

# NEOPLASIA MAMÁRIA: UM TRIÂNGULO HIPOTÉTICO

Giuseppe Butera

## INTRODUÇÃO

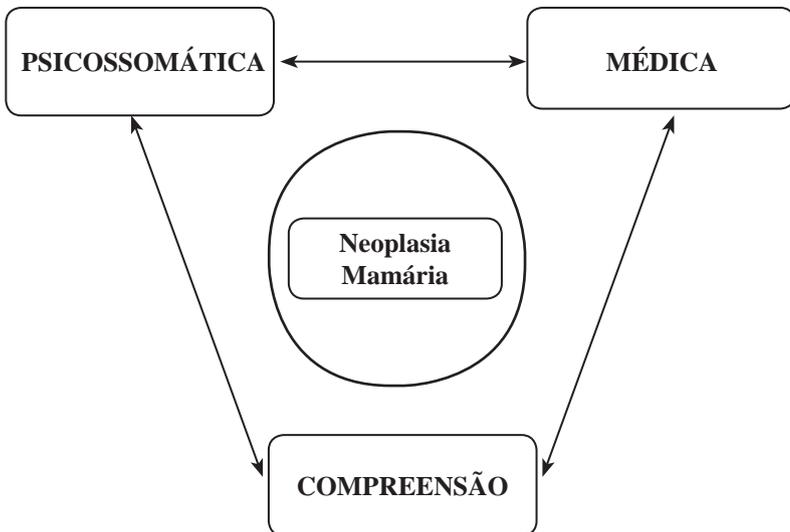
A saúde é, por si mesma, um conceito abrangente. Analisá-la sob o perfil especificamente psicológico não implica numa depauperação de sua exuberância semântica, nem numa coartação de seu campo epistemológico.

Convida, pelo contrário, ao desejo de exploração e de aprofundamento, tanto dos vários aspectos da normalidade e das alterações mórbidas da *psyqué*, como ao de sua extensão social e, reciprocamente, da influência que a sociedade exerce sobre a vida psicológica, essencialmente individual, encarnada embora num autêntico “ser social” (o *politikón zoón* de Aristóteles).

Na necessidade de delimitar o espectro da pesquisa, em vistas do projeto de dissertação de mestrado, nossa escolha caiu sobre o enfoque da saúde mental dentro de um contexto específico e candente, qual seja o da mulher mastectomizada, com sua constelação de abalos emocionais, com seus rastros depressivos e com os conflitos crônicos gerados pela mutilação e pela perplexidade instaurada por um evento de tamanho efeito devastador.

Tangencial, mas não inoportunamente, seriam abordados os demais aspectos psicológicos e psicossomáticos envolvidos em todo o leque de estados patológicos acarretados pelas neoplasias das glândulas mamárias (inclusive masculinas) e pelas várias medidas diagnósticas e terapêuticas, tradicionais ou inovadoras, atualmente postas à disposição dos profissionais da saúde.

Amadurecendo a idéia da pesquisa, chega-se à presente formulação de uma lista de (hipó)teses ou princípios, que podem ser reduzidos a um “triângulo hipotético” cujos vértices seriam representados (1) pelos conhecimentos e as intervenções médicas a respeito da neoplasia mamária, objeto central do estudo, (2) por suas implicações psicossomáticas e psicossociais e (3) por um novo enfoque cognitivo, que se supõe possa ser elemento produtivo, em vistas de uma ação coadjuvante nos próprios processos de prevenção, diagnóstico e tratamento: a compreensão da doença, que a Ciência Cognitiva poderia proporcionar. Esquemáticamente:



## OS PROBLEMAS MÉDICOS E PSICOLÓGICOS ASSO- CIADOS À NEOPLASIA MAMÁRIA

Nos hospitais e clínicas médicas do mundo inteiro os problemas psicológicos concomitantes ou originados de doenças neoplásicas continuam sendo um tipo de complicação que agrava os quadros somáticos, atrasa e encarece os tratamentos convencionais e se torna um desafio a mais, por si mesmo, para quaisquer projetos de saúde pública.

*“Descobriu-se que pessoas que sofriam de ansiedade crônica, longos períodos de tristeza e pessimismo, incessante tensão ou hostilidade, implacável ceticismo ou desconfiança corriam duplo risco de doença.(...) Os indícios de um potente papel da emoção na doença são muito mais extensos do que mostra esse estudo. (...) A depressão era um fator de morte mais forte que qualquer sinal médico. (...) Falta de diagnóstico e tratamento pode aumentar o risco de morte nas doenças sérias. (...) Há custos médicos para o pessimismo e vantagens correspondentes no otimismo. (...) James Pannebaker, psicólogo da Universidade Metodista do Sul, mostrou numa série de experiências que fazer as pessoas falarem sobre os pensamentos que mais as perturbam tem um efeito médico benéfico. (...) As constatações de Pannebaker sugerem um motivo pelo qual outros estudos mostram que pacientes submetidas à psicoterapia além da cirurgia ou tratamento médico, muitas vezes se dão melhor, em termos médicos, do que os que recebem apenas tratamento médico. (...) Mulheres com avançado câncer no seio que iam a reuniões regulares com outras sobreviviam **duas vezes mais** que as com a mesma doença que enfrentavam sozinhas” (GOLEMAN, 1995 : 183-196).*

No Brasil, a própria incidência do câncer de mama, inclusive, vinha sendo tradicionalmente minimizada, frente às inúmeras e graves outras doenças neoplásicas, que assolam, de forma endêmica, a população feminina, como, em primeiro lugar, o câncer de colo do útero. Estatísticas nacionais mais recentes e menos imprecisas, vêm confirmando, ao invés, a triste realidade que todos prefeririam que permanecesse como triste apanágio apenas de outras nações, entre as quais estávamos acostumados a enumerar, principalmente, os países da Europa e os Estados Unidos.

*“Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que entre os anos de 1975 e 2000, os número de casos dessa neoplasia, nas regiões desenvolvidas, aumente 14,5%. Para os países em desenvolvimento, o aumento previsto é da ordem de 63,5%”* (SHAPIRO et al., 1988).

*“No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, a incidência do carcinoma de mama é de 40.000 casos novos por ano e a mortalidade anual de 4.000”* (MS, 1989).

*“Em São Paulo, no ano de 1988, a incidência foi de 65,5 casos, com índice de mortalidade de 18,1 por 100.000 mulheres”* (MIRRA e FRANCO, 1987). *“Em nosso meio, a elevadíssima taxa de mortalidade se justifica principalmente pelo diagnóstico tardio, uma vez que na maioria das pacientes a doença é reconhecida nos estádios clínicos III e IV”* (HEGG e PINOTTI, 1995).

Isso explica, talvez, o fato de campanhas contra o câncer de mama terem surgido só muito recentemente entre nós e técnicas terapêuticas mais modernas e menos invasivas terem sido divulgadas, entre os próprios médicos, muito tímida e limitadamente ainda. Daí a mastectomia radical, por exemplo, ser ainda a estrela maior, e, em muitos hospitais, o único tipo de tratamento reservado às vítimas de neoplasias mamárias, mesmo

numa época em que o avanço tecnológico permitiria um diagnóstico extremamente precoce, além de seguro e universalizado, propiciando, por conseqüência, métodos terapêuticos menos mutilantes e com prognoses igualmente ou até mais alentadoras.

O impacto devastador produzido em qualquer paciente pela descoberta de um câncer, reveste-se, na mulher com neoplasia mamária, de requintes paradoxalmente mais catastróficos, justamente quando é adotada a medida tradicionalmente considerada como a mais segura e até a única capaz de salvar a vida da paciente: a mastectomia radical. A insegurança que permanece quanto à própria duração da sobrevida associa-se a uma perene certeza do dano importante e, esse sim, irremediável, produzido na auto-imagem da paciente, no que se refere a um ponto extremamente significativo da corporeidade e da personalidade feminina.

Com estudos realizados desde os anos sessenta no Istituto dei Tumori de Milão, um dos que antigamente mais defendiam a mastectomia “*supra-radical*”, Umberto Veronesi, demonstrou, que a quadrantectomia, com dissecação axilar dos gânglios linfáticos e radioterapia – e, mais recentemente, mesmo sem radioterapia (8º CONGRESSO MUNDIAL DE MASTOLOGIA, 1994 : 144) – apresenta resultados equivalentes aos da mastectomia radical em pacientes com tumores até 2 cm (VERONESI, et al., 1981).

Hoje, o aprimoramento e a diferenciação das medidas terapêuticas, como a participação do cirurgião plástico no tratamento cirúrgico do câncer de mama – sugerido por Bostwick, em 1978 (BOSTWICK et al., 1978) –, com a possibilidade, inclusive, de uma reconstrução mamária imediata – demonstrada possível por Pinotti, desde 1984 (PINOTTI et al., 1984), permitem a um número sempre maior de mulheres (e de homens), olhar a possibilidade ou a realidade de um processo neoplásico em suas glândulas mamárias com maior serenidade, minimizando os sobressaltos de uma descoberta desse porte e de seu inevitável e doloroso tratamento.

Nossa intenção, num programa de mestrado, é identificar e reconhecer os esforços até hoje expendidos, nesta direção, pela comunidade científica e acrescentar, quem sabe, alguma contribuição no sentido da avaliação crítica, da projeção metodológica e do auxílio profilático, diagnóstico e terapêutico, específica e principalmente em nossa realidade local.

## **OBJETO DA PESQUISA**

O objeto da pesquisa, a neoplasia mamária, merece, portanto, uma atenta análise de sua estrutura poliédrica, que contemple os vários enfoques já citados: médicos e psicológicos – os aspectos emocionais, com suas implicações psicossociais, mas também os aspectos cognitivos, com vistas, sobretudo, a uma possível contribuição da Ciência Cognitiva, nas fases profilática, diagnóstica e terapêutica. Um estudo abrangente deverá ainda levar em conta os vários contextos em que essa complexa realidade pode ser considerada:

- O contexto individual, pessoal, especificamente psicológico, através de pesquisa qualitativa da população-alvo mais ao nosso alcance.
- O contexto institucional, representado pelo sistema de saúde e por seus órgãos de vigilância sanitária e de acompanhamento diagnóstico e terapêutico do câncer de mama:
  - nos centros de saúde (de bairro);
  - nos estabelecimentos hospitalares em que for concedido e facilitado o acesso aos serviços específicos e a seus registros;

- nos serviços particulares de “*screening*” e de tratamento com condições – e concessão de acesso – para um estudo estatisticamente significativo;
- O contexto social do(a) paciente, que compreende a estrutura familiar em que está situado(a), suas condições sócio-econômicas, de escolaridade e de acesso à informação, as condições sanitárias e alimentares a seu alcance, suas condições de trabalho e de exercício da cidadania.

## OBJETIVOS DA PESQUISA

1. Responder a algumas questões surgidas da observação pessoal e da revisão bibliográfica sobre o assunto, como, por exemplo:
  - Em nossa região, como são conduzidos, atualmente, o estudo epidemiológico e os serviços de diagnóstico e tratamento da neoplasia mamária?
  - As técnicas mais atualizadas de diagnóstico e tratamento da neoplasia mamária estão sendo usadas em nossa população? Em que termos? Em favor de quais camadas sociais?
  - Qual o impacto psicológico e psicossocial da neoplasia mamária na nossa população?
  - A compreensão da doença pode auxiliar nas diversas fases de prevenção, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento da neoplasia mamária?
  - O *State of art* da AI (Inteligência Artificial) e os demais progressos alcançados pelos vários campos da Ciência

Cognitiva poderiam levar à elaboração de algum recurso educativo com reais condições de auxiliar nas atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento da neoplasia mamária?

- Seria útil um *software* desse tipo? Como poderia ser divulgado e usado com o máximo de eficiência?
2. Delinear os efeitos psicológicos da “descoberta” de um câncer de mama, ocasionada pelos métodos propedêuticos atualmente à disposição da população em geral e das mulheres em particular.
  3. Identificar as medidas (ou sua falta) de prevenção e de minimização dos efeitos psicológicos adversos determinados pela fase propedêutica e pelos procedimentos terapêuticos geralmente usados nos casos de comprovação do câncer de mama.
  4. Diferenciar o impacto benéfico supostamente acarretado pelas medidas mais recentes de diagnóstico precoce e de tratamento conservador do câncer de mama.
  5. Produzir perspectivas para ações públicas e/ou comunitárias direcionadas ao equacionamento e à otimização da metodologia diagnóstica e terapêutica do câncer de mama, com vistas a amenizar seus efeitos psicológicos e psicossociais devastadores.
  6. Produzir “tutores inteligentes” que contribuam para a auto-ajuda em qualquer uma das fases em que o(a) paciente se encontre: prevenção, diagnóstico, tratamento ou pós-tratamento.

## METODOLOGIA

### 1. Levantamento bibliográfico sobre:

- Psicologia e Medicina Psicossomática relacionadas às Neoplasias Mamárias;
- Epidemiologia e Métodos Diagnósticos e Terapêuticos das Neoplasias Mamárias;
- Ciência Cognitiva, com enfoque sobre sua Filosofia, Psicologia, Neurociência e recursos da Inteligência Artificial aplicados à profilaxia, diagnóstico e terapêutica das neoplasias mamárias.

### 2. Levantamento de dados provenientes de:

- Arquivos ambulatoriais locais;
- Questionários aplicados local e nacionalmente (via Internet), para solicitar depoimentos pessoais relativos à casuística das neoplasias mamárias;
- “Screenings” ecográficos e mamográficos, acompanhados ou não de biópsia de agulha fina, junto a hospitais públicos e/ou clínicas particulares;
- Avaliação psicológica de uma amostra estatisticamente válida de pacientes submetidas à mastectomia radical comparada a uma de pacientes beneficiadas por tratamento conservador das neoplasias mamárias.

### 3. Síntese e Avaliação dos resultados obtidos.

### 4. Elaboração de “softwares” de auto-ajuda (“Tutores Inteligentes”), baseados sobre os avanços da Ciência Cognitiva,

particularmente no campo da Inteligência Artificial, com vistas à prevenção e terapêutica das neoplasias mamárias.

## **ALGUMAS (HIPÓ)TESES A SEREM ENCAMINHADAS PARA COMPROVAÇÃO**

1. Origem psicossomática de neoplasias mamárias;
2. Utilidade e prioridade da universalização do tratamento conservador x tratamento cirúrgico radical;
3. Aplicabilidade dos métodos epidemiológicos no estudo das neoplasias mamárias, sob o perfil da Ciência Cognitiva;
4. Possibilidade de criar programas de “estrutura leve” (*softwares* - “Tutores Inteligentes”), como ajuda na “compreensão da doença”, para finalidade diagnóstica e terapêutico-educativa (e *re*-educativa) em casos de neoplasias mamárias, graças aos avanços dos estudos da Inteligência Artificial.

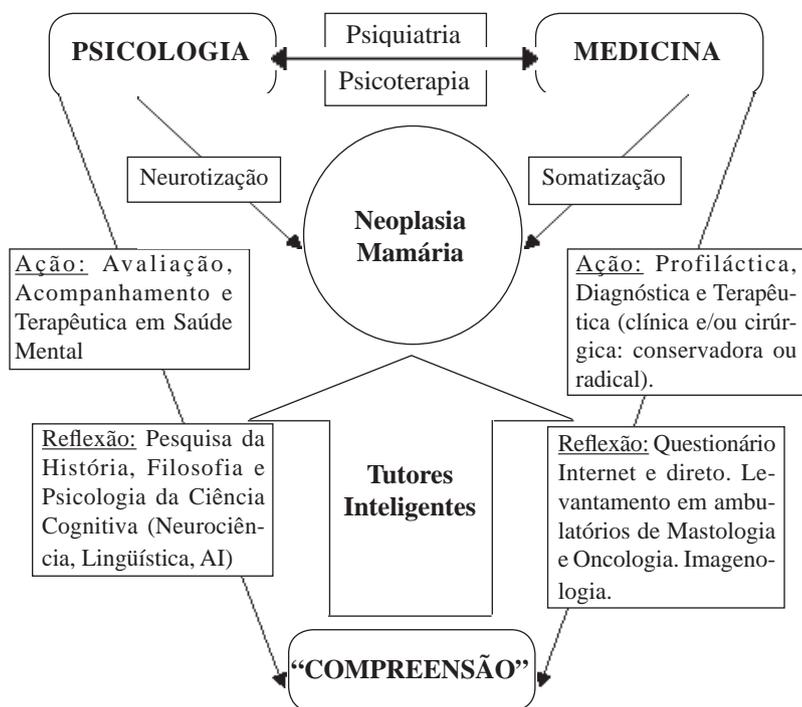
## **UM TRIÂNGULO HIPOTÉTICO PARA AS NEOPLASIAS MAMÁRIAS**

Qualquer neoplasia consiste num distúrbio do equilíbrio homeostático do organismo, devido a uma desordem no desenvolvimento de algumas células, em detrimento dos tecidos do próprio órgão afetado e/ou de outras partes contíguas ou distantes.

Os carcinomas (neoplasias malignas) de mama podem-se apresentar em várias formas mas sempre haverá conseqüências dramáticas. Os efeitos sobre a psicologia da pessoa afetada pela doença dependem dos traços peculiares de sua personalidade, das características do meio e da história de sua vida, mas sempre e inequivocamente serão deletérios e constituirão um grave desafio para seu equilíbrio emocional e para a estruturação subseqüente de sua própria vida e de seu relacionamento com os demais.

O meu trabalho situa-se no campo de forças que procura entender o turbilhão que se instaura na *psyqué* e ao redor do ser humano acometido por um transtorno tão grave.

A complexidade conceptual da problemática suscitada encontra uma síntese hipotética e programática no triângulo que adquire, assim, o seguinte aspecto:



## **A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PODE CONTRIBUIR PARA A COMPREENSÃO DA DOENÇA?**

As críticas à Ciência Cognitiva, aplicáveis perfeitamente ao campo da Inteligência Artificial, oferecem alguns desafios:

1. O desafio da emoção: a Ciência Cognitiva estaria negligenciando o importante papel das emoções na mente humana;
2. O desafio da consciência: a Ciência Cognitiva ignoraria a importância da consciência na mente humana;
3. O desafio do mundo: a Ciência Cognitiva estaria desrespeitando o papel significativo do mundo físico sobre a mente humana;
4. O desafio social: o pensamento humano é intrinsecamente social, numa forma que a Ciência Cognitiva estaria ignorando;
5. O desafio do sistema dinâmico: a mente seria um sistema dinâmico, não um sistema computacional;
6. O desafio da matemática: os resultados da matemática mostrariam que o pensamento humano não pode ser computacional no sentido comum, pois o cérebro pode operar diferentemente, talvez como um computador “quântico”.

Segundo Thagard (1996), todos estes desafios podem ser adequadamente enfrentados com a expansão e a suplementação da abordagem computacional-representacional, não devem, todavia, ser abandonados. A hipótese principal do meu trabalho, inclusive, depositaria no acervo de conhecimentos extraídos pela ampla pesquisa realizada pela Ciência Cognitiva e em seu eficiente método científico, a possibilidade de encontrar uma maneira de pôr o conhecimento a serviço da esfera emocional.

A “compreensão da doença”, de fato, deveria poder auxiliar no controle dos efeitos negativos da neoplasia sobre a emocionalidade do/a paciente, graças à elaboração de “tutores inteligentes” na base dos princípios da Inteligência Artificial.

Não se pretende absolutamente substituir os recursos tradicionais da psicoterapia aliada à radioterapia e à quimioterapia, além das intervenções mais drásticas e, do ponto de vista dos transtornos emocionais, particularmente iatrogênicas, da cirurgia radical ou mesmo “conservadora”. O intuito é fornecer mais um recurso para auxiliar na melhora do quadro psíquico e mesmo físico, em qualquer das fases em que o/a paciente se encontre: prevenção, diagnóstico, terapia ou mesmo pós-“terapia”.

## LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO INICIAL

ARSAC, Jacques. *Les machines à penser. Des Ordinateurs et des Hommes*. Paris : Seuil, 1987. 251 p.

BEESON, Paul B.; McDERMOTT, Walsh. *Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb*. 2 v. Rio de Janeiro : Interamericana, 1977.

BERKOW, Robert et alii. *Manual Merk de Medicina*. São Paulo : Roca, 1989.

BLAMEY, Roger et alii. *Atlas on Breast Cancer*. 1993.

BRUNNER, S.; LANGFELDT, B. *Advances in Breast Cancer Detection*. 1990.

CAJAL, Santiago Ramón Y. *Reglas y Consejos sobre Investigación Científica. Los Tónicos de la Voluntad*. Madrid :

Espasa Calpe, 1897 .

CHALMERS, D. J. Syntactic transformations on distributed representations. *Connection Science*, 2:53-62, 1990.

COLE, D. J. Artificial intelligence and personal identity. *Synthese*, 88:399-417, 1991.

CONGRESSO MUNDIAL DE MASTOLOGIA (8. : 1994 : Rio de Janeiro). Final Programme. *Abstracts*. Rio de Janeiro, 1994. 398 p.

DENNETT, D. C. The abilities of men and machines. In: *Brains-torms*. MIT Press, 1978.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo : Perspectiva, 1992. 173 pp.

GAMAGNANI, Parvis. *Atlas of Mammography : New Early Signs in Breast Cancer*, 1996.

GARDNER, Howard. *A nova ciência da mente*. Trad. por Cláudia Malbergier Caon. São Paulo : Edusp, 1996. Tradução de *The Mind New Science: A History of Cognitive Revolution*.

GOLEMAN, Daniel. *Inteligência Emocional*. Trad. por Marcos Santarrita. 8. ed. Rio de Janeiro : Objetiva, 1996. 375 p. Tradução de *Emotional Intelligence*.

HAAGENSEN, C. D. *Doenças da mama*. São Paulo : Roca, 1989. 1050 p. Tradução de *Diseases of the breast*.

HEGG, Roberto; PINOTTI, José Aristodemo. Tratamento do Câncer de Mama. *Controvérsias. G. O. Atual*, 7(4) : 12-27, 1995.

JACQUETTE, D. Fear and loathing (and other intentional states) in Searle's Chinese Room. *Philosophical Psychology*, 3:287-304. 1990.

- KIRK, R. Computation and consciousness. *Journal of Philosophy*, 86:407-32. 1986.
- LUCAS, J. R. *The Freedom of the Will*. Oxford University Press. 1970.
- MELO, Augusto Luís Nobre de. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1979.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em Saúde. (4. ed., 1996). São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1992.
- MIRRA, A. P.; FRANCO, E. L. *Cancer mortality in São Paulo, Brazil*. São Paulo : Ludwig Institut for Cancer Research, 1987, 77 p. (LICR Cancer Epidemiology Monograph Series, 3). 73. MIT Artificial Intelligence Laboratory. Current Publications Bibliography. Cambridge, MA : MIT A Lab Publications Office. AI memo 191.
- MS – Ministério da Saúde – Brasil – *Estatística Brasileira de Mortalidade*. Brasília, Divisão Nacional de Epidemiologia, 1989, 56 p.
- NOVAK, Edmund R. et alii. *Tratado de Ginecologia*. México : Interamericana, 1977.
- PUCCETTI, R. On thinking machines and feeling machines. *British Journal for the Philosophy of Science*, 18:39-51. 1967.
- ROBBINS, Stanley L. *Patologia Estrutural e Funcional*. Rio de Janeiro : Interamericana, 1974.
- RUSSELL, S. Inductive learning by machines. *Philosophical Studies*, 64:37-64. 1991.
- SABISTON, David, C. Jr. *Tratado de Cirurgia*. Rio de Janeiro : Interamericana, 1979.

- SENN, Hansjorg et alii. *Adjuvant Therapy of Breast Cancer V*. International Conference on adju.,1995.
- SHAPIRO, S.; STRAX, P. et alii. *Periodic screening for breast cancer. The health insurance plan project and its sequelae. 1963-1986*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1988.
- SLOMAN, A. *The Computer Revolution in Philosophy*. Harvester. 1978.
- STILLING, Neil et alii. *Cognitive Science. An Introduction*. London : The MIT Press, 1987 (5<sup>th</sup> printing, 1992). 533 p.
- STOLL Basil A. et alii. *Approaches to Breast Cancer Prevention*. 1991.
- TEBOUL Michel; HALLIWELL, Michael. *Atlas of Ultrasound and Ductal Echography of the Breast*. 1995
- THAGARD, P. 1996. *Mind: Introduction tu Cognitive Science*. Cambridge, MA : MIT Press.
- TURING, A. Computing machinery and intelligence. *Mind* 59:433-60, 1950
- UCHÔA, Darcy de Mendonça. *Psicologia Médica*. São Paulo : Sarvier, 1976.