

**Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva**

**Mastectomia e feminilidade: uma questão perante o
câncer**

Maria Cleonice dos Santos

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva para a obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva**

Área de concentração : Saúde e Sociedade:

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sueli Pereira Castro

**Cuiabá
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva**

**Mastectomia e feminilidade: uma questão perante o
câncer**

Maria Cleonice dos Santos

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de
Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato
Grosso para a obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.**

Área de concentração : Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sueli Pereira Castro

**Cuiabá
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA

S237m Santos, Maria Cleonice dos
Mastectomia e feminilidade: uma questão perante o
câncer / Maria Cleonice dos Santos . – 2007.
95p. : il. ; color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Área de concentração:
Saúde e Sociedade, 2007.

“Orientação: Profª Drª Sueli Pereira Castro”.

CDU – 613.99:618.19-006

Índice para Catálogo Sistemático

1. Saúde da mulher
2. Mastectomia
3. Mamas – Câncer
4. Feminilidade
5. Mulheres – Câncer de mama – Reações sociais

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos a todos os professores do ISC que muito contribuíram em meu crescimento acadêmico durante essa jornada.

A Profª Drª Sueli Pereira Castro por todos os momentos de orientação quando me sentia perdida.

Aos diretores e funcionários do NUTEC por todo apoio e compreensão no desenvolvimento desse projeto.

As senhoras entrevistadas, pela compreensão e maravilhosa participação.

A minha querida filha Beatriz por todos os momentos em que estive ausente. Obrigada filha. Te amo!

RESUMO

Santos, MC. Mastectomia x Feminilidade: uma questão perante o câncer [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2007.

O câncer de mama, no Brasil, é a principal forma de câncer entre as mulheres e também a maior causa de morte feminina. Assim, entendendo o corpo como uma construção social, que ocorre em razão do conhecimento histórico, esse trabalho visa compreender o significado da alteração corporal gerada pela retirada da mama no universo feminino de mulheres portadoras de câncer de mama. Baseado nos moldes de uma pesquisa qualitativa e no método etnográfico, parto do pressuposto que as estruturas estruturadas são forjadas ao longo da história das mulheres interferindo na visão individual do corpo, buscando compreender através da história de vida dessas pacientes, os significados, as ações e reações sociais e os vários estigmas, tabus, e condutas sociais que as regem e conseqüentemente a nossa sociedade ocidental, fundamentada em uma doutrina judaico-cristã repleta de preceitos, regras e normas de condutas e comportamentos. Levando-as a rever seus valores e a reavaliar o que é realmente importante para elas e seus familiares. Em função da disponibilidade dos casos, na instituição selecionada para pesquisa, foram realizadas 04 entrevistas, com pacientes portadoras de câncer de mama, submetidas a uma das formas de mastectomia, que se encontravam em tratamento no município de Cuiabá. Através da reconstrução da história de vida dessas pacientes e da história das mulheres, encontramos evidências das ações e reações sociais correlacionadas a doença câncer de mama e suas portadoras submetidas às alterações de sua feminilidade e arquétipos incorporados, tais como, a queda do cabelo, a perda do seio e a exclusão social sob as mais variadas formas de preconceitos, reagem a cada alusão ou a menção de perder sua condição de indivíduo e de mulher conquistados a duras penas no processo social de sua formação, em função da possibilidade de não mais conseguir desempenhar suas tarefas e representar seus papéis socialmente estipulados.

Descritores: Câncer, Câncer de Mama, Feminilidade, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Santos, MC. Mastectomia x Feminilidade: uma questão perante o câncer /Mastectomy x Femininity: one question about cancer [dissertation]. Cuiabá (BR): Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2007.

The breast cancer, in Brazil, is the main form of cancer among women and also the more important cause of feminine death. So, to understand the body, like a social construction, that occur because the historical knowledge, this work based to know the meaning of corporal changes objective by breast extract in feminine universe of women that have breast cancer. Based in the molds of a qualitative research and in the ethnographic method, I propose that structured structure are made through interfere of the individual view of body through the life history of these patients, the web of meanings that support their social action and reactions and of the some stigmata, taboos, representations and behaviors that conduct them and our west society, based on a doctrine Jewish-Christian full of rules, and norms of behaviors, which after the diagnosis, these women come to submit themselves of differentiated form, receiving a look also differentiated, to review their values and to reevaluate what is really important for them and their familiar ones. In function of the availability of the cases, in the institution selected for research, 04 interviews had been carried through, with carrying patients of breast cancer, submitted to one of the mastectomy forms, that are under treatment in the city of Cuiabá. Through the reconstruction of the life history of these patients and of the women history, find evidences of the actions and social reactions correlated to the stigma of the breast cancer for which had not only been through but are through these ones, many other not to mention all of them, the carriers of this type of cancer, where, submitted the alterations of their womanship and incorporated archetype , such as, the fall of the hair, the loss of the breast and the social exclusion under the most varied forms of preconceptions, react to each allusion or the mention with great difficulty to lose their condition of conquered individual and woman in the social process of their formation, in function of the possibility of not been able anymore to play their part socially stipulated.

Descriptors: Cancer, Breast Cancer, Femininity, Womam's Health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	01
2. CÂNCER DE MAMA E MASTECTOMIA: A MUTILAÇÃO	15
2.1 Compreendendo o câncer de mama	15
2.2 A Mastectomia: do inimaginável ao contemporâneo	22
3. CORPO E FEMINILIDADE	30
3.1 Mulheres: signos e significados	30
3.2 Feminilidade	58
4. MASTECTOMIA X FEMINILIDADE: O ESTUDO DE CASO	61
4.1 Quem são essas mulheres	61
4.2. A descoberta do câncer e a mastectomia	64
4.3 Relacionamentos: mastectomizada, parceiro e sociedade convivência após a mastectomia	69
4.4 Reagindo ao câncer: questões de feminilidade e religião	75
5. CONCLUSÃO	79
6. REFERÊNCIAS	87
ANEXOS	92
Termo de Consentimento Livre Esclarecido	
Termo de Consentimento Pós Informação	
Termo de Compromisso de Divulgação e Publicação de Resultados	
Termo de Aprovação Ética de Projeto de Pesquisa	

LISTA DE FIGURAS

Figura	Título	Página
Figura 1	A estrutura das mamas	24
Figura 2	Tipos de cirurgia	26
Figura 3	Após mastectomia do lado direito	27
Figura 4	Reconstrução com músculo, gordura e pele do abdome	27
Figura 5	Depois da cirurgia que refez o mamilo e a aréola com tatuagem	27
Figura 6	Mastectomia bilateral com reconstrução utilizando músculo, gordura e pele do abdome	28
Figura 7	Lilith de John Collier	32
Figura 8	Eva de Hans Baldung	33
Figura 09	Essência do feminino - Wich Graal	34
Figura 10	Estienne	39
Figura 11	A origem do mundo de Coubert	45
Figura 12	A noite de Michelangelo	47
Figura 13	Vênus de Milo	50
Figura 14	Liberdade guiando o povo de Delacroix	50
Figura 15	Madona e a criança de Dieric Bouts	51
Figura 16	Vênus de Willendorf de lado e de costas	51
Figura 17	Vênus de Laussel	52
Figura 18	O nascimento de Vênus de Sandro Botticelli	52
Figura 19	A morte e a donzela de Hans B Grien	56
Figura 20	Runa Perth	86

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela	Título	Página
Tabela 1	Estimativa para o ano de 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de números de casos novos por câncer em homens e mulheres, segundo a região anatômica, para o Brasil.	02
Tabela 2	Estimativa para o ano de 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de números de casos novos por câncer em homens e mulheres, segundo a região anatômica, para o Brasil e por regiões.	02
Gráfico 1	Tipos de câncer mais incidentes, estimados para 2006, exceto pele não melanoma, na população brasileira	03
Tabela 3	Estimativa para o ano de 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de números de casos novos por câncer em mulheres, segundo a região anatômica, para Mato Grosso.	04

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a principal forma de câncer entre as mulheres. É uma doença complexa que envolve tratamento multidisciplinar, de potencialidades ainda não totalmente esclarecidas em função do grande alcance de devastação da doença. Embora a angústia gerada pelo diagnóstico tenha se transformado ao longo do tempo, até os dias atuais, o medo gerado frente aos pacientes portadores de um câncer, associado as angústia sofrida em função da morte eminente, aos estigmas e a discriminação social, pelos quais passam essas mulheres que têm no seio um símbolo não só de feminilidade e maternidade, como também de sexualidade, ainda é pressentido.

O câncer de mama é também, no Brasil, a principal causa de morte entre as mulheres. O seu desenvolvimento normalmente é lento, começa a manifestar-se aos trinta e cinco anos aproximadamente, e é cada vez mais freqüente com o progredir da idade, sendo que atualmente, cada vez mais cedo são registrados casos de câncer de mama em mulheres cada vez mais jovens. O diagnóstico precoce é o maior aliado na luta contra o câncer, porém, o postergar pode revelar um constrangimento em constatar-se acometida por esse “mal”, tornando-se um aspecto importante no diagnóstico, atrasando-o, ao qual, entre o perceber uma massa ou nódulo e ir procurar um médico pela simples desconfiança de que pode se tratar “daquela doença” pode fazer despertar as angústias e os estigmas que a acompanham: a dor, o isolamento e o medo da morte.

Diz SILVA (2000), que as pessoas reconhecem muito dos sintomas suspeitos do câncer ou de doenças graves. Os pacientes sabem até quando o médico está considerando essa hipótese. Perpassa um período difícil entre decidir o que fazer e assim, guarda-se o medo para si mesmo. Este medo acentua-se em quem já teve algum parente ou conhecido, mais próximo, que passou pelas agruras do câncer. Mas se a identificação é tão perturbadora ou constrangedora ver-se com um indicativo de ser portador de um câncer abre portas aos questionamentos externos. Quais são as indicações de que se pode estar com um câncer, mais especificamente câncer de mama e porque há a necessidade de escondê-lo? Emagrecimento pode ser um fator, queda de cabelo (sintoma do tratamento quimioterápico) ou de pelos do corpo (sobrancelha, por exemplo) podem levar aos pacientes ou familiares e amigos a questionamentos sobre o porquê das alterações corporais. Alguns desses signos já

são associados ou a quem tem câncer ou AIDS. Duas doenças que geram extremos estigmas em que os possui e que “rotulam” e “excluem” os portadores por os condenarem previamente à morte.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que no Brasil, no ano de 2006, ocorrerão mais de 472.050 casos novos de câncer, aos quais 234.570 referentes à população masculina e 237.480 para a feminina, como mostram as tabelas abaixo:

Tabela 1: Estimativa para o ano de 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de números de casos novos por câncer em homens e mulheres, segundo a região anatômica, para o Brasil:

Localização Primária	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
Mama Feminina	1.110	7.120	2.520	9.540	28.640
Traquéia, Brônquio e Pulmão	990	3.350	1.590	7.230	14.010
Estômago	1.260	3.680	1.310	4.670	12.280
Próstata	1.680	8.730	3.050	9.200	24.620
Colo do Útero	1.610	4.410	1.430	3.840	7.970
Cólon e Reto	520	2.450	1.320	5.920	15.150
Esôfago	220	1.230	550	3.180	5.400
Leucemias	510	1.820	630	1.850	4.740
Cavidade Oral	380	2.170	670	2.520	7.730
Pele Melanoma	140	450	240	1.790	3.140
Outras Localizações	4.230	15.560	6.520	27.520	71.020
Subtotal	12.650	50.970	19.830	77.260	194.700
Pele não Melanoma	4.620	23.800	8.320	24.850	55.050

Fonte: MS/Instituto Nacional de Câncer - INCA¹.

¹ Fonte: http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp&ID=1

Tabela 2: Estimativa para o ano de 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de números de casos novos por câncer em homens e mulheres, segundo a região anatômica, para o Brasil e por regiões:

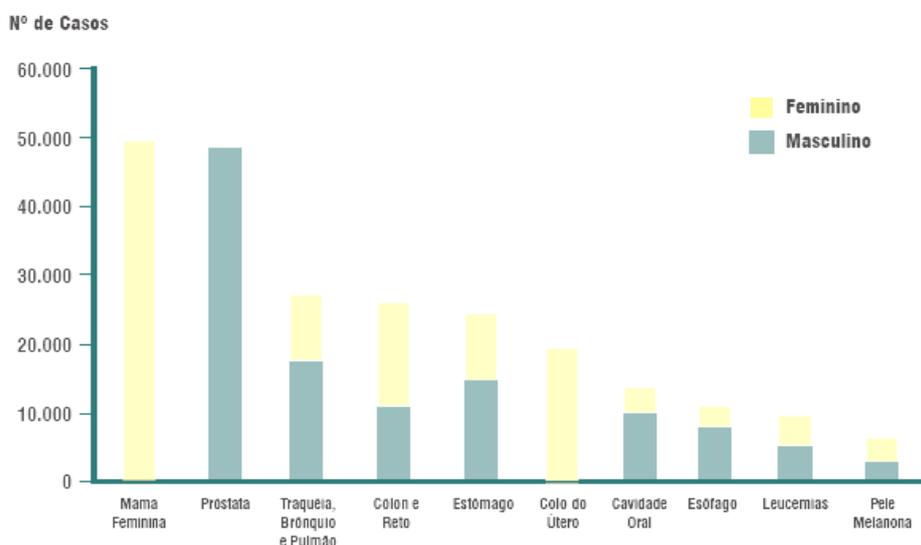
Região	Estimativa dos Casos Novos		
	Masculino	Feminino	Total
Norte	8.360	8.910	17.270
Nordeste	34.290	40.480	74.770
Centro-Oeste	14.240	13.910	28.150
Sul	53.420	48.690	102.110
Sudeste	124.260	125.490	249.750

Fonte: MS/ Instituto Nacional de Câncer - INCA²

Com relação à população feminina, particularmente, o câncer de mama e o de colo uterino, são considerados, os mais freqüentes tipos de câncer baseando-se em um sistema de informações sobre mortalidade, implantado inicialmente em 1977, o qual inclui a magnitude da mortalidade ou da incidência e os dados demográficos obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Assim, O Inca apresenta a estimativa para 2006 do número de casos novos e respectivas taxas brutas para neoplasias em geral e onze localizações selecionadas de câncer por sexo com relação à localização primária de neoplasias malignas, no gráfico abaixo:

² Fonte: http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp&ID=1

Gráfico 1: Tipos de câncer mais incidentes, estimados para 2006, exceto pele não melanoma, na população brasileira



Fonte: MS/Instituto Nacional do Câncer - INCA³

Resumindo, considerando os tumores de mama feminina, **a estimativa para o ano 2006**, definida em termos de taxa bruta de incidência por 100.000 mulheres e de números de casos novos por câncer foram estimados de acordo com o perfil e a tabela abaixo:

- Para o Brasil: 48.930 casos novos o que corresponderá a uma taxa bruta de 51,66;
- Na região Centro-Oeste: 2.520 casos novos o que corresponderá a uma taxa bruta de 37,99;
- Para o Estado de Mato Grosso: 350 casos novos o que corresponderá a uma taxa bruta de 25,48 e,
- Para Cuiabá: 110 casos novos o que corresponderá a uma taxa bruta de 37,20.

³ Fonte: http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2

Tabela 3: Estimativa para o ano de 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de números de casos novos por câncer em mulheres, segundo a região anatômica, para Mato Grosso:

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	350	25,48	110	37,20
Traquéia, Brônquio e Pulmão	90	6,71	20	6,37
Estômago	80	5,86	20	6,46
Colo do Útero	280	20,04	50	17,58
Cólon e Reto	90	6,40	30	9,41
Esôfago	20	1,38	10	1,23
Leucemias	50	3,57	10	4,80
Cavidade Oral	20	1,61	10	2,14
Pele Melanoma	20	1,63	10	3,61
Outras Localizações	340	24,49	80	28,30
Subtotal	1.340	96,51	350	123,83
Pele não Melanoma	970	70,16	190	68,16
Todas as Neoplasias	2.310	166,21	540	190,82

Fonte: MS/Instituto Nacional de Câncer - INCA⁴

De acordo com essa estatística do INCA, e segundo ANGERAMI (2004), foi diagnosticado que as mulheres atendidas no setor de oncologia, no Brasil, têm idade variando entre 25 a 70 anos, são casadas e têm sobre si a responsabilidade de cuidar de maridos, filhos e/ou da própria infra-estrutura doméstica, isso quando também não trabalham fora de casa. Esse é o perfil da maioria das mulheres brasileiras na modernidade.

Submersa nesse mundo, buscando compreender algumas das agruras do câncer, na década de noventa, em uma cidade do interior de São Paulo, fui convidada a participar de uma equipe multidisciplinar, em oncologia, composta por enfermeira, médica mastologista⁵, nutricionista, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e eu física médica, para trabalhar com pacientes portadoras de câncer de mama. Era o grupo: “Amigas do

⁴ Fonte: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=MT>

⁵ Especialista no estudo das glândulas mamárias.

Peito” e tínhamos nossas reuniões na sede da casa de apoio a pacientes oncológicos, uma vez por mês. A aceitação a esse convite veio da necessidade de fazer algo mais por essas mulheres que vinham em busca de um tratamento mais humanizado, de alguém que as vissem com um olhar diferenciado e não como uma doença em uma parte qualquer da anatomia: “a mama”, “o pulmão”, “o colo de útero”, etc.

Nas reuniões realizadas por esse grupo, eram narradas as histórias das vidas dessas mulheres, contadas por elas mesmas. Histórias essas que perpassavam pelo abandono do parceiro, o afastamento dos familiares e amigos e, principalmente, pelo afastamento de si mesmas. A vergonha era um aspecto presente na vida dessas pacientes. Como sair sem cabelo, sem sobrancelha, sem um seio, o sutiã vazio... Eram sobre as perspectivas de se tornarem sombras de si mesmas em função do “peso da doença”, que eram narradas essas histórias: a ausência da mama e seus estigmas (mutilação x feminilidade)... Após a mastectomia⁶, algumas pacientes relatavam que passavam semanas sem se olharem no espelho, fugindo da devastação ou da realidade e dos estigmas causados pelo câncer, na busca de tentar se enquadrar, modificar e sobreviver em nossa sociedade capitalista ocidental.

Essas mulheres pertenciam a uma classe social menos favorecida, ou seja, uma classe dita popular. Elas questionavam o fato de não serem mais consideradas mulheres, por não poderem mais gerar filhos e dar prazer aos seus companheiros e talvez, devessem se preparar para passar o resto da vida sozinhas, pois quem gostaria de acariciar um corpo incompleto pela ausência da mama.

Mediante o uso das próteses externas, elas buscavam uma alternativa para melhorar a imagem que elas mesmas faziam de si e assim, criar uma força necessária para enfrentar a realidade, eram agora provedoras de seus lares, tinham sido abandonadas pelos seus parceiros. A doença estava relegada a outro plano e a prioridade era se recuperar para constituir um meio de vida.

Nesse grupo eram oferecidos aulas e cursos de trabalhos manuais para que essas mulheres começassem a reerguer suas vidas, adquirindo uma fonte de renda. Através de doações lhes era ensinado a construírem suas próprias próteses para preencher a ausência,

⁶ Retirada parcial ou total da mama.

mais elas não tinham muito tempo para pensar nisso e se orgulhavam de pela primeira vez na vida, às vezes, ganhar seu próprio dinheiro e prover o sustento seus e de seus filhos.

Foi através dessas mulheres e de suas histórias que compreendi, após longos 14 anos de profissão, que realmente o corpo humano é construído e representado simbolicamente e como tal é portador de significados e representações sociais, reflexos da sociedade e da cultura onde está inserido e dessa forma, introjetadas em uma sociedade ocidental, capitalista, repleta de símbolos e representações, como é a nossa, a mulher e principalmente a mulher com câncer de mama, vai se constituindo. As relações de poder, através da sexualidade, com as quais uma sociedade se apodera e domina segundo FOUCAULT (1990), são dadas a partir dos hábitos e pela moral que passa a estabelecer normas e padrões disciplinarizando os corpos, adestrando-os para um convívio social.

Dessa forma, a retirada do seio e suas sequelas, alteram a concepção da feminilidade na mulher (estigmas de GOFFMAN (1998) para ela mesma e para os padrões sociais constituídos a partir das estruturas estruturadas e estruturantes, que de acordo com BOURDIEU (2001), nos apontam caminhos para a compreensão de como os sujeitos se relacionam e apreendem a realidade com as quais estão inseridos e que ao mesmo tempo são determinados e determinantes nesse processo, estabelecendo os *habitus* que as produzem e constituem.

Dentre todas essas conjecturas, BOURDIEU (2001) ressalta que a história escrita no uso mais coerente da linguagem corrente, leva as práticas que designam instituições ou entidades coletivas a constituírem-se em sujeitos históricos capazes de originar e realizar os seus próprios fins consensualmente. Assim, CARVALHO (2002) suscita que ao assimilar o sistema de conceitos ou de representações, através do processo de socialização, o sujeito necessita dele para viver com e entre os seus semelhantes.

BOURDIEU (2001), afirma:

“Basta observar que toda a ação histórica põe em presença dois estados da história (ou do social): a história no seu estado objetivado, quer dizer, a história que se acumulou ao longo do tempo nas coisas, máquinas, edifícios, monumentos, livros, teorias, costumes, direito, etc., e a história no seu estado incorporado, que se tornou *habitus*”.

(BOURDIEU 2001, p. 82)

Sob uma ótica objetivista, pode-se afirmar que a representação que os agentes têm do mundo social faz com que eles imponham sua percepção nesse mundo, de acordo com suas visões, resultando em suas identidades sociais. No entanto, essas visões, são produtos da estruturação social que por um lado objetivo (associado a todos os aspectos já estruturados em função ou de acordo com as instituições - estruturas estruturadas) e por outro subjetivo (produtos de símbolos que ao longo de uma trajetória se transformam enunciando novas relações - estruturas estruturantes), faz com que os agentes passem a ver o mundo social como natural, não se rebelando contra ele, adotando, assimilando e incorporando o que passa a ser natural.

Tendo em vista que um *habitus* incorporado pode ser apropriado de uma aquisição histórica e demonstrado através da história de vida, BOURDIEU (2001, 2002) afirma que o mundo social pode ser construído, percebido e dito, de diferentes modos, em função de diferentes princípios de visão e divisão, como por exemplo, as divisões étnicas, que permitiriam reagrupamentos em suas estruturas de acordo com a distribuição do capital; falar de um espaço social é dizer que não se poderia juntar uma pessoa qualquer com outra pessoa qualquer, sem levar em consideração as diferenças fundamentais, sobretudo econômicas e culturais. Dessa forma se faz improvável ou contra-produtivo falar em mastectomia e feminilidade sem considerar os aspectos históricos, culturais e econômicos que constroem esse ser mulher e posteriormente, a mulher com câncer de mama, estruturada em sua classe e obediente aos padrões que a constituem e a classificam socialmente. Porém, BOURDIEU (2001) afirma que:

“A razão e a razão de ser de uma instituição e dos seus efeitos sociais, não está na vontade de um indivíduo ou de um grupo, mas sim no campo de forças antagônicas ou complementares na qual, em função dos interesses associados às diferentes posições e dos *habitus* dos seus ocupantes, se geram as vontades e no qual se define e se redefine continuamente, na luta e através da luta, a realidade das instituições e dos seus efeitos sociais, previstos e imprevistos”. (BOURDIEU 2001, p. 81)

Assim, desvelar as teias de significados e representações pelos quais perpassa a mulher mutilada devido ao câncer de mama levou-me a enveredar pela história das mulheres e como elas se constituíram nessa mulher contemporânea com a representação atual do corpo

feminino e sua socialização, condicionada a um sistema de disposições duradouras, adquiridas pelo indivíduo durante o processo de socialização, e que define o *habitus*. São elas, as disposições perpetuadas e interiorizadas pelos indivíduos através de dois componentes: o *ethos* (para designar os princípios ou os valores em estado prático, a forma interiorizada e não consciente da moral que regula a conduta cotidiana) e a *hexis corporal* (posturas, disposições e relações do corpo, interiorizadas inconscientemente pelo indivíduo ao longo da história), as responsáveis por constituir símbolos e estigmas que são cada vez mais naturalmente incorporados e introjetados.

Para BOURDIEU (2001), assim como para BOSI (1995), o distanciamento entre indivíduos de capitais e *habitus* diferentes é a linguagem, elemento socializador da memória. Ouso dizer que é através da memória, que se pode compreender resgatando-se, nas histórias focadas dessas mulheres portadoras de um câncer de mama, alguns dos diversos significados introjetados para elas, a partir do diagnóstico de um câncer de mama, uma vez que elas vêm, durante todo o processo, do diagnóstico ao tratamento, seus corpos serem profanados e manipulados indo de encontro aos estigmas da doença, que não permitem que tenham uma vida afetiva e social “adequadamente” equilibrada.

Apropriando-se do olhar especial da antropologia, buscou-se compreender, como as múltiplas dimensões desse ser humano (mulher mastectomizada) se introjetam na sociedade, considerando os vários “olhares” e relacionando os diversos campos do saber (abordagem multidisciplinar e multiprofissional), tal qual MAMEDE (2001) o descreve, como fundamental no processo de reabilitação de mulheres com câncer de mama, considerando os efeitos nocivos que o tratamento gera e evidenciando nas pacientes submetidas à mastectomia, os problemas de ordem emocional, social e sexual aos quais só poderiam buscar serem desvelados baseando-se nessa trajetória antropológica etnográfica, que considera o ser total com todos os seus aspectos subjetivos adquiridos, introjetados e incorporados.

GOFFMAN (1988) afirma que os gregos, grandes conhecedores dos atributos visuais, criaram o termo *stigma* para referir-se a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo, que avisavam aos outros as condições inferiores daqueles que o possuíam, tais quais escravos, criminosos, traidores,

entre outros. Os estigmatizados deveriam evitar lugares públicos em função de sua condição impura, poluída, ou seja, uma pessoa marcada. Já na era Cristã, o autor ainda suscita que foram incorporadas duas novas metáforas ao termo estigma: o primeiro estaria associado a sinais corporais que evidenciariam a graça divina, tais quais flores em erupção sobre a pele; o segundo, refere-se a uma alusão médico-religiosa que associou a esse sinal corporal um distúrbio físico.

O termo estigma atualmente, está mais associado a seu sentido original, e assim, será sempre associado a atributos depreciativos que indicariam a desqualificação de alguém para fazer algo, como por exemplo, a “Flor de Liz”, “A Letra Escarlata” entre outros símbolos que denotavam a depreciação moral daqueles que a possuísem e a qual deveria ser visível a todos. No caso do câncer de mama e dos arquétipos femininos, à vontade de esconder o “status moral”, que é tido como a representação da má-conduta (moral) do indivíduo perante a sociedade ou do castigo divino por um erro cometido, como salienta também SONTAG (1984).

Se a sociedade ocidental moderna visa à produtividade do indivíduo em função de sua perfeição física e mental, ou seja, saudável, o indivíduo que não está apto a tais realizações pode se tornar um excluído social.

GOFFMAN (1988) enfatiza que o indivíduo estigmatizado é mais suscetível ao que os outros vêem como defeito, levando-o aos poucos a concordar que, na verdade, ele ficou abaixo do que realmente deveria ser. Assim, a vergonha aparece quando o indivíduo percebe que um de seus atributos é socialmente negativo, podendo se tornar desconfiado, deprimido, hostil, ansioso e a isolar-se, agravando o quadro da enfermidade.

Dessa forma, dominando aquilo que conhecemos, ao longo de nossa história, estabelecendo e fixando padrões de comportamento que se legitimam e, ideais de cultura que nos transportam as relações de patriarcalismo, em nossa sociedade ocidental, um sistema psico-ideológico que ataca o desejo e o anseio inconsciente reduzindo-o ao sexo e depois definindo o sexo nos termos politizados do gênero, onde a nudez é uma das condições asfixiantes da feminilidade ou ainda uma das formas de protesto contra tanta opressão, os corpos tornam-se dóceis sujeitos da história, habituados ao controle externo, a sujeição, a transformação e ao aperfeiçoamento, sendo moldados por meio da organização e da regulamentação do tempo, do espaço e dos movimentos de suas vidas cotidianas. Estes

corpos são treinados, moldados e marcados pelo cunho das formas históricas predominantes de individualidade, desejo, masculinidade e feminilidade através de disciplinas rigorosas e reguladoras sobre dieta, maquiagem, vestuário, o que fazer e o que não fazer, o que comer e o que não comer.

Símbolo de dominação, resignação, castração e de inúmeros outros significados, enquanto foco de sexualidade, a mulher tem seu corpo descoberto pelo outro, como forma de submissão e docilidade, disciplina e a regulação das populações (natalidade), sendo induzidas, no entanto, a memorizar em seus corpos, ao longo da história, o sentimento e a convicção da carência e insuficiência e é nesse contexto que perpassa a história da mulher pela descoberta de si mesma e sua grandiosa revolução.

Resumindo, tomo como pressupostos os ensejos de BOURDIEU (1992, 1996, 2001, 2002), FOUCAULT (1990) e GOFFMAN (1988) quando conceituam seus valores, crenças, *habitus*, estigmas, enfim, as relações com as quais o ser mulher se construiu ao longo de sua história se constituindo.

Baseando-se em BOURDIEU (2001, 2002), quando nos conceitua as noções de *hexis e ethos*, *habitus*, capital cultural e a lógica da dominação masculina exercida sob um poder simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominado como pelo dominante. Assim, um simples olhar, torna-se um poder simbólico de grande eficácia dependendo apenas da relativização daquele que percebe e daquele que é percebido e por aqueles a quem se aplica evidenciando a possibilidade do desagrado com o próprio corpo, o mal-estar, a timidez ou a vergonha mediante a desproporção entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o próprio corpo imposta pelos olhares dos outros de acordo com a posição social a qual pertence. Apesar das experiências específicas que podem aproximar esse grupo de mulheres portadoras de câncer de mama, elas ainda podem continuar separadas devido as diferenças econômicas e culturais que as afetam e a forma com que podem vivenciar a dominação masculina.

Dedicado às relações de poder, saber e corpo, FOUCAULT (1990) define, os campos de forças em que se dão os embates sobre as questões do corpo e os estigmas a ele associado, em função dos acontecimentos passados e presentes, dos desejos, dos desfalecimentos e dos erros, buscando dissecar o alcance de tais discursos sobre os corpos dos indivíduos, tomados enquanto mecanismos gerais de dominação, de controle, submissão, docilidade,

utilidade e normalização de condutas, dispersos anonimamente em toda a rede social, almejando acentuar, assim, o vínculo existente entre o binômio corpo/alma e a díade saber/poder.

GOFFMAN (1988) avalia a relação que envolve os estigmatizados inseridos em seus grupos sociais que compreendem um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em dois subgrupos, os estigmatizados e os normais; em razão de os estigmatizados e os normais não serem consideradas pessoas e sim perspectivas geradas em situações sociais durante os contatos entre ambos, seriam as virtudes das normas padronizadas pelos grupos sociais aos quais pertencem, que por não estarem sendo cumpridas por um deles os diferenciariam.

Por intermédio de Bourdieu (2001, 2002), vê-se que as estruturas estruturadas e estruturantes que são forjadas ao longo da história das mulheres, podem ser determinadas socialmente e dependem das condições sociais e/ou dos capitais sociais, econômicos e culturais de cada classe social a que essa mulher pertence.

Partindo-se do pressuposto e da hipótese de que a retirada do seio, passa a alterar o conceito de feminilidade na mulher, estigmas de GOFFMAN (1988), para ela mesma e para os padrões sociais constituídos, variando, mediante a posição ocupada por ela nesse espaço social ao qual pertence e, também, mediante o sexo de quem observa e de quem é observado e entendendo o corpo como uma construção social, que se dá em razão do conhecimento histórico da relação do corpo e da doença, esse trabalho objetivou compreender o significado da alteração corporal gerada pela retirada do seio, no universo feminino de mulheres portadoras de um câncer de mama, aos quais assumem uma dimensão simbólica ou se transformam em *habitus*, à medida que se constituem em algo conhecido e valorizado pelo grupo.

Com vistas a compreender esse emaranhado de significados e representações, ao qual considera-se que o processo saúde-doença não existe por natureza pura mais deve confrontar o ser humano enquanto ser total, a pesquisa qualitativa fornece, de acordo com MINAYO (1994), uma avaliação sob um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, que sobre o prisma da antropologia, podem ser descritas mediante a arte de saber olhar, ouvir e escrever, na busca de estudar o homem por inteiro em todas as sociedades ou estados e épocas a que possam pertencer.

Valendo-se das idéias de OLIVEIRA(1989) e GEERTZ (1989), pode-se considerar como parte de nossa percepção o olhar e o ouvir, com o qual avaliamos que aquilo que era tido como natural em nós mesmos é de fato, cultural e que a cultura nada mais é do que um emaranhado de estruturas e significados, socialmente estabelecida e legitimada pela aceitação do grupo a que passa a se submeter.

Tomando como base LAPLANTINE (1994), aos poucos se percebe que o menor dos nossos comportamentos, tais como gestos, posturas, reações afetivas, entre outros, é o que caracteriza a unidade do ser e a organização social ao qual pertence. Assim, através da psico-oncologia poderemos considerar o enfrentamento pelo qual passam essas mulheres, de acordo com vários autores, incluindo GIMENEZ (2000) e SILVA (2000), como um tipo de comportamento do ser, que visa proteger as pessoas de sofrerem danos psicológicos decorrentes de experiências sociais problemáticas, ou seja, um comportamento que faz a mediação do impacto que as sociedades têm sobre o bem estar psico-social de seus membros.

No decorrer desse processo e durante toda a minha vida profissional, o acompanhamento de pacientes com câncer de mama torna infinitamente claras as idéias utilizadas por GEERTZ (1989) quando se refere à importância do que nos está sendo transmitido através do ouvir e do olhar, quando as falas dessas pacientes tomam corpo em meio aos aspectos socioculturais dessa nossa sociedade ocidental. São histórias gerais e particulares, que estão sendo relatadas, através da cultura que as norteiam e as cercam e que nos leva a entendê-las um pouco mais, dentro das comunidades em que vivem, com seus hábitos e *habitus*, valores e padrões, indicando uma forma de como as ouvir.

Essas falas nos remetem ao mundo dos sentidos, signos, e/ou das representações, em busca da formulação da compreensão e da justificação de suas relações e inter-relações sociais, uma forma de buscar o que ouvir. Se de acordo com BOURDIEU (2001) todo objeto científico é passível de modificações e interpretações, a modificação causada em função da mutilação (mastectomia) pode acarretar em contrapartida, variadas interpretações desse novo significado, gerando “silêncios”, ou “zonas de silêncios” que podem ou não ser provisórios, o que segundo GOFFMAN (1988), resume a aceitação do estigmatizado, (“mutiladas” em função da retirada do seio, devido ao câncer de mama) em ser aceito pelo grupo ao qual pertence e a pensar as conseqüências que esse fato acarreta em suas vidas.

Assim, buscou-se através da história das mulheres, seus *habitus*, e arquétipos incorporados à sociedade e a si mesmas, evidências para compreender a relação entre a mulher, sua feminilidade e a mutilação gerada em função da doença. Para tal a instituição escolhida para pesquisa e realização das entrevistas foi o Instituto Cuiabano de Radioterapia cujo nome fantasia se designa NUTEC (Núcleo de Terapia Especializada em Cancerologia). A referida instituição foi a primeira a instalar em Mato Grosso, um serviço multidisciplinar em atendimento oncológico. Inaugurada no final da década de 90 o serviço dispõe de um Acelerador Linear Philips SL75-5 de 6 MeV de fótons ao qual é utilizado para prática de radioterapia.

O serviço conta também com toda uma estrutura hospitalar e ambulatorial, para realização dos procedimentos para tratamento quimioterápico, complementando as necessidades de tratamento ao paciente oncológico. Sua equipe multidisciplinar é composta por mastologistas, hematologista, oncologista, cirurgiões, radioterapêutas, quimioterapêuta, farmacêutica, enfermeiro, técnica de enfermagem, tecnóloga e técnica em radiologia, física médica, fisioterapeuta, clínica de dor e psico-oncologista, entre outros aportes terceirizados.

A referida instituição foi escolhida em função da acessibilidade aos pacientes (no que se refere aos prontuários, rotinas diárias, entre outros aspectos do tratamento), por eu ser uma das profissionais que trabalham na instalação, mais principalmente por poder ver introyetado e integrados o trabalho de vários profissionais no atendimento multiprofissional aos pacientes oncológicos.

O NUTEC é um serviço terceirizado localizado nas dependências do Hospital Santa Rosa em Cuiabá/MT. Instituição privada que atende a conveniados e particulares bem como mantém um convênio com o Sistema Único de Saúde - SUS para o atendimento radioterápico, porém, sua grande clientela é de pacientes de conveniados e particulares.

No que se refere aos tratamentos, os pacientes já chegam ao setor de radioterapia diagnosticados faltando, no entanto os procedimentos e definições para o tratamento radioterápico propriamente dito. Eles chegam, consultam-se com o radioterapêuta e têm seu tratamento programado. O meu primeiro contato com as pacientes se deu na primeira etapa do que chamamos de planejamento radioterápico⁷, ao qual acompanho o radioterapêuta nas

⁷ Conjunto de procedimentos para preparar o tratamento radioterápico do paciente.

retiradas dos dados necessários para programação e cálculos de seus tratamentos. Normalmente no dia seguinte, a paciente vem para o primeiro contato com o equipamento e continuidade de seu planejamento, etapa de preparação e efetivação do mesmo. Tudo definido e corrigido, a paciente inicia suas aplicações. Nesse período em torno de 30 dias, para as pacientes mastectomizadas, encontrei-me diariamente com elas, acompanhando suas rotinas de tratamento bem como suas principais queixas, questionamentos, anseios e dúvidas. É dessa forma que iniciei os contatos dessas pacientes selecionadas para a pesquisa. Alguns dias após a etapa do planejamento, quando a paciente já havia deixado certo medo de lado, aproximava-me delas, falando do projeto e oferecendo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para que elas o levassem para casa, lessem e depois me dessem uma resposta sobre se aceitavam ou não participar da pesquisa. De um total de oito pacientes contatadas, que se encontravam em tratamento na instituição, no período entre junho de 2006 a janeiro de 2007, as quais realizaram a mastectomia (único critério utilizado) foram entregues os Termos, mas apenas quatro concordaram em participar das entrevistas (abertas), que foram realizadas no último dia de tratamento de cada uma delas, por opção delas mesmas, e realizadas na própria instituição.

A seleção dessas pacientes também foi orientada pela psico-oncologista da instituição que sempre me auxiliava sobre as questões pertinentes as pacientes mastectomizadas. Durante essas orientações trocávamos várias idéias e ela fazia algumas sugestões. A psico-oncologista também me auxiliou no respaldo legal mediante ao Comitê de Ética, com relação ao apoio psicológico as pacientes caso houvesse a necessidade.

Durante esse processo de acompanhamento, tornou-se essencial a busca da construção histórica da mulher e com ele os estigmas e representações ao longo da história para conseguir construir essa mulher contemporânea que retrata nos dias atuais o passado que a constituiu. Retomando os aspectos etnográficos e antropológicos e baseando-se na história focal de vida dessas mulheres, portadoras de um câncer de mama, fragilizadas pela mastectomia, buscou-se obter informações que permitiram dialogar com os estudiosos e estudos realizados, de tal forma a evidenciar aspectos sociais e estigmatizantes causados e revelados nessas pacientes, inseridos em função da perda ou alteração da feminilidade (retirada da mama) e quais os significados dessas alterações nas vidas dessas mulheres portadoras de uma doença como é o câncer de mama.

2. CÂNCER DE MAMA E MASTECTOMIA: A MUTILAÇÃO

Compreendendo o câncer de mama

LAPLANTINE (1986) parte da premissa que as representações da doença e da cura, tais como são empiricamente vivenciadas pelos interessados (os que curam e os que são curados), são verdadeiros modelos etiológico-terapêuticos. O autor, baseado em suas pesquisas, constata que a biomedicina é isenta de representações, como se sentíssemos dificuldade em admitir que a doença é um fenômeno social que não é unicamente produto de um especialista, mas absolutamente de todos, em que o ponto de vista dos clientes é na maior parte do tempo percebido como uma fonte de ignorância ou de desconhecimento em relação a esta medicina, porém, essa premissa vem se modificando de acordo com o nível de informações e questionamentos que os pacientes fazem ou levam pra seus médicos. O paciente não é mais apenas aquele de quem se fala mais quer também participar de todas as ações, ele quer falar.

Os estudos de LAPLANTINE (1986) evidenciam a doença sob dois aspectos:

- A doença na terceira pessoa, ou seja, o conhecimento médico objetivo (valores médicos);
- Doença na primeira pessoa, onde o estudo da subjetividade do doente que interpreta por si mesmo os processos que fazem com que ele “se sinta mal” ou “em plena forma”, bem como o da subjetividade do médico.

O que vem a ser doença afinal?

LAPLANTINE (1994, 2004) discorre que em francês só existe o vocábulo *maladie* (doença) e descreve, na língua inglesa, três terminologias para a palavra:

- *Disease*: a doença tal como ela é aprendida pelo conhecimento médico;
- *Illness*: a doença como é experimentada pelo doente;
- *Sickness*: um estado muito menos grave e mais incerto que o precedente, tal como um enjôo em viagens marítimas, etc.

Convém, portanto, para LAPLANTINE (1994, 2004), diferenciar *disease* e *illness* introduzindo um terceiro termo suscetível de integrar a doença-objeto (*disease*), a doença-sujeito (*illness*) e a doença-sociedade (*illness*, segundo Fabrega citado por Laplantine). Esse terceiro termo seria o *sickness* que passaria a elaborar as condições sociais, históricas e

culturais da representação do doente e das representações do médico, ou seja, uma colocação mais correta com a nova clínica médica.

De acordo com CRUZ (2001) uma vez que a saúde e o bem-estar compreendem a integração de aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais que, em conjunto, enriquecem a economia e as relações interpessoais (a qualidade de vida e de saúde), podem ser um forte indicador do desenvolvimento potencial e social humano. Assim, se algo não se enquadra os aspectos sociais humanos decaem. Dessa forma, parafraseando CRUZ (2001), somente será possível compreender o significado que o câncer de mama tem em nossa sociedade a partir do momento em que nos aproximarmos do conhecimento sobre a realidade desse grupo (mulheres com câncer de mama) inserido em nossa sociedade ocidental com todos os seus *modus operandi*. São as teias de significados de Geertz e os *habitus* de Bourdieu nos envolvendo.

Assim, qual a classificação social para um doente com câncer se o vemos como sinônimo de morte, exclusão e solidão? Exclusão?

HERZLICH (2002) afirma que “por meio da saúde e da doença, temos acesso à imagem da sociedade”, e nenhuma sociedade quer ser vista como uma sociedade doente em função de ter acolhido seus indivíduos “incapazes” e “não saudáveis”. A exclusão que bane esse indivíduo ao exílio social, deixa-o a margem, tornando-o não integrante desse grupo, desqualificando-o. Desse modo, pode-se concluir que os estigmas são “pressões” sociais. Aquele que não se enquadra ou encaixa não está apto ao convívio social.

SKABA (2003) nos mostra que apesar dos avanços científicos e do controle da doença, o câncer ainda trás consigo o estigma da morte associado ao seu diagnóstico, determinando a uma grande parcela da população, que a cura se dá por uma concepção divina, um milagre, justificando as barganhas dos pacientes na fé que se interpõe pelas mãos dos médicos. São frases como “Deus não dá fardo maior do que podemos carregar”; “É uma provação a que fui submetida...” que descrevem, de acordo com a citação de SILVA (2000) e MENEZES (2004), como pacientes terminais ou que possuem uma doença crônica “incurável”, que sabem que estão com essas doenças passam por essas cinco fases, descrevendo sua condição emocional:

- **A negação**: fase que ocorre logo após a revelação da doença. É um pára-choque depois da notícia. Corresponde, no entanto, a fase de defesa temporária, sendo logo substituída pela aceitação parcial.
- **A raiva**: agora o paciente já admite estar com a doença, mas se questiona: Por que eu?. Tende a voltar-se contra o médico, a medicina, os familiares, a sociedade e até contra Deus. Está a procura do responsável pela sua doença e rebela-se contra o fato de ser ele e não outra pessoa, a estar doente. É uma fase muito difícil para todos os que estão próximos ao paciente.
- **A negociação** : É a fase da barganha, onde o paciente tenta superar o seu mal por meio de promessas e da barganha. Atinge primeiramente o corpo clínico, oferecendo presentes na esperança de que desta forma seja lhe oferecida à cura. Negocia o pecado com Deus e promete não mais proceder da mesma forma (se volta à religião em busca do milagre da cura) e quando ele percebe que essa barganha não surtirá efeitos ele se antecipa para a fase da interiorização.
- **A interiorização**: Nesta fase é visível a deteriorização do paciente. Esse começa a apresentar novos sintomas e torna-se debilitado, mas ainda não está preparado para aceitar a morte. Busca resolver todos os “negócios inacabados”, dissolver mágoas e fazer as pazes. Nessa fase, o paciente precisa de silêncio e, por vezes de isolamento.
- **A aceitação**: À medida que o paciente encontra certa paz e aceitação, seu círculo de interesses diminui. Deseja ficar só, não quer ser perturbado com notícias e problemas do mundo exterior. O paciente já não quer receber visitas e nem conversar. A família cabe ficar ao lado e respeitar seus desejos.

SILVA (2000), ainda afirma que o tempo de duração de cada fase é variável de pessoa para pessoa e a alternância entre cada fase também pode ocorrer, mas uma coisa é certa, inexoravelmente todos os que têm câncer ou qualquer doença crônica como essa, passarão por essas etapas e com intensidades variadas, contaminando e minando suas forças rotineiramente.

HIPÓCRATES, citado por SANT’ANNA (2000), diz:

“O câncer de mama é descrito como um mal que mina cotidianamente as energias, começando pela interrupção da menstruação, passando pelo aumento das dores e

terminando pela dificuldade em respirar e, enfim, a morte.” (HIPÓCRATES APUD SANT’ANNA, 2000 p. 50)

Aos doentes de câncer e principalmente câncer de mama, SANT’ANNA (2000) ainda ressalta o reviver não apenas do fantasma do medo da morte lenta e implacável, mas principalmente, aquele da perda da feminilidade e, portanto, daquilo que secularmente foi considerado a alma de toda a mulher: a mama! A retirada da mama trás consigo toda uma reviravolta na concepção social dessa mulher. Ludibriada em sua maior representação, vê seu signo descaracterizado e desfigurado, desafiando sua moral.

SONTAG (1984) compara o mal da tuberculose no século XVIII com o câncer nos últimos séculos e traça um paralelo sobre tuberculose e câncer e a metáfora dessas doenças.

Para a autora, a tuberculose está relacionada com qualidades atribuídas aos pulmões, que pertencem à parte superior e espiritualizada do corpo. O câncer é notório por atacar partes do corpo (cólon, bexiga, seio, cervix, próstata, testículos) cujo reconhecimento é embaraçoso, sentimentos esses, segundo SONTAG (1984), que reduz o câncer ao mau uso do órgão e como “castigo”, a doença. Ter um tumor geralmente suscita sentimentos de vergonha. Parece que o fato de se estar tuberculoso já era associado, em meados do século XVIII, à idéia de ser romântico, se morre de amor. Ter a aparência de doente era algo *glamuroso*. Poder-se-ia razoavelmente supor que essa romantização da tuberculose fosse mera transfiguração literária da doença e que na época de suas grandes devastações, a tuberculose provavelmente tenha sido encarada como repelente – como é o câncer agora. Morrer de tuberculose ainda era misterioso, via-se o doente acometido pelo mal do amor, mas morrer de câncer era humilhante e vergonhoso.

SONTAG (1984) relata que as pessoas podiam crer que na tuberculose existia algo de *glamuroso* e que a doença era herdada, revelando algo especial sobre a pessoa afetada. De modo similar, as evidências de que existem famílias predispostas ao câncer e, possivelmente, também um fator hereditário nessa enfermidade, pode ser reconhecido sem perturbar a crença de que o câncer é uma doença que ataca o indivíduo. Ninguém pergunta por que eu? Quando contrai cólera ou tifo. Mas “por que eu?” (no sentido de “não é justo!”)

é a pergunta de toda pessoa ao saber que está acometida de câncer. Será um castigo de Deus por algo por mim cometido? Devo resignar e calar!

As especulações do mundo antigo fizeram da doença um instrumento da ira divina como punição aos pecados cometidos. Mesmo que a doença não seja considerada um julgamento na comunidade, como uma punição divina, uma provação a ser superada, ela se torna um julgamento retroativamente na medida em que põe em movimento um inexorável colapso da moral e dos costumes. Se adoecer de câncer está associado a moral e como as maiorias dos cânceres são em “regiões menos dignas”, aqueles que desenvolvem a doença estão fadados à exclusão e ao abandono como punições aos seus “desvios” morais.

De acordo com SANT’ANNA (2000):

“O câncer trás o estigma da ingloria relegada aos bastidores da cultura. Um mal marcado pela imagem da corrosão. O câncer de mama é ainda mais vergonhoso, pois é agravado pela ameaça da mutilação de uma parte do corpo considerada, há muito, um dos principais símbolos da identidade feminina”. (SANT’ANNA, 2000 p. 43).

A autora considera a formação de novos saberes no enfrentamento do problema que considera de ordem pública e diz que a história do câncer de mama revela igualmente, a persistência de temores e de expectativas que resistem à passagem dos anos e às transformações técnico-científicas mais recentes. Receios antigos relativos à mutilação, a solidão e ao abandono familiar não cessam de emergir no decorrer do tratamento em quimioterapia, por exemplo, ou no suceder de exames e cirurgias, quando o corpo é inúmeras vezes manipulado, vasculhado e diagnosticado.

No início do século XX, nas três primeiras décadas, segundo SANT’ANNA (2000), o constrangimento do câncer estava associado à higiene e limpeza. Moléstias venéreas tais como a sífilis e o cancro eram o avesso da vida virtuosa e limpa, de boa moral e com bons aspectos físicos. SANT’ANNA (2000) afirma que não apenas no Brasil, como também nos Estados Unidos, se achava que em ambientes não-limpos a doença poderia se proliferar, tornando-se até contagiosa e, portanto, a grande preocupação dos higienistas. A sociedade passa a ser, portanto, a grande fiscalizadora da higienização dos locais onde se abriga doentes com câncer inclusive.

Em 1905, de acordo com SANT'ANNA (2000), é publicado na Inglaterra o primeiro manual de controle do câncer, indicando os sinais da doença. Iniciativas semelhantes ocorrem na França e nos Estados Unidos, onde foi criada a Liga de Combate ao Câncer, em 1918, de forma a sensibilizar o público de que essa doença se tornara um “flagelo social”. No Brasil, em função dos novos estudos realizados no exterior, que concluíam que o câncer é algo externo, ou seja, que vem de fora para dentro do corpo de modo devastador, era relativizada, à medida que a medicina passou a admitir a existência de causas externas tanto quanto internas, como resultado da doença.

Ainda no mesmo século XX, segundo FERREIRA (2004), a importância de novos estudos concentrou-se no fato de que o corpo é o depositário de processos biológicos indicadores de saúde ou doença para o indivíduo, confirmando as iniciativas acima. À medida que os exames preventivos começam a contribuir para evitar as mastectomias radicais, o câncer de mama deixa de ser considerado algo que deveria ser deixado escondido e silenciado, mas os argumentos morais ainda nos anos 30 e 40, não desaparecem, atualizando-se por meio de uma nova sexualidade e às suas relações com a vida.

SANT'ANNA (2000) descreve que é a partir dos anos 40 que o câncer começa a ganhar espaço na mídia e a ser considerado uma doença, que se tratada a tempo, poderia ser curada.

Levando em consideração as idéias do início do século XX, veremos que havia uma ponta de verdade, salvas as proporções, no que se refere aos fatores de risco associados ao câncer tais como a hereditariedade (predisposição genética), fatores ambientais, incompetência imunológica, exposição à carcinógenos, condições pessoais e demográficas adversas, consumo de álcool, radiações ionizantes, stress psicológico, hipotireoidismo, obesidade, diabetes, consumo elevado de gorduras, menarca precoce, menopausa tardia e o fato de não ter filhos, são alguns deles.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA, cerca de 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição ao sol pode gerar o câncer de pele e alguns vírus podem gerar leucemia.

Existem duas classes de fatores de risco, segundo a *American Cancer Society*:

- Os que podem ser modificados: são aqueles que dependem do comportamento assumido de cada pessoa, tais como, hábitos alimentares, aditivos utilizados para conservar alimentos, etc.
- Os que não podem ser modificados: são aqueles que independem do comportamento do ser e podem ser herdados, por exemplo, como é o caso da herança genética, câncer, medicamentos, fatores ocupacionais e as radiações.

Com base em MARCHESI (2005) no decorrer dos anos tem havido um aumento contínuo de doenças femininas, como câncer de mama, fibróides, endometriose, abortos e infertilidade. Estudos realizados em todo o mundo comprovam que exposição a agentes químicos encontrados no meio ambiente como, por exemplo, pesticidas, herbicidas, inseticidas e subprodutos da indústria podem causar rupturas endócrinas nas pessoas. Substâncias que causam ruptura endócrina são todas aquelas que alteram o nível de atividade hormonal normal no organismo levando ao desenvolvimento de doenças. Estamos expostos a compostos que causam ruptura endócrina na vida diária, quase sempre sem saber que estamos nos expondo. A autora ainda afirma que encontramos resíduos de pesticidas nas frutas, verduras, produtos animais; utilizamos vários produtos químicos tais como plastificantes confeccionados com PVC (policloreto de vinila), entre eles, toalhas de mesa, cortinas de chuveiro, brinquedos infantis, equipamento médico de plástico e embalagens de alimentos. Compostos que causam ruptura hormonal são encontrados tanto na água proveniente de poços quanto na da rede de distribuição urbana, proporcionando mais uma forma de exposição. Compostos tóxicos também são inalados ou absorvidos através da pele por contato com a maioria dos produtos de limpeza domésticos, cosméticos, perfumes, lavagem a seco, carpetes, assoalhos de vinil, copiadoras, cola de madeira, desodorantes de ambiente, colchões, xampus, e assim por diante.

Se uma dada relação saúde-doença se inicia com os efeitos sócio-culturais de uma dada sociedade em especial, com a qual descreve a forma com que o indivíduo se insere e se estabelece em seu meio e se para termos uma boa relação saúde-ambiente-sociedade, devemos tomar como certo essas influências de forma a encontrarmos uma mitigação aos efeitos ambientais a que nos expomos. Considerando todos esses argumentos, devemos ter:

- Habitação saudável que é a concepção da habitação como um agente da saúde de seus moradores. Implica em um enfoque sociológico e técnico de enfrentamento dos

fatores de risco, e promove uma orientação para a localização, construção, moradia, adaptação e manuseio, uso e manutenção da habitação e do seu ambiente. O conceito de habitação saudável se introduz desde o ato do projeto da habitação, sua micro-localização e construção, e se estende ao seu uso e manutenção. Este conceito está relacionado com o território geográfico e social onde está localizada a habitação, os materiais usados para a sua construção, a segurança e qualidade dos elementos usados, o processo construtivo, a composição do seu espaço, a qualidade do seu acabamento, o contexto periférico global (comunicações, energia, vizinhança) e a educação sanitária dos seus moradores sobre os estilos e condições de vida saudável. Um dos ambientes habituais onde convive o ser humano no curso cíclico de sua vida é na sua habitação, ademais estão à escola, o lugar de trabalho, a cidade e o município. O conceito de ambientes saudáveis incorpora o saneamento básico, espaços físicos limpos e estruturalmente adequados e redes de apoio para obter recintos psicossociais saudáveis e seguros, isentos de violência (abusos físicos, verbais e emocionais). A carência e deficiências nas habitações e a falta de saneamento constituem em um determinante no excesso de mortalidade e uma característica sistematicamente vinculada aos níveis de pobreza, ao resto socioeconômico e a iniquidade territorial na América Latina e no Caribe (OPAS/OMS: Saúde nas Américas, 1998).

- Desenvolvimento sustentável pela OPAS implica no uso racional dos recursos naturais, de forma a evitar comprometer o capital ecológico do planeta. Trata-se de incluir considerações de ordem ambiental no processo de tomada de decisões econômicas, com vista ao desenvolvimento. Desenvolvimento Sustentável deve, portanto, significar desenvolvimento social e econômico estável, com distribuição de riquezas geradas, considerando a fragilidade, a interdependência e as escalas de tempos próprios dos recursos naturais. Este conceito foi consolidado como diretriz para a mudança de rumos no desenvolvimento global, que foi definida pelos 170 países presentes à Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, em 1992. Para tornar realidade às novas inspirações, a Conferência aprovou a Agenda 21, documento contendo uma série de compromissos acordados pelos países signatários, que assumiram o desafio

de incorporar, em suas políticas públicas, princípios do Desenvolvimento Sustentável.

Todos esses hábitos definidos em função de infra-estruturas e condições de vida descreveriam uma melhor qualidade na vida do indivíduo e a sociedade em que ele se insere, provavelmente livre de doenças ou ao menos controladas é o que nos garante a nossa Constituição.

A Mastectomia: do inimaginável ao contemporâneo

Segundo GOMES et al (2002), durante o renascimento, Lorenj Heister defendia o uso da guilhotina para tornar a retirada da mama (mastectomia) um procedimento mais rápido e menos doloroso, pois ainda não existia a anestesia. GOMES et al (2002) citando Heister, diz:

“Muitas mulheres podem tolerar a operação com a maior coragem e sem gemer absolutamente. Outras, entretanto, fazem um escândalo tal que pode desencorajar o mais destemido dos cirurgiões e dificultar a operação. Para realizá-la, o cirurgião, portanto, deve ser persistente e não permitir-se desconcentrar-se com o choro da paciente” (HEISTER, APUD GOMES, 2002 p.7).

De acordo com MALZYNER et al (2000) e GOMES et al (2002), em um período subsequente à excisão da mama a maioria das mulheres morriam em função de hemorragia ou por infecção, pois não se conheciam os processos infecciosos e os procedimentos de assepsia sofrendo ainda dores horríveis. Somente no século XV foram feitos progressos no tratamento cirúrgico do câncer mamário, através da explanação da anatomia da mama e da axila em suas respectivas proporções para que se pudessem dar margens aos procedimentos de ressecção ou ligadura dos vasos e artérias sangüíneas, alterando todo o formalismo proposto para a cirurgia e evitando as grandes hemorragias. São as obras do período do renascimento trazendo à tona a nudez feminina como forma de obtenção de conhecimento de seu corpo. Quando em 1846 foi descoberta a anestesia por Willian Moston e a anti-sepsia por Joseph Lister é que percebemos o grande “espaço” de agonia que associava sofrimento e morte ao diagnóstico de câncer para as mulheres que padeciam dessa moléstia

levando a equação estigmatizada de câncer = dor + morte, uma morte horrível e extremamente dolorosa.

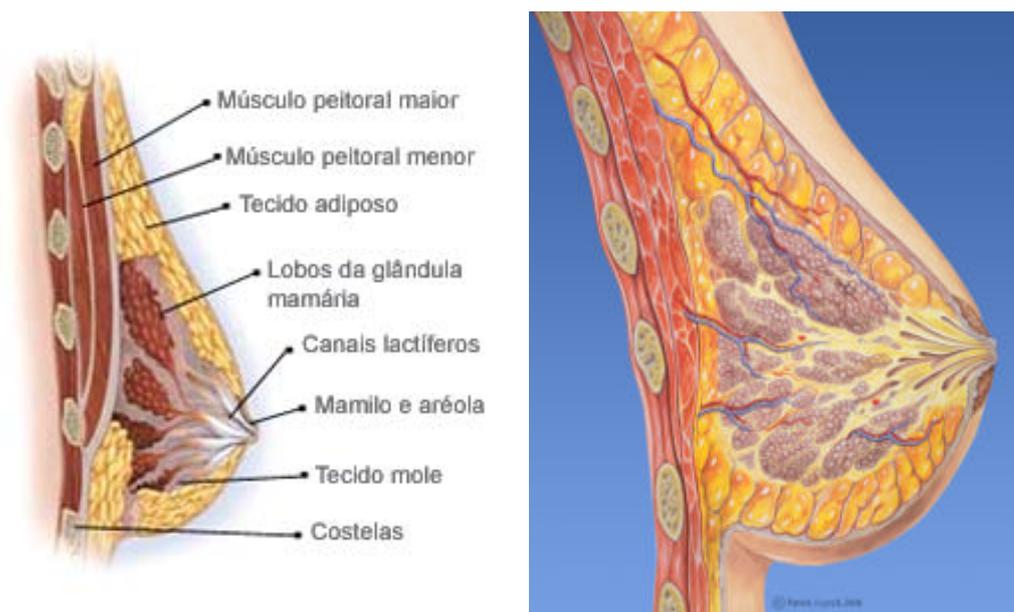
Somente durante o século XX, é que novas e modernas técnicas de cirurgia foram incorporadas ao tratamento do câncer de mama, mas a cirurgia radical com a retirada total da mama era ainda a principal alternativa para o tratamento do câncer de mama. O tratamento radioterápico ou o uso das radiações ionizantes, após o advento da energia nuclear na 2ª Guerra, pode introduzir alguns aspectos benéficos ao tratamento mas ainda assim, a cirurgia era ainda considerada a melhor opção de tratamento. A possibilidade de reconstrução da mama retirada utilizando-se de próteses de silicone ou até mesmo dos próprios tecidos das pacientes, retirados de outras partes do corpo, vem se somar a um período mais recente em que os exames diagnósticos, tais quais, ultra-sonografia e mamografia, puderam ser realizados no decorrer do processo da doença, sendo que este último procedimento (mamografia) é considerado atualmente, um dos mais sensíveis métodos para detecção de tumores extremamente pequenos. Com o avanço científico-tecnológico, novas e modernas técnicas para se detectar o câncer ou suas metástases precocemente, vêm sendo desenvolvidas e pesquisadas. Entre esses processos se pode citar o exame de cintilografia, que possui duas modalidades com sistemas de Tomografias Computadorizadas, um por Emissão de Fóton Único, cuja sigla em inglês é SPECT, e outra por Emissão de Pósitron cuja sigla é PET, ou PET/CT como é popularmente chamada. Essa segunda forma de exame diagnóstico é capaz de determinar a disseminação de doenças extremamente no possuindo uma sensibilidade similar ou maior que as imagens radiológicas convencionais tais como tomografia e ressonância magnética. Porém, devido ao custo elevadíssimo e a dificuldade de acesso ao sistema, somente àqueles que podem custear seus tratamentos particulares têm acesso a esse recurso, restrito aos grandes centros, ao qual, a maioria dos convênios e muito menos o Sistema Único de Saúde – SUS o fazem.

Hoje já se sabe de alguns genes que estão presentes em todas as mulheres que tiveram e têm histórico de câncer de mama, bem como hormônios aos quais alguns tipos de câncer são sensíveis ou resistentes como é o caso do HER2 (que define alguns elementos de

resposta hormonal). Mesmo assim, o câncer será confirmado através da biópsia⁸ e da avaliação do material coletado, a partir do exame denominado anátomo-patológico⁹.

Considerado a principal causa de morte entre as mulheres no Brasil, dentre os vários tipos de câncer de mama, o mais comum é o “carcinoma ductal invasivo”, ou seja, aquele que acomete os ductos mamários (ductos lactíferos), como ilustra a Figura 1 abaixo:

Figura 1 “A estrutura das mamas”¹⁰



Cabe ao patologista descrever o tipo de células acometidas pelo tumor para classificá-lo, definindo para o médico oncologista, radioterapeuta e/ou quimioterapeuta, prognósticos e protocolos a serem utilizados nos tratamentos ou procedimentos posteriores.

O estadiamento do tumor, ou seja, o grau de agressividade, fatores de prognósticos e histologia¹¹ do tumor, são padronizados através do Código Internacional de Doenças (CID) e de tabelas de classificação, também internacionais, definidas através da União Internacional Contra o Câncer (UICC). A classificação dos tumores malignos é dada através de tabela denominada classificação clínica de tumores - **TNM** onde **T** determina o

⁸ Retirada de material ou pequeno pedaço de tecido para análise de alterações celulares sobre o microscópio, geralmente feita pelo médico.

⁹ Exame que avalia as modificações estruturais e ou funcionais produzidas por doença no organismo.

¹⁰ Figura 1 - Extraído de: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Seios>.

¹¹ O exame histopatológico avalia a estrutura microscópica dos tecidos e órgão normais com os doentes analisando as diferenças.

tamanho do tumor, **N** se existem linfonodos comprometidos e **M** se há metástases ou disseminação da doença à distância.

O prognóstico e a seleção do tratamento dependem da idade da paciente, de seu estado geral, do estadiamento, das características do tumor primário, dos níveis hormonais entre vários outros aspectos. No início do século passado quase que a totalidade dos casos era tratada apenas com cirurgia, que se apresentava como única forma de tratamento e retirava totalmente a mama.

Após a virada do século, as opções de tratamentos vêm sendo cada vez mais observadas e utilizadas, minimizando o flagelo gerado nessas pacientes, com inúmeras possibilidades e dentre elas a de se preservar a mama.

VELPEAU em 1856, citado por MALZYNER et al (2000) emitiu uma opinião que ainda hoje é válida:

“Destruir um tumor canceroso por meios cirúrgicos em geral representa uma tarefa fácil e pouco perigosa em si mesma; porém surge a dúvida de se esse procedimento representa uma chance de cura radical para a paciente”. (VELPEAU APUD MALZYNER ET AL 2000, p.79)

Considerando a citação acima ainda hoje questiona-se a exclusividade de determinados tratamentos para um tipo de câncer específico ou salienta-se que tal determinação se dará em função de um método eficaz que depende da localização do tumor, do tamanho, da análise da mamografia, do tamanho da mama, da idade da paciente e da questão psicológica que a perda da mama irá ocasionar a paciente. A dissecação axilar é sempre associada para avaliação do estadiamento e pode auxiliar no prognóstico e na terapêutica.

Existem quatro propostas básicas de cirurgia atualmente:

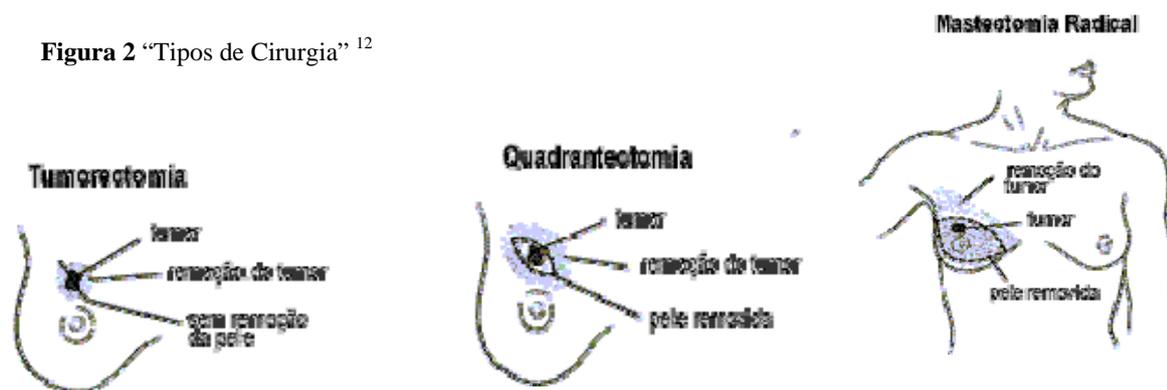
I. Lumpectomia/ Segmentectomia/ Quadrantectomia: onde: *Lumpectomia* é a remoção do nódulo (tumor) e do tecido mamário circunjacente ao tumor, *Segmentectomia* é a retirada de um segmento da mama onde se encontra o tumor e *Quadrantectomia* é a retirada de um quadrante da mama. A escolha entre elas vai depender do tamanho do tumor e correspondem à cerca de 25 a 35% das mastectomias.

II. Mastectomia Simples: é a remoção de toda a mama. Não se retiram os músculos e nem os linfonodos, deixando intacta a parede torácica. Corresponde à cerca de 25% das mastectomias realizadas.

III. Mastectomia Radical Modificada: é a remoção cirúrgica de toda a mama assim como dos linfonodos axilares. Cerca de 57% de todas as mastectomias são deste tipo.

IV. Mastectomia Radical: é a remoção da mama, linfonodos da região axilar e de ambos os músculos peitorais (maior e menor). Esta cirurgia é raramente realizada nos dias de hoje. (Fonte: GIMENES 2000)

Veja abaixo, na Figura 2, as indicações dos procedimentos descritos acima:



Ainda com relação à mastectomia podemos ver o aspecto estético das cirurgias descrito nas Figuras, 3, 4, 5 e 6, abaixo:

¹² Figura 2 – Extraído de:

<http://www.roche.com.Br/FrontEnd/Pages/PrinterFriendly.aspx?PageId=%7b5FB19577-...> e GIMENES, M G G, 2000.

Figura 3 “Após mastectomia do lado direito”¹³



Figura 4 “Reconstrução com músculo, gordura e pele do abdome”.



Figura 5 “Depois da cirurgia que refez o mamilo e a aréola com tatuagem”



¹³ Figuras de 3 a 5- Fonte: <http://www.mrmalas.com/ajuda/>

Figura 6 “Mastectomia bilateral”¹⁴



Como prática de tratamento do câncer de mama, ainda podem ser realizadas **Radioterapia**, que é o tratamento local com o uso de radiação em suas mais variadas formas de aplicação, a **Hormonoterapia** utilizada em tumores que são dependentes de estrógeno, ou seja, hormônios-dependentes, na busca do controle da doença e ainda **Quimioterapia** onde são utilizadas drogas químicas para controle e/ou exclusão tumoral em alguns casos.

Essas modalidades citadas anteriormente podem ser utilizadas tanto como tratamento exclusivo ou como adjuvante, ou seja, complementares umas das outras nos diversos tipos de cânceres de mama encontrados, bem como em quaisquer outros tipos de câncer. Algumas das formas utilizadas para prognóstico e tratamento incluem a determinação do comprometimento dos linfonodos, através do método do “Linfonodo Sentinela”. De acordo com FONSECA (2002) o linfonodo sentinela é aquele que primeiro recebe a drenagem linfática de um tumor. Esse método é capaz de localizar esse linfonodo para que o cirurgião possa extraí-lo com segurança, de forma menos invasiva, e o patologista possa verificar se há ou não comprometimento metastático. No câncer de mama, por exemplo, se o linfonodo sentinela for negativo evitar-se-á o esvaziamento axilar e o linfedema¹⁵ de membro superior, ou seja, um braço inchaço que provoca constrangimento na paciente e um grande desconforto. Quando são encontrados cerca de 8 ou 10 linfonodos comprometidos, indicando a possibilidade de alguma célula já ter saído do foco original da doença, associa-se a este fato um prognóstico extremamente ruim. Às vezes pode ser recomendado que as pacientes se submetam a altas doses com quimioterápicos sendo depois necessária uma substituição ou transplante de medula óssea para recuperar as células hematopoéticas.

¹⁴ Fonte: <http://profissional.medicinatv.com/reportajes/lrioja/>

¹⁵ Retenção de líquido causado pela cirurgia.

Atualmente e cada vez mais, novas drogas e técnicas tanto cirúrgicas como radioterápicas vêm sendo descobertas e utilizadas, mas sabe-se que a melhor arma para o combate do câncer de mama ainda é o diagnóstico precoce da doença.

3. CORPO E FEMINILIDADE

3.1 Mulheres: signos e significados

O corpo humano sempre foi visto como fonte de pecado pelo cristianismo ou como pura expressão da beleza pelo paganismo. Em qualquer cidade da Hélade¹⁶, qualquer passante que olhasse só veria a nudez. Como deuses e deusas, Vênus ou Dianas, em seus corpos em completo estado da natureza, cobertos, às vezes, apenas por um diáfano véu sem, porém, mascarar-lhes as exuberâncias. Eram reproduzidos com toda harmonia geométrica e com plena extensão da sua beleza incluindo nervuras, veias e tendões que lhes davam vida.

Vencido, o paganismo recolheu-se aos signos do cristianismo que lançou o manto da vergonha sobre os corpos de homens e mulheres, aos quais apenas os rostos poderiam ser mostrados. Assim, o ocidente carregado de culpa por ser feito de carne e sexo, assaltado por pudores, encobriu seus membros, músculos e formas.

Em cada época, cada sociedade e cada cultura agem sobre o corpo e de acordo com FOUCAULT (1990), determina-o fazendo surgir os modelos corporais, os padrões de beleza, sensualidade, saúde, postura, entre outros, fornecendo os moldes ou os padrões de comportamento para se constituírem homens ou mulheres. É sobre esse corpo que se impõem as obrigações, limitações e proibições. É dócil o corpo que se submete podendo ser utilizado, transformado e aperfeiçoado em função do poder que a ele se impõe. Para tanto, para conhecer e compreender as sujeições a que esse corpo mutilado se submete no presente, é preciso rever os modelos que determinaram esses corpos no passado, essa feminilidade intrínseca através da sexualidade da mulher.

Começo a observar que os valores e representações que vem sendo assumidos pelas mulheres em nossa sociedade, bem como muitos arquétipos, têm raízes profundas, gerados nos primeiros momentos em que homens e mulheres começam a viver em sociedade. O que é verdadeiro ou falso, certo ou errado, bom ou mal, tomam forma e se constituem. Os *habitus* de Bourdieu estão sendo incorporados!

A partir da premissa de que é através da história que posso compreender os diferentes modelos constituídos para a feminilidade desvelando, através desse emaranhado de

¹⁶ Hélade: país habitado por helenos; gregos do período clássico.

significados e representações quais influenciam a constituição desse ser mulher, e os signos que as constituem, inicio um mergulho através do tempo.

No Antigo Testamento, na Gênesis 2: 18-23, num primeiro ato da história, podemos analisar a mulher segundo a Teologia Judaico-Cristã:

“Javé Deus disse: “Não é bom que o homem esteja sozinho. Vou fazer para ele uma auxiliar que lhe seja semelhante”. [] O homem deu então nome a todos os animais, as aves do céu e a todas as feras. Mas o homem não encontrou uma auxiliar que lhe fosse semelhante. Então Javé Deus fez cair um torpor sobre o homem, e ele dormiu. Tomou então uma costela do homem e no lugar fez crescer carne. Depois da costela que tinha tirado do homem, Javé Deus modelou uma mulher e apresentou-a para o homem. Então o homem exclamou: “Esta sim é osso dos meus ossos e carne da minha carne! Ela será chamada mulher, porque foi tirada do homem!”(GENESIS 2:18-22, p. 15-16)

Quando Adão diz “esta sim é osso dos meus ossos e carne da minha carne”, diz SICUTERI (1985) referir-se ao mito de Lilith, a primeira companheira de Adão, que provocou o desgosto desse por estar envolta em sangue e saliva. Para o autor, esse sangue representa a sexualidade livre de tabus e proibições e a saliva um símbolo indicativo da libido, associado à secreção erótica do beijo profundo. Lilith é a personificação da mulher demônio criada com pó negro e excrementos, os quais perturba Adão, tenta-o com seu poder erótico-sedutor, despertando nele um lado animal (bestial), erótico que não lhe é conhecido. Adão se vê obrigado a tomar consciência de seus instintos, é a erotização da mulher, personificada na figura de Lilith e depois de Eva, levando o homem à tentação e ao pecado. Lilith é a personificação do mal que expressa todo o seu poder através da sexualidade e da volúpia, como demonstra a Figura 7 abaixo.

Figura 7 “Lilith, de John Collier”¹⁷



De acordo com a analogia de SICUTERI (1985), em relação à teologia Judaico-Cristã, Deus havia criado os seres vivos nomeando espécies de quatro tipos aos quais em sua criação, eram apenas três: animais domésticos, animais selvagens e todos os répteis da terra. O quarto grupo faria alusão aos demônios, dos quais criou-se a alma, mas, quando ia criar o corpo estava para começar o sábado e por isso não o criou, para ensinar os bons usos aos demônios. Assim, Lilith, nasce com Adão, logo após Adão, sendo os répteis, demônios e Lilith, suas últimas criações no final do sexto dia. Eva nasce assim, após o desgosto de Adão quando esse se afasta da “companheira” que Deus havia lhe dado, e quando em uma segunda opção tira-se de seus ossos e carnes a auxiliar que lhe serviria: Eva, à serva subserviente, menos erotizada, repleta de pudores, como denota a Figura 8 abaixo.

¹⁷ Figura 7 - Extraído de:
[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/b/b6/Lilith_\(John_Collier_painting\).jpg/230px-....](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/b/b6/Lilith_(John_Collier_painting).jpg/230px-....)

Figura 8 “Eva, de Hans Baldung” ¹⁸



Assim, Eva (mulher), responsável pela expulsão de ambos do Éden, levando Adão a cometer o pecado comendo do fruto proibido, ou seja, da árvore que os fez “abrir os olhos” e que os tornaram conhecedores do bem e do mal, os condena:

“A serpente é amaldiçoada a se arrastar sobre seu ventre e comer pó todos os dias de sua vida; entre ela e a mulher se instalará a inimizade, os descendentes de Eva lhe esmagarão a cabeça e essa ferirá os calcanhares deles. A mulher sofrerá muito em sua gravidez e entre dores dará a luz seus filhos; a paixão vai arrastá-la para o marido e ele a dominará. Ao homem por ter dado ouvidos à sua mulher e comer do fruto proibido maldita seja a terra por sua causa. Enquanto viver você dela se alimentará com fadiga. A terra produzirá para você espinhos e ervas daninhas e delas você se alimentará. Você comerá seu pão com o suor de seu rosto até que volte para a terra, pois dela foi tirado. Você é pó e ao pó voltará”. (Gênesis 3: 14-19, p. 16-17)

Eva/Lilith (mulher) tornou-se a personificação do mal e a responsável pelo pecado, dor e sofrimento ingressarem ao mundo. Muito dos tabus, mitos e representações sobre a

¹⁸ Figura 8 - Extraído de:
http://images.google.com.br/ingres?imgurl=http://www.festeletteri.blogger.com.br/HANS_BALDUNG_

inferioridade e submissão da mulher referem-se às prerrogativas instauradas por essa visão religiosa da personificação do mal na imagem corporal da mulher enfatizada posteriormente, por Santo Agostinho e pelo cristianismo mais rechaçada pelo mito dos Templários que guardaram, ou buscaram o Santo *Graal*. “Cálice”, que uns dizem ter sido utilizado por Cristo em sua última ceia, outros que foi o cálice em que foi recolhido o sangue de Cristo por um de seus discípulos, ou ainda recolhido o sangue de Cristo por Maria Madalena que para muitos se constitui no símbolo do feminino representando a supremacia feminina na possibilidade de poder conceber, de ser a companheira de Jesus e estar sempre a sua direita. Para os Templários que crêem no mito da Deusa-Mãe, “O *Graal*” nada mais seria, do que o “receptáculo da vida”, o útero feminino, em seu formato e em sua divina essência de poder gerá-la. A mulher antes sagrada e endeusada, a que engendrava a vida, converteu-se na inimiga da igreja e assim através dessa personificação, mantém seu estigma religioso.

Figura 9 “Essência do feminino – Wich Graal” ¹⁹



Nas sociedades primitivas, segundo AUAD (2003), como por exemplo, na Indonésia e na África Central, a mulher era considerada um ser sagrado onde à possibilidade de procriar a colocava no mesmo patamar da terra fértil. Era a mesma divindade da deusa mãe que se associava à mulher e a qual a enaltecia. As relações entre homens e mulheres eram construídas através da cooperação e a herança passada entre gerações, era a herança cultural

¹⁹Figura 9 - Extraído de: http://www.rosaleonor.blogspot.com/2003_06_01_archive.html.

a ser transmitida por diferentes modos pelo grupo. Com o desenvolvimento de sociedades onde a caça era a atividade predominante, cristalizaram-se a supremacia masculina e a competitividade entre grupos. A função de reprodutora ainda era totalmente feminina e os homens acreditavam não ter participação no processo e, pensavam que as mulheres engravidavam dos deuses.

É no final do período neolítico que os homens começam a ter a percepção de seu papel na reprodução e aí passam também a ter um controle sobre a sexualidade feminina, é o surgimento do casamento. A transmissão genética começa a ser importante e a mulher passa a ser vista como propriedade do homem. A virgindade e a monogamia feminina começam a ser enaltecidas como valores e regras, pois o nascimento de um filho ilegítimo ameaça a herança genética bem como a força necessária às guerras entre os grupos. O casamento origina-se deste pacto onde a esposa obedece ao marido e em troca ganha a proteção contra as adversidades (fome e guerras). Tanto foi dito, repetido e praticado, que a mulher deveria ser protegida e submissa, que se cristalizaram as negativas relações entre proteção, submissão e o feminino, as quais são chamadas por AUAD (2003), de “idéias vírus” (as que se instalam e contaminam) e por Bourdieu podemos considerar os *hábitus* sendo incorporados através das relações sociais.

São os arquétipos de Pedrita e Bam-Bam, forças versus fragilidade a ser protegida e defendida. Cabe ao homem prover a família e a mulher aumentar a prole e gerar mais mão de obra para ajudar o pai na lida e guerreiros para a proteção dos bens da família.

As representações do corpo feminino para os gregos figuram como uma terra fria, seca, que se submete, reproduz, mas não cria. O princípio da ação é o corpo masculino, o falo, o esperma que gera o *pneuma*²⁰, o sopro criador. Cavernoso, oculto, matricial, o útero se subtrai. (PERROT 2003)

De acordo com AUAD (2003) a mulher grega passava toda a vida sob a dependência da figura masculina, o pai, o irmão, filho ou tutor. Ela era destinada exclusivamente ao casamento e sendo assim, era totalmente excluída da vida pública. Elas passavam a juventude numa parte isolada da casa destinada somente as mulheres e aprendiam o essencial para se preparem para cuidar de uma casa sempre sobre a tutela de uma mulher parenta próxima ou conhecida que lhes passavam esses aprendizados. Uma vez casadas

²⁰ Relativo às ações do Espírito Santo e suas manifestações.

continuavam reclusas as suas novas casas. Essas regras, no entanto, aplicavam-se com menores rigores as mulheres pobres, pois, estas não possuíam escravas que lhe executassem as obrigações fora de casa e, portanto não poderiam se privar dos “olhares” externos.

Ainda sob esse prisma, vemos que muitas de nossas raízes se baseiam em uma cultura grega, por assim dizer, no que se referem aos papéis arquetípos da mulher e mais cruelmente falando, ainda somos em pleno século XXI, capazes de matar a pedradas mulheres que foram acusadas por seus maridos (socialmente) pelo desvio moral do adultério.

Sob esse olhar, ainda com relação às mulheres gregas, vemos que suas funções eram bem claras, segundo a autora, e se restringiam às continuações da família, concebendo descendentes legítimos aos maridos. O adultério era severamente punido e aos maridos era dado o direito de lhes tirar a vida caso as considerassem infiéis. Casadas permaneciam em casa, mesmo quando seus maridos saíam em visitas à casa de amigos. O concubinato do marido era permitido com mulheres pobres que passavam a residir na mesma casa que as mulheres legítimas, pois sendo pobres não tinham condições de oferecer dotes para pretenderem um marido e por isto eram dadas ao concubinato. Os filhos desses relacionamentos eram considerados ilegítimos e como tal não tinham direito algum a herança ou quaisquer outros direitos.

A alusão que a música de Chico Buarque e Augusto Boal faz às mulheres de Atenas descreve com perfeição a vida das mulheres gregas:

“Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas, vivem pros seus maridos, orgulho e raça de Atenas. [] Quando eles embarcam soldados, elas tecem longos bordados, mil quarentenas[] Geram pros seus maridos os novos filhos de Atenas Elas não têm gosto ou vontade, nem defeito nem qualidade, têm medo apenas. [] As jovens viúvas marcadas e as gestantes abandonadas não fazem cenas. Vestem-se de negro, se encolhem, se conformam e se recolhem às suas novenas serenas...” (AUAD, 2003. p. 29-30)

A Idade Média é marcada pela inquisição e a caça as bruxas. A imagem que prevalecia das mulheres era a associada à fragilidade, a indolência, a luxúria. Alguns teólogos, segundo AUAD (2003), afirmavam que a mulher era uma prova da existência do mal e assim sendo, eram desprovida de alma da mesma forma que os animais. Eram seres

inferiores fabricados por Deus como uma armadilha para que os homens pecassem e é sob esse olhar que a igreja e a inquisição buscam contestar e sacrificar a imagem da mulher, associando a elas o “poder” de corromper o homem levando-o a perdição.

Durante a inquisição foi elaborado um manual, ao qual, os inquisidores utilizavam como cartilha para reconhecer bruxas ou quais técnicas de tortura utilizar para obter confissões. O livro “**Malleus Maleficarum – O Martelo das Feiticeiras**”, segundo ALMEIDA (2002), tinha como tese central o fato de que o demônio procura fazer o máximo de mal aos homens para se apropriar de suas almas e este mal é feito prioritariamente através do corpo, “único lugar” por onde o demônio pode dominar, através da sexualidade, e como as mulheres estão essencialmente ligadas à sexualidade concomitantemente estão totalmente voltadas para a convivência com o demônio, “porque Eva nasceu de uma costela de Adão, portanto nenhuma mulher pode ser reta”; elas se tornam agentes do demônio (feiticeiras).

A autora nos diz que os processos inquisitoriais enfocavam os corpos de bruxas: elas eram despidas, seus cabelos e pelos eram raspados e todo o seu corpo era examinado à procura de um sinal que as pudesse comprometer, poderia ser uma verruga, uma mancha na pele, mamilos excessivamente enrugados (representando a prova de que a bruxa "amamentava" os demônios) enfim, eram procuradas: “a marca da bruxa” ou “a marca do demônio”.

PAOLA GOMES descreve a bruxa e expressa a relação da mulher e o poder que lhe é negado no texto (*on line*) *Bruxas, Corpos Agonizantes, figuras de Poder*:

“Fêmea inebriante ou velha decrépita, a figura da bruxa exprime alguns conceitos que a cristandade legou ao que se entende por feminino. Ambígua, a bruxa pode ser tanto a bela jovem sedutora como a horrenda anciã, aparentada com a morte. O que a imagem da bruxa ensina é um certo modo de se enxergar a mulher, principalmente quando esta expressa poder. [] Toda a expressão de poder por parte de mulheres desembocava em punição. A figura das bruxas traduzia-se em mulheres devoradoras e perversas que matavam recém-nascidos, comiam carne humana, participavam de orgias, transformavam-se em animais, tinham relações íntimas com demônios e entregado sua alma para o diabo. Rompendo leis que certamente ignoravam, as bruxas encarnavam tudo que é rebelde, indomável e instintivo nas mulheres. Tudo aquilo que, neste tipo de sociedade, demanda severas punições para que o feminino “selvagem” se dobre ao

masculino “civilizado”. [] A bruxa é sempre maléfica e corruptora, de modo que, tanto na realidade, como na ficção, todas as histórias de bruxas terminam com o castigo por sua insubmissão: forca, fogueira, solidão.”(GOMES, 2006)

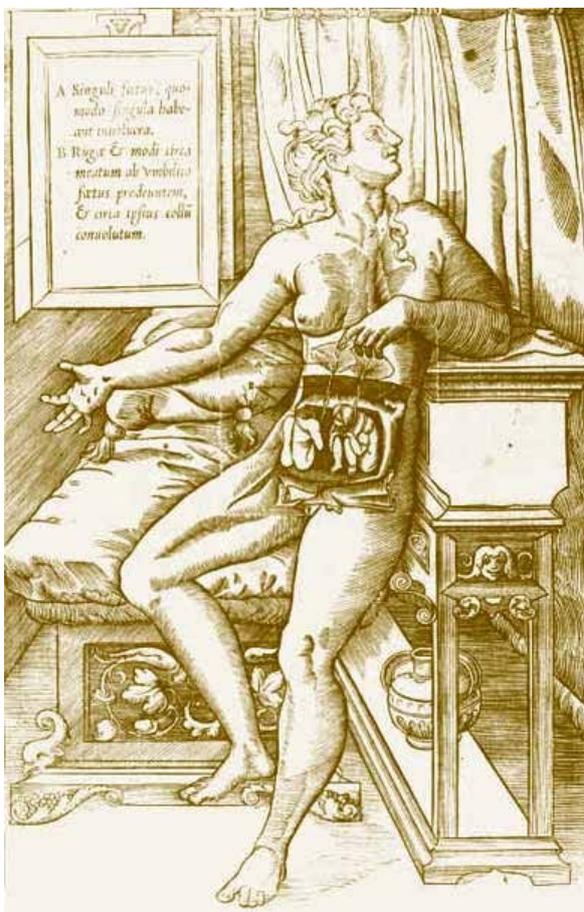
O iluminismo trouxe mudanças significativas no modo de pensar da humanidade, mas, segundo AUAD (2003), a mulher ainda era vista como dotada de razão inferior a do homem ou até mesmo como sendo irracional. Iluministas como Voltaire, MONTESQUIEU, KANT e ROSSEAU, partilhavam destes pensamentos. Tendo a razão definida como a capacidade dos seres humanos de avaliar, julgar, estabelecer relações e conhecer, para esses iluministas as mulheres não possuindo tais capacidades, devido à sua natureza ligada à imaginação e a intuição (características dotadamente femininas), não seriam elas capazes de usar a razão e o raciocínio lógico, o que as tornavam incapazes para exercer uma série de coisas tais como cargos de comando e algumas profissões como, por exemplo, à engenharia.

Para ROSSEAU, a mulher só deveria cultivar a razão se esta faculdade garantisse o cumprimento de seus deveres considerados naturais, ou seja, obedecer e ser fiel ao marido e cuidar dos filhos.

ALMEIDA et al (2002) questiona: o porquê da repressão ao corpo feminino? E se ele é reprimido, porque aparece tão detalhadamente retratado nas gravuras? E responde que é exatamente a partir do século XIII que acontece o fenômeno de repressão sistemática ao feminino e ao corpo, pois, elas começaram a representar uma ameaça ao “Poder Médico” que vinha tomando corpo nas universidades que começavam a se formar e as quais apenas os homens tinham acesso. Em geral as mulheres formavam associações onde trocavam os “segredos” da cura do corpo e atuavam nas revoltas camponesas que antecederam à centralização dos feudos e nas quais os homens não tinham acesso. Com o surgimento do protestantismo a inquisição foi eficaz instrumento de controle para submeter os camponeses e principalmente as mulheres. É a ascensão do sistema capitalista que começava a se formar exigindo o controle do corpo e da sexualidade evidenciando a vontade da classe dominante de então. Assim, a Renascença (que na arte valorizava e expunha o corpo) retrata na realidade o reconhecimento do corpo para melhor controle sobre ele e é sobre essa égide que se expõe o corpo feminino como forma de subjugar-la. Somente nos séculos XVIII e XIX é que se estabelece biologicamente à distinção entre os dois sexos, pois, até então,

homens e mulheres eram tidos como um único sexo onde se considerava a anatomia do homem perfeita e a da mulher menos perfeita, por terem elas os mesmos órgãos sexuais que os homens mais projetados para dentro, sendo consideradas homens invertidos.

Figura 10 “Estienne, [Stephanus] Charles (1504-1564). *De Dissectione partium corporis humani libri tres. Una cum figuris et incisionum declarationibus a Stephano Riverio compositis.* Paris, S. de Colines, 1545”²¹



²¹ Figura 10 – Extraído de:
<http://www.cidade.usp.br/educar/?monografias/masculinofeminino/corpohist2/intro>.

No século XIX as particularidades dos corpos femininos são amenizadas até o desaparecimento e a conformidade a um modelo impessoal. A conveniência ordena às mulheres de boa sociedade que sejam discretas, que dissimulem suas formas com códigos, aliás, variáveis segundo o lugar e o tempo. O peito, as pernas, os tornozelos, a cintura são, cada qual por sua vez, objetos de censuras que traduzem as obsessões eróticas de uma época e se inscrevem nas imposições da moda. Tudo o que foi “despido” pelo renascimento é agora implacavelmente vestido. A mulher deveria envergonhar-se em exhibir-se ou a suas formas, evidenciando o rigor com que as normas da civilidade atuavam e atuam sobre o corpo, pois se foi o pecado que nos impôs à necessidade de vestir-nos, para cobrir a nossa “vergonha”, a vestimenta deve então, obedecer a uma norma religiosa e moral que desvincule a nudez do pecado original, ou seja, os pecados de Eva. A Mulher “tal como deve ser”, principalmente a jovem casadoira, deve mostrar comedimento nos gestos, nos olhares, na expressão das emoções, as quais não deixarão transparecer senão com plena consciência. A mulher decente não deve erguer a voz. O riso lhe é proibido. Ela se limitará a esboçar um sorriso. Pode, em certas ocasiões deve, deixar rolar as lágrimas, coisa proibida à virilidade, demonstrando, assim, que é acessível ao sentimento e à dor, cujo “ministério”, segundo MICHELET (historiador francês do século XIX), lhe pertence. (PERROT 2003)

A educação das mulheres no século XIX sobre sexo se reduzia a sussurros numa transmissão de mãe para filha onde até a primeira menstruação se transformava em algo vivido no medo e na vergonha. Os ardores do clitóris preocupavam a ponto de se preconizar a ablação²². A menopausa se dava na clandestinidade, onde a impossibilidade de reprodução diminuía a sedução e a feminilidade da mulher. O prazer da mulher lhe é negado, ato permitido apenas as prostitutas, indignas de contrair matrimônio, e apenas disponíveis para praticar os atos que as esposas eram vetados.

De acordo com PERROT (2003), podemos dizer que à noite de núpcias é a tomada de posse da esposa pelo marido, que passa a pertencê-lo. Ele, marido, mede seu desempenho pela rapidez da penetração representando sua força e virilidade: é preciso forçar as portas da virgindade como se invade uma cidadela fechada. Daí o fato de tantas noites de núpcias se assemelharem a estupros cujo relato é indivisível. A mulher é dada: a obediência ao

²² Cirurgia destinada à remoção de um órgão ou tumor.

marido, sem questionamentos, não deve sentir nenhum tipo de prazer ou emitir sons, para não ser julgada como indigna ou promíscua ou principalmente para não causar a ruína ou vergonha para a família, com a possibilidade de ser devolvida, restando-lhe apenas o cumprimento do “dever conjugal”.

Ao deitar-se não se deveria deixar que as cobertas sugerissem as formas do corpo, bem como ao se levantar não se deixaria à cama descoberta, para que o mesmo não ocorresse. Os cabelos, signo supremo da feminilidade, deveriam ser disciplinados, cobertos, enchapelados, por vezes até, cobertos com véus e a “toca de dormir”, jamais deveria ser deixada onde pudessem vê-la, demonstrando o descuido com algo de extrema particularidade que não deveria ser exposto.

AUAD (2003) relata que durante a Revolução Francesa, no período entre 1789 a 1793, houve uma efetiva participação feminina em sua preparação mais, em sua primeira constituição pós-revolução, em 1807, a mesma coloca a mulher sob tutela do pai ou do marido, demonstrando a discriminação pelo gênero e revogando novamente seus direitos. As ativistas revolucionárias francesas protestavam contra leis que submetiam as mulheres aos domínios do marido e reivindicavam a mudança da legislação sobre o casamento, que davam aos maridos direitos absolutos sobre o corpo e os bens das mulheres. As feministas francesas, nesse período publicaram várias cartilhas sobre a situação das mulheres em relação aos trabalhos, desigualdades perante as leis, participações políticas e prostituição. A participação da mulher no mercado de trabalho se efetiva a partir do momento da consolidação do capitalismo que necessita da produção de bens materiais para sobreviver. Isso em pleno século XIX. É a revolução tecnológica-industrial que necessita de mão de obra para suprir os bens de produção. Assim, mulheres e crianças se vêm trabalhando em jornadas de até dezoito horas de trabalho por menores salários que os homens. O argumento utilizado como justificativa é de que elas deveriam ter um marido que as sustentassem, mesmo argumento utilizado por um político em São Paulo, um século depois, durante greve de professoras: “As professoras não são mal remuneradas, são é mal casadas” (Maluf, P).

Em plena Revolução industrial, na consolidação do sistema capitalista, as mulheres continuavam questionando seus direitos de igualdade e em uma paralisação várias tecelãs, em uma fábrica na cidade de Nova Iorque, reivindicando melhores jornadas de trabalho, em março de 1857, foram reprimidas violentamente. Essas operárias se refugiaram dentro da

fábrica, foram trancadas e ao local onde se encontravam, ateado fogo. As funcionárias morreram carbonizadas, instituindo em 1910, durante a Conferência Internacional de Mulheres, o dia 8 de março como o dia internacional da mulher em homenagem as operárias de Nova Iorque.

As décadas entre 30 e 40, do século passado, foram as que melhor atenderam algumas das reivindicações das mulheres. Elas já podiam votar e ser votadas, ingressar em instituições escolares e participar do mercado de trabalho. Era o período pré Guerra Mundial e nesse período as mulheres tiveram uma atuação marcante como força de trabalho. Eram provedoras de família, apesar de receberem salários menores que aqueles pagos aos homens, para exercerem as mesmas funções, pois ainda eram vistas como inferiores a eles, apenas assumiam seu lugar na medida em que esse, havia ido para a guerra.

Com a emergência da família burguesa, a sociedade capitalista reforça o papel da mulher como mãe e guardiã da família, criticando as que trabalhavam fora e novamente condicionando o bom andamento da família e da casa à responsabilidade da mulher. Não era mais necessário o trabalho feminino, pois os maridos retornaram da guerra. O endosso deste papel era dado por meios médicos, educativos e da imprensa, na formulação de uma série de propostas que visavam “educar” a mulher para o seu papel, buscando-se ao máximo, os afazeres domésticos e adotando regras castas no encontro sexual com o marido, vigiando a castidade das filhas e cuidando do comportamento da prole. Novamente os padrões da sociedade emergente ditando as regras e compondo a sociedade de então.

Uma nova disciplinarização e repressão dos corpos e mentes sobre novos padrões de moralidade para os comportamentos afetivos, sexuais e sociais visando à sexualidade feminina se instauram. Assim, se desenhavam novos contornos para o perfil das mulheres da época: mulheres frustradas e impedidas de prosseguir nos estudos para cumprir o único papel que a sociedade lhe destinava: ser mãe! Foi nesta época que nossas bisavós, e avós se criaram e são a partir desses padrões de comportamento que elas vão educar suas filhas e netas, ou seja, a nós.

Segundo ENGEL (2004), no final do século XIX, a sociedade descrevia a insuficiência do amor materno ou a sexualidade exacerbada ou ausente como um prenúncio de uma potencialidade criminosa da *psique* feminina. A mulher é associada à natureza e esta

imagem só será mudada, com as descobertas da medicina e da biologia, que buscam ratificar a dicotomia homem cérebro, inteligência, razão lúcida, capacidade de decisão versus mulher, coração, sensibilidade sentimentos, revelando a imagem construída da feminilidade a partir da natureza. Mulher é naturalmente frágil, bonita, sedutora, submissa, doce, etc. Quaisquer adversidades nesses atributos tornavam a mulher um ser antinatural.

A maternidade é considerada uma glória e a esterilidade uma maldição. Uma vez que não se podiam evitar os desígnios de Deus em dar a luz, devido ao abuso sexual, ao incesto e ao alto índice de natalidade essas mulheres passam a praticar o infanticídio que se torna proibitivo pela justiça que aceita apenas o aborto como prática plausível. As mulheres passam a procurar “médicos marrons” (péssima reputação) e a se servirem de ervas abortivas e curandeiros para fugir dos abusos a que se viam submetidas morrendo, em grande parte dos casos, devido a complicações posteriores e falta de cuidados, pois todas essas ações eram sigilosas aos olhares de uma sociedade tão machista e discriminatória. A mulher que não quisesse ou não pudesse realizar a maternidade era considerada, aos olhos do médico, um ser físico, moral ou psiquicamente incapaz ao qual não haveria salvação, um ser que acabaria nas águas da insanidade.

No organismo da mulher, em sua fisiologia específica estariam inscritas as predisposições à doença mental. A menstruação, a gravidez e o parto seriam aspectos preconizados na definição do diagnóstico das moléstias mentais e é em busca deste compreender as “loucuras” femininas que os médicos começam a estudá-las.

Apesar das mais variadas formas de culto ou “aversão” ao corpo no passado, ainda em nossa contemporaneidade há uma crescente centralidade sobre esse mesmo corpo, esse ainda continua sendo objeto de exposição, admiração, desejo e representações de metáforas e significados em suas mais variadas formas, pois é através da rebelião dos corpos que constituímos um dos aspectos mais importantes da vida, modificando a relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, de acordo com FERRAZ (2003).

PENNA (1989) afirma que na contemporaneidade, baseada nos princípios de uma sociedade capitalista, a mulher está longe das condições femininas arquetípicas básicas liberando sua energia para as realizações num plano mais intelectual separando o corpo de sua simbologia. Passar a aumentar a beleza do corpo e sua força através da prática de ginástica, dança, musculação entre outras formas de cultivo corporal talvez seja a prova da

necessidade coletiva de contato com a realidade física da existência: *Mens Sana In Corpore Sano*. Porém, quando não há consciência total do corpo em si, como um todo, o ser humano passa a ser simplesmente uma manifestação de seus instintos arquetípos, ou seja, fruto do seu meio social, em que a mulher passa a figurar com muita facilidade porque o seu corpo possui um valor social e cultural bem evidente de acordo com sua classificação social.

PARISOLI (2004) nos diz:

“O corpo humano jamais foi aparentemente tão mimado como hoje. Quer no consumo, nos lazeres, no espetáculo, na publicidade, o corpo tornou-se um objeto de tratamentos, de manipulação e de encenação. É sobre o corpo que convergem tantos interesses sociais e econômicos, assim como é sobre ele que se acumula toda uma série de práticas e discursos. [] Na verdade, o corpo sempre foi o reflexo de pressões e de transformações múltiplas fundadas nos valores e crenças promulgadas pela sociedade”. (PARISOLI, 2004. p.23-24)

Segundo a autora a cultura inscreve-se no corpo a fim de modelá-lo e socializá-lo com base em suas regras e suas normas, onde o corpo ideal é uma instância simbólica que envolve e insere todos os indivíduos de uma sociedade nas redes de significações, práticas e crenças.

PARISOLI (2004) coloca ainda, que a imagem do corpo ideal, para uma sociedade ocidental capitalista, é a do corpo esbelto, musculoso, simétrico e jovem, oscilando entre o modelo atlético dos *bodybuilders*²³, para os homens e o minimalismo dos manequins para as mulheres. Este corpo esbelto, magro, sempre jovem, com leveza de movimento e sem imperfeições é o ideal contemporâneo. As mensagens publicitárias afirmam, segundo a autora, que: “toda mulher que se preza” deve usar lentes descartáveis para mudar a cor dos olhos quando não tiveram a chance de nascer de olhos azuis ou verdes. Ela não deve esquecer os corretores “de longa duração que suprimem” ou “o toque sutil” que encobrem as olheiras que envelhecem e entristecem o semblante. Ela também tem o dever de comprar os “óleos de silicone ultrafinos” a fim de tornar sua pele artificialmente “aveludada” e “acetinada”. O que mais conta para uma mulher é estar de acordo com o modelo ideal. A uniformidade proposta é sempre aquela do modelo da mulher branca ocidental, de olhos claros e cabelos lisos e louros.

²³ Escultores de corpo; personal training.

PARISOLI (2004) relata que é a partir da infância que as mulheres são convencidas de que a chave do sucesso está ligada à sua imagem física, como mostra o fenômeno das bonecas *Barbies*, as mais vendidas no mundo, e que representam o modelo contemporâneo da mulher perfeita. Hoje, as meninas não brincam mais de boneca desse jeito: “eu sou a mamãe e você o bebê”, mais brincam de ser *Barbies* que, em seu corpo perfeito, são sempre felizes e amadas. Assim, convém lembrar que a imagem ideal do corpo, para essa mesma sociedade ocidental capitalista, que se procura em geral atingir, muitas vezes não é nada mais do que a imagem cultural que supostamente devemos aceitar. Este modelo tem a pretensão de impor-se aos agentes morais que, deste modo se tornam escravos do ideal. São as novidades do século XX, segundo Ferraz (2003), que exortam as atividades físicas e o culto ao corpo pela aparência, bem-estar e realização (estética).

DAOLIO (1995) em seu livro “*Da cultura do corpo*” diz que: “No corpo estão escritas todas as regras, todas as normas e todos os valores de uma sociedade específica, por ser ele o meio de contato primário do indivíduo com o ambiente que o cerca”.

O corpo, sempre foi o reflexo das pressões e das transformações múltiplas fundadas nos valores e crenças promulgados pela sociedade e ainda, segundo PARIZOLI (2002) é uma instância simbólica de identificação e de reconhecimento que permite **agrupamentos, classificações e distinções** (grifo meu).

O corpo feminino, no entanto, é onipresente: no discurso dos poetas, dos médicos ou dos políticos; em imagem de toda natureza – quadros, esculturas, cartazes – que povoam as nossas cidades. Mas esse corpo exposto, encenado, continua opaco. Objeto do olhar e do desejo, fala-se dele mais ele se cala. As mulheres não falam, não devem falar dele. O pudor que encobre seus membros ou lhes cerra os lábios é a própria marca da feminilidade e quando falamos de câncer ainda hoje, coberto por um resistente pudor, segundo GIMENES (2000), tanto no passado como no presente, ainda encontramos significativas zonas de silêncio como a mostrada na Figura 11 abaixo. Sexo, câncer e morte, tabus a serem superados...

“Na profundidade da floresta, ocultado, escondido, está o sexo que, como se diz, faz a mulher que ele impregna totalmente. Ali jaz o mistério, a “origem do mundo”. (PERROT 2003 p. 13)

Figura 11 “A origem do mundo - Coubert, 1866”²⁴



Encerrado sob o véu da clandestinidade e da vergonha, à representação do sexo de uma mulher que rejeitado pelos expositores foi guardado nos porões da repressão e hoje, é sinal da ascensão e evolução de um período artístico denominado realismo.

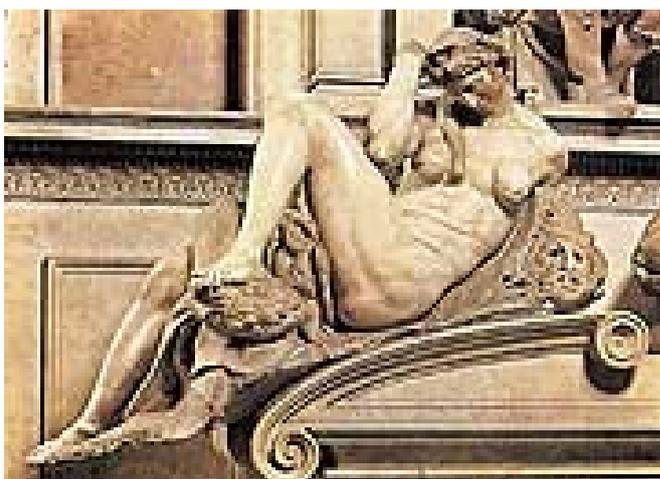
O corpo nu de uma mulher repousa, deitado, envolto pela maciez de um lençol branco. Não se vê o rosto dessa mulher, dela somente se vêem: os seios, embora parcialmente encobertos, o ventre, as coxas, entreabertas e, no centro da composição, a vulva. A negritude dos fartos pêlos pubianos contrasta com a clareza da pele, do mesmo modo como a cor do lençol destaca-se do fundo escuro da tela. À primeira vista, esse quadro poderia se tratar de um tratado de anatomia feminina, pois desde a segunda metade do século XVIII, os estudos sobre a fisiologia sexual-reprodutiva da mulher passavam a ocupar um espaço de grande centralidade nas ciências médicas. Porém, de imediato, a inequívoca carga de sensualidade, construída por meio de detalhes, parece dirimir qualquer finalidade médico-científica para essa pintura. Não é difícil perceber que esse corpo retratado está repleto de vida: seja por meio de um mamilo discretamente enrijecido, quem sabe denunciando excitação erótica; seja por meio de uma leve vermelhidão nos grandes lábios, talvez indicando que o ato sexual tenha acabado de

²⁴ Figura 11 – Extraído de: http://pt.wikipedia.org/wiki/A_Origem_do_Mundo

acontecer. Além disso, a própria disposição do corpo, o modo distencionado como essa mulher está deitada, parece denotar prazer e satisfação. Não é um médico quem a observa. Não há outro ponto de vista, senão o do amante, imerso no conforto de uma intimidade absoluta. (Filho H. ,1966)

Outra obra que representa a “mudez” social, quando se trata de alguns assuntos é a obra de Michelangelo intitulada “**A noite**”. A essência dessa obra é questionada por cientistas que constataram que as imperfeições na estátua são condizentes com um estagio avançado de câncer de mama, o que explicaria as alterações no formato dos seios da obra, revelando, um modelo que talvez tivesse a doença e, conseqüentemente uma vontade de “expor” uma questão polêmica associada à saúde da mulher, o vestir e o despir, ou seja, os usos e cuidados dos corpos, que ainda eram proibidos ou velados.

Figura 12 “A Noite” Michelangelo ²⁵



Porém, na contemporaneidade, o mais instigante, de acordo com Maia (2004), é que a busca dessas mulheres se dá em função de uma conformidade com um modelo estético contemporâneo socialmente imposto, que é a busca pelo discurso da saúde e através dele a busca do corpo perfeito. Hoje em dia, a despeito do câncer de mama muitas mulheres descobriram seus cânceres ao realizarem os exames preliminares para fazerem uma cirurgia plástica e para essas mulheres a retirada da mama vem sempre acompanhada da reconstrução imediata da mesma e, às vezes, da plástica das duas mamas. É claro que essa

²⁵ Figura 12 – Extraído de: <http://www.terra.com.br/istoe/1627/1627semana.htm>

situação não é corriqueiramente visualizada, mais refere-se à classificação social e a certa diferenciação de uma minoria mais privilegiada financeiramente como é o caso de uma das nossas entrevistadas que ao fazer os exames para realizar uma cirurgia plástica, descobriu um melanoma²⁶ e posteriormente após uma plástica estética nos dois seios, o câncer de mama, em um deles.

Percebemos que o culto ao corpo é uma constante desde o início dos tempos. A beleza em suas mais variadas formas é desejada e cultivada na mulher, que deve sempre expô-la à sociedade, ainda mais no Brasil em que a sensualidade da mulher brasileira não só é apresentada pelos brasileiros a si mesmos, mais pelos brasileiros ao mundo. A exuberância da mulher brasileira é divulgada nos retratos das mulatas das escolas de samba, nos minúsculos biquínis das praias do Rio de Janeiro, enfim, é essa imagem que é vendida ao mundo, é essa a imagem que se espera da mulher brasileira, seios fartos, cinturas bem definidas, quadris largos e nádegas generosas.

A perfeição nos mais variados papéis aos quais se submetem, devem ser rigorosamente cumpridos por elas. Econômica, emocional e sexualmente independentes, as mulheres brasileiras do século XXI, com uma situação financeira relativamente privilegiada, melhoraram suas condições com relação ao gênero mais continuam com os encargos e atribuições, com a dupla jornada de trabalho e os excelentes desempenhos que lhes são cobrados em todas as suas esferas de atuação: profissionais, intelectuais e pessoais (trabalhadoras, executivas, mães e esposas) em função do bem-estar seus e de suas famílias, com o risco de serem cobradas pela falha de um dos membros de suas famílias por não terem cumprido corretamente seus papéis. Encontramos cotidianamente as frases: “Meu filho(a)” quando queremos dizer algo positivo e “Seu filho(a)”, referenciando-se a mulher quando queremos questionar algo não tão bom, ou seja, quando o filho(a) faz algo não tão brilhante, a culpa é da mulher que deveria o(a) ter ensinado ou preparado melhor. Situações cotidianas dos séculos XVIII e XIX ainda muito comuns em pleno século XX e XXI onde nos defrontamos com representações similares imprimindo que nós mulheres permaneçamos “subservientes” aos costumes e hábitos que lhe foram e são imputados ao longo de nossas histórias. A representação do mal pelos pecados de Eva ainda nos é

²⁶ Tipo de câncer originário nos melanócitos, células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele. Fonte: INCA, on line: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=335.

cobrada e a opressão contra nós mulheres, aparece sob diferentes formas em todas as classes e camadas sociais, em diferentes grupos étnicos e culturais se expressando na cultura da sociedade, com músicas, jeito de dançar, de vestir, de falar e com o que as pessoas acham que é certo ou errado para homens e mulheres em cada um desses níveis (AUAD 2003).

Durante o século XX, intitulado o século das mulheres, assim considerado em função das conquistas realizadas, podemos dizer que a maior delas, a grande conquista feminina e feminista foi o direito a existência. As mulheres desconstruíram na prática e na teoria as tradicionais associações do feminino com a natureza, a emotividade e a irracionalidade. É claro que ainda temos essas qualidades mais não com a intensidade que nos eram imputadas anteriormente.

Independentes em muitos aspectos as mulheres, no século XXI, deixam de acreditar que deveriam dedicar-se exclusivamente ao crescimento profissional do parceiro ou satisfazê-lo sexualmente a despeito de seu próprio desejo.

De acordo com PENNA (1989), se não tomarmos verdadeira consciência de nosso corpo, poderemos nos tornar meras manifestações dos instintos tiranizados aos dinamismos arquetípicos. São as representações artísticas dos seios fartos e dos quadris largos das obras do renascimento, entre outras, ou dos corpos anoréxicos das modelos e manequins de agora.

Porém, percebe-se que a interiorização e a culpa associadas ao não cumprimento dos papéis femininos, de acordo com as regras sociais previstas, nos remetem a incorporação e as estruturas estruturadas e estruturantes introduzidas por BOURDIEU (2001, 2002), que definem os *habitus* incorporados e as disposições dos campos de forças com relação ao capital, bem como aos seus efeitos previstos e imprevistos gerados ao longo da história pelas instituições e diferentes grupos sociais. Ainda se sente as culpas por “abandonarmos” nossos lares e não “cuidarmos” totalmente de nossos filhos. São os crimes dos pais modernos que gratificam erradamente seus filhos buscando compensar uma ausência ou buscam uma solução na divisão das tarefas domésticas e cuidados com os filhos.

Percebe-se, como afirma AUAD (2003), que as idéias e a signos associados às mulheres, hora “trocam de roupa”, hora permanecem e hora se reestruturam (estruturas

estruturantes, ao longo dos anos), de acordo com os padrões e normas instituídos pela sociedade dominante no tempo e no espaço em questão.

A partir dessa definição do modelo corporal ideal contemporâneo, visto anteriormente, como o seio/mama é concebido em nossa sociedade capitalista judaico-cristã ao longo dessa construção histórica da mulher e a sua relevância perante a sociedade brasileira que vê no seio um dos focos da sexualidade da mulher e como isso se define na questão câncer de mama em que a mutilação é iminente.

De acordo com ALTIMARI (2006), os artistas ao longo da história da humanidade, sempre deram uma conotação especial a uma parte específica da anatomia feminina: os seios ou mamas. São eles que encerram em suas formas ao mesmo tempo, a maior representatividade de sexualidade e vida, amor e castidade. As mamas não precisam ser expostas, mas, apenas pressentidas, pois é muito mais eletrizante o disfarce, o diáfano à nudez total.

A mulher sempre foi escolhida ao longo do percurso histórico para representar as paixões (nas formas de musas e Vênus, Figura 13), as lutas históricas mais edificantes (simbolizando a “Liberdade”, a rebeldia e a força, Figura 14), a paz, justiça, ira, avareza, dúvida ciência, fé, esperança, luxúria, peste, morte ou sobretudo a maternidade, como é o caso de diversas obras de madonas e crianças expressa através da Figura 15. Elas demonstram a rebeldia na expressão da nudez feminina em épocas em que o nu era proibido.

Figura 13 “Vênus de Milo - Antioquia,130 aC”²⁷



Figura 14 “Liberdade Guiando o Povo- Delacroix,1830”²⁸



²⁷ Figura 13 –Extraído de: http://pt.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9nus_de_Milo

²⁸ Figura 14 – Extraído de: <http://www.pintoresfamosos.com.br/?pg=delacroix>

Figura 15 “Madona e a criança de Dieric Bouts”²⁹



Como imagem celestial temos as *Vênus* que primavam por uma representação naturalista onde os seios, a púbis, o útero e as nádegas definiam o feminino ao qual a mãe-feminino era constituída a partir de sua capacidade de gerar a vida e nutrí-la. Essa capacidade é figurativizada pelo útero e os seios representados de forma especial em todas as figuras de artes das mais variadas épocas (Figuras 16 a 18). São as estruturas estruturantes se estruturando ou tornando-se estruturadas em si mesmas.

²⁹ Figura 15 – Extraído de:

Figura 16 “Vênus de Willendorf de lado e de costas, Paleolítico (Museu de história Natural, Viena)”³⁰



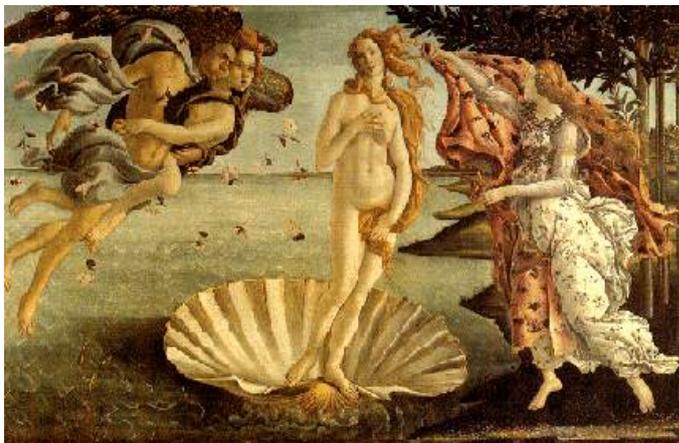
Figura 17 “Vênus de Laussel, Musée d’Aquitaine, Burdeos.”³¹



³⁰ Figura 16 – Extraído de: <http://www.historiadaarte.com.br/arteprehistorica.html>.

³¹ Fonte: http://cv.uoc.es/991~_04_005_01_web/fixer/perc0.html.

Figura 18 “O Nascimento da Vênus, de Sandro Botticelli”³²



O Nascimento de Vênus, de Sandro Botticelli, Galeria degli Uffizi, Florença, XV

Através da história, as qualidades associadas ao arquétipo feminino foram impulsionadas principalmente através das observações feitas por homens a respeito do corpo das mulheres (concepção, abrigo e dar à luz) e de seus papéis (alimentar, cuidar e amparar). Em função desses arquétipos, vários papéis foram sendo arraigados, mas principalmente entre eles se encontram: a “divindade” das mães e a “aparência” erótica-escultural das deusas ou musas, exaltando os seus atributos ora de seios fartos e quadris largos, ora figuras estonteantes erotizadas.

ZWEIG (1994) diz que uma mulher identificada com os papéis de mãe ou deusa do amor se vê como mãe, perdendo sua importância vital. Quando seu corpo envelhece (ou adoce), também a confiança sob seus poderes de encanto e sedução se perde. Despojadas desses papéis ela só pode oferecer ao outro, a si mesma e, se não tiver desenvolvido e fortalecido a si mesma poderá se sentir vazia e sem valor. A autora ainda afirma paradoxalmente que quanto mais uma mulher se identificar com suas qualidades femininas arquetípicas, mais dependente se torna de um homem para fazê-la sentir-se inteira e mulher. Assim, um importante ponto com relação as pacientes com câncer se desvela quando as mulheres modernas arraigadas em seus novos status e papéis, porém, resguardadas de seus antigos arquétipos, adquiridos pelas estruturas estruturantes, renascem de suas próprias cinzas quando reagem as suas dores e medos, renascendo de suas cinzas em busca de suas nova estruturação para conseguirem conviver socialmente mediante a certeza de ser

³² Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/O_Nascimento_de_V%C3%AAnus.

portadora de um câncer de mama. Essas mulheres renascem e se tornando verdadeiras “Fênix”.

Atualmente em busca ainda, dos arquétipos culturais, o autor diz que a nova mulher procura sua expressão do eu para construir suas prerrogativas. Ela não poderá contar com os modos de sua mãe para ampará-la, ainda como o fazem os homens com seus pais, pois sua busca é seguir o caminho oposto para liberar-se das regras antepassadas do patriarcado em que suas mães e avós viveram e se constituíram.

Nessa busca, muitas mulheres que procuravam romper as fronteiras arquetípicas começaram a “aplaudir” as qualidades masculinas em nome do feminismo. Na busca de si mesma apavorada ao descobrir que tal suposição a levou a abandonar sua própria busca, ela necessita reconstruir sua identidade, através de suas novas escolhas, decisões e do que perceber ser o senso de quem ela realmente era. E é assim, que a “Fênix” renasce, revendo suas escolhas e reconstruindo talvez, uma identidade perdida.

A menina mais velha sucumbe à imagem da mulher forjada pela cultura, um objeto para o sujeito masculino. As exibições de sua infância darão ou dão lugar a ocultação das habilidades, virtudes e aspirações – inicialmente ocultando dos outros, para agradar, e finalmente, também dela mesma. [] Essas meninas-sereias são estimuladas a se transformar em *femmes fatales*. (ZWEIG, 1994 p.94)

Se, historicamente, as qualidades associadas ao arquétipo feminino foram impulsionadas pelas observações feitas pelos homens a respeito do corpo das mulheres, PENNA (1989) afirma que as imagens internalizadas sobre os valores do físico sempre foram transmitidas de mãe para filha, de avó para netas, permitindo uma continuidade dessas idéias através da variedade dos comportamentos admitidos como convenientes para uma certa época. São os *habitus* de Bourdieu sendo incorporados. Hoje, no entanto, parecer feminina representa um valor de alto prestígio social em que o modo de parecer feminino, exprime através da voz, rostos, aparências e posturas uma Cultura onde ser feminina corresponde a um ideal cultural e da posição que essa mulher ocupa na sociedade (executiva, mãe, empresária, entre outros).

De acordo com PENNA (1989) a região do peito é na mulher a área do aconchego, do colo. A mulher que não tem colo, não sabe acalantar, esquentar... Os seios recordam o

alimento inicial e a função nutritiva do corpo feminino, onde sua forma lembra uma taça emborcada que é o símbolo do limite e da contenção expressando a vivência materna da doçura e da segurança, da intimidade feminina em sua generosidade e do seu dom de nutrir e acolher. À frente de um povo, desnudos, os seios exprimem a força do princípio feminino, representando a projeção para o espaço ou colinas a serem conquistadas. É também, a expressão do poder feminino em toda a sua mística divina, na representação da deusa em que o *Graal*, signo da deusa, da feminilidade transforma a mulher-divina em mulher-diabólica.

As representações do seio ainda continuam no campo mitológico onde temos “As Amazonas”. Baseado no texto de ARAÚJO (2006), o mito narra à estória de mulheres guerreiras: “Elas são muito trabalhadoras, independentes, não possuem marido e por isso fazem sua própria rotina. Na versão brasileira do mito, onde “*amazos*” significa “sem peito”, “As Amazonas” andavam nuas e possuíam fortes tendências belicosas. Conta o frei Gaspar de Carvajal que ao penetrar num enorme rio brasileiro as encontrou. Elas caçam, pescam, trabalham na roça, fazem armas e retiram um de seus seios para melhor manejar o arco e a flecha. A direção do clã estava nas mãos de uma das amazonas mas, seu reinado era curto pois somente virgens entre 20 e 25 anos poderiam disputar a chefia. Assim, a cada cinco luas cheias, no mês de abril (cinco anos) a liderança se renovava, com a confecção de um amuleto fabricado por elas sob as águas do rio, com formatos diversos de animais. Nessa mesma noite as donzelas recebiam os índios de uma tribo vizinha para a procriação. Os filhos dessas uniões que nasciam meninas ficavam na aldeia e os meninos eram entregues aos pais pois somente mulheres viviam entre as amazonas. Aos guerreiros da tribo vizinha que geravam meninas eram dados esses amuletos, o que era considerado uma honra possuí-lo”.

Analisando o mito da donzela guerreira como uma inversão de papéis, posso dizer que ao assumirem um comportamento masculino, descrevem uma passagem ritual (corte dos cabelos), abdicando das chamadas fraquezas femininas e a renúncia, em parte, a sua condição de mulher, com a excisão do seio e/ou uma forma de escondê-los como nos mostra brilhantemente em “Grande Sertão: Veredas”, Guimarães Rosa, com sua personagem *Diadorim* ou até mesmo Walt Disney com *Mulan*, *Joana D’Arc* a “*Donzela de Lorraine*”, Barbra Streisand com *Yentl*, entre outras.

As punições decorrentes dessa descoberta estavam associadas ao fato da donzela desafiar as estruturas sociais que não permitiam a atuação feminina. A condenação imposta na morte real ou simbólica (exclusão social) pode, no entanto, romper com esse destino se fazendo crescer cada vez mais até atingir notoriedade e reconhecimento.

Se relacionarmos esse fato com o câncer de mama, posso supor que ao mesmo tempo em que o câncer de mama, pode estar levando essas mulheres a uma morte simbólica sob a metáfora da exclusão social, em função da perda dos arquétipos culturais da mulher (perda da mama e/ou do cabelo), pode também fazer com que ela se **submeta** (subjugue) ou se **supere** na busca de um convívio social e da não exclusão reconstruindo ou reformulando seus arquétipos.

De forma concreta, um outro aspecto diretamente vivenciado por essas pacientes é o fantasma da morte, que as ronda diuturnamente. Um espectro vinculado aos resultados dos primeiros tratamentos extremamente angustiantes, aos claustros de morredouros ou de suas próprias casas, em que morriam entre medos, angústias, dores e solidão, ocultando a vergonha da moral questionável em função do diagnóstico da doença: câncer. Essa doença e seus estigmas, que levava e ainda leva a óbito, um grande número de pacientes, se perpetua socialmente, até os dias de hoje, revelando que a relação câncer = dor e morte, uma morte extremamente angustiante para as mulheres que a possuem, ainda pode ser extremamente angustiante e sofrida.

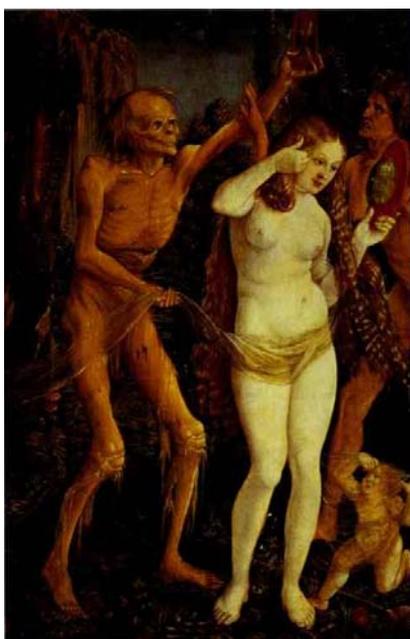
Ao paciente com câncer a associação com a morte é incontestável, principalmente quando esse se depara com o encaminhamento aos cuidados paliativos, termo esse que é associado imediatamente à fase terminal e à morte. Para a família e o paciente esse é o lugar onde a intervenção médica nada mais pode fazer a não ser assistir o paciente, tranquilizando-o e aos familiares para uma “boa morte” é o lugar dos pacientes terminais.

Assim, a relação de câncer = dor + morte se perpetua apesar de todas as inovações tecnológicas e possibilidades de tratamento a uma doença fatal, sem cura, que leva a uma morte horrível e solitária e é esse conceito que ainda temos quando se fala em câncer, mesmo atualmente, os estigmas de dor e morte não se dissipam.

A morte tem um significado em nossa sociedade com o qual não conseguimos conviver. Ela ocorre de forma escondida e nos suscita sentimentos confusos e contraditórios sobre o

depois em função dos pecados, das culpas, do céu e do inferno. Mais de onde vem esse nosso medo?

Figura 19 “ A morte e a donzela de Hans Baldung Grien”³³



Os afrescos medievais, mostrando a transitoriedade da vida, exortavam o observador a cuidar da salvação da alma antes que fosse tarde. Ninguém podia escapar à morte, nem mesmo as mais belas donzelas na flor da idade, como demonstrado na Figura 19 acima, que revela uma bela jovem observando o próprio reflexo em um espelho, aos seus pés, um cupido e triunfante, a Morte acena sobre ela com uma ampulheta, o que parece conferir-lhe poderes mágicos... seu tempo está contado! A Morte apresenta-se decadente enquanto a mulher exorta à vaidade, à efemeridade dos prazeres mundanos de que nada pode contra ela. Com relação a mulher, há quem veja nela a Luxúria, ou seja, a personificação de um dos Sete Pecados Mortais confrontada com as inevitáveis conseqüências das suas ações.

O mundo ocidental não sabe lidar com a morte. Nossa cultura não nos permite vivenciá-la ou falar sobre ela. A morte é mais um tabu, pois segundo CAMPELO (1996), para o homem perceber-se mortal pode ter sido o fator que determinou o surgimento da cultura e a

³³ Figura 19 - Extraído de: <http://casoual.wordpress.com/2007/01/20/dos-meus-quadros-iii-i-parte/>

qual exige dele mesmo o surgimento de novos paradigmas que lhe possam dar alento e força para superar este grande fantasma ameaçador.

A morte ou quem está morrendo é relegado à exclusão. De acordo com MENEZES (2004) a morte lenta ou anunciada, em consequência de doença crônica degenerativa torna-se objeto de tabu mais ela sempre apresentou seus significados e representações para cada sociedade e em cada época. Na Idade Média ela era tida como dignificante e resignada (como por exemplo, a morte dos cavaleiros). A casa do moribundo era um lugar público visitado inclusive por crianças, ou seja, os ritos da morte eram vivenciados, aceitos e cumpridos. No século XI-XII a morte de si dá origem às raízes do individualismo com a interiorização da morte, traduzindo apego às coisas da vida. A partir do século XIX e até o século XX, a morte do outro se torna dramática e insuportável e se inicia um processo de afastamento social da morte aos quais os hospitais passam a ter função terapêutica com a expansão do poder médico e a delegação, através da família, dos encargos e cuidados dos moribundos às instituições médicas. Há um deslocamento do lugar da morte: das casas, com a participação da comunidade e seu vivenciar, para o hospital, lugar dos médicos e longe das relações afetivas da família, a morte passa a ser ocultada e renegada.

Na sociedade tradicional a morte era vivenciada num ambiente familiar, sendo considerados acontecimentos sociais tanto o nascimento quanto à morte. Com o desenvolvimento de recursos destinados à manutenção e o prolongamento da vida, a medicina produziu a morte em hospital: monitorada e controlada, inconsciente, silenciosa e escondida, que ocorre em um ambiente frio e com o doente absolutamente só. A criação do *Projeto Hospice*³⁴ e no Brasil, a proposta dos Cuidados Paliativos buscam minorar essa visão da morte hospitalar: angustiante e solitária transformando-a em um procedimento assistido, mais humanizado e digno.

Assim, de acordo com TAVARES e TRAD (2005), o câncer torna-se ele mesmo, metáfora: aos quais os sentimentos relacionados com o mal são para ele projetados, e esse, enriquecido de significados é projetado ao mundo, revelando a sobrecarga de significados, que tentam dar sentido e, controlar, ainda que ilusoriamente, a doença, a vida e a morte.

³⁴ Projeto que busca minorar a dor e demais sintomas dos doentes e, simultaneamente, possibilitar maior autonomia e independência dos mesmos. (Menezes, 2004 p. 36)

3.2 Feminilidade

De acordo com ZWEIG (1994), o termo feminilidade é o adjetivo derivado de *femina*, “mulher”, em latim. Descreve algo que é “de mulher ou menina; que tem qualidades características de ou adequadas às mulheres: gentil, delicada, etc.”

Considerando-se a psicologia junguiana, o termo Feminino é chamado de *anima* e da mesma forma que o masculino, não está restrito aos homens, correspondendo a um atributo de todo ser humano. Para as mulheres, no entanto, esse elemento masculino quando se refere ao princípio ou arquétipo feminino passa a se chamado *animus*. Assim, ZWEIG (1994) suscita que o feminino e o masculino, portanto não se referem aos nossos órgãos sexuais; referem-se à estrutura de nossa consciência, constituindo dois modos de ver e reagir às nossas sensações.

A autora afirma que em nossa sociedade patriarcal ou dominada pelo masculino, para ser mulher e ter plena consciência de sua identidade feminina é preciso romper a conexão com a mente masculina, lógica que conduz a visão feminina como um capitão de um navio disciplinado. No entanto, adotando-se uma atitude vocal, capaz, pode-se passar a ser considerada demasiadamente “masculina”, se tornando uma pessoa sem atrativos para os homens. Por outro lado se optar por um estilo de feminilidade definida pelos homens e/ou por uma cultura dominada por eles, ela ficará dependente, sem poder de escolha.

PRIORI (2004) propõe que a identidade do corpo feminino corresponde atualmente, ao equilíbrio entre beleza-saúde-juventude. Essa tríade foi intensificada nas sociedades ocidentais em função dos apelos das mídias e *marketing* patrocinados pelas indústrias de produtos de beleza entre outras, imputando nas mulheres uma corrida em função de manterem seus corpos de acordo com as novas propostas sociais.

AUAD (2003) relata que a história do nosso país tem sido contada a partir do olhar das classes dominantes o que significa o olhar dos homens ricos e brancos ao qual o papel aceito pelas mulheres foi o de mãe, doce, calorosa, amorosa, entre outros aspectos. A disputa de poder a qual a mulher se submete trás conseqüências para o seu próprio corpo. Levada a ser diferente das gerações que as precederam, querendo individualizar-se do arquétipo da mãe, para se adaptar aos valores atuais, a jovem adulta está transformando sua imagem e conseqüentemente, as estruturas sociais, abraçando modelos coletivos de independência econômica através de uma identificação inconsciente com o *animus*

profissional. Assim, PENNA (1989) conclui que ser feminina é um ideal muito falado em termos culturais, mas obscuro em termos práticos, pois em cada período da história e de acordo com os padrões sociais, “ser feminina” passa a ter um significado diferente.

Uma menina que nasce em uma sociedade que acredita no velho homem venerável e sábio, inevitavelmente será afetada por ela. Para essa menina a feminilidade aflora não só influenciada pela anatomia mais a partir de conscientizar-se de sua condição de mulher ao idealizarem-se com a figura materna e identificarem-se com ela. A única esperança para essas mulheres posteriormente, para perderem seu sentimento de inferioridade adquirido, é reagir e lutar com as forças femininas, ou seja, o centro da consciência de uma mulher individual em oposição ao ideal pressuposto pela sociedade daquilo que uma mulher deveria ser. Porém, essas mulheres podem se descobrir atingidas pela vida em um sistema patriarcal interno delas mesmas como talvez as portadoras de um câncer de mama, atingidas em um dos signos supremos da feminilidade para a sociedade ocidental.

A mulher de hoje, segundo PENNA (1989), busca ser inteligente, capaz, esperta e livre. Ela se expõe, mas ainda joga com o próprio corpo se assemelhando as fêmeas de qualquer espécie, sendo treinadas para subir na profissão. As mulheres podem então, a partir da exibição de sua feminilidade, obter vantagens, visto que quem atrai, seduz e encanta, pode dominar. Porém, nesse mundo ainda não há um real espaço para as condições físicas e psicológicas da mulher, que somente vigora mediante alguns papéis arquetípicos, revelando ainda hoje costumes como o de só empregar mulheres solteiras e ainda lhe cabe a necessidade de preservar os valores de sua identidade se adequando às funções de mãe, amante e profissional.

ZWEIG (1994) acrescenta que essas regras dirigem inconscientemente a vida feminina desde tempos imemoriais compondo um conjunto de tendências para pensar e agir, que a levam a perceber a si mesma e ao mundo, de acordo com os objetivos estabelecidos biologicamente pela evolução natural da humanidade para suprir as necessidades coletivas de perpetuação da espécie.

Dessa forma a autora conclui que em nossa cultura ocidental o superdesenvolvimento das perspectivas masculinas glorificou a razão, objetividade e o não desenvolvimento dos sentimentos subjetivos e das emoções que envolvem a vida. Porém, para ela, essa distorcida perspectiva masculina está diretamente ligada e associada à psique tanto dos homens

quanto das mulheres. Todas as mudanças sociais, econômicas e políticas não terão valor se este espírito tão opressivo ao feminino continuar a dominar. Assim, é a opressão ao feminino e não as mulheres que deve ser alterada.

4. Mastectomia x Feminilidade: o estudo de caso

4.1 Quem são essas mulheres

De acordo com SKABA (2003) as representações sociais que a doença câncer, através da mastectomia, introduz na vida do cidadão, encontram-se associada as diferentes naturezas do ser. A exclusão do mundo do trabalho, a possibilidade de uma vida dependente e o comprometimento da vida sexual, são compostos do imaginário popular sobre o câncer, reafirmados pelos dados epidemiológicos que demonstram o perverso curso da doença diagnosticada e tratada tardiamente. Dessa forma, penetrar no universo dessas pacientes é desmistificar parte desse comprometimento. Assim, busco levar um pouco mais dessas mulheres ao conhecimento do leitor.

Dentre as quatro pacientes entrevistadas e após um levantamento preliminar de informações disponibilizadas por elas mesmas, no momento de cadastro e até pelo perfil dos usuários dessa instalação (conveniados e particulares), as quatro pacientes se declararam casadas. Três possuem idade em torno de 50 anos e uma na casa dos 30. Todas possuem filhos, moram em Cuiabá e têm, no mínimo 2º grau completo (uma foi professora, mas aposentou-se como funcionária pública federal, outra aposentada também em setor privado, outra estudante de direito e pedagogia, outra auxiliar de produção).

As quatro pacientes passaram pela cirurgia, mas apenas três delas realizaram também radioterapia e quimioterapia. Três delas com diagnóstico de carcinoma ductal - grau II, principal tipo de câncer de mama que acomete as mulheres no Brasil. Duas fizeram a mastectomia e reconstrução imediata da mama com prótese de silicone e parte de retalhos de outras áreas do corpo e duas ainda não reconstruíram mais pretendem fazê-lo.

Enfim todas as pacientes possuem profissões definidas, recursos financeiros diferenciados, acesso fácil e prático aos mais variados níveis de informações e cultura, inclusive sobre a doença e realizam preventivos e visitas médicos regularmente.

Elas cuidam da casa, de seus filhos e maridos, passeiam, e no momento não estão trabalhando em função do afastamento temporário para tratamento. Todas são consideradas religiosas, por falarem muito em Deus, de alguma forma, e em vencer uma provação a que estavam sendo submetidas. São mulheres, que em suas falas transmitem a capacidade de se sustentarem por si mesmas que, defendem seus ideais e pontos de vista.

Por questões éticas, os nomes das quatro pacientes entrevistadas, foram mantidos em sigilo e apenas serão utilizados nomes fictícios para identificá-las os quais são: Antônia, Catarina, Manoela e Silvia.

Catarina tem 29 anos, possui o 2º grau e é auxiliar de produção. Menciona ter percebido um nódulo na mama que a fez realizar um ultrassom. Levou dois anos após o diagnóstico para aceitar o tratamento, o que a levou a concluir que a retirada da mama foi resultado dessa demora. Passou por reconstrução mamária na mesma cirurgia da mastectomia, realizando apenas tratamento radioterápico. Tem dois filhos adolescentes e um marido que a apoiam integralmente. Após o diagnóstico e o tratamento passou a rever sua vida e diz considerar-se auto-astral. Afirma que seu relacionamento tanto com a família como com os outros melhorou muito após a doença. Diz ter se tornado mais paciente, e que mudou a forma de ver a vida, sua cabeça, pois, se achava “chata”. Conta que a doença a fez rever suas opções de vida. Pensa em voltar a estudar e valoriza cada gesto, cada atitude sem julgar. Diz estar mais tolerante e apenas convive com amigos e pessoas que acha valer a pena. Afirma ficar triste com a amargura e a mesquinhez alheias e se questiona porque as pessoas passam a rever valores e posturas diante da vida após um grande choque, como uma doença como esta.

Manoela tem 53 anos foi casada e possui dois filhos (21 e 18 anos). Formada, foi professora de língua portuguesa e literatura antes de se tornar funcionária pública na área de recursos humanos, área a qual se aposentou. Perdeu a mãe com câncer de mama, há poucos anos, a qual diz era extremamente apegada. Diz ter se separado no mesmo período em que descobriu a doença, por opção própria. Afirma que apesar de realizar periodicamente seus preventivos, o diagnóstico foi feito quando percebeu um nódulo palpável. Adiou o tratamento por necessidade de acompanhar um irmão doente a um tratamento ausentando-se da cidade, quando retornou, teve que realizar a cirurgia de retirada total da mama, não a reconstruindo em seguida. Realizou ciclos de quimioterapia e radioterapia o que a fez perder os cabelos. Considera-se altamente vaidosa e diz que com a queda dos cabelos o jeito foi providenciar uma peruca. Funcionária pública federal aposentada diz não ter perdido a auto-estima e o auto-astral. Faz parte do grupo voluntário de catequização para jovens de uma igreja católica e quer reconstruir a mama assim que for possível, passeia, faz dança, adora se maquiar, cuidar de si e se considera ativa e animada, pois crê que a mama é

um dos principais símbolos da feminilidade e uma boa apresentação pessoal, apesar de ser reforçada pelo *marketing*, Manoela diz ser necessária.

Antônia tem 57 anos. Possui 2º Grau completo e aposentou-se na Rede Cemat. Passou por várias provações em sua vida. Perdeu a mãe (38 anos com câncer de mama) enquanto tinha 5 anos e o pai alguns anos após aos 9 anos de idade. Casou-se cedo e aos 27 anos ficou viúva. Teve dois filhos e quase perdeu uma filha com uma doença chamada *polirradiculoneurite*³⁵. Casou-se novamente e teve mais uma filha, vivendo bem com o marido e os três filhos.

Afirma não ter suspeitado de nada até realizar seus exames de rotina quando recebeu o diagnóstico. Foi encaminhada para cirurgia e retirou a mama, após fez quimioterapia e radioterapia. Perdeu os cabelos mais diz não se incomodar com isso, mais ao mesmo tempo não tolera permanecer em um mesmo local ou conviver com pessoas que têm a mesma doença. Acreditava que a pior parte do tratamento seria a quimioterapia e a perda dos cabelos por temer a reação dos netos. Porém diz que o fato de reagir, transmite confiança a todos da família fazendo com que eles tenham retomado um ritmo normal de vida, retornaram a rotina.

Graças às provações a que Deus a submeteu na vida ela se tornou mais forte e sabe que alguma coisa de bom vai colher de tudo isso.

Silvia possui 51 anos, é casada e tem duas filhas. Após a criação das filhas decidiu retomar os estudos e fazia faculdades de direito e pedagogia. Durante o processo de tratamento resolveu trancar a faculdade de direito, pois se sentia muito debilitada. Tem vários históricos de câncer na família e ao fazer uma cirurgia plástica descobriu um melanoma e após uma cirurgia estética das mamas detectou o nódulo em uma delas. Extirpou cerca de 2/3 da mama e a reconstruiu imediatamente a cirurgia de retirada. Realizou radioterapia e quimioterapia ao qual lhe fez perder os cabelos. Diz que essa perda foi motivo de grandes frustrações por mostrar o preconceito com que à sociedade lida com o câncer. Cita o exemplo de uma sua professora de estágio que lhe proibiu de realizar estágio na educação infantil, devido à estranheza que sua “careca” geraria. Tem uma ligação muito forte com as irmãs de uma família de 7 irmãs. Perdeu primeiro a terceira das

³⁵ Ou síndrome de Guillain-Barre é uma inflamação das raízes nervosas, levando a alterações de sensibilidade (formigamentos, dores) e da motricidade (paralisias de membros, músculos da face e mesmo dos músculos da respiração. Fonte : http://www.saudevidaonline.com.br/corre5_p.htm.

irmãs, que faleceu aos 45 anos, a seguir a mais velha delas e agora descobriu seu câncer de mama. Agradece e ora a Deus todos os dias, pelo parceiro, pelas filhas e genros e pela família e pede aos outros que agradeçam à vida, respirar, e baseando-se nesse princípio diz que começamos a amar mais. Diz que vai pra guerra, vai à luta, pois sua luta é vencer!

De acordo com OLIVEIRA (1996), deve-se sempre se lembrar que o objeto sobre o qual dirigimos o nosso olhar já foi previamente alterado pelo próprio modo de visualizá-lo e assim, a importância de saber olhar e ouvir são extremamente relevantes e descrevem as diferentes formas com que cada um é influenciado pela sociedade.

4.2 A descoberta do câncer e a mastectomia

Os depoimentos a seguir, relatam a descoberta da doença e/ou os primeiros contatos das pacientes com o câncer de mama em que os colchetes indicam uma frase ou palavras não mencionadas e as reticências, períodos de silêncio.

Mamãe também teve o histórico de câncer no seio, retirou nódulos por duas vezes, mais na época foi considerado benigno. [] O óbito dela foi um câncer no cérebro. Foi perdendo assim a auto-estima, muito apática e, não sentia nada; mais ai eu levei no neurologista e foi diagnosticado. Ela fez uma cirurgia mais foi irreversível e então eu fiquei assim bem consciente da necessidade da gente estar fazendo sempre um acompanhamento. Quando eu fiz 40 anos a minha ginecologista falou que daqui pra frente você tem que estar sempre atenta e alertou pra necessidade da gente fazer um acompanhamento de saúde e todo ano eu fazia exames de rotina e em 2005 deu... Quando o Dr. anunciou o diagnóstico eu não fui pega de surpresa em função do antecedente, mas mesmo assim mexe muito com o emocional da gente. (**Manoela:** Entrevista concedida em 02/08/06).

Para Manoela a questão de vivenciar a morte da mãe a quem era extremamente apegada deixou nela, seqüelas profundas ao perder a companheira de todos os momentos. Em sua narrativa quando fala da mãe seus olhos se enchem de lágrimas demonstrando a perda que a mãe lhe faz. Essa perda reflete em Manoela, a importância da questão social posta, no que tange ao visível, como descreve GOFFMAN (1988) com relação ao estigma visível. A doença, que levou a mãe a perder a auto-estima e não querer mais se arrumar, apresenta aos outros a doença que se apodera dela, a rotula como doente e a enfraquece e ao mesmo

tempo faz com que Manoela não queira se tornar apática e em qualquer predisposição ou sinal, ela busca uma forma de afugentar esse fantasma saindo, se pintando entre outros fatores.

Em 2004 no início do ano deu um nódulo e aí foi retirado para analisar e era só um cisto mais aí fica aquela suspeita e em 2005 voltei novamente e aí então já deu. Já tava perceptível quando eu fui fazer; aí continuou a investigação, foi continuando só que aí eu tive que acompanhar um irmão meu que tava com problemas de diabetes, efetuando exames e que foi efetuar tratamento fora do estado e eu fiquei dois meses acompanhando. Quando eu voltei já tava assim com gânglio comprometido e a minha ginecologista encaminhou para o mastologista. **Manoela.**

A perda da mãe também a levou a perceber a necessidade de se confrontar rotineiramente com o fantasma do câncer, até receber seu diagnóstico e relembrar os momentos vividos com aquele ente tão querido. Na ânsia de não querer se conscientizar da gravidade do caso, principalmente mediante aos antecedentes, pode ter sido a mola que desencadeou o processo de negação, como mostra MENEZES (2004). Para Manoela, que se diz altamente vaidosa, a perda da auto-estima e o medo da morte, quando comparada à mãe, pode tê-la levado ao não enfrentamento da doença em um primeiro momento. Também é importante ressaltar, que a predisposição em ajudar a um irmão ela busque substituir aquela figura tão querida e tão necessária em um momento de doença. O apoio que o irmão mais jovem precisava. Assim o atraso em seu tratamento pode revelar o arquétipo da mulher na figurativização da mãe, o sublimar seus desejos em prol do outro.

Fiz o preventivo uma semana antes do natal... quando foi assim já uma suspeita, de uma suspeita já me encaminharam pra um médico, pra outro médico e quando eu vi assim já estava fazendo uma cirurgia [] na hora que eu peguei o resultado do exame que realmente confirmou ... nesse dia eu chorei! Chorei por que eu tinha medo de eu não ter força pra lutar contra isso né; aí nesse dia eu chorei... (**Antônia:** Entrevista concedida em 14/08/06)

Os períodos de silêncio, que entrecortam as falas de Antônia, as mais doloridas recordações de momentos aos quais às vezes a fazem relembrar ou pensar em coisas ou situações ainda não pensadas ou realmente sentidas. O choro é o desabafo do medo da

morte, da exclusão social, enfim, de todas as dúvidas que podem passar pela cabeça de um paciente portador de um câncer são as incertezas a única certeza que se tem. É o momento de chorar.

Eu já sabia que podia ser algo grave, mas mesmo assim, sentindo o caroço no seio fui adiando, adiando... até que quando fui ao médico tive que tirar toda a mama. (**Catarina:** Entrevista concedida em 30/05/06).

Catarina é o modelo típico da negação. De posse de informações, consciente e com plena convicção de que poderia ser algo sério ela protela. Não quis enfrentar o diagnóstico antevendo que poderia ser algo sério como um câncer.

A descoberta foi difícil. Não queria ver ninguém e nem dormi por mais ou menos três dias... Chorei muito! Minha família ficou desesperada até que eu “saí da crise” e mudei de atitude! Tomei banho, mudei de roupa e decidi enfrentar... Chega de choro! Já que tenho que fazer, vamos enfrentar e tudo vai ficar bem. **Catarina**

A negação se confirma mais uma vez e lembrando SILVA (2000), o paciente que sofre de uma doença crônica, incurável ou de prognóstico difícil, sabe precisar ou reconhecer seus sintomas. A constatação da doença, em um primeiro momento, representa um choque inicial mais para essas mulheres inseridas em uma classe social privilegiada, com acesso fácil a vários níveis de informações, que realizam seus preventivos periodicamente e que através dessas relações sabem precisar o perigo a qual estão se expondo, é difícil compreender o porquê da negação ou simplesmente o adiamento do diagnóstico a não ser pelo medo da morte associado ao diagnóstico.

No mesmo período em que eu recebi o meu diagnóstico, o casamento também estava desabando. Graças a Deus, assim, eu fui administrando as duas situações e eu estou conseguindo sobreviver ao terremoto. **Manoela**

A associação do terremoto ao câncer faz alusão à verdadeira desordem que a paciente sente mediante o diagnóstico. É algo que vem, chega e bagunça toda a sua vida e o que deixa é o caos. É necessário um renascimento ou uma reconstrução buscando lentamente

reconstruir tudo o que ruiu e foi quebrado. Relembrando MAMEDE (2001) pode-se associar o renascimento a necessidade de reconstruir ou de buscar soluções mais adequadas para melhorar a si mesma e sua auto-imagem.

[] Vim consultar o Dr. L, um verdadeiro anjo da guarda e aí então a gente marcou a cirurgia e em dezembro eu fiz a cirurgia de mastectomia radical com esvaziamento total da mama e aí a gente começou o tratamento; mais assim é foi quando mesmo assim, de uma certa forma, eu fui, no fundo a gente tem uma esperança, mais de certa forma, pela própria evolução, antes mesmo do diagnóstico final, eu já tava mais ou menos assim, me preparando. Até mesmo com essa viagem que eu fiz, a gente tava no hotel e eu sentia que não era uma coisa normal. **Manoela**

A percepção e a delicadeza de quem anuncia o diagnóstico são imprescindíveis para essas mulheres. É importante também a confiança na equipe que irá tratá-la, bem como o resultado positivo do tratamento. A paciente nesse momento está extremamente fragilizada e necessita de apoio e cuidados.

Retirei mais de 2/3 e ficou muito pouco seio. Daí então ele colocou silicone perto desse restinho de mama que sobrou, por cima o restinho que sobrou e tirou músculo de baixo do braço e colocou na carne! (**Silvia**: Entrevista concedida em 05/01/07)

A complexidade e o grande alcance de devastação que a palavra câncer ainda desperta nessas mulheres, os tratamentos alteram sua percepção e imagem corporal em seus mais variados estágios e ciclos, podem ainda ser ressaltados. Os estigmas causados pelo câncer de mama se manifestam de forma diferenciada nas mulheres. A cirurgia é um primeiro impacto do que se consumou. Não há retorno e nenhuma possibilidade de dúvida. É preciso lidar com a realidade da extirpação e dos efeitos da cirurgia.

[] e tinha dias assim que me queimava tanto e eu ficava tão triste deitada sabe, daí um dos meus genros que não morava aqui, morava em São Paulo, ele entrava dentro do meu quarto e com ele eu conseguia chorar. Eu não queria chorar perto das minhas filhas. **Silvia**

Chorei desabafei bastante mais ai uniu assim, toda a minha família unido, todo mundo unido e tal e no dia seguinte também, eu ainda acordei assim, baqueada ai eu comecei a ver aquele olhar de tristeza, no meu marido, nos meus filhos né, ai eu fui e pensei sabe, se eu não reagir quem vai ficar mais prejudicada do que eu vão ser eles; eles não vão saber lidar com esse negócio se eu me entregar; Foi quando dali, olha mais não teve mais um dia se quer que eu derramasse uma lágrima, nenhuma! **Antônia**

A exaltação a “supremacia” da mãe em poupar e preservar sua prole e sua família se faz presente. O dedicar, o servir, o abdicar-se em função do outro está presente. É necessário ser forte para que todos tenham suporte e não se desestremem mediante o esteio da casa sucumbir. Associada a MAMEDE (2001) diante da profundidade desses sentimentos, essa mulher precisa extravasar e ao mesmo tempo não consegue fazer isso com a família para quem ela precisa ser forte ao se confrontar com a realidade.

Uns dias antes de eu descobrir o câncer, uns dois meses antes eu havia brigado com meu marido e nós estávamos praticamente separados [] Então foi muito bom assim, essa briga, como é que eu vou te dizer, a gente ter se acertado antes de eu saber que tenho câncer porque, depois que eu tive, a gente conversando eu disse pra ele né, se fosse hoje pra nós fazer as pazes eu num faria; eu ia pensar que era compaixão, que era pena...
Silvia

A compaixão é algo que nenhuma dessas mulheres aceita. Elas não querem que tenham pena delas, mas sim que as respeitem como seres humanos. As pessoas sãs, mediante outras que possuem câncer crêem que elas necessitem de cuidados especiais, e tendem a fazer coisas por compaixão, pena ou por piedade. As dúvidas implantadas do real significado das ações dos outros são constantes para que as pacientes definam e possam se sentir confortáveis com relação ao comportamento e atitudes dos outros.

Baseando-se em MAMEDE (2003) e GOMES (2002) se pode reafirmar como o suporte social, formado por laços sociais, afetos, considerações, confianças, entre outros, podem influenciar o comportamento e a percepção, nessa fase de reabilitação, a atuação do parceiro sexual é uma das fontes mais importantes na assistência à mulher. Por mais que a

paciente relate “superar” a crise, em função da família, fica claro que ela está sufocando suas sensações em prol de um “bem maior”.

Na hora que você opera o hospital enche. Ah! Não morreu na cirurgia, passou...(risos) É... passou àquela hora, entendeu daí começa a distanciar, distanciar... as visitas até cessar, ou quase cessar porque eu tenho pessoas que me visitam sempre, né. Então tu fica assim pensando, será que eles tão errados, será que eles tão certos, ou será que aqueles que tão vindo, tão vindo assim... até por... tipo uma obrigação... Qual será que gosta mais de mim?... E eu procuro contar então, com essas seis pessoas que eu considero da minha família.” **Silvia**

O fato de perceber o afastamento das pessoas pode ser identificado por inúmeros fatores, preconceito, medo de contágio, o medo da morte, ou de se aproximar com algo que as faça vivenciar uma situação possível para elas mesmas. Silvia relata, de acordo com sua perspectiva, que o afastamento pode ocorrer por um outro fator que não esses descritos mais sim em função da duração do tratamento que é extremamente longo e que só irão persistir aqueles com os quais você poderá contar, aqueles que realmente importam: a família e os amigos mais próximos.

4.3 Relacionamentos: mastectomizada, parceiro e sociedade convivência após a mastectomia

A possibilidade e o acesso à informação são fatores importantes em um diagnóstico e na escolha do tratamento. Nesse período de convalescença a paciente fragilizada precisa de afeto e compreensão entre os seus. Seus comportamentos alteram-se entre momentos de aceitação para a pura depressão.

A partir do momento que foi diagnosticado eu comecei a procurar vários tipos de informações, literatura a respeito, conversei muito com o médico... Todos os detalhes para enfrentar o tratamento com conhecimento e acreditar que daquele percentual positivo se você tem a convicção de que a doença existe, você está com ela, mais que existe o tratamento e se você levar a sério você vai superando . Depende muito desse

esforço pessoal de você confiar nos profissionais e levar a sério mesmo o tratamento.

Manoela

Realmente é uma doença que mexe demais...É uma doença que envolve toda uma família, toda uma estrutura, toda uma amizade, ela envolve todos ...Eu fiz a cirurgia e a reconstrução na mesma hora. [] Doeu demais. Foi a cirurgia que mais me doeu. Ela queimava, ela queimava, eu colocava mandioca ralada em cima dum... botava um plástico e botava aquela mandioca ralada gelada pra me refrescar , porque ela queimava demais... Foi à cirurgia que mais me queimou e eu já fiz umas quantas. **Silvia**

Considerando-se os aspectos psicológicos e/ou clínicos, o diagnóstico e a cirurgia são dois dos mais importantes aspectos e fontes para os inúmeros estigmas associados as pacientes com câncer e mais especificamente ao câncer de mama.

A cirurgia é um momento extremamente angustiante, pois a paciente se vê fragilizada no desempenho de seus papéis em relação a sua sexualidade e como provedora de cuidados familiares.

Ter uma mama doente e/ou operada a impossibilita até mesmo no mundo contemporâneo, de exercer sua profissão e prover a família pela qual é responsável, ou simplesmente a impossibilita de fazer algo que antes de sua doença sua habilidade não seria questionada. É o momento da inatividade, de certo confronto com a sociedade e consigo mesma. As pacientes perdem o controle sobre suas próprias vidas. Elas não podem mover o braço e nem utilizá-lo para certas atividades corriqueiras tais como varrer a casa, pegar coisas ou fazê-las, se forem necessários esforços com o braço e, por um período relativizado a cada caso, vão depender exclusivamente do outro.

Banhar-se, vestir-se, deslocar-se, são tarefas “normais” que por um período não poderão realizar. Sua auto-estima e seu status de indivíduo estão ameaçados. A mulher contemporânea arraigada em suas novas funções de mãe, esposa, profissional liberal vê seu poder ameaçado. São a hexis e práxis inseridas nos habitus de BOURDIEU (2001, 2002) e nos estigmas de GOFFMAN (1988), constituindo a conjugalidade de HEILBORN (2004) e os aspectos igualitários do ser.

Reconstruí mais mesmo assim, quando converso com outras pacientes , todas nós sabemos que ficou diferente. Esteticamente a mama está ali, mas não é a nossa. [] Meu marido diz que gosta de mim pelo que eu sou e não pelo meu corpo... Fiz a mastectomia

e reconstruí imediatamente, mas mesmo assim acho que está diferente...Não deixo meu marido me tocar nessa região e só tenho relação no escuro. Não deixo ninguém ver. Só tiro a roupa quando faço o tratamento de radio. Só ai que alguém me vê. **Catarina**

No relacionamento comigo e com meu marido, eu fiquei... ele age normalmente comigo entendeu, mais nunca, nunca deixei esse homem me ver, nunca deixei ele ver a parte que eu fiz a cirurgia entendeu; então ele é uma pessoa muito discreta ele não pede, ele não fala nada [] eu não tiro a blusa do pijama [] não me sinto bem me expondo. **Antônia**

Assim, quanto mais suporte social, sexual um indivíduo obtém, mais apto estará para evitar situações de estresse ou desenvolver condições para enfrentá-los ou obstruí-los. Nesse momento percebe-se a importância que a família tem para cada uma delas, é uma reciprocidade e uma troca de forças de vital importância entre esses dois elos da corrente e do relacionamento. Quando existe esse elo o enfrentamento da doença é mais brando, não que também não seja doloroso, mas se torna mais leve o caminhar com.

O aspecto social da doença começa a pesar e mostrar-se, pois fazer um tratamento é expor-se a sociedade, é mostrar-se portadora de um câncer e estar disposto a pagar todos os preços. Elas não escaparam desse estigma mesmo tendo o apoio dos parceiros e familiares são esses os eleitos para fazer parte desse novo grupo social ao qual realmente se importam e sabem que podem contar e se relacionar, mas mesmo assim com ressalvas em relação a suas novas aparências de mulheres mastectomizadas mesmo para aquelas que reconstruíram imediatamente após a retirada.

A “mama” que se colocou no lugar é “falsa”, não é aquela que lhe imputa os poderes e desperta a libido no outro. A prótese de silicone colocada como função reparadora da excisão mamária, após a mastectomia, não tem a mesma função e característica daquela simplesmente estética e desperta as dúvidas e os anseios gerados com o diagnóstico e principalmente com a feminilidade e os apelos sexuais.

Para essas pacientes o apetite sexual vai sofrer inúmeros sobressaltos. As pacientes mastectomizadas possuem diferenças em seus apetites sexuais, chegando a ser um dos motivos das separações que ocorrem nos relacionamentos. Não me toque, não sintam as alterações corporais sofridas.

[] Nasci, cresci e me casei no mesmo bairro então, todo mundo me conhecia... Quando as pessoas se aproximam, as que não são amigas, e me perguntam alguma coisa, desconverso e digo que não sei de onde elas tiraram essa idéia. Não quero que saibam o que eu tenho. Só contei para alguns poucos amigos... aqueles que valem a pena.”

Catarina

[] Muita gente assim, que não me conhece, não sabe assim de...que eu to passando por isso. Eu não demonstro. Olha, meu medo era a quimioterapia, passei pela quimio sem ter um enjôo. []Eu tinha assim... pena que eu tinha de meus netos pudessem me acompanhar...eles vão ver eu perder cabelo, isso mexia comigo, mais olha essas crianças fizeram, fazem tanta festa coma minha careca, fazem tanta farra. Tenho um que me vê chama de “Ronaldinha”, sabe. Então pra eles, foi assim...tudo também normal. **Antônia**

As mudanças na rotina do dia a dia é um dos maiores fatores de estresse na vida das pacientes portadoras de um câncer. As mudanças geradas começam a ocorrer na vida da família de uma mulher com câncer de mama a partir das informações do diagnóstico e das decisões a serem tomadas em relação ao casamento. A maneira como os membros ajustam-se a tais mudanças, afeta a maneira como a mulher se ajusta à nova situação e assim, os estigmas apresentados e gerados pela sociedade nas pacientes e seus familiares podem influenciar enormemente a vida dessas mulheres.

“Eu me lembro que teve uma “amiga” que me ligou né, soube que eu tava já fazendo o tratamento e é ela assim... aquilo... ela foi me contar casos de amigas dela mais assim, o lado negativo sabe, ai... Ainda bem assim, que eu não tive o “prazer” de recebê-la pessoalmente, só por telefone porque ela me contou histórias, casos de amigo dela que teve a doença, mais assim o lado trágico né,... eu acho que ai você... é muito importante você receber o apoio, a solidariedade mais assim, eu acho que tem que ser assim o lado bom... **Manoela**

A sociedade cobra muito, o interessante é que você recebe muita solidariedade mais ao mesmo tempo... É importante você receber o apoio, a solidariedade né... mais assim eu acho que tem que ser do lado bom, de que forma eu posso te ajudar e ai o que você quer que eu faça. Porque trajetória a gente já está sabendo... **Manoela**

Um dos momentos mais difíceis pra mim, foi quando eu fui realizar estágio pro curso que eu faço, e uma minha professora me disse se não seria melhor eu mudar de fazer com as crianças maiores do que com as crianças do infantil porque elas poderiam estranhar minha careca. Isso foi muito difícil pra mim...O que importa, é como nós nos apresentamos e nos comportamos mediante o outro. Se agirmos com dúvidas, preconceitos e medos, obteremos respostas desse mesmo nível. **Silvia**

O momento que mais a ficha caiu foi depois que eu comecei a sessão de quimio com a queda de cabelo, ainda mais no meu caso né, esse momento foi muito forte pra mim. Ainda mais que estava me preparando para ir a uma festa de formatura, tal, de repente eu comecei a arrumar o cabelo e começo..., então aquilo ali foi muito forte. Esse momento mexeu muito comigo. Apesar de que eu fui à formatura, eu estava me preparando para ir a missa, mais ai no dia seguinte eu já fui a loja já comprei a peruca tal, fui no baile. A missa foi na quinta feira, ai na sexta feira eu fui ver a questão da peruca e no sábado eu tava lá dancei bastante e depois eu fui administrando essa questão. Agente sacode, bastante. **Manoela**

A experiência de ser portadora de um câncer de mama em nossa sociedade pode ser compreendida de acordo com a fragilidade com que decaem as funções no desempenho do papel sexual da mulher e como provedora de cuidados familiares.

Tornar público esse “comprometimento” de papéis, pode trazer a tona a impossibilidade de voltar a exercer uma dada profissão, prover a família tornando-se um indivíduo marginalizado por não poder realizar suas funções sociais ou os arquétipos necessários para manter a condição feminina da mulher. O que socialmente representa para a mulher, um de alto prestígio social em que o modo de parecer feminino, se exprime através da voz, rostos, aparências e posturas uma Cultura onde ser feminina corresponde a um ideal cultural.

Quero que você não se esqueça que o mais importante é o preconceito que a doença nos faz enfrentar. É o preconceito que mata; é o egoísmo de se sentir atrapalhando a vida alheia e assim não podemos participar... Se dou meu nome para um passeio as pessoas não querem que eu vá para não atrapalhar o passeio delas, mas dizem que estão me cuidando para eu não passar mal... **Silvia**

A sociedade ao mesmo tempo que ela é solidária, os amigos... tem momentos que ela te leva pra baixo também.[] Tem pessoas que são assim, quando ficam sabendo ou encontram com a gente, elas se...ai, parece assim porque, é parece assim, que eu tava indo para a força...**Manoela**

Por exemplo, uma coisa que me incomoda, num sei porque, deve ter alguma explicação. Eu fiquei... perdi o cabelo mais também não mexeu comigo . Ah! Isso vai nascer outra vez. Mas tenho horror a ficar perto de uma pessoa com o mesmo problema, uma pessoa careca por exemplo, eu tenho horror. Não me sinto bem. Eu não gosto de ver a outra pessoa. **Antônia**

Novamente, considerar o estigma visível de GOFFMAN (1988), e os arquétipos incorporados sobre a feminilidade para essas mulheres é um fator de grande relevância. As “sequelas” do câncer não se resumem apenas aos aspectos psicológicos, mas também as condições físicas. A queda do cabelo, as unhas arroxeadas e quebradiças, a quebra de dentes e a queda de pelos do corpo geram um pavor intenso para essas mulheres que podem ter a sensação de que seus membros ou partes estão caindo aos pedaços. È a visibilidade que as faz ter a todo o momento que justificarem aos outros devido a sua condição estética.

GOFFMANN (1988) alerta para esses aspectos visíveis do estigma e baseando-se em CARVALHO (2002), recordo que a discriminação transforma a medida que um indivíduo é separado ou diferenciado dos demais membros da sociedade ou do grupo, por possuir uma característica que o inabilite à aceitação plena pelo grupo ao qual pertence.

Vê-se que independente da posição social algumas relações com o câncer se mantêm ao longo da história. As entrevistadas demonstram em suas falas vários temores, como a perda da feminilidade, a perda de sua individualidade, por mais que seja por um período curto de tempo e alguns medos que as remetem aos temores sofridos nos primeiros diagnósticos e formas de tratamento de câncer de mama em momentos em que de alguma forma prorrogaram um diagnóstico ou um tratamento. Elas buscam se superar e fazem isso de acordo às regras do grupo social ao qual pertencem e se preocupam com a pressão que esse grupo direta ou indiretamente lhes impõe, mas reagem. Reagem as pressões sociais e as que a doença lhes impõem. Reagem da forma possível e consciente aos revezes do câncer.

Graças a Deus eu tenho muita força, assim ... eu faço de tudo pra minha cabeça não mudar. [] Tem gente que vai passando por isso e vai enfraquecendo vai se tornando aquela pessoa que se entrega, não! Olha, nunca, nunca, nunca eu vou falar pra você que eu tive problema que vou falar pra você que eu precisei de uma psicóloga, nem agora com a cirurgia que foi recomendado, foi indicado eu não aceitei, falei não quero ! Eu, meus filhos e meu marido nós vamos passar por isso, não quero, não quero mesmo! Então é muita coisa assim que eu evito, evito esse negócio de estar mexendo com psicólogo eu não quero. **Antônia**

Antônia ainda alerta para uma questão visualizada, que achei muito importante. A negação em conviver com outros que possam lhe lembrar sua condição de portadora de câncer de mama, mastectomizada, e sem cabelos, ou seja, a dificuldade em aceitar sua realidade. Ela diz aceitar a doença mais desde que ela não necessite ser lembrada dela ao se aproximar de outros pacientes portadores de câncer. Outro aspecto de grande relevância é a imensa rejeição em aceitar a presença de um psicólogo durante o processo de tratamento envolto no diagnóstico, cirurgia, radio e quimioterapia, revelando talvez, mais um estigma associado a quem necessita de um psicólogo que a faria acrescentar a sua sina de estigmatizada por ter um câncer e também por ser perturbada por consultar-se com um psicólogo.

4.4 Reagindo ao câncer: questões de feminilidade e religião

Reagindo ao revezes do câncer, todas as pacientes falam em Deus de alguma forma. Quer seja como auxílio na superação ou como descrito, uma lição a ser aprendida das quais ficam conselhos e sugestões.

[] botei na minha cabeça, que se Deus me mandou isso, não foi em vão, alguma coisa de boa eu vou colher disso.[] è uma doença que me surpreendeu, mas eu não sinto nada, nada... eu só sei que eu estou doente por que passo por esses tratamentos.[] Então, quer dizer a minha família, o que é que aconteceu, eles começaram a ver, a me enxergar como uma pessoa sadia, normal... Eu tenho só agradecer a Deus porque to passando por isso, que eu falo que é uma coisa que com toda certeza eu tenho que passar, como por tudo que eu já passei eu teria que ter passado por isso né, e agradeço de eu ta passando sem o sofrimento, porque se eu falar que to, sofro com isso eu não sofro nada.. **Antônia**

Em primeiro lugar a gente tem que gostar da gente mesmo né, começa por aí. Eu sempre fui vaidosa, é gosto muito de é... inclusive meu ex-marido falava que meu dinheiro era só pra comprar batom; [] A auto-estima melhora, você se sente bem né, então e é até um *marketing* pessoal mesmo né, da gente e a gente tem que tá preocupado com isso. É o primeiro é, eu acho que é a marca da feminilidade, são essas coisas né... De estar bem consigo mesmo, que é pra poder... a gente que convive em sociedade né, tem que estar preocupado com esses detalhes... coisas de mulher mesmo. A sociedade quer badalar tudo; Tem também a influência do marketing, do consumismo, capitalismo... **Manoela**

Por intermédio de CARVALHO (2002), percebo que a religiosidade se impõe na fala dessas mulheres, independente do credo religioso, essas mulheres buscam por meio da fé dar sentido aos acontecimentos, buscando aceitar o inexplicável e o inimaginável. A associação com a fé ou Deus não é indicada por elas como sendo um castigo divino, uma punição. Nesse momento essas pacientes encaram a doença como uma provação ou uma superação a ser conquistada. Justifica-se e legitima-se a complexidade e a variedade de aspectos que envolvem o conceito de saúde e doença, vida e morte, além do nível biológico, através da crença de que o sofrimento pode ensinar-lhes sobre a vida e sobre as outras pessoas como também enfatiza MINAYO (1999).

Eu não nego que a gente tem o abalo... essa coisa da mama é um aspecto da feminilidade mesmo, daquela coisa que... mais ai existe né, hoje em dia as formas... tanto é que eu pretendo fazer a reconstituição, pretendo; está dentro das minhas perspectivas... eu quero aproveitar e fazer a outra também... a gente tem que gostar da gente. **Manoela**

“Eu fiquei surpresa, por exemplo agora, porque eu já vou começar a fazer exames pra mim já fazer a reconstituição e aí nós conversando com o Dr. O Dr me falou que, ele disse que o ideal é esperar dois anos, então isso pra mim foi uma surpresa...[] mais aí isso foi uma coisa que me chateou assim, porque eu já estava assim já fazendo planos; então, quer dizer, as vezes, assim eu penso, fico pensando com relação ao meu marido como pode mais dois meses aí eu já vô ta aí toda de peito novo, não vô nem ligar pra isso nada né... mais aí fiquei pensando ... ai meu Deus do céu, dois anos, mais também, quer dizer, me chateou mais não me baqueou, eu falo assim olha, não sei não porque, graças a Deus eu tenho muita força assim de... não me baqueou e faço de tudo pra minha cabeça não mudar... **Antônia**

Para aquelas que não fizeram à reconstrução, esse é um fato que não se questiona. A reconstrução está ligada à auto-imagem, a recuperação da auto-estima e da sexualidade que decai cerca mediante o diagnóstico de um câncer. Novamente, a preocupação consigo mesma, e às vezes com os outros, faz com que essas mulheres em busca de constituir suas individualidades, em função das alterações corporais que sofrem influências do simbólico e do afetivo partam em busca de melhorar sua auto-imagem se utilizando da reconstrução dos seios, da utilização de perucas para manter a postura definida socialmente em função das estruturas estruturadas e estruturantes e dos *habitus* incorporados e introjetados pelo grupo de BOURDIEU (2001, 2002).

Perdi uma irmã aos 45 anos com melanoma. Eu tento assim levar a vida me preparando pra uma morte e sabendo que eu posso enterrar muita gente...Estou tentando me preparar mais, sabe. Talvez ser mais humana [] Esse câncer assim, me fez eu ficar mais flexível ainda, com as pessoas. A gente não sabe o que vai acontecer mais eu to tentando me preparar mais, ser mais humana sabe. [] Eu acho que esse câncer me fez ficar mais flexível com as pessoas. Toda vez que eu faço a radio, quando eu calo a boca, porque eu sou muito falante, eu me concentro muito, é uma hora minha de muita meditação. Eu peço a Deus pra colocar esses raios no lugar certo... **Silvia**

O importante é que eu passei por isso e um dia eu vou falar tive, passei e venci! Isso é o que importa. **Antônia**

Eu acho que a gente ta aqui pra ser feliz... tomei a decisão de que eu precisava ser feliz.... Procuro ter bastante lazer, continuei dançando, gosto de musica clássica, frequento o SESC Arsenal e procuro direcionar minhas atividades só pra aquilo que me dá prazer. É importante a informação, discutir, conversar e acreditar que dentre milhares de casos que foram superados o nosso também será. **Manoela**

Pode-se dizer que mesmo que as pacientes reconheçam e enfatizem a cura nos casos em que houve sucesso no tratamento, a probabilidade de recidiva da doença e a ameaça do surgimento e morte em outros membros da família fazem com que se apreendam novos significados do medo da morte e da doença para essas mulheres que criam uma capa

defensiva de forma a enfrentar a angústia do encontro face a face com os demais membros do grupo.

O que resulta desses relatos, é a capacidade que essas mulheres apresentam de reverter à situação com dignidade baseada em suas experiências, no auxílio dos familiares e com o percentual de preparo que as norteiam para saber o que podem enfrentar e isso elas fazem de cabeça erguida.

Talvez se elas não tivessem esse respaldo e essa capacidade de se saber possível, hábil e suficiente, não conseguissem superar essa etapa de suas vidas, como deixam claro nas entrevistas. Elas conseguem se tornar pessoas melhores em todos os aspectos. Passam a ver o mundo e aos outros com outros olhos e com isso renascem e tornam-se pessoas melhores também.

“Siga em frente e pé na tábua”! Eu comecei a fazer reflexão sobre esse ditado. [] quer dizer você vai em frente, firme, de pé, em pé porque lá no Sul, os pisos nossos, por causa do frio, não são desses pisos frios, são de tábua...então siga em frente e pé na tábua, quer dizer vai caminhando, firme, e que é uma mensagem que eu passava pra todos, pra eles seguir em frente com pé na tabua, que era pra caminhar firme. Então são assim, coisas que eu nunca tinha me preocupado de pensar o que que queria dizer e hoje eu tenho momentos de reflexão ... que tento refletir e ver o significado que aquilo me trás. **Silvia**

Assim, para a maioria das entrevistadas, as mudanças provocadas pela doença foram consideradas como positivas, porque fizeram com que valorizassem ainda mais as suas vidas. As entrevistadas revelaram que antes do câncer eram menos sociáveis, porém após a doença tornaram-se mais pacientes, reflexivas, alegres, buscando aproveitar a vida em toda a plenitude valorizando cada aspecto que essa lhe apresentar.

5. CONCLUSÃO

Na trajetória empreendida por essas mulheres, foi possível compreender os valores com os quais a sociedade julga e estrutura a vida da mulher com relação a saúde e a doença e que esse mesmo grupo social está comprometido com aquilo que observa e torna legítimo.

Embora a angústia gerada pelo diagnóstico tenha se transformado ao longo do tempo, entre a morte iminente e tratamentos que geram *stress* e são profundamente fragilizadores e estigmatizantes até os dias atuais que apresentam possibilidade de diagnóstico precoce, eficiência no tratamento, tratamentos conservadores ou possibilidades de reconstrução, nada disso diminui o medo da morte associado à palavra câncer, o estigma do diagnóstico e a angústia da discriminação social evidenciando a complexidade que envolve o tratamento de um câncer e mais especificamente de um câncer de mama cujas potencialidades ainda não foram totalmente esclarecidas em função do grande alcance de devastação da doença.

ZUWEIG (1994), afirma que em nossa época as mulheres se mostram capazes de se adaptar, de maneira cada vez mais eficiente, as exigências do mundo moderno. No decorrer da história e baseados no marco do voto liberado a mulher que pôde votar e ser votada iniciou o seu processo de liberação; ela começou a instruir-se e realmente a se libertar de certas amarras. A mulher se profissionalizou, reagiu e batalhou por seu espaço de indivíduo na sociedade assumindo cada vez mais, posições de respeito e importância, re-despertando o mito da Deusa, que em sua supremacia fala do poder do feminino, o poder da criatividade e da sedução expressos no corpo da mulher.

Quando a mulher se vê novamente podada desse poder, em função da descoberta de um câncer, precisa se reestruturar. São os terremotos e as lágrimas que necessitam ser enxugadas que levam essas mulheres a se reconstruírem e a renascerem de suas cinzas. A certeza de outrora dá lugar apenas às dúvidas e indagações e se não tomarem verdadeira consciência de si mesmas e de seus corpos, podem ficar sujeitas às manifestações e arquétipos (padrões de comportamento) ao qual a sociedade impôs e impõe a mulher e sobre os quais podemos nos tornar reféns.

A dependência que a paciente passa a ter, em um determinado momento após a cirurgia, é um momento crucial que define parte de sua conduta, após a descoberta da doença. É um momento de fragilidade que se não for bem resolvido deixa arraigar todos os estigmas a que estão sujeitas essas pacientes por não se sentirem capazes de realizar as funções sociais

a que estão designadas e com isso podem perder suas condições de indivíduos, impostas ou determinadas pelo grupo social ao qual pertencem. É o momento em que a proximidade e o auxílio do parceiro e da família são fundamentais

Para a mulher ocidental inserida em uma sociedade capitalista, isso significa desempenhar suas funções de mãe, esposa, mulher, trabalhadora, amante e/ou cumprir todos os atributos físicos que se espera de uma bela mulher. São as normas e condutas sociais da sociedade capitalista contemporânea de acordo com suas classificações sociais de uma classe mediana, instituída e legitimada em função da conjugalidade e dos valores igualitários de HEILBORN (2004).

Diante do diagnóstico de câncer, essas mulheres passam a rever seus valores e reavaliar o que é realmente importante para elas e suas famílias. O resto perde a importância ou fica relegado ao segundo plano.

A constatação da possibilidade de perder uma parte do corpo com a qual você nasceu para essas mulheres de uma classe social diferenciada não é tão evidente, pois teoricamente todas já sabem das consequências e efeitos na demora do diagnóstico ou opção de tratamento; se o fazem, o protelar é justificado por outra necessidade que em alguns casos pode ser o antigo medo do diagnóstico ou dos preconceitos a serem enfrentados.

Um outro aspecto a se considerar diz respeito à finalidade ou função do órgão para essa população feminina e para a sociedade.

No caso de minhas quatro entrevistadas a ausência da mama como função de maternidade, ou seja, amamentar, não se justifica entre elas, pois, todas já tiveram seus filhos e filhas e não pretendem mais gerar novos bebês. Porém, a ausência da mama tem um apelo estético com relação as questões sexuais que mesmo essas mulheres sabendo que podem reconstruir ou mesmo já o tendo feito há toda uma fragilidade e insegurança com relação as suas aptidões e desejos. Satisfazer a si mesmas como principalmente aos parceiros revela a realidade da alteração sofrida. Não mostrar aos parceiros a área alterada, mesmo que tenha sido reconstruída, preserva a auto-estima da paciente, porém ela deve ser reiterada mesmo não sendo a natural restabelece parte da auto-imagem corporal idealizada ao longo das estruturas estruturadas e estruturantes de Bourdieu, para se sentirem mulheres novamente, íntegras e assim poderem ser vistas.

A busca da conformidade com a alteração sofrida, como uma provação divina, mas não a resignação com a mesma, faz com que essas mulheres busquem reconstruir a área afetada com vistas a atender o desejo de se sentirem íntegras novamente, apesar de ao mesmo tempo ressaltarem que aquela parte reconstruída não pertence ao todo original mais tem a capacidade de reintegrá-las a sociedade de forma a poder assumir todas as funções que podem ter lhes sido retiradas. A mama reconstruída pode lhes restaurar a posição social retirada, devolvendo-lhes a possibilidade de retomar todas as suas funções de mãe, esposa, profissional.

Percebe-se que os padrões introjetados nessas mulheres com câncer de mama são em parte estéticos, mas principalmente buscando reestruturar algo perdido com o diagnóstico da doença. Para cada uma das entrevistadas os “sintomas” são diferenciados eles giram em torno da exclusão, ou melhor, da busca de integração social, quer seja com a própria família, quer seja para se sentir “normal” novamente, o preconceito estigmatizado em função do diagnóstico de câncer faz suas vítimas sociais. Umas em função da queda do cabelo, algo que não se pode esconder, pois deixa sempre uma dúvida pendente. Outras com a mama ao qual é possível o disfarce (escondê-la ou substituí-la), tal como “Diadorim”, Mulan, Yentl. Quando os papéis não estão invertidos, ou em jogo, a feminilidade aflora sendo necessário uma justificativa, uma exposição de uma frágil condição que é ser portadora de um câncer de mama. Por que a queda do cabelo, o emagrecimento, às vezes? Esses fatos com certeza, anunciam uma tragédia: ou você tem câncer ou têm *AIDS* e da mesma forma está condenado à morte e/ou a inutilidade, renegando ao outro a condição de indivíduo por não ter função social. Porém a cada reestruturação dessas mulheres entrevistadas percebemos que essa busca em se enquadrar diz respeito a uma nova condição social, não a que a sociedade dita como “normal”, mas uma em que os novos “ensinamentos” adquiridos formam o novo grupo social ao qual ela quer pertencer. Ela se enquadra a um grupo que respeita e aceita as suas novas condições e vivências e não mais a “futilidade” antes considerada como correto. Eles são os eleitos que compreendem e não simplesmente julgam e condenam, mais mesmo assim ainda é preciso conviver com os outros ou pelo menos “transitar” por eles sabendo lidar com as mais diversas situações e estigmas que podem ocorrer.

Se GOFFMAN (1988), afirma que grande parte do estigma está na visibilidade ou não do estigma, no caso do câncer de mama ou das nossas pacientes, a perda dos pelos ou cabelos (alopécia) intensifica o stress do doente, pois requer uma justificativa; é a sujeição a que se “deve” se submeter com a exposição da doença e o estar sob o olhar do outro. Assim, torna-se mais fácil, menos doloroso, disfarçar ou esconder essa visão para não ser necessário dar explicações e sofrer o estigma. Para o autor, a presença do estigma para os “normais” é o que desqualifica o portador do estigma, para certo convívio ou funções sociais, sentenciando-o ao exílio por não se encaixarem nas representações que esse grupo de agentes sociais (normais) tem do mundo social de quem deve ocupar seus espaços.

Nesse caso recorro a fala de uma das entrevistadas quando cita o preconceito de ser “levada” a passear com o grupo e com o qual ao revelar uma condição social diferenciada do grupo (campo de força, nesse caso), vê-se excluída com a desculpa da segurança pessoal. É claro que em alguns casos essa segurança tem que ser levada em consideração mais, o doente de câncer pode e deve ser tratado como um indivíduo normal apenas com algumas dificuldades que podem e normalmente são temporárias.

A mulher ao perder a mama, também apresenta modificações em seu arquétipo de beleza física e a partir da cirurgia tomam consciência da posição que a mama tem e ocupa no contexto social. Só nos conscientizamos da importância de algo quando o perdemos! Porém vemos que essa “imagem corporal”, essa consciência é constituída ao longo da vida, através de sua cultura, economia, entre outros, se incorporando como estruturas estruturadas ou estruturantes nos agentes, gerando *habitus* que se perpetuam através das histórias, interesses e diferentes posições, mais que podem ser descritas através das histórias de vidas desses agentes constituídos e/ou destituídos de suas identidades sociais e principalmente através de suas história de vidas. Quem são ou foram seus pais, avós, em que meio social vivem, entre outros aspectos.

As pacientes as quais entrevistei faziam parte de uma população diferenciada financeira e culturalmente, possuindo acesso a entretenimento, cultura, jornais, e vários níveis de informações o que facilitou suas descobertas do câncer e as possibilidades de tratamentos e até posteriores ou imediatas reconstruções. Enfim, elas fazem parte de um grupo social diferenciado aos quais as cobranças e padrões são também diferenciados.

Com exceção de uma delas, que por vontade própria se separou, todas eram casadas e viviam muito bem com seus parceiros e filhos demonstrando em todos os momentos a importância da família para a superação da doença apesar, que todas sem exceção, foram pontos de sustentação importante para o esteio e o equilíbrio da família. Elas se superaram para superar a doença e manter o equilíbrio do lar. Se elas estavam bem, a família estava bem. Todas possuíam boas relações familiares e tiveram boas relações com suas mães. Duas perderam as mães cedo, uma já depois de casada com câncer e a outra ainda tem mãe. Com uma média de idade, entre as pacientes, em torno de 40 anos e com relação as suas falas percebe-se que receberam orientações de mães criadas nos rigores das décadas de 30 e 40, e assim mulheres contemporâneas se estruturaram com relação aos cuidados com seus corpos assimilando e interiorizando *habitus* expressos através da *hexis* corporal ou não e do *ethos*.

CHACHAM & MAIA (2004) dizem que o corpo e seus usos se estruturam como linguagem que simboliza, significa e comunica as expectativas abarcadas por um determinado contexto histórico e cultural. Dessa forma as pessoas cujos comportamentos as situam nos níveis mais altos são recompensadas com o reconhecimento de suas saúdes mentais, respeitabilidade, legalidade, mobilidade física e social, entre outros, mais na medida em que esse comportamento sexual “cai” na escala, decai também toda a respeitabilidade e o apoio institucional (social). Assim, o estigma do câncer, como castigo de Deus, por um mau comportamento, justificaria a exclusão social e novamente, citando BOURDIEU (2001), quando relata o pensamento e as idéias de Aristóteles, não podemos juntar uma pessoa qualquer com outra pessoa qualquer, sem considerar as diferenças fundamentais, principalmente econômicas e culturais e nesse caso, ou você aceita e se retrai, vivendo a margem como excluído social, ou você “prova” ser merecedor desse status social e se supera. Ter saúde é não ser excluído e não estar sob o julgo ou castigo divino, mas poderíamos ajudar nesse processo de superação de cada dificuldade enfrentada e assim, não teríamos tantos estigmatizados e excluídos em função de um câncer.

A beleza, a perfeição e a certeza para essas mulheres com câncer de mama, dependem da reestruturação de si mesmas como mulheres e como seres sociais ou como elas ou nós mesmos se ou nos definimos e é nessa hora em que a sociedade poderia cooperar. Somos Evas, Marias, Afrodites e Helenas que em nosso mundo nos adaptamos aos padrões do belo

e do perfeito que variam ou podem variar de acordo com cada seguimento social e em cada conjuntura e principalmente após ter recebido um diagnóstico de câncer de mama, mas se o corpo feminino é maleável a mudanças e, portanto passível de ser manipulado e controlado. A exposição do corpo “coisifica” a mulher refletindo os padrões de moralidade da nossa cultura ocidental capitalista instituindo novos *habitus*.

Baseados nas histórias das vidas contadas por essas mulheres entrevistadas, diagnosticadas com câncer de mama e que passaram por uma mastectomia, a ausência da mama é um detalhe, importantíssimo, é claro, mas apesar de todos os arquétipos, *hexis* e *ethos* incorporados, elas transmitem a idéia de que em algum momento esses seios poderiam ser substituídos através da reconstrução ou camuflados por uma prótese externa enquanto aguardam a reconstrução. Porém, as piores sensações relatadas vêm com a agressão da feminilidade na aparência de difícil manipulação, ou seja, o que não pode ser contido e a todo o momento precisa ser socialmente explicado: as unhas quebradiças ou escuras, a queda das sobrancelhas e do cabelo o que segundo GOFFMAN (1988), diz respeito à visibilidade do estigma através dos quais a sociedade “julga”, “sentencia” e “condena”.

Apesar do produto da pesquisa não poder ser generalizado o relato dessas mulheres desperta para uma nova realidade, nesse meio social, que não diz respeito apenas à perda do seio, mas se referencia a todos os estigmas que a doença pode gerar no indivíduo incluindo as seqüelas ou conseqüências do próprio tratamento, como por exemplo, à queda do cabelo.

Avaliando todo o material pesquisado ao longo de muitos anos de profissão no convívio diário com mulheres com câncer e seus familiares, vê-se que as pacientes com as quais trabalhei, mesmo trabalhando fora, poderiam ser sustentadas pelos maridos, o Todas elas apesar passaram por medos, estigmas, vergonhas, entretanto, as necessidades, os interesses e as percepções são diferenciadas em função das cobranças sociais para cada grupo social aos quais cada mulher pertence exigindo cobranças também diferenciadas mas a necessidade de reconstrução é uma constante para cada uma delas.

A mulher contemporânea em seus diferentes status sociais, responsável pelo provimento da família, por sua prazerosa condição de mulher trabalhadora e do cuidado com os filhos e sua família em geral, permite-se relegar-se ao segundo plano, para cumprir seu arquétipo de mãe, descuidando dela mesma em função dos cuidados do outro ou simplesmente em

função de seu prazer recém conquistado: sua força profissional capaz de torná-la sujeito de si mesma.

As necessidades são diferentes para cada grupo, as cobranças sociais são diferenciadas para cada grupo, assim, não se pode generalizar o câncer de mama que além de gerar seus estigmas, suas inglorias, trás consigo todos os aspectos sociais e assim, baseando-se em CRUZ (2001) pode-se dizer que saúde e bem-estar compreendem a integração de aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais que em conjunto, enriquecem e promovem o nível da qualidade de vida, saúde e do desenvolvimento potencial humano. E sendo assim, aproximando-se do real significado de ser portadora de um câncer de mama, deve-se aproximar desses diversos grupos em seus convívios sociais diferenciados, para que se possa sentir e compreender através de suas histórias, suas dores, temores e medos, como interagir e se superar em prol de uma sociedade melhor. Deve-se lembrar que somos aquilo que deixamos que os outros queiram fazer de nós.

Espera-se assim, com essa pesquisa, despertar o assunto, fornecendo aberturas para novas e mais complexas abordagens, em todas as áreas de conhecimento, no que se refere às complexidades da doença câncer e mais especificamente ao câncer de mama de modo a contribuir em novas condutas e formas de tratamento que conscientize a todos da complexidade da doença ao qual possa levar a mulher a incorporar novos *ethos* e *habitus* levando-as ao renascimento de uma nova mulher portadora de câncer de mama, capaz de expressar toda a sua feminilidade como ilustrado pela Runa Perth, que associada à Fênix, está ao lado do Céu, do desconhecido, e é, a ave mística que se consome no fogo e se ergue das cinzas. Os seus caminhos são secretos e escondidos simbolizados pelo vôo da águia, um vôo audaz, livre de amarras a elevar o ser acima da teia e do fluxo sem fim da vida comum para que o mesmo adquira uma visão mais abarcante e misteriosa indicando aquilo que está para além dos nossos frágeis poderes manipulatórios.

Figura 20 “Runa Perth”³⁶



³⁶Figura 20. Extraído de: http://www.rosaleonor.blogspot.com/2005_08_01_archive.html.

6. REFERÊNCIAS

Almeida A M, et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. Ver Latino-Am Enfermagem. 2001;v.9 n°5.

Almeida C, Rocha C. et al. Livro on line produzido pelos alunos na Sociedade da Informação 2002. Corpo e História. [Acessado em: 01 mar 2006. Texto produzido em 2002]. Disponível em : <http://www.cidade.usp.br/educar/?monografias>.

Altimari D C, Especial arte: Os seios femininos na arte. [Acessado em: 06 jul 2006]. Disponível em: http://www.usp.br/jorusp/arquivo/1997/jusp400/manchet/rep_res/especial.html.

Alves B M et al. Grupo Ceres. Espelho de Vênus : Identidade social e sexual da mulher. São Paulo: Editora Brasiliense; 1981.

Angerami V A, Tendências em psicologia hospitalar. São Paulo: Editora Thomson Learning; 2004.

Araújo A M. As amazonas. In: Histórias, costumes e lendas - São Paulo: Editora Três Ltda., s/data.

Auad D. Feminismo que história é essa? Rio de Janeiro: Editora DP&A, 2003.

Boa Saúde. Câncer de Mama: os fatores ambientais. [2005 dez 14]. Disponível em < <http://www.uol.com.br/lib/emailorprint.cfm?id=3649&type=lib>>

Bíblia Sagrada. São Paulo. Editora Pastoral. 1990.

Bosi E. Memória e sociedade: Lembranças de velho. São Paulo. Editora Companhia das Letras. 1995.

Bourdieu P. A Economia das Trocas Simbólicas. Editora Perspectiva. 1992

_____, O Poder Simbólico. Editora Bertrand Brasil. 2001.

_____, Razões Práticas: Sobre a teoria da ação. Campinas: Editora Papirus. 1996.

_____, A Dominação masculina. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil Ltda. 2002.

Campelo C R. Caleidoscorpos: um estudo semiótico do corpo e seus códigos. São Paulo. Editora Annablume. 1ª ed. 1996.

Carrara S, Ferreira J. In: Alves P C, Minayo M C S. Saúde e Doença: Um olhar antropológico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 33-45.

Carvalho J C. Corpo Feminino e Mutilação: um estudo antropológico. Goiânia: Editora da UFG, 2002.

Cavalli F M D, et. al. Textbook: Medical Oncology. London: Martin Dunitz; 1998.

Chacham & Maia M B. Corpo e sexualidade da mulher brasileira. In: A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo . Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 75-86.

Cuenca A M B, et al. Guia de Apresentação de Teses. São Paulo; 2006. [Apostila Grupo de Trabalho-Faculdade de Saúde Pública.]

Cruz, I. C. F.; Pinto, A. S. - *Tópicos sobre sensualidade, sexualidade e emancipação: um survey sobre as mulheres negras*. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001.

Daolio, J. Da cultura do corpo. Campinas, Papirus, 1995.

Engel M. Psiquiatria e feminilidade. In: Priore M. História das mulheres no Brasil. São Paulo: Editora Contexto; 2004. p.322-361

Ferraz H, L'Apicciarella . A nudez na história da vida privada. São Carlos. [Acessado em 27 fev 2007]. Disponível em: http://www.cdcc.sc.usp.br/ciencia/artigos/art_21/nudez.html.

Ferreira J. O corpo sígnico. In: Alves, P. C. et. al. Saúde e doença: um olhar antropológico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 101-112.

Ferreira M L S M; Mamede M V, Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Ver. Latino-Am. Enfermagem. 2003;v. 11 n°3.

Filho H B. Apud Reis L A. 90 anos – A origem do mundo em uma delegacia de Palmares: o desejo e uma certa brutalidade nas lembranças de Hermilo Borba Filho. [Acessado em 27 fev 2007]. Disponível em: http://www.soniavandijck.com/hermilo_courbet.htm.

- Fonseca L M B. Linfonodo Sentinela. Radiol Bras vol.35 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2002 .
- Foucault M. O Nascimento da Clínica. Ed Forense Universitária. Rio de Janeiro. 5ª ed. 2003.
- Foucault M. História da Sexualidade 1: A vontade de Saber. 10ª ed. Ed Graal. Rio de Janeiro.1990.
- Geertz C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro. Editora Guanabara. 1989.
- Gimenes M G, Fávero M H. A Mulher e o Câncer. Campinas: Editora Livro Pleno Ltda; 2000.
- Goffman E. Estigma: Nota sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora LTC. 4ª ed. 1988.
- Gomes P B M B. Bruxas corpos agonizantes, figuras do poder. Livro on line. Corpo e história [Acessado em 01 mar 2006]. Disponível em: <http://www.cidade.usp.br/educar/?monografias/masculinofeminino/corpo1/3>.
- Gomes R, Skaba M M V F, Vieira, R J S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. Cad. Saúde Pública; 2002; 18: 01-17
- Heilborn M L. Gênero e identidade sexual em contexto igualitário. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.
- Heister L. In: Gomes R, Skaba M M V F, Vieira, R J S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. Cad. Saúde Pública; 2002; 18: 01-17
- Herzlich C. A problemática da representação Social e sua utilidade no campo da doença. Cad. Saúde Pública v.18 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2002.
- Instituto Nacional do Câncer Ministério da Saúde. [Acessado em 12 jun 2007]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp&ID=1.
- Instituto Nacional do Câncer Ministério da Saúde. [Acessado em 12 jun 2007]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2.

- Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Editora Martins Fontes. 3ª ed. 2004.
- Laplantine F. Aprender Antropologia. São Paulo: Editora Brasiliense S.A . 8ª ed. 1994.
- Malzyner A , et.al. A metamorfose de uma angustia: o tratamento do câncer da mama de Hasted ao BRCA-1.In: A mulher e o câncer. Gimenes, M. G. et. al. Campinas: Editora Livro Pleno Ltda , 2000. p. 71-107.
- Mamede M V. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. Ver Latino-Am. Enfermagem vol.9 n 5 Ribeirão Preto Set. 2001.
- _____. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. Estud. psicol. (Natal) v.8 n.1 Natal jan./abr. 2003.
- Marchese M. Influências do meio ambiente na saúde da mulher: como evitar substâncias que causam ruptura endócrina. [Acessado em 14 dez 2005]. Disponível em < <http://www.org.br/meioam24.htm> .
- Matos, M I S, Soihet R. O Corpo feminino em debate. São Paulo. Editora UNESP, 2003.
- Meleti, M R. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar junto a pacientes mastectomizadas. In: Psicologia hospitalar. Ed Traço, 1984.
- Menezes R A . Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2004.
- Mínayo M C S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco, 1999.
- Oliveira R C. O trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. Revista de Antropologia 1996; 39(1):13-37.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde e Ambiente. [2Acessado em 14 dez de 2005]. Disponível em < <http://www.opas.org.br/ambiente/carta.cfm>.
- Parisoli M M M. Pensar o corpo. Petrópolis, Editora Vozes, 2004.
- Penna L. Corpo sofrido e mal-amado: as experiências da mulher com o próprio corpo. São Paulo. Summus Editorial; 1989.

Perrot M. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, M. I. S. et al. O Corpo feminino em debate. São Paulo. Editora UNESP, 2003. p. 13-27.

Priori M D. História das Mulheres no Brasil. São Paulo; Editora Contexto. 7ª ed. 2004.

Sant'Anna D B. A mulher e o câncer na história. In: Gimenes M G. et. al. A mulher e o câncer. Campinas: Editora Livro Pleno Ltda , 2000. p. 43-70.

Skaba M M V F. Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica. Rio de Janeiro; 2003.[Tese Doutorado – Instituto Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz].

Sicuteri R. Lilith: A lua negra. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra S/A, 1987.

Silva C N. Como o Câncer (Dês)estrutura a Família. São Paulo: Annablume Editora. Comunicação. 1ª ed. 2000.

Sontag S. A Doença Como Metáfora. Rio de Janeiro. Editora Graal. 3ª ed. 1984. v. n. 6.

Tavares J S C, Trad L A B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. Cad. Saúde Pública vol.21 n.2 Rio de Janeiro. Mar./abr.2005.

Zweig C. Mulher em busca da feminilidade perdida. São Paulo: Editora Gente. 2ª ed. 1994.

7. ANEXOS

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
Avenida Fernando Corrêa, s/nº Coxipó Cuiabá-MT 78060-900
Fone/PABX: +55 (65) 3615-8000 / FAX: +55 (65) 3628-1219

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Câncer, mastectomia e a feminilidade.

Pesquisadora: Maria Cleonice dos Santos.

Orientadora: Sueli Pereira Castro

Objetivo: Estudar o câncer de mama como uma doença que dificulta a vida social das mulheres que as tem, desencadeando inúmeras ações em seu dia-a-dia.

Procedimentos: Encontrar através da história de vida destas mulheres, através de suas próprias falas (entrevistas), as “dores” que uma doença como esta traz, no convívio diário com suas famílias, amigos, no trabalho e com os vizinhos.

Desconfortos: A lembrança de momentos difíceis, vividos por estas pacientes, podem levá-las a possíveis desconfortos.

Benefícios esperados: A partir da vida destas mulheres, buscar construir uma integração da forma, como esta doença deve ser tratada, resultando em melhores qualidades nos tratamentos oferecidos.

Assim sendo eu, **Maria Cleonice dos Santos**, Especialista em Física Médica (RT 180/740), Supervisora de Proteção Radiológica (FT 0135), e pesquisadora responsável pela pesquisa, convido pacientes portadoras de câncer de mama, que tenham sido submetidas a qualquer tipo de mastectomia (cirurgia que retira total ou parcialmente parte da mama), a participarem dessa pesquisa, que busca compreender os efeitos sociais que a doença gera nestas mulheres, com o objetivo de melhorar o tratamento para todas as pacientes que desenvolveram esta doença.

Informações do andamento do estudo poderão ser recebidas, pelas voluntárias da pesquisa, a qualquer momento que assim o desejarem, sendo que a aceitação de participar desta pesquisa poderá ser retirada a qualquer momento sem acarretar conseqüências no tratamento por elas realizado.

O sigilo de seus nomes será mantido e somente eu como pesquisadora terei acesso a este dado, sendo que em nenhum momento da pesquisa ele será divulgado.

A qualquer momento e para quaisquer informações as pacientes poderão entrar em contato comigo através dos telefones:

NUTEC: (65) 36263001

Cel: (65) 99725369.

Cuiabá, 16 de agosto de 2006.

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT
Avenida Fernando Corrêa, s/nº Coxipó Cuiabá-MT 78060-900
Fone/PABX: +55 (65) 3615-8000 / FAX: +55 (65) 3628-1219

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Projeto de Pesquisa: Câncer, mastectomia e a feminilidade.

Pesquisadora: Maria Cleonice dos Santos.

Orientadora: Sueli Pereira Castro

Objetivo: Estudar o câncer de mama como uma doença que dificulta a vida social das mulheres que as tem, desencadeando inúmeras ações em seu dia-a-dia.

Procedimentos: Encontrar através da história de vida destas mulheres, através de suas próprias falas (entrevistas), as “dores” que uma doença como esta traz, no convívio diário com suas famílias, amigos, no trabalho e com os vizinhos.

Desconfortos: A lembrança de momentos difíceis, vividos por estas pacientes, podem levá-las a possíveis desconfortos.

Benefícios esperados: A partir da vida destas mulheres, buscar construir uma integração da forma, como esta doença deve ser tratada, resultando em melhores qualidades nos tratamentos oferecidos.

Eu, _____, fui informada do objetivo, procedimentos, desconfortos e benefícios desta pesquisa descritos acima, e que receberei cópia deste e do termo de consentimento livre e esclarecido.

Entendo que terei meu nome mantido em sigilo e que tenho direito a receber informações ou até mesmo retirar-me da pesquisa a qualquer momento, sem que isto acarrete em conseqüências para o meu tratamento.

Compreendo tudo o que me foi explicado sobre a pesquisa a que se refere este documento e concordo em participar da mesma.

Assinatura do Participante: _____.

Assinatura da Pesquisadora: _____.

Em caso de necessidade, contatar a Dra Rita de Cássia Alencar Marques (psico-oncologista e psicóloga clínica) ou a pesquisadora Maria Cleonice dos Santos, nos telefones abaixo:

NUTEC: (65) 36263001

Cel: (65) 99713330 (Dra. Rita)

Cel.: (65) 99725369 (Maria Cleonice).

Cuiabá, 16 de agosto de 2006.

Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT
Avenida Fernando Corrêa, s/nº Coxipó Cuiabá-MT 78060-900
Fone/PABX: +55 (65) 3615-8000 / FAX: +55 (65) 3628-1219

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE
RESULTADOS

Eu, Maria Cleonice dos Santos, Supervisora de Proteção Radiológica, Especialista em Física Médica e pesquisadora responsável do projeto “Câncer de mama, mastectomia e a feminilidade”, declaro meu compromisso, de divulgar e publicar qualquer que sejam os resultados encontrados na pesquisa acima citada, resguardando o interesse dos sujeitos envolvidos, que terão suas individualidades preservadas e mantidas em sigilo.

Cuiabá, 20 de fevereiro, de 2006.

Maria Cleonice dos Santos
Física Médica
FT 0135 RT 180/740

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)