, então, classificadas em dois tipos: as *clínicas* – exame clínico e autoexame –; e as *instrumentais* – mamografia. O rastreamento mamográfico ao exigir “tecnologia dispendiosa e especialistas altamente treinados”¹⁸⁸ tornava-se inacessível para a maioria desses

¹⁸⁶ VERONESI, Umberto. Câncer de mama. São Paulo: Ícone, 1992.

¹⁸⁷ Ibidem, p. 14.

¹⁸⁸ Ibidem, p. 18.

países. Nesse sentido, o programa de controle do câncer de mama nos países em desenvolvimento deveria ser pautado principalmente no diagnóstico precoce através das técnicas clínicas. A prática regular do autoexame pela própria mulher e o exame clínico, feito de modo rotineiro, poderia colaborar para a diminuição das taxas de mortalidade por esta doença.

Ao analisar a incidência do câncer na população feminina brasileira em 1986, Gulnar Azevedo informa que as taxas do câncer de colo do útero registradas em Recife e Belém foram as mais altas do mundo, enquanto os dados do câncer de mama em São Paulo e Fortaleza assemelham-se com os números encontrados em países da Europa e nos Estados Unidos.¹⁸⁹ Levando em consideração as características epidemiológicas do câncer de mama vistas anteriormente, o alto índice de incidência da doença em Fortaleza chamou a atenção da autora. A proximidade entre os índices do câncer de colo uterino e do câncer de mama na cidade apontaram para uma situação de “transição” em que o câncer de mama começa a se desenhar como o tipo de câncer que mais afeta as mulheres. Avaliando os programas destinados ao controle dos cânceres femininos a autora ressalva,

Concomitante aos programas de “screening” para o câncer de colo uterino, atenção deve ser dada ao câncer de mama. Ilustra bem o quadro brasileiro, a situação de Fortaleza, em que a ocorrência destes dois tipos de câncer apresenta taxas quase que similares mesmo em se tratando de uma capital em região caracteristicamente carente.¹⁹⁰

A cidade de Fortaleza, com características sociais e econômicas mais “favoráveis” a incidência do câncer de colo uterino, apresenta uma situação de ambiguidade na medida em que também cresce o número de casos de câncer de mama. A realidade apresentada por Gulnar será constantemente reiterada por médicos e diretores dos serviços de câncer cearenses. Em algumas notícias de jornais é possível perceber como esse cenário “ambíguo” se apresenta ainda inexplicável e como um desafio para os médicos cearenses em controlar a doença. Os números do câncer de mama foram propagados nas falas direcionadas ao público feminino com a intenção de alertar as mulheres sobre a importância do diagnóstico precoce, sendo este considerado

¹⁸⁹ SILVA E MENDONÇA, Gulnar Azevedo. Câncer na população feminina brasileira. Revista de Saúde Pública. vol. 27. num. 1. Rio de Janeiro, 1993.

¹⁹⁰ Ibidem, p. 74.

o único caminho para prevenir a doença. A realidade brasileira, e mais especificamente o contexto socioeconômico de Fortaleza, adequava-se ao perfil apresentado por Pinotti sobre a necessidade de programas de controle do câncer de mama de fácil implantação e baixo custo para os governos. O diagnóstico precoce através das técnicas clínicas foi a alternativa adequada para o cenário cearense. Diante desse modelo, a responsabilização da mulher sobre a vigilância da própria saúde foi propagada a partir da ideia de que o diagnóstico precoce era a chave para o sucesso do tratamento. A praticidade e baixo custo do autoexame incumbia às mulheres o dever de realizá-lo.

Na matéria *Auto-Apalpação: melhor maneira de prevenir o câncer de mama*, o médico Henrique Brenelli em visita a Fortaleza, para proferir a palestra “Mamografia inserida no programa de controle do câncer”, fala sobre a incidência da doença no país. Comparando as regiões Nordeste e Sul, o médico aponta,

No Nordeste, o índice do câncer de mama em relação aos outros tipos de cânceres ginecológicos (útero e ovário) é bem menor do que no Sul do país que apresenta uma estatística de 45 por cento. Uma das explicações para o fenômeno seria o fato dos casamentos das mulheres nordestinas acontecerem geralmente antes dos 25 anos. A mulher que teve uma gravidez antes dessa idade ganha uma boa dose de imunização contra o câncer de mama.¹⁹¹

Na fala do médico, o câncer de mama na região do Nordeste ainda não aparece como uma grande preocupação se comparado às estatísticas dos demais tipos de câncer. O fato das mulheres nordestinas, segundo o médico, casarem-se mais cedo e engravidarem ainda jovens era um fator positivo na prevenção do aparecimento da doença. Tal situação não ocorria na região Sul que, conforme disse na mesma matéria, “possui características da sociedade tecnológica americana”. Aqui, as duas regiões aparecem em contraste devido às condições de desenvolvimento socioeconômico, fato que explica a diferença de incidência do câncer mamário. Quanto ao tema da palestra, o médico informa que a prevenção desse tipo de câncer ainda estava começando no Brasil. Dentro desse quadro, a auto-apalpação ainda aparece como principal ferramenta

¹⁹¹ *Auto-apalpação: melhor maneira de prevenir o câncer de mama*. Jornal O Povo. 01-12-1977. [Consulta feita através do acervo de microfilme da Biblioteca Pública Governador Menezes Pimentel. Imagem não disponível]

disponível para as mulheres brasileiras, considerando sua praticidade e ausência de custo.

O cenário da incidência do câncer de mama no Nordeste, no Ceará especificamente, sofreu mudanças entre o final da década de 1970 e o início de 1980, a partir do que observamos pelas falas médicas nos jornais e os números apresentados.

O tom de alarde utilizado na matéria *Câncer atinge índices alarmantes no Ceará* coloca os números de incidência da doença em um novo patamar no estado. Alertando para o aumento da mortalidade pelo câncer no país, o médico e diretor do IPCC, Pedro Wilson Leitão, chama atenção para o fato de que Fortaleza se destaca como uma das capitais mais afetadas pelo câncer, sendo as mulheres as maiores vítimas. Segundo o médico,

Em Fortaleza, a incidência de câncer está aumentando e as mulheres são as mais atingidas, e o que é pior, quando são mais novas [...]. **Um fato que vem chamando a atenção de todos os estudiosos na área do câncer é a alta incidência do câncer de mama em Fortaleza.** Esta característica é de centros mais desenvolvidos e industrializados. Para se ter uma ideia da seriedade da incidência, o número de casos em Fortaleza em determinada faixa etária, é discretamente menor que as taxas de mulheres do mesmo grupo etário da Inglaterra. **O dado é resultado de uma pesquisa do Instituto do Câncer, que fornece dados para médicos ingleses que estão estudando o fenômeno.**¹⁹² [Grifos nossos]

A pesquisa citada na reportagem trata-se de um convênio entre o Registro de Câncer do Ceará e a Universidade de Oxford. Intitulada “Estudo de casos e controle sobre câncer mamário” teve o apoio financeiro do “Imperial Cancer Research Fund” além de contar com a participação do pesquisador Richard Doll, responsável pela constatação da relação entre tabagismo e câncer de pulmão¹⁹³, a pesquisa tinha como objetivo esclarecer os determinantes da grande incidência do câncer de mama no Nordeste.¹⁹⁴ Além desse fragmento no jornal, a pesquisa também foi citada na dissertação do médico Marcelo Gurgel, *Câncer em Fortaleza*.¹⁹⁵ A comparação da

¹⁹² *Câncer atinge índices alarmantes no Ceará*. Jornal O Diário do Nordeste. 18-10-1982.

¹⁹³ DOLL, Richard., HILL, AB. Smoking and Carcinoma of the Lung: preliminary report. British Medical Journal. num 30. Setembro de 1950.

¹⁹⁴ DA SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Instituto do Câncer do Ceará: 70 anos de conquista. Fortaleza: Edição do Autor, 2015.

¹⁹⁵ Idem. Câncer em Fortaleza: morbidade e mortalidade no período de 1978-1980. op.cit.

incidência do câncer de mama em Fortaleza com os casos da Inglaterra retrata a expressividade que os médicos buscavam dar a presença da doença na cidade. A matéria ocupa uma página inteira, o diretor do Instituto segue apresentando os fatores de risco para a doença, assim como ressalta a importância do diagnóstico precoce através do autoexame e de consultas médicas anuais.

Ao abordar os aspectos dos tratamentos disponíveis e as conquistas nesse campo, a matéria conclui,

A batalha continua com o progresso. É como se o câncer fosse uma condição imposta pelo progresso e através do mesmo deverão ser descobertos meios de cura. Ainda são muitas as indagações sobre o câncer, suas causas e tratamentos [...].¹⁹⁶

O câncer foi visto como uma doença oriunda do progresso da civilização, ligada ao processo de industrialização e urbanização das sociedades. Desse progresso também nasceria a sua cura. Vale salientar que a presença do câncer na sociedade foi vista como um sinal de progresso. Se o câncer é fruto de uma transição epidemiológica que significou a melhoria das condições sociais, o aumento da incidência de alguns tipos de câncer era um sintoma do desenvolvimento social e econômico do país ou da cidade, como no caso de Fortaleza. Dessa forma a incidência do câncer de mama no estado do Ceará é constantemente comparada com a incidência em outros estados considerados mais desenvolvidos. O debate em torno dos cânceres do desenvolvimento e da pobreza, e a ocorrência dos dois tipos na cidade de Fortaleza está presente nos discursos médicos,

A incidência do câncer de mama entre as mulheres cearenses está preocupando cada dia mais às autoridades médicas locais. [...] Porém esses números vêm aumentando ano a ano e não há uma explicação quanto ao fato, principalmente porque nosso estado não se situa entre os que apresentam condições favoráveis à evolução da enfermidade.¹⁹⁷

O médico Melkon Fermanian, diretor do IPCC, apontou o câncer de mama como um problema da saúde pública cearense na medida em que a incidência da doença superava os dados de São Paulo e Rio Grande do Sul. Diante desse cenário, cabia ao

¹⁹⁶ *Câncer atinge índices alarmantes no Ceará.* Jornal O Diário do Nordeste. 18-10-1982.

¹⁹⁷ *Grande incidência de câncer mamário vem preocupando autoridades médicas.* Jornal O Povo. 19-09-1988.

instituto promover ações de conscientização das mulheres em prol do diagnóstico precoce. Os obstáculos para o desenvolvimento de tais ações partiam da própria resistência do público feminino, sendo o temor e o medo de procurar o médico ao perceber sinais ou mudanças na mama. O diretor apresenta a campanha de prevenção iniciada pelo Instituto com o intuito de promover o diagnóstico precoce do câncer de mama como principal forma de obter cura, assim como diminuir o risco de tratamentos mais agressivos. O médico aconselha as mulheres pertencentes ao grupo de risco (mulheres que não tiveram filhos, menopausa tardia, obesas), como também àquelas a partir dos 40 anos a procurar realizar consultas com regularidade e exames preventivos como a mamografia. Nesse ponto, Fermanian aponta um problema que afeta o desenvolvimento de um grande programa de prevenção no estado, o fato de que a capital só dispunha de 5 aparelhos mamógrafos, sendo que três dos aparelhos pertenciam às clínicas particulares: um estava no ICC, e somente um aparelho pertencia ao IPCC. O acesso ao exame de forma gratuita estava restrito aos dois últimos órgãos, causando grande fila de espera e demora na realização do exame. A dificuldade de acesso à mamografia fortalecia o apelo à realização do autoexame. Essa era a forma eficiente e acessível de identificar a doença em sua fase inicial. Diante da incapacidade do governo em garantir o acesso aos serviços de prevenção, a responsabilidade recaía sobre a mulher que devia monitorar o próprio corpo para perceber os sinais do câncer.

CIDADE

Grande incidência de câncer mamário vem preocupando autoridades médicas

Rita Célia Faheina

A incidência de câncer da mama entre as mulheres cearenses está preocupando cada dia mais às autoridades médicas locais. A mais recente pesquisa oficial feita pelo médico Marcelo Gurgel (1970-80) indica que esse tipo de doença atinge a 20,65 por cento com relação aos demais. Em segundo lugar vem o do colo uterino com 20,53 por cento. Porém esses números vêm aumentando ano a ano e não há uma explicação quanto ao fato, principalmente porque nosso Estado não se situa entre os que apresentam condições favoráveis à evolução da enfermidade.

Segundo o médico Melkar Fermanian, diretor do Instituto de Preven-

ção do Câncer no Ceará, o alto índice de câncer da mama em nosso Estado pode ser considerado um problema de saúde pública, uma vez que supera até São Paulo e Rio Grande Sul (dois outros Estados que convivem com a doença) e os números de doentes aqui registrados ultrapassam até os de muitas localidades da Europa como Liverpool, Hamburgo e Alemanha Oriental. Embora preocupado o Dr. Fermanian no entanto, não sabe explicar o porquê disso. Segundo ele, "esse tipo de câncer, como já se demonstrou atinge mais à população feminina dos grandes centros industriais, dos países frios e de classe sócio-econômica mais elevada."

ESTATÍSTICA

Para se ter mais uma visão da gravidade do problema, basta dizer que

em Fortaleza, entre 20 mulheres uma terá câncer de mama, enquanto que nos países do Ocidente, entre 11 mulheres, uma será vítima da doença (citando entre muitos, Estados Unidos e Holanda). Porém, como não se pode explicar as causas do surgimento da enfermidade a nível local, pode-se pelo menos levar em conta que as cearenses temem e rejeitam em procurar o médico se sentem algum sintoma ou mesmo alguma mudança no aspecto da mama. A grande maioria não chega a fazer mensalmente o auto-exame ou seja, apalpar os seios uma semana após a menstruação. Esse medo porém, não tem razão de ser uma vez que, de acordo com o Dr. Fermanian, 90 por cento dos tumores detectados são benignos e não é mais necessária a mastectomia (retirada do seio). Hoje está sen-

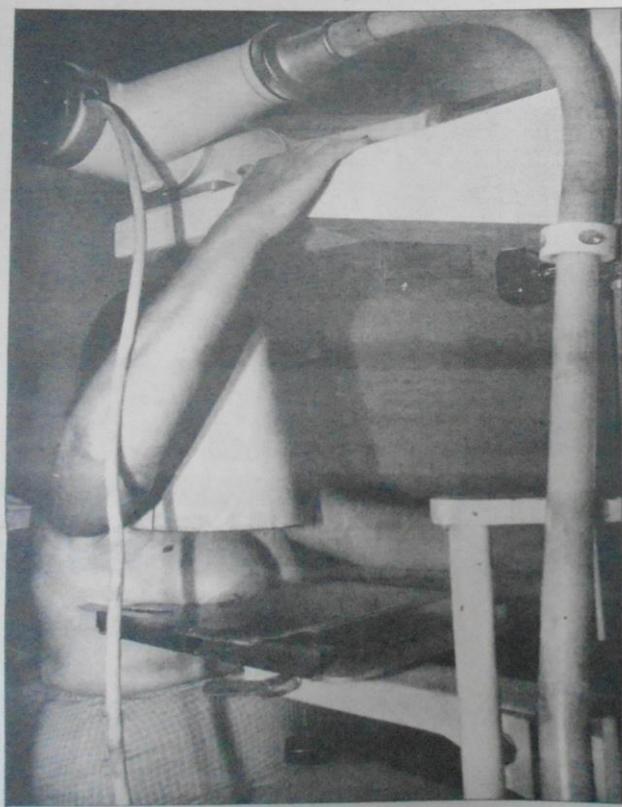
do feita a chamada cirurgia conservadora.

Conforme disse o diretor do Instituto de Prevenção do Câncer, a campanha que alcançará provavelmente a população de alto risco de serem atingidas pela doença, "Queremos conscientizar a mulher sobre a importância de fazer o auto-exame, que ela procure o médico quando a doença se manifestar" — contou o melhor Fermanian. Informou que a população de risco caracteriza-se pelas mulheres que tiveram a primeira menstruação entre os 10 e 15 anos; tiveram a menopausa entre 50 e 55 anos; aquelas que tiveram o primeiro filho após os 30 anos ou nunca engravidaram (as brasileiras têm cinco vezes mais possibilidades de serem atingidas pela doença).

Outros fatores que favorecem o câncer da mama são: a ocorrência de casos de câncer na família, sendo os parentes mais próximos a mãe e a irmã; fator sócio-econômico, quando alguns tipos de displasia (doenças benignas) ou que já tenha feito uma mastectomia (essas têm duas a três vezes maiores chances do que a população em geral). Segundo o especialista, as mulheres casadas apresentam maior risco de serem atingidas e antes dos 30 anos são raríssimos os casos de câncer da mama, embora a mulher que tenha uma vida sexual ativa deva procurar periodicamente o ginecologista para a realização do exame preventivo. Segundo o Dr. Fermanian nos países desenvolvidos, com o passar dos 35 anos tem obrigatoriamente de fazer uma mamografia.

O exame é exigido pelo mastologista porque ele poderá evidenciar um nódulo que não é palpável nem pelo médico nem pela paciente. "A doença quando em princípio, tem um percentual de cura altíssimo" — afirmou o especialista. No entanto, a exigência da mamografia em nosso Estado, principalmente na capital, torna-se um pouco difícil, uma vez que em Fortaleza, a população dispõe de somente cinco mamógrafos, um deles no Instituto de Prevenção do Câncer, outro no Instituto de Câncer do Ceará e três outros em clínicas particulares. O acesso ao exame gratuito praticamente fica restrito aos dois primeiros órgãos.

Com uma equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, assistentes sociais) trabalhando nos três hospitais do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará atende diariamente a 700 mulheres para o exame cívico-sterilizado da mama) prevenção do câncer da mama) prevenção do câncer da boca e diagnóstico precoce do câncer de pele. A paciente é atendida no mesmo dia em que comparece ao exame no horário das 7 às 17 horas, também recebe orientações quanto aos cuidados em casa, tratamentos e retorno ao exame. São realizadas pequenas cirurgias e os fisioterapeutas orientam um grupo de mastectomizadas quanto aos exercícios físicos e volta às atividades normais. "Proximamente inauguraremos um programa de ginástica que servirá para aliviar a dor necessária de exercícios físicos rápidos" finalizou o diretor do Instituto de Câncer.



A grande maioria das mulheres não faz o auto-exame mensalmente, conforme a recomendação dos especialistas. Como muitas temem e rejeitam em procurar um médico ao sentir dores nos seios, o número de câncer mamário aumenta assustadoramente. Em Fortaleza, uma entre 20 mulheres têm o câncer de mama. Quando a doença é detectada logo no início a probabilidade de cura é quase total.

Instituto de Prevenção distribuirá folheto

O apelo em prol da conscientização do câncer de mama como um problema de saúde pública dá o tom na fala do médico Frederico Gondim, chefe do Departamento de Mastologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em 1986. Colocando a

necessidade de formar um mutirão contra o câncer de mama no Ceará, o médico fala sobre o aumento da incidência da doença no estado e a importância da realização de um grande programa de conscientização sobre ela com palestras em escolas, sindicatos, associações de classe, órgãos do governo e entidades civis. Segundo o médico, esse mutirão partia da aliança entre a maternidade escola e a Sociedade Brasileira de Mastologia, pois o governo mostrava-se paralisado em relação ao problema se comparado à realidade de outros países, como nos Estados Unidos. Indagado sobre as ações, o médico responde,

Enquanto isso no Brasil não há a maior preocupação das autoridades para deter a doença. O problema maior está neste ponto. Se o governo, as faculdades de medicina, o Inamps e as sociedades médicas passassem a divulgar, a conscientizar a população com relação ao câncer de mama, sem dúvida, a doença regrediria. É só fazer a prevenção anual e pronto.¹⁹⁸

Gondim chama atenção para a qualidade do serviço oferecido na maternidade escola às mulheres carentes. Segundo com ele, as mulheres de baixa renda com suspeita de câncer não deveriam buscar atendimento no Inamps, pois o órgão não possuía boas condições de atendimento no que diz respeito aos equipamentos de diagnóstico. Já a maternidade escola possuía máquinas de mastografia, termografia e mamografia. Garantindo melhor serviço para o diagnóstico do câncer de mama. O médico destaca que essa situação reflete o desinteresse político na saúde da população e no problema do câncer no estado.

¹⁹⁸ *Mutirão contra o câncer de mama*. Jornal O Diário do Nordeste, 05-08-1986.

Fortaleza, Ceará — Terça-feira, 05 de agosto de 1986

DIÁRIO DO NORDESTE

Mutirão contra o câncer de mama

O câncer de mama, hoje, é um problema realmente sério ou a doença, ainda, se mantém em índices restritos a um pequeno universo?

Hoje tem muita gente, em todo o mundo, preocupada com a AINS que matou no ano passado sete mil pessoas somente nos Estados Unidos. Agora, as pessoas não sabem que também morreram nos dois países, 130 mil mulheres de câncer de mama, mais de cem mil casos foram diagnosticados. O problema é sério. Se compararmos a atual situação com o panorama de incidência anos atrás constatamos que nada mudou. A percentagem de cura que conseguimos é praticamente a mesma de meio século atrás.

Mesmo com toda a evolução da medicina?

A resposta não houve no campo do câncer esta doença ainda é **quimioterápica e radioterápica**. No início, todos esperavam uma maior percentagem de cura do câncer através desses métodos, o que, infelizmente, não ocorreu. Agora, houve um **grande avanço nos meios de diagnóstico**. Nós já dispomos da mamografia, da ecografia ou ultra-sonografia e da termografia, enfim, de meios de diagnósticos rápidos e precisos. Se o câncer de mama for detectado a tempo ele é perfeitamente curável.

Então, por que esse grande número de óbitos?

E falta, principalmente, de maior conscientização da doença pela população feminina. Quando a mulher resolve procurar o mastologista, seu câncer já evoluiu muito. O tumor, geralmente, já alcança os três, quatro, cinco centímetros e, conseqüentemente, a doença já se espalhou para outros órgãos. Se a mulher fosse, anualmente ao médico isso não ocorreria. Se o tumor ainda é pequeno a possibilidade de cura é de cem por cento. A mama nesse caso não precisa ser retirada. O mastologista extrai apenas o tumor e uma pequena área de segurança. Depois, entra em ação a equipe de cirurgia plástica para fazer as correções necessárias. No final, a pessoa fica com a mama em perfeito estado e o que é

O Dr. Frederico Gondim, chefe do Departamento de Mastologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, vai iniciar em Fortaleza uma espécie de mutirão pela conscientização da mulher cearense com relação ao câncer de mama. Formado pela Universidade de São Paulo, com cursos de especialização na Espanha, Estados Unidos, Itália e França, Frederico Gondim acha que o câncer de mama é a doença que mais mata a mulher em todo o mundo. E mata, principalmente, pela falta de exames de prevenção. Segundo Gondim, se detectado em seu início, o câncer de mama tem todas as probabilidades de cura. O exame é simples, barato, mas poucas mulheres sabem da importância de fazê-lo anualmente. Para tanto, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand e a Sociedade Brasileira de Mastologia vão iniciar uma série de palestras em escolas, sindicatos, associações de classe, órgãos do Governo e entidades civis, com o objetivo de conscientizar melhor as mulheres para o problema. Nesta entrevista Frederico Gondim fala da evolução da doença no Brasil, dos problemas psicológicos que o câncer de mama causa à mulher e dos avanços tecnológicos.

A que o senhor atribui uma evolução tão grande do câncer de mama?

O primeiro fator é familiar, genético. Se alguém da família teve câncer de mama, a probabilidade dos outros membros contrair a doença é bem maior. Outro fator importante e preponderante, acredito eu, é a abrupta mudança na vida da mulher. Antigamente a mulher tinha a primeira menstruação entre os 11 e 12 anos, caía cedo, tinha muitos filhos e amamentava muito. Hoje a mulher casa tarde, tem poucos filhos e amamenta muito pouco. Isso sem falar no stress, na correria do dia-a-dia. A mulher hoje tem as mesmas preocupações dos homens, talvez até maiores, pois, além de trabalhar fora para ajudar no orçamento familiar, tem que cuidar da casa e dos filhos. No homem a vida agitada redundou no esporte, e na mulher no câncer de mama.

O senhor lida com dois tipos de pacientes. Atende a classe média/alta e a população mais carente que procura a Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Em qual das classes está a maior incidência de câncer de mama?

Na classe de nível socioeconômico maior. A mulher de classe econômica inferior ainda casa mais cedo, tem grande número de filhos e amamenta muito. Mas de uma forma geral o câncer de mama tem atingido a maioria em todas as classes.

E a mulher que não tem recursos para gastar com o exame de prevenção...

Atendida da mesma forma. A mulher carente pode procurar também o Instituto de Prevenção do Câncer, mas nunca o inama.

Por que não o inampa?

Porque o inampa está dando uma péssima assistência em todos os setores. No inampa em Fortaleza tem bons mastologistas, mas não existe condições satisfatórias de trabalho. Lá não se faz por exemplo, a mastografia e a termografia. Além disso,

se a paciente não tem recursos para pagar o exame de prevenção, ela vai ser atendida no mínimo, em uma maternidade. Existem alguns hospitais que não preparam os exames de prevenção, mas os pacientes vão lá para serem examinados. Temos pacientes que procuram a Maternidade Escola Assis Chateaubriand para fazer o exame de prevenção, mas muitas vezes não têm recursos financeiros para pagar.

A mulher carente tem consciência do problema?

Essa consciência é longa. Mesmo assim, muitos já começaram a procurar o mastologista com uma pequena equipe de prevenção. Agora, vem um diagnóstico. De cem tumores, apenas cinco são curáveis. E, caso o câncer seja curado, a possibilidade de 100 por cento.

O câncer de mama é, geralmente, a mulher de 70 anos?

A incidência é maior nos idosos. Mas o pico é entre 40 e 50 anos. Mas tenho visto muitos casos em mulheres de 18-19 anos.

O senhor não acha que o tempo de espera para o diagnóstico é muito longo?

O que existe é um interesse político. Depois de um tempo de espera para a formação de um órgão, os nomes de alguns médicos que trabalham com obra tríplice, envolvendo tanto a mastologia quanto o ginecologista, foram trazidos para Fortaleza por meio de uma subvenção do Governo Federal, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Ceará e da Governadora Gilda Cardoso.

com intercâmbio entre os Estados. Mas o papel do Estado é muito importante para a formação de um órgão, com os nomes de alguns médicos que trabalham com obra tríplice, envolvendo tanto a mastologia quanto o ginecologista, foram trazidos para Fortaleza por meio de uma subvenção do Governo Federal, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Ceará e da Governadora Gilda Cardoso.

seu projeto. A comissão do governo no Estado seria distribuída entre os municípios, construído uma rede de diagnóstico que quando a mulher vai ao médico, ela já tem as referências de diagnóstico.



Frederico Gondim, a necessidade da conscientização da mulher

Intercâmbio Nordes através

de...

Embora o crescimento dos números do câncer de mama fosse atestado por dados obtidos no Registro de Câncer do Ceará, faz-se importante lembrar que não havia consenso sobre a grande incidência do câncer de mama na região Nordeste. O médico paulista José Aristodemo Pinotti proferiu palestra intitulada "Importância da lactação e da fertilidade na Epidemiologia do Câncer de mama", na qual o médico é indagado sobre a suposta afirmação dos casos de câncer de mama no Nordeste ser superiores aos de outras regiões do país. Pinotti responde enfaticamente "nenhum dado estatístico comprova tal afirmação e se comprovasse iria contra tudo o que já se estudou sobre a

fisiologia do câncer de mama”¹⁹⁹, segundo tais estudos o câncer de mama era comum em países ricos, regiões mais adiantadas e em áreas mais urbanizadas, condições inversas aquelas encontradas em grande parte do Nordeste. Notamos que no artigo anteriormente citado, Pinotti apontou para o crescimento da incidência do câncer de mama nos países em desenvolvimento. Contudo, essa incidência não se daria de forma igual em todas as regiões. Pois mesmo nos países em desenvolvimento, o câncer de mama era característico de cidades e estados mais desenvolvidos socialmente e economicamente.

O discurso sobre câncer da modernidade versus câncer da pobreza permeou o debate sobre o crescimento do câncer de mama no Ceará. A incompatibilidade deste tipo específico de câncer com as características sociais da cidade e do estado colocavam em dúvida a movimentação dos médicos em torno de tal propósito. Faz-se importante ressaltar que à medida que afirmavam a transição da incidência do câncer de colo uterino para o câncer de mama, afirmavam-se indiretamente mudanças nas características sociais do próprio estado.

Considerando que o câncer de mama foi construído como uma doença da modernidade, assim também ocorreu com as mulheres acometidas pela doença. O câncer de mama era a doença das mulheres modernas. O perfil das mulheres acometidas pelo câncer de mama também foi traçado a partir dos hábitos de vida que podem colaborar no adoecimento. Sobre essa questão, “uma mudança brusca ocorrida na vida da mulher, nos últimos anos, não foi acompanhada por um mecanismo simultâneo de adaptação em seu organismo”²⁰⁰ diz Pinotti, tal incompatibilidade do organismo com o novo papel da mulher na sociedade teve como consequência o crescimento das doenças femininas, entre elas o câncer de mama. A diminuição ou ausência de gestações, a idade da primeira gravidez, o aleitamento ou não, assim como o stress provocado pelo trabalho fora de casa são fatores da vida da mulher moderna caracterizados como risco para o câncer de mama. O médico Frederico Gondim explica essa relação,

Para que se possa relacionar as características da mulher mais propensa ao câncer de mama é importante que se diga o porquê da

¹⁹⁹ *Lactação diminui presença do câncer de mama*. Jornal O Diário do Nordeste, 05-09-1982.

²⁰⁰ Idem.

grande incidência de casos no mundo contemporâneo. Antes de mais nada, o câncer de mama está intimamente relacionado com o número de ovulações da mulher. Assim fica mais do que claro o porquê do aumento dos casos. **Hoje a mulher não vive mais para ter filhos e quando os tem é numa fase mais avançada da vida. Também amamenta menos tempo que antigamente, pois precisa retornar ao trabalho e dar de mamar se torna quase impossível.** [Grifos nossos]²⁰¹

O novo perfil da mulher que trabalha fora do lar e tem menos tempo para a maternidade traz como consequência o risco do adoecimento, “**a mulher paga com o câncer de mama a sua liberdade**”²⁰², diz o médico. Como o retrocesso do papel feminino não se mostrava possível, o médico indica que a solução seria dada pela ciência. Cabia ao conhecimento científico proporcionar a salvação dos males oferecidos pela modernidade.

²⁰¹ *Câncer de mama: mata tanto quanto enfarte*. Jornal Diário do Nordeste, 06-05-1985.

²⁰² *Ibidem*.

As mulheres com esse novo perfil encontravam-se em sua grande maioria dentro das classes sociais mais altas, sendo este o público privilegiado pelas ações de controle do câncer de mama.

A Semana de Prevenção das Doenças da Mama com palestras sobre “radiologia da mama; displasia mamária; biopsia; cirurgia reconstrutora e autoexame” foi realizada no Shopping Iguatemi com apoio do IPCC. Falando sobre os números da doença no estado, Melkon Fermanian expõe que Fortaleza registra uma das maiores incidências do país com 400 casos anualmente, fazendo com que o câncer de mama se tornasse uma preocupação de todas as mulheres. Para justificar a escolha do Shopping como local para o evento, o médico ressalta “a escolha do Iguatemi foi para atingir a população de maior renda, pois apesar de não haver uma justificativa, as mulheres de status social mais elevado são as que mais contraem câncer mamário”²⁰³, nesse sentido percebemos mais uma vez a relação entre desenvolvimento e câncer de mama. As campanhas educativas sobre esse tipo de câncer foram direcionadas principalmente para um grupo de mulheres que possuem status social e econômico mais elevado e que por esse motivo desenvolvem novas atividades na sociedade, ficando mais suscetíveis ao aparecimento do câncer de mama. Por outro lado, podemos subentender que as mulheres da periferia que casam mais jovens, engravidam mais jovens e possuem uma vida sexual mais ativa estão mais suscetíveis para desenvolver o câncer de colo uterino, doença caracterizada como resultado da promiscuidade feminina, falta de higiene e pobreza.

²⁰³ *Incidência em Fortaleza é das maiores.* Jornal O Povo, 01-06-1989.

REPORTAGEM

Roupa que apavora

É Kim Dreyer o inventor. Colher com aspecto inofensivo.

Amor à vida

Élton é piloto e presidente de Fortaleza Associação dos Engenheiros de CARL, mas não gosta de voar. Conta como vive.

De dentro

De João Rangel, da Federação do Comércio Atacadista. Teve uma vida, um casamento, um filho, mas não vive mais.

Só bolo mereço

Mercurio manda tomar hoje pacifista em Vila Roma, além de Pádua, Pradaria e Vão. Só não dá de aproveitar.

Sem rei

Mina de Nóbrega, 84 anos, no Mar de Carim, não está praticando mais. Mas não está ninguém de São Adria Imperial.

Happy hours

As pessoas mais felizes nascem perto de praia e se ajuda mais feliz de ser de São.

Rápido à mesa

Lapinha, canjica e arroz, do Ceará, passaram à ser comidos em São Paulo pelo telefone no mesmo dia, da península.



Maria Garcia e sua amiga Luciana Vieira, as melhores amigas do pessoal que não foi convidado.

Lingua de fora

Professores de línguas viviam em São Paulo por cinco anos.

É... isso aí

Maria Cavalcanti pensou para não trabalhar a noite, em Depoente e depois.

Espirito de porco

Depoente Cavalcanti Pereira ainda não foi expulso de Vila Carreira sem o PMSD, não se conta no caso.

E deita-te na cama

Pela falta de assistência não se pode dormir que mostra a falta de ajuda de caridade e saúde de alguns pacientes.

Rico Rique à toa

Pelo dinheiro não se pode comprar a vida de quem trabalha em Vila Carreira.

Cadeira cativa

Um homem a seguir do líder de caridade não se pode comprar a vida de quem trabalha em Vila Carreira.

Papo fiado

Para trabalhar em Vila Carreira não se pode comprar a vida de quem trabalha em Vila Carreira.

Bis para clarear

Como não trabalhar em Vila Carreira não se pode comprar a vida de quem trabalha em Vila Carreira.

Sorriso novo

Para não trabalhar em Vila Carreira não se pode comprar a vida de quem trabalha em Vila Carreira.

Bon Mot

Para não trabalhar em Vila Carreira não se pode comprar a vida de quem trabalha em Vila Carreira.

Buzios

Para não trabalhar em Vila Carreira não se pode comprar a vida de quem trabalha em Vila Carreira.

CÂNCER DE MAMA

Incidência em Fortaleza é das mãos

Uma das maiores incidências de câncer de mama no Brasil ocorre em Fortaleza, com o número de 800 casos por ano. Enquanto isso, em São Paulo, o número é de 400 casos por ano. Em Fortaleza, o número é de 800 casos por ano. Em São Paulo, o número é de 400 casos por ano. Em Fortaleza, o número é de 800 casos por ano. Em São Paulo, o número é de 400 casos por ano.

TAMBORE

Atas de cirurgia de câncer, distribuição de 30 mil tambores.



Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

FORTALEZA É DAS MÃOS

Se não se cuidar, a incidência de câncer de mama em Fortaleza pode chegar a 1.000 casos por ano. É preciso tomar cuidado com a alimentação e com o uso de hormônios.

FAZEMORES DE RISCO

Estimular o sistema imunológico, evitar o uso de hormônios, evitar o uso de álcool.

SINTOMAS

- 1. Inchaço no seio ou na axila. 2. Mudança no contorno do seio. 3. Secreção no mamilo - pode ser sangue. 4. Irritação ou dor no seio. 5. Escurecimento da pele ao redor do mamilo. 6. Câncer não se cura. 7. Retração do mamilo. 8. Vermelhidão na pele do seio.

Faça você mesmo a prevenção



Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Examinar os seios durante a banha, após o banho, ajuda a detectar o câncer de mama.

Aperto no mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

ACONECERÁ HOJE ÀS 20 HORAS. Apresentação de 20 horas. Apresentação de 20 horas.

Aero-Teto Zetaflex. A única cobertura que abre e fecha. Apresentação de 20 horas.

DUPLA GARANTIA. Apresentação de 20 horas.

REVESTIMENTOS FUMÊ, PRATA OU BRONZE. Apresentação de 20 horas.

REVIST-FILM. Apresentação de 20 horas.

2. Apresentação de 20 horas.

AGORA NA MEAL SHOP. Apresentação de 20 horas.

ZETAFLEX. Apresentação de 20 horas.

4 OPÇÕES DE UM HOTEL PRIVILEGIADO. Apresentação de 20 horas.

160 apartamentos - 6 suítes. Apresentação de 20 horas.

HOTEL PRAIA VERDE. Apresentação de 20 horas.

Table with multiple columns and rows, containing various data points and text.

A década de 1980 colocou o câncer de mama em destaque com relação ao câncer de colo do útero. Na medida em que este era controlado através dos programas de screening, abria espaço para o crescimento do câncer de mama. Ações a nível local e nacional foram pensadas para controlar o avanço da doença. Uma breve nota em abril de 1989²⁰⁴ indica a articulação de uma grande campanha nacional para o esclarecimento sobre o câncer de mama. Tal campanha estava estruturada a partir eventos e palestras educativas. A mobilização nacional em torno da conscientização do câncer de mama como problema de saúde pública e da relevância do diagnóstico precoce para a cura da doença ganham força neste período.

Com o advento do Sistema Único de Saúde e o novo modelo de atuação do Ministério da Saúde, novos programas de controle e combate ao câncer com alcance nacional foram articulados. O Programa de Oncologia (Pro-Onco) foi criado em 1987 com o intuito de expandir as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer. Neste período o Instituto Nacional do Câncer (Inca) se consolidou como órgão responsável pela elaboração de campanhas educativas em todo território nacional.²⁰⁵ Consideramos que tais fatos operaram mudanças na própria visão sobre o câncer como problema de saúde pública. O problema do câncer ganhou maior relevância dentro das políticas de saúde e o câncer de mama se tornou o tipo de câncer mais frequente no público feminino.

²⁰⁴ *Câncer de mama*. Jornal O Diário do Nordeste, 25-04-1989.

²⁰⁵ TEIXEIRA. O câncer no Brasil: passado e presente. op. cit., p. 111.

CONCLUSÃO

Este trabalho surgiu da inquietação sobre a evolução do câncer de mama como um problema de saúde pública, e a maneira pela qual se tornou uma das maiores preocupações feminina. O desenvolvimento da pesquisa e o processo de escrita nos conduziram por caminhos diferentes daqueles escolhidos inicialmente. A análise dos jornais se tornou insuficiente, e novas fontes foram inseridas em nossa investigação, fato que teve como consequência o alargamento das questões levantadas.

Propomos abordar como o câncer se tornou um problema de saúde pública e, a partir de seu estabelecimento no quadro nosológico, como os cânceres femininos se tornaram alvo principal nas políticas de saúde da década de 1970, justificado pelo fato de que o adoecimento foi visto como um obstáculo no desempenho das atividades e funções femininas gerando prejuízos econômicos e sociais para o país. Os dados estatísticos tiveram papel fundamental no estabelecimento destes cânceres como prioridades na agenda política. Os números do câncer foram utilizados para justificar e atestar os investimentos públicos. A partir do Programa Nacional de Controle do Câncer a atenção médica e política se voltaram para o controle dos cânceres ginecológicos. Com a elaboração do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, mais uma vez os cânceres específicos desse grupo foram privilegiados na discussão sobre a saúde da mulher. O estabelecimento destas políticas de saúde ocasionou grande movimentação a respeito da criação de programas de controle e campanhas educativas, ações estas que foram baseadas, principalmente, no diagnóstico precoce como garantia de cura.

O discurso destinado ao público feminino impôs as mulheres responsabilização sob os cuidados com a própria saúde. Mensagens como “do not delay” e “early detection” formaram a base de sustentação das ações de controle do câncer de mama na experiência norte-americana e foram assimiladas pelas políticas de controle desenvolvidas no Brasil. O alto custo do diagnóstico precoce feito através da mamografia se tornou incompatível com as condições financeiras do país, o que promoveu o autoexame e o exame clínico das mamas como as principais ferramentas na luta contra a doença. Tal fato colaborou para a propagação da ideia que as mulheres cabiam a maior responsabilidade sobre a observação de sinais e sintomas indicativos de

câncer de mama. A falácia de que a mulher conhecia o seu corpo melhor do que qualquer outra pessoa serviu como justificativa para tornar o autoexame um dever feminino para a garantia da saúde.

Concluimos que a crescente relevância dada ao câncer de mama como uma preocupação médica e social no Ceará esteve ligada à produção de dados estatísticos sobre a doença. Os dados epidemiológicos foram apropriados pelos médicos como argumento de convencimento sobre a ameaça que o câncer de mama configurava para o futuro da sociedade cearense. Dentro dessa estratégia também vale ressaltar como progressivamente a incidência do câncer no estado foi desvencilhada da imagem do câncer de colo útero, um tipo de câncer ligado à pobreza e ao atraso e foi, cada vez mais, relacionada a um tipo de câncer com características dignas de sociedades modernas e desenvolvidas. Ao passo que o câncer de mama crescia em Fortaleza, a cidade passou a ser comparada com grandes capitais como São Paulo, o que contribuía para a mudança na visão sobre o status social. Concomitante a estratégia de convencimento sobre o aumento da incidência do câncer de mama, houve o processo de educação das mulheres sobre a doença e as formas de diagnóstico. Ao passo que estas foram responsabilizadas pelo diagnóstico inicial, aos médicos coube a “confirmação” daquilo que foi identificado no autoexame. O final da década de 1980 representou o crescimento das ações educativas sobre o câncer e iniciou o processo de consolidação deste como principal câncer incidente no sexo feminino. A partir da organização do Sistema Único de Saúde novos programas de controle e campanhas educativas de alcance nacional foram elaborados com o intuito de promover a importância do diagnóstico precoce.

É possível percebermos permanências no modelo de programa de controle do câncer de mama. A relevância dada ao diagnóstico precoce continua presente nas campanhas de informação e educação do público. Notamos que o exame clínico das mamas permanece como conduta recomendada pelo Inca para mulheres de todas as idades.²⁰⁶ Já a realização da mamografia a cada dois anos é recomendada para a faixa

²⁰⁶ “A orientação atual é que a mulher faça a observação e a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem necessidade de uma técnica específica de autoexame, em um determinado período do mês, como preconizado nos anos 80. Essa mudança surgiu do fato de que, na prática, muitas mulheres com câncer de mama descobriram a doença a partir da observação casual de alterações mamárias e não por meio de uma

etária de 50 a 59 anos. Dessa forma percebemos que o autoexame e o exame clínico das mamas permanecem como centrais no discurso de controle da doença. E a mamografia, apesar dos progressos técnicos, continua inacessível para uma parcela da população.²⁰⁷

FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acervos e instituições consultados:

- Academia Cearense de Medicina (Fortaleza – CE);
- Biblioteca Pública Governador Menezes Pimentel (Fortaleza – CE);
- Instituto do Câncer do Ceará (Fortaleza – CE);
- Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (Fortaleza- CE)
- Biblioteca do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Ceará (Fortaleza –CE);
- Acervo particular Jornal O Povo (Fortaleza – CE)
- Acervo particular Jornal Diário do Nordeste (Fortaleza – CE)
- Biblioteca de Manguinhos/ Fiocruz (Rio de Janeiro – RJ);
- Acervo do Projeto História do Câncer: Atores, Cenários e Políticas Públicas (Rio de Janeiro– RJ)
- Biblioteca do Instituto Nacional de Câncer (Rio de Janeiro- RJ);
- Biblioteca do Ministério da Saúde (Brasília – DF) *Observação: contato realizado via e-mail.

Fontes consultadas:

1) Livros, teses e publicações institucionais

prática sistemática de se autoexaminar, com método e periodicidade definidas.” Texto retirado do sítio <http://www2.inca.gov.br>

²⁰⁷ Mulheres encontram dificuldades para fazer mamografia pelo SUS. G1, 25-04-2010; BORGES, Zaida da Silva.; WEHRMEISTER, Fernando César.; GOMES, Ana Paula.; GOLÇALVES, Helen. Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. vol. 19. num. 1. Jan/Mar de 2016. DOI: 10.1590/1980-5497201600010001.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. (org.). **História e Saúde Pública: A política de controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ. **Instituto do Câncer do Ceará: 70 anos de conquistas**. Marcelo Gurgel Carlos da Silva. Fortaleza: Edição do autor, 2015.

LABRA, Maria Eliana. (org.) **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1989.

SILVA, Marcelo Gurgel. **Câncer em Fortaleza: mortalidade e morbidade no período 1978 – 1980**. Dissertação de mestrado: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Controle do Câncer: a proposta da Nova República**. Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas. Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama. Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas**. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatística de Câncer: dados de 27 entidades participantes da Campanha Nacional de Combate ao Câncer**. Divisão Nacional de Câncer. Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Brasília: Divisão Nacional do Câncer, 1971.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer no Brasil: dados dos Registros de Base Populacional. Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Controle do Câncer**. Divisão Nacional do Câncer. Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1973/1974.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde: Brasília, 1985.

VERONESI, Umberto. **Câncer de mama**. São Paulo: Ícone, 1992.

2) Artigos científicos

- Publicações consultadas:

- Revista Ceará Médico;
- Revista Brazil- Medico;

- Revista da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará;
- Revista Brasileira de Cancerologia;
- Revista de Saúde Pública;

- Títulos:

Aquino, Cleson. Câncer na mama. **Revista de Medicina da Universidade Federal do Ceará.** vol. 19. num. 1-2. Fortaleza, 1979.

CARVALHO, Adonis. R. L. Câncer como problema da Medicina Tropical. **Revista Brasileira de Cancerologia.** vol. 23. num 35. Dezembro, 1967.

DOLL, Richard., HILL, AB. Smoking and Carcinoma of the Lung: preliminary report. **British Medical Journal.** num. 30. Setembro de 1950.

MARSILLAC, Jorge de. Patologia geográfica. **Revista Brasileira de Cancerologia.** vol. 21. num. 29. Rio de Janeiro, junho de 1965.

SCORZELLI JR, Achilles. Epidemiologia do câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia.** vol. 21. Num. 29. Rio de Janeiro, junho de 1965.

SILVA E MENDONÇA, Gulnar Azevedo. Câncer na população feminina brasileira. **Revista de Saúde Pública.** vol. 27. num. 1. Rio de Janeiro, 1993.

SODRÉ, Azevedo. Frequencia do Cancer no Brazil. **Brazil-Medico.** Ano XVIII. num. 23. 16 de Junho de 1904.

3) Decretos

BRASIL. Decreto-Lei 3.643, de 23 de setembro de 1941. Institui, no Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Nacional de Câncer e dá outras providências. Disponível. <https://www.planalto.gov.br/lesgilacao>. Acesso em: 07/05/2017.

BRASIL. Decreto nº 10.323, de 26 de agosto de 1942. Aprova o regimento do Serviço Federal de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. Disponível. <https://www.planalto.gov.br/lesgilacao>. Acesso em: 07/05/2017.

4) Jornais

- Jornal o Povo

O Povo. *Simpósio debate cura do câncer.* Fortaleza, 13 de janeiro de 1968.

O Povo. *Governo quer instalar um serviço de prevenção do câncer feminino.* Fortaleza, 30 de maio de 1968.

O Povo. *Câncer de mama: incidência alta no Brasil e no exterior.* Fortaleza, 05 de outubro de 1974.

O Povo. *Janaguba mata câncer.* Fortaleza, 09 de fevereiro de 1977.

O Povo. *Henrique Brenelle fala 2ª feira sobre câncer de mama.* Fortaleza, 26 de novembro de 1977.

O Povo. *Henrique Brenelle fala hoje sobre câncer de mama.* Fortaleza, 28 de novembro de 1977.

O Povo. *Auto-palpação: melhor maneira de prevenir o câncer de mama.* Fortaleza, 01 de dezembro de 1977.

O Povo. *Método brasileiro de extração do tumor do câncer de mama mostrado nos EUA.* Fortaleza, 24 de maio de 1978.

O Povo. *Dr. Schally – Nobel de Medicina em 1977.* Fortaleza, 05 de janeiro de 1980.

O Povo. *Displasia mamária pode levar ao câncer.* Fortaleza, 10 de abril de 1981.

O Povo. *Tecnologia alemã no Ceará para combate ao câncer.* Fortaleza, 26 de agosto de 1982.

O Povo. *Ciclos ovulatórios influem no índice do câncer de mama.* Fortaleza, 05 de setembro de 1982.

O Povo. *Prevenção de câncer reduz casos aqui.* Fortaleza, 10 de dezembro de 1983.

O Povo. *Câncer de mama.* Fortaleza, 16 de outubro de 1984.

O Povo. *Câncer de mama.* Fortaleza, 19 de dezembro de 1984.

O Povo. *Distúrbios e doenças femininas.* Fortaleza, 21 de julho de 1985.

O Povo. *Auto-exame previne o câncer de mama.* Fortaleza, 29 de setembro de 1985.

O Povo. *Jornada de ginecologia e obstetrícia.* Fortaleza, 14 de outubro de 1985.

O Povo. *Obesidade pode causar câncer nas mulheres.* Fortaleza, 22 de abril de 1986.

O Povo. *Fernando Gentil vem dar curso.* Fortaleza, 25 de agosto de 1986.

O Povo. *Câncer de Mama.* Fortaleza, 24 de setembro de 1986.

O Povo. *Mulheres querem mudar com planejamento. Boa alimentação: melhor anticoncepcional.* Fortaleza, 16 de janeiro de 1987.

O Povo. *Câncer de mama.* Fortaleza, 23 de janeiro de 1987.

O Povo. *Câncer de mama em jovens.* Fortaleza, 09 de fevereiro de 1987.

O Povo. *Saúde dá alerta para combate a câncer de mama.* Fortaleza, 25 de setembro de 1987.

O Povo. *Grande incidência de câncer mamário vem preocupando autoridades médicas.* Fortaleza, 19 de setembro de 1988.

O Povo. *Incidência em Fortaleza é das maiores.* Fortaleza, 01 de janeiro de 1989.

- Jornal Diário do Nordeste

O Diário do Nordeste. *O poder mágico da cirurgia plástica.* Fortaleza, 14 de janeiro de 1982.

O Diário do Nordeste. *Mulheres francesas vivem 8 anos a mais que os homens.* Fortaleza, 02 de fevereiro de 1982.

O Diário do Nordeste. *Professor italiano fala sobre câncer de mama avançado.* Fortaleza, 27 de julho de 1982.

O Diário do Nordeste. *Lactação diminui presença do câncer de mama.* Fortaleza, 05 de setembro de 1982.

O Diário do Nordeste. *Câncer de mama: todo cuidado é pouco.* Fortaleza, 05 de outubro de 1982.

O Diário do Nordeste. *Câncer atinge índices alarmantes no Ceará.* Fortaleza, 18 de outubro de 1982.

O Diário do Nordeste. *A grande esperança.* Fortaleza, 04 de setembro de 1983.

O Diário do Nordeste. *Mulheres carentes são vítimas do câncer do cervix e da mama.* Fortaleza, 08 de setembro de 1983.

O Diário do Nordeste. *Amamentação: um ato de amor acurralado pelo preconceito.* Fortaleza, 15 de novembro de 1983.

O Diário do Nordeste. *Segunda Jornada de Mastologia fica encerrada hoje no praiano.* Fortaleza, 25 de novembro de 1983.

O Diário do Nordeste. *Curso atualiza sobre o câncer de mama e o aleitamento materno.* Fortaleza, 15 de dezembro de 1983.

O Diário do Nordeste. *A cura do câncer está próxima.* Fortaleza, 21 de agosto de 1984.

O Diário do Nordeste. *Médico incentiva parto normal e aleitamento.* Fortaleza, 11 de março de 1985.

O Diário do Nordeste. *Ceará atende cancerosos de forma muito precária.* Fortaleza, 06 de maio de 1985.

O Diário do Nordeste. *Câncer de mama: mata tanto quanto o infarte.* Fortaleza, 02 de julho de 1985.

O Diário do Nordeste. *Pílula anticoncepcional: uma revolução que já dura 25 anos.* Fortaleza, 30 de julho de 1985.

O Diário do Nordeste. *Câncer de mama: uma preocupação a mais para a mulher brasileira.* Fortaleza, 21 de setembro de 1985.

O Diário do Nordeste. *Brasil já tem mais completo detector de câncer de mama.* Fortaleza, 28 de setembro de 1985.

O Diário do Nordeste. *Atendimento à mulher: Instituto de Prevenção do Câncer.* Fortaleza, 21 de outubro de 1985.

O Diário do Nordeste. *Câncer de mama tem descoberta de anticorpo.* Fortaleza, 18 de março de 1986.

O Diário do Nordeste. *Estão abertas inscrições para Jornada Cearense de ginecologia.* Fortaleza, 16 de abril de 1986.

O Diário do Nordeste. *Câncer na mama.* Fortaleza, 05 de agosto de 1986.

O Diário do Nordeste. *Ceará criará mutirão contra o câncer de mama.* Fortaleza, 17 de novembro de 1986.

O Diário do Nordeste. *Tratamento do câncer: hospitais sem estoques de medicamentos citológicos.* Fortaleza, 29 de novembro de 1986.

O Diário do Nordeste. *Xerorradiografia – Novo método de combate ao câncer.* Fortaleza, 20 de março de 1987.

O Diário do Nordeste. *I congresso de câncer de mama.* Fortaleza, 19 de abril de 1987.

- O Diário do Nordeste.** *Câncer da mama.* Fortaleza, 09 de junho de 1987.
- O Diário do Nordeste.** *Zona Oeste – RN – Câncer.* Fortaleza, 31 de julho de 1987.
- O Diário do Nordeste.** *Câncer de mama é séria ameaça para uma em cada cearense.* Fortaleza, 11 de agosto de 1987.
- O Diário do Nordeste.** *Câncer de mama: o medo e o preconceito são as principais barreiras.* Fortaleza, 25 de setembro de 1987.
- O Diário do Nordeste.** *IPC instalará mais 14 postos para prevenção em Fortaleza. Câncer no Brasil varia conforme região.* Fortaleza, 28 de setembro de 1987.
- O Diário do Nordeste.** *Programa do IPC apoiará quem foi operado de câncer de mama.* Fortaleza, 13 de março de 1988.
- O Diário do Nordeste.** *Pacientes com câncer podem não estar recebendo tratamento ideal.* Fortaleza, 30 de abril de 1988.
- O Diário do Nordeste.** *Esperança.* Fortaleza, 13 de maio de 1988.
- O Diário do Nordeste.** *Sem seios.* Fortaleza, 23 de maio de 1988.
- O Diário do Nordeste.** *Câncer: programa do ICC ajuda combate no Brasil.* Fortaleza, 29 de maio de 1988.
- O Diário do Nordeste.** *Aleitamento reduz mortalidade infantil.* Fortaleza, 24 de junho de 1988.
- O Diário do Nordeste.** *Câncer aumenta entre as mulheres.* Fortaleza, 31 de julho de 1988.
- O Diário do Nordeste.** *Instituto de prevenção do câncer do Ceará faz curso para mulheres.* Fortaleza, 25 de outubro de 1988.
- O Diário do Nordeste.** *Primeiro Lugar.* Fortaleza, 01 de dezembro de 1988.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO NETO, Luiz Alves. **O Problema do Câncer no Ceará: Cancerologia, controle do câncer e a atividade coletiva da medicina (1940-1960)**. Dissertação de mestrado: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2016.

_____. ; TEIXEIRA, Luiz Antonio. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**. Ciências Humanas, v.12, n.1, jan-abril 2017. p. 173-188.

ARMSTRONG, David. The Rise of Surveillance Medicine. **Sociology of Health & Illness**. vol. 17. num. 3. 1995.

ARONOWITZ, Robert A. **Unnatural History. Brest Cancer and American Society**. New York: Cambridge University Press, 2007.

_____.Do not delay: breast cancer and time, 1900-1970. **Milbank Quartely**. vol. 79. num. 3, 2001.

Barreiro, Enrique Wulff. Registros de câncer en España: una perspectiva histórica. **Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas**. vol 36. num 78. Segundo semestre de 2013.

BENCHIMOL, Jaime. **Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.

CALIMAN, Luciana Vieira; ALMEIDA, Rogério Gomes de. Entrevista com Ian Hacking por Paul Kennedy e David Cayley. **Psicologia & Sociedade**. vol. 21. num 3. Florianópolis: set/dez, 2009.

BORGES, Zaida da Silva.; WEHRMEISTER, Fernando César.; GOMES, Ana Paula.; GOLÇALVES, Helen. Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. vol. 19. num. 1. Jan/Mar de 2016. DOI: 10.1590/1980-5497201600010001.

CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio. **Demografia Sanitária e a emergência de um estilo de raciocínio estatístico na Primeira República**. Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.

CANTOR, David. **Introduction: Cancer Control and Prevention in the Twentieth Century**. In: CANTOR, David. (ed.). **Cancer in the Twentieth Century**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2008.

CANTOR, David. **Cancer**. In: LECOURT, Dominique. Dictionnaire de la pensée médicale. Presses Universitaires de France: Paris, 2004.

CARRILLO, Ana Maria. Entre el ‘sano temor’ y el ‘miedo irrazonable’: la Campaña Nacional Contra el Cáncer en México. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. vol.17. suplemento 1. Julho, 2010.

COSTA, Rui Manuel. **Luta contra o cancro e oncologia em Portugal: estruturação e normalização de uma área científica (1839 – 1974)**. Tese de doutoramento: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2010.

FILHO, Naomar de Almeida. Bases históricas da Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 2. num 3. Rio de Janeiro, Julho/Setembro de 1986.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

GARDNER, Kirsten E. **Early Detection: Women, Câncer & Awareness campaigns in the twentieth-century United States**. Chapel Hille: University of North Carolina Press, 2006.

GAUDILLIÈRE, Jean Paul. **Cancer**. In: BOWLING, Peter; PICKSTONE, John. (ed). **The Modern life and earth sciences**. Cambridge: Cambridge university Press, 2008.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **A história dos secretários da saúde do estado do Ceará, 1961-2006**. Governo do estado do Ceará: Fortaleza, 2006.

HACKING, Ian. **La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos**. Gedisa Editorial: Barcelona, 1991.

IMBAULT-HUART, Marie-José. **História do Cancro**. In: LE GOFF, Jacques. (org.). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1997.

KOIFMAN, Sergio; KOIFMAN, Rosalina Jorge. Environment and cancer in Brazil: an overview from a public health perspective. **Mutation Research**. vol. 544, num.2-3, novembro de 2003.

LANA, Vanessa. **Ferramentas, práticas e saberes: a formação de uma rede institucional para a prevenção do câncer do colo do útero no Brasil, 1936-1970**. Vanessa Lana – Rio de Janeiro: s.n., 2012. Tese de Doutorado.

LERNER, Barron H. —**To see today with the eyes of tomorrow: a history of screening mammography**. Background Paper for the Institute of Medicine Report. **Mammography and Beyond: Technologies for the Early Detection of Breast Cancer**. Março, 2001.

LÓPEZ-MORENO, Sergio; GARRIDO-LATORRE, Francisco; HERNÁNDEZ-AVILA, Mauricio. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. **Salud Pública de México**. vol. 42. Março-Abril de 2000.

LOWY, Ilana. **O gênero do câncer.** In: **Câncer de mama e de colo do útero: conhecimentos, políticas e práticas.** TEIXEIRA, Luiz. (org.). Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.

_____. **The generalization of screening.** In: _____. **Preventive strikes: women, precancer, and prophylactic surgery.** John Hopkins University Press: Baltimore, 2010.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MIRRA, Antonio Pedro. **Registros de câncer no Brasil e sua História.** São Paulo: TOMGRAF, 2005.

MORAES, Priscila dos Anjos. **A trajetória do câncer de mama no Brasil: uma análise do jornal “O Globo” (1925-1999).** Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2015.

MOSCUCCI, Ornella. Gender and Cancer in Britain, 1860-1910. The Emergence of Cancer as a Public Health Concern. **American Journal Of Public Health.** vol. 95. num. 8. Agosto, 2005.

MUKHERJEE, Siddhartha. **O Imperador de todos os males. Uma biografia do Câncer.** São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

MUNIZ, Érico Silva. Basta aplicar uma injeção?': concepções de saúde, higiene e nutrição no Programa de Erradicação da Bouba no Brasil, 1956-1961. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos.** vol. 19. num. 1. 2012.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** vol. 8. num 2. Rio de Janeiro, Abril/Junho de 1992.

PINELL, Patrice. **Algumas reflexões sobre as políticas de luta contra os flagelos sociais.** In: _____. **Análise Sociológica das Políticas de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

REAGAN, Leslie. Engendering the Dread Disease: Women, Men, and Cancer. **American Journal of Public Health.** vol. 87. num. 11. November, 1997.

ROSENBERG, Charles. Disease in History: Frames and Framers. **The Milbank Quarterly.** vol. 67, suppl.1, 1989.

_____. **Pathologies of progress: the idea of civilization as risk.** In: _____. (ed.). **Our present complaint. American Medicine, the and now.** Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.

ROUÉSSÉ, Jacques. **Une histoire du cancer du sein em Occident: Enseignements et réflexions.** Paris: SSpringer, 2011.

SENRA, Nelson. **História das estatísticas brasileiras**. vol. 2. Estatísticas Legalizadas (1899-1936). Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora. AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TEIXEIRA, Luiz Antonio.; PORTO, Marco.; SILVA, Ronaldo Corrêa. Aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. vol. 59. num. 3. Rio de Janeiro, 2013.

_____.; PORTO, Marco.; NORONHA, Claudio Pompeiano. **O câncer no Brasil: Passado e Presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

_____. O câncer na mira da medicina brasileira. **Revista Brasileira de História da Ciência**. vol. 2. num. 1. Rio de Janeiro, jan/jun 2009.

_____.; FONSECA, Cristina. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o Inca e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

YALOM, Marilyn. **História do Seio**. Lisboa: Editora Teorema, 1997.