



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ROSANA FREITAS AZEVEDO**

**A COTIDIANIDADE DO SER-MULHER-MASTECTOMIZADA-COM-  
RECONSTRUÇÃO-MAMÁRIA**

**Salvador  
2009**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**ROSANA FREITAS AZEVEDO**

**A COTIDIANIDADE DO SER-MULHER-MASTECTOMIZADA-COM  
RECONSTRUÇÃO-MAMÁRIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde e Linha de Pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Lúcia Mendonça Lopes

**Salvador  
2009**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem,  
Escola de Enfermagem, UFBA.  
Bibliotecária: Patrícia Barroso

Azevedo, Rosana Freitas

A994 A cotidianidade do ser-mulher-mastectomizada-com-reconstrução mamária /  
Rosana Freitas Azevedo - Salvador, 2009.  
173 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Regina Lúcia Mendonça Lopes.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem,  
2009.

1. Mastectomia. 2. Mamas - Câncer. 3. Mamas – Câncer - Mulher.  
I. Lopes, Regina Lúcia Mendonça. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de  
Enfermagem. III. Título.

CDU: 618.19-089.87

ROSANA FREITAS AZEVEDO

**A COTIDIANIDADE DO SER-MULHER-MASTECTOMIZADA-COM  
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Doutora em Enfermagem, Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

**BANCA EXAMINADORA**

Aprovada em 11 de setembro de 2009.

Regina Lúcia Mendonça Lopes  
Regina Lúcia Mendonça Lopes – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Teresa Caldas Camargo  
Teresa Caldas Camargo – Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Enfermeira do Instituto Nacional do Câncer

Fernanda Carneiro Mussi  
Fernanda Carneiro Mussi – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Normélia Maria Freire Diniz  
Normélia Maria Freire Diniz – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Tânia Maria de Araújo  
Tânia Maria de Araújo – Psicóloga, Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Dora Sadigursky  
Dora Sadigursky – Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Solange Maria dos Anjos Gesteira  
Solange Maria dos Anjos Gesteira  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

## DEDICATÓRIA

A Deus, Pai inimitável e sublime, por ter me concedido a dádiva da vida.

A minha doce mãe, Amnéres Luzia, que se faz presente em todos os momentos do meu existir, com amor, carinho e paciência.

A meu pai, Ademar Azevedo, uma presença sempre constante na minha existência, sendo lembrada com muito carinho e saudade pelos momentos compartilhados com amor e solicitude. A base familiar que recebi de você foi o sustentáculo para o ser-áí que hoje sou.

A Valter Mota, que na convivência cotidiana compartilha amor, tolerância e respeito. O seu existir torna o meu mundo completo.

A minha orientadora Regina Lúcia Mendonça Lopes, que com a sua convivência autêntica, me conduziu neste caminhar, sendo-com partilhou sabedoria e amizade sempre incentivando o meu crescimento profissional.

## AGRADECIMENTOS

A Lúcia, Sofia, Alda, Ivone, Linda, Maria, Jade, Vitória e Kika, pela disponibilidade em participar do meu estudo. Com as suas falas demonstraram coragem, fé e determinação pela vida.

À Prof.<sup>a</sup> Teresa Caldas Camargo, do Hospital do Câncer III do Instituto Nacional do Câncer - INCA, pela atenção dispensada ao meu estudo e aceitação em participar da banca examinadora.

Às Prof.<sup>as</sup> Normélia Maria Freire Diniz e Fernanda Carneiro Mussi, docentes do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo compromisso em participar das várias etapas de avaliação do meu estudo.

Aos demais os membros da Banca Examinadora, pela disponibilidade em participar e contribuir para o aprimoramento deste estudo.

A Maria de Fátima Pereira, coordenadora do grupo Grupo de Apoio à Mulher Mastectomizada - GAMMA e a Irma Hellwing, fundadora do Grupo, pela acolhida carinhosa dispensada nos momentos de ambientação no grupo e desenvolvimento do meu estudo.

A minha amiga Tânia de Oliva Menezes pelo convívio e troca de experiências durante o curso de Doutorado.

As colegas da primeira turma do Curso de Doutorado da Escola Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em especial a Larissa Chaves Pedreira, pelos momentos de troca de conhecimentos “fenomenológicos”.

A todos os amigos não citados, mas que contribuíram para este meu caminho.

AZEVEDO, Rosana Freitas. **A cotidianidade do ser-mulher-mastectomizada-com-reconstrução-mamária**. 2009. 173f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

## RESUMO

Em razão de sua elevada incidência, a neoplasia da mama torna-se uma das grandes preocupações epidemiológicas, sobretudo, pelos impactos psicológicos e sociais que acarretam para a saúde da mulher. Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica tem como objeto os modos de ser da mulher mastectomizada com reconstrução mamária, objetivando desvelar o sentido que funda o comportamento do ser mulher mastectomizada com reconstrução mamária. A análise interpretativa foi pautada nos pressupostos teóricos filosóficos de Martin Heidegger. A entrevista fenomenológica, aplicada a nove mulheres mastectomizadas com reconstrução mamária, ocorreu no período outubro de 2008 a março de 2009, em uma instituição filantrópica de referência para o tratamento do câncer localizada em Salvador – Bahia. A entrevista foi conduzida pelas seguintes questões norteadoras: *Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama? Como foi para a senhora ter a mama reconstruída? O que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária?* A partir da compreensão vaga e mediana, presente nos depoimentos das mulheres, foram construídas três unidades de significado: o medo está relacionado ao diagnóstico de câncer, ao tratamento, a mastectomia e a recidiva do câncer de mama; o grupo de apoio terapêutico à mulher mastectomizada mostra-se como um suporte determinante no enfrentamento das dificuldades advindas após o diagnóstico de câncer de mama; a reconstrução mamária se apresenta as mulheres como marco inicial para uma vida nova. Pela interpretação compreensiva heideggeriana, construí as seguintes unidades de significação: o medo, como possibilidade própria da presença, revelou-se ao ser-mulher submetida à reconstrução mamária, a partir da vivência do câncer e suas consequências; o ser-mulher submetida à reconstrução mamária experiencia a autenticidade da presença no ser-com-o-outro nos grupos de apoio; o ser-mulher e o cotidiano frente a mastectomia e a reconstrução mamária: possibilidade e de-cisão. Compreendi que, embora as mulheres na sua cotidianidade não se encontrassem mais em tratamento para o câncer de mama, o comportamento do medo estava velado no ser-mulher como modo de disposição, pois as lembranças remetiam a trajetória do câncer e em todo o tratamento. Em outro movimento interpretativo, o ser-mulher inserida nos grupos de apoio terapêutico experiencia a autenticidade da presença no ser-com-os-outros no cotidiano. Nesta compreensão, a mulher é um ser-com, não sendo possível separar-se daqueles com os quais mantém suas relações no mundo. Compreendi que, a possibilidade da presença de preocupar-se com os outros se revelou no momento do cuidado. Destaco esta possibilidade da presença, no momento de assistir o sujeito do cuidado, que nas práticas de saúde atuais vêm sendo fragmentado em decorrência do modelo biomédico, que desconsidera os aspectos subjetivos do adoecer humano. Após a reconstrução mamária, as mulheres foram conduzidas a uma nova situação existencial, se redescobrimo como seres de possibilidades, lançadas em um mundo numa experiência complexa de ex-sistir-com-câncer-de-mama.

Palavras-chaves: Câncer de mama, mastectomia, reconstrução mamária, cuidar em enfermagem.



AZEVEDO, Rosana Freitas. **The routine of mastectomized woman with breast reconstruction.** 2009.173f. Thesis (Doctorate) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2009.

### ABSTRACT

Because of its high incidence, breast cancer becomes a major epidemiological concern especially viewed in the social and psychological impacts that lead to women's health. Qualitative study of phenomenological approach aims to point out the behavior of the mastectomized women with breast reconstruction in order to reveal deeply their behavior. The interpretative analysis was based on theoretical assumptions of the philosopher, Martin Heidegger. Nine mastectomized women with breast reconstruction were interviewed throughout October, 2008 to March, 2009 in a philanthropic institution for cancer treatment located in the city of Salvador, in the state of Bahia, Brazil. The interview was conducted by the following guiding questions: *How is your daily routine after the breast removal? How do you feel with the breast reconstruction? What did your every day life turn out to be after breast reconstruction?* After listening to the women's speeches a vague and doubtful understanding caused three units of meaning to be considered: the fear which is related to the diagnosis of cancer, treatment, a mastectomy, and recurrence of breast cancer and the therapeutic support group given to the mastectomized women shows itself as a decisive support in facing the difficulties arisen after the diagnosis of breast cancer, breast reconstruction is introduced to women as the first milestone for a new life. After acquiring some knowledge to understand Heideggerian's interpretation, the following units of meaning were built: the fear and possibility of the presence itself has proved to be submitted to women in breast reconstruction, from the experience of cancer and its consequences, the women who are in the Mammary reconstruction experience the authenticity of the presence in supporting-the-others, being women, and keeping their daily routine- from mastectomy to breast reconstruction: possibility and decision. It is acknowledgeable that while women in their daily life is not being treated for breast cancer anymore, fear was veiled -as a way of protection due to the memories and treatment of cancer. In another interpretive movement, the women were included in therapeutic support groups, so they can experience the authenticity of the presence in being-among -others in their daily life. For my understanding, the woman is a human being-, it is not possible to separate those with whom they have relationships in the world. It is perceptive that the possibility of concerns about the other is revealed at the time of care. It is considerate to highlight the possibility of presence in time to observe the care taken that the current health care practices have been fragmented due to the biomedical model, which ignores the subjective aspects of humans , such as, becoming ill. After breast reconstruction, women were led to a new living situation, finding themselves as beings of possibilities, being kept in a world of wide experiences of the ones who had-breast-cancer.

Keywords: Breast cancer, mastectomy, breast reconstruction, nursing care.

AZEVEDO, Rosana Freitas. **La cotidianidad del ser-mujer-mastectomizada-con-reconstrucción-mamaria**. 2009. 173f. Tesis (Doctorado) - La Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahia, Salvador, 2009.

## RESUMEN

En razón de su elevada incidencia, la neoplasia de la mama se torna una de las grandes preocupaciones epidemiológicas, sobre todo, por los impactos psicológicos y sociales que acarrearán para la salud de la mujer. Estudio cualitativo de abordaje fenomenológica tiene como objeto los modos de ser de la mujer mastectomizada con reconstrucción mamaria, objetivando desvelar el sentido en el que se funda el comportamiento del ser mujer-mastectomizada-com-reconstrucción-mamaria. El análisis interpretativo fue pautado en los presupuestos teóricos filosóficos de Martin Heidegger. La entrevista fenomenológica aplicada a nueve mujeres mastectomizadas con reconstrucción mamaria, ocurrió en el período de octubre de 2008 a marzo de 2009, en una institución filantrópica de referencia para el tratamiento del cáncer localizada en Salvador-Bahia. La entrevista fue conducida por las siguientes cuestiones norteadoras: *¿Cómo ha sido su día a día después de la retirada de la mama? ¿Cómo fue para usted tener la mama reconstruída? ¿Que há cambiado en su cotidiano después de la reconstrução mamária?* A partir de la comprensión vaga y mediana, presente en las declaraciones de las mujeres, fueron construidas tres unidades de significado: el miedo está relacionado al diagnóstico del cáncer, al tratamiento, la mastectomía y la recidiva del cáncer de mama; el grupo de apoyo terapéutico a la mujer mastectomizada se muestra como un soporte determinante en el enfrentamiento de las dificultades provenientes después del diagnóstico de cáncer de mama; la reconstrucción mamaria se presenta a las mujeres como marco inicial para una vida nueva. Por la interpretación comprensiva heideggeriana, construí las siguientes unidades de significación: el miedo, como posibilidad propia de la presencia, se reveló al ser-mujer sometida a la reconstrucción mamaria, a partir de la vivencia del cáncer y sus consecuencias; el ser-mujer sometida a la reconstrucción mamaria experiencia la autenticidad de la presencia en el ser-con-el-otro en los grupos de apoyo; el ser-mujer y el cotidiano: de la mastectomía a la reconstrucción mamaria: la posibilidad y decisión. Comprendí que, aunque las mujeres en su cotidianidad no se encontrasen más en tratamiento para el cáncer de mama, el comportamiento del miedo estaba velado en el ser-mujer como modo de disposición, pues las recordaciones remetían a la trayectoria del cáncer y en todo el tratamiento. En otro movimiento interpretativo, el ser-mujer insertada en los grupos de apoyo terapéutico experiencia la autenticidad de la presencia en el ser-con-los-otros en el cotidiano. En esta comprensión, la mujer es un ser-con, no siendo posible separarse de aquellos con los cuales mantiene sus relaciones en el mundo. Comprendí que, la posibilidad de la presencia de preocuparse con los otros se reveló en el momento del cuidado. Destaco esta posibilidad de la presencia, en el momento de asistir el sujeto de cuidado, que en las prácticas de la salud actuales está siendo fragmentado como consecuencia del modelo biomédico, que desconsidera los aspectos subjetivos del adolecer humano. Así, en esta convivencia inauténtica, de deficiencia e indiferencia, los profesionales de la salud, se ocupan del otro. Después de la reconstrucción mamaria, las mujeres fueron conducidas a una nueva situación existencial, redescubriéndose como seres de posibilidades, lanzadas a un mundo en una experiencia compleja de ex-sistir-con-cáncer-de-mama.

Palabras claves: Cáncer de mama, mastectomía, reconstrucción mamaria, cuidar en enfermería.

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| <b>1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO OBJETO</b>  | 09  |
| <b>2 SENDO-NO-MUNDO COM CÂNCER DE MAMA: aspectos epidemiológicos, diagnósticos, evolução terapêutica e possibilidades para as mulheres</b> | 14  |
| <b>3 A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COMO POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA</b>   | 24  |
| <b>4 O COTIDIANO DA MULHER COM CÂNCER: dificuldades e possibilidades</b>   | 32  |
| <b>5 CUIDADO COMO COMPREENSÃO DA ESSÊNCIA HUMANA</b>   | 52  |
| <b>6 ESCOLHENDO A FENOMENOLOGIA COMO FILOSOFIA E MÉTODO</b>  | 66  |
| 6.1 A FENOMENOLOGIA ONTOLÓGICA-HERMENÊUTICA DE MARTIN HEIDEGGER  | 69  |
| <b>7 ABORDAGEM METODOLÓGICA</b>  | 74  |
| 7.1 O CAMINHAR FENOMENOLÓGICO: trajetória do estudo  | 76  |
| 7.2 A AMBIENTAÇÃO E A POSSIBILIDADE DE ESTAR-COM-O-SER-MULHER  | 78  |
| 7.3 APRESENTAÇÃO DAS DEPOENTES   | 82  |
| <b>8 ANÁLISE COMPREENSIVA: do encontro com o ser-mulher à construção das unidades de significação</b>                                      | 85  |
| 8.1 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA   | 94  |
| <b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 119 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 122 |
| <b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>   | 134 |
| <b>APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista</b>  | 135 |
| <b>APÊNDICE C - Entrevistas</b>  | 136 |
| <b>ANEXO - Ofício de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa</b>  | 173 |

## 1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO OBJETO

Os problemas relacionados à saúde da mulher motivaram-me desde o período da graduação quando, através de experiências práticas<sup>1</sup>, tive a primeira aproximação com uma mulher com câncer de mama, internada em unidade de oncologia onde eram realizadas terapêuticas como quimioterapia e radioterapia. Afora o sofrimento pela doença e pelos efeitos colaterais dos tratamentos, marcou-me a solidão por ela vivenciada, principalmente pelo escasso contato com os familiares, que ocorria somente no momento das visitas.

Após a graduação, distanciei-me das questões pertinentes à enfermagem em saúde da mulher, dedicando-me à área do cuidar de pessoas em situações cirúrgicas. No entanto, o meu interesse em estudar o câncer de mama sob a ótica da mulher que o vivenciava, manteve meu olhar atento. Compreendia ser a mastectomia uma experiência marcante e complexa para a mulher, que se estendia ao longo do tempo, conduzindo-a a mudanças existenciais. Assim, instiguei-me a refletir sobre tal problemática.

A motivação com a situação de desenvolver uma investigação sobre a mulher e o câncer levou-me a prestar seleção para o Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-EEUFBA, escolhendo a área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher. À época, apresentei um plano de estudo que, após discussões<sup>2</sup> ocorridas durante o Mestrado, levou-me, em 2004, à defesa da dissertação intitulada *A percepção do corpo pela mulher mastectomizada em uso de prótese após reconstrução mamária*<sup>3</sup>.

A dissertação, de abordagem fenomenológica de iluminação merleau-pontiana, teve como objeto de estudo a percepção do corpo pela mulher mastectomizada em uso de prótese após reconstrução mamária. Foram construídas as seguintes unidades de significação: o corpo é percebido a partir de sentimentos suscitados pelo diagnóstico e pela perda da mama, apesar da reconstrução; a imagem corporal modificada é determinante na percepção do próprio corpo e na relação deste com as demais pessoas; e a temporalidade funciona como elemento propulsor dos projetos de vida.

---

<sup>1</sup> Disciplina Enfermagem em Clínica Médica oferecida no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Católica do Salvador – UCSAL. No ano de 1995, integrava o Estágio Curricular, sendo que as atividades práticas eram desenvolvidas no Hospital Aristides Maltez - HAM, instituição filantrópica de referência para câncer em Salvador. Oportunizou-me a assistência à mulheres em tratamento de câncer de mama.

<sup>2</sup> Durante o processo de orientação, no Grupo de Pesquisa Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher – GEM e na Atividade Curricular Obrigatória de Pesquisa Orientada II.

<sup>3</sup> Investigação de abordagem fenomenológica, de iluminação merleau-pontiana, que teve como objeto de estudo a percepção do corpo pela mulher mastectomizada em uso de prótese após reconstrução mamária.

A partir da análise dos depoimentos obtidos na dissertação, compreendi que a vivência da mastectomia e da reconstrução mamária, embora lembrada pelas depoentes como algo que lhes trazia um passado de muito sofrimento físico e psicológico, no presente, possibilitou-lhes um crescimento emocional que vislumbrava um porvir no qual suas existências eram revestidas de um novo sentido.

Pude também compreender que a mastectomia e a vivência da reconstrução mamária favoreciam-lhes a possibilidade de surgimento de mecanismos de proteção, criando condições para uma melhor aceitação pessoal e social, reafirmando-lhes, assim, a participação no meio em que viviam.

Dos conhecimentos adquiridos durante a minha vivência com as mulheres mastectomizadas e após a conclusão do mestrado, pude depreender que o sofrimento daquela que experiencia a mutilação tem relação direta com a singularidade de cada uma em perceber-se encarnada num corpo físico, que se lhe apresenta diferenciado do anterior à cirurgia.

Para clarear a delimitação do objeto de estudo, a demonstração do estado da arte é etapa fundamental. Neste entendimento, fiz um levantamento no Banco de Teses<sup>4</sup> da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, utilizando, em conjunto, as palavras-chave câncer de mama, mulher e mastectomia, obtendo como resultado 19 teses e 61 dissertações. Ao somar a palavra-chave reconstrução mamária às demais foram obtidas: 1 tese, esta já constante do primeiro levantamento, e 8 dissertações que também já estavam entre os trabalhos do primeiro levantamento. Cabe ressaltar que a enfermagem é responsável por 23 produções, sendo 8 teses e 15 dissertações.

Com referência ao levantamento na base de dados do *Scientific Eletronic Library Online* – Scielo-Brasil, utilizando as mesmas palavras-chave em separado, foram encontrados 60 publicações que tinham câncer de mama como palavra-chave. Destas, apenas 3 publicações correspondem à produção da enfermagem, sendo que, as demais correspondem a outras áreas do conhecimento, a exemplo de medicina com 48 artigos, psicologia com 2, psiquiatria com 3 e fisioterapia com 1 publicação. Ao utilizar mastectomia como palavra-chave foram encontrados 14 artigos, 5 de enfermagem, 5 de medicina e 4 de psicologia. Quando a palavra-chave utilizada foi reconstrução mamária, somente 1 artigo foi encontrado, sendo a área de conhecimento a medicina.

Corroborando esse aspecto, ao buscar a produção científica no *Scielo-Coleções*, que inclui os países Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, Espanha, Portugal e Venezuela, encontrei uma predominância dos artigos que têm câncer de mama como palavra-chave, totalizando 60

---

<sup>4</sup> Período disponível – 1987 a 2007.

textos. Novamente, ficou evidenciado que a maioria dos artigos corresponde a especialidade médica, perfazendo 57 publicações, sendo 2 artigos publicados pela enfermagem. Ao selecionar mastectomia como palavra-chave, foram identificados 50 artigos, sendo 3 publicados pela enfermagem. Quando utilizei reconstrução mamária como palavra-chave, foram encontradas 14 publicações, todas da área médica.

Analisando o material produzido, observei que afora a abordagem majoritária seja a quantitativa, bem como o interesse recaia mais sobre os avanços das técnicas cirúrgicas, as pesquisas valorizam o saber sobre a mulher com câncer de mama e não sobre o saber daquela que vivencia o câncer e suas repercussões.

Mantendo como temática de interesse o câncer de mama, já tendo estudado a percepção do corpo pela mulher mastectomizada em uso de prótese após reconstrução mamária, analisando o estado da arte anteriormente citado, compreendi que a situação da reconstrução mamária por mulheres mastectomizadas era uma situação possível de estudo.

Várias inquietações precederam a redação definitiva do objeto de estudo como: Como ocorre a determinação pelo procedimento cirúrgico? É uma situação inicialmente mobilizada pela mulher? É uma cirurgia para ela? É uma cirurgia para o “outro”? Que sentimentos estão envolvidos nessa decisão? Como enfrentar o “novo” corpo? Como, no dia a dia a mulher se sente com a “nova mama”?

Assim, nesta Tese propus como objeto de estudo: os modos de ser da mulher mastectomizada após a reconstrução mamária, objetivando desvelar o sentido que funda o comportamento do ser-mulher-mastectomizada submetida à reconstrução mamária. O estudo foi pautado nos pressupostos teórico-filosóficos da fenomenologia de Martin Heidegger, que, com a sua fenomenologia hermenêutica, procura desvelar a compreensão dos significados da experiência vivida.

Todas essas situações me conduziram a refletir sobre a complexidade de ter ou de ter tido uma doença, cujo estigma social gera sentimentos de incerteza quanto ao prognóstico ao tratamento, à sobrevida e à recidiva. Após a cirurgia, emergem conflitos na esfera psicossocial e dificuldades de adaptação à nova situação existencial. Nesse contexto, esta proposta de estudo torna-se relevante para a compreensão do momento vivido por essas mulheres e para fornecer estratégias de cuidado mais eficazes às equipes terapêuticas com elas envolvidas.

O cotidiano assistencial ainda se distancia da valorização da escuta da pessoa, considerando seus valores, crenças e anseios. Tal situação parecia-me “impulsionar” para a necessidade de ir além das teorias. Assim, de maneira ainda não consciente, eu era conduzida para o mar de possibilidades de compreensão do ser humano que se encontrava sob o meu

cuidar. Hoje, apropriando-me dos conhecimentos fenomenológicos recorro ao pensamento de Heidegger (2006, p.204-205) ao destacar que “compreender é o ser existencial do próprio poder-ser da presença de tal maneira que, em si mesma, esse ser abre e mostra a quantas anda o seu próprio ser. Trata-se de apreender ainda mais precisamente a estrutura desse existencial.”

A maturidade cronológica, psicológica e intelectual, nos dias atuais, permite-me compreender que, como ente envolvente, possuo em meu ser a possibilidade de questionar a cientificidade, a valorização pelos profissionais de saúde do mundo da técnica e o progresso das ciências da saúde. Afora isso, questiono o distanciamento entre as pessoas, sejam elas profissionais da equipe de saúde, sejam profissionais e familiares; destarte, profissionais e pessoas de quem, em nossa formação, fomos destinadas a cuidar.

Para Heidegger (2006, p. 42), “visualizar, compreender, escolher, aceder a são atitudes constitutivas do questionar e, ao mesmo tempo, modos de ser de um determinado ente, daquele ente que nós mesmos os questionam, sempre somos”.

*Dasein*<sup>5</sup>, ser-aí<sup>6</sup>, presença<sup>7</sup>, ente envolvente, é o ser humano que somos todos nós. É sobre esse ente em especial, o homem, que Heidegger tece sua analítica existencial em sua obra mais importante, intitulada *Ser e Tempo*, que foi o suporte para a hermenêutica desta tese.

No entendimento de Heidegger, ser-lançado é a situação em que o ser humano é e sempre está. O humano é um ser em situação e mundo é uma propriedade a ele essencial. Para Heidegger, o mundo é um caráter da própria presença. O mundo é o aí em que o ser foi lançado, compreendido pelo pensador como mundo circundante, mundo humano e mundo próprio. O mundo mais próximo da presença cotidiana é o mundo circundante, referido como o doméstico; o mundo humano ou público refere-se ao da convivência com o outro; o mundo próprio diz respeito à relação do ser humano consigo mesmo. O ser-no-mundo se expressa através do cuidar das coisas, de si próprio e dos outros.

Utilizo-me do pensamento heideggeriano que destaca que, ao assumir o seu modo de ser, o homem existe. Este é lançado no mundo como presença, desafiando o ente a existir e a vivenciar o cotidiano, procurando sair dos modos de ser da inautenticidade para o da

---

<sup>5</sup> Em alguns textos e obras heideggerianas e de outros filósofos, o termo alemão é grafado como *Da-sein*.

<sup>6</sup> Termo heideggeriano também encontrado como ente envolvente, *Dasein* ou pre-sença, sendo utilizado para designar o ser humano.

<sup>7</sup> Por vezes denominado pre-sença. Há, inclusive, a depender da edição de *Ser e Tempo* consultada, modificação da forma de grafia.

autenticidade, e aí manter-se na maior parte do tempo. É um desafio, quem sabe o maior desafio humano!

Para Heidegger, a cotidianidade significa o modo de existência em que a presença vive o seu dia, indica um determinado como da existência que domina a presença em seu “tempo de vida”. Complementando seu pensamento assevera:

Primariamente, porém, a expressão cotidianidade indica um determinado como da existência que domina a presença em seu “tempo de vida. No decorrer das análises precedentes, com frequência nos valem da expressão “numa aproximação e na maior parte das vezes”. “Numa primeira aproximação” significa o modo em que a presença “se torna manifesta” na convivência do público, mesmo que existencialmente, ela tenha “no fundo” superado a cotidianidade. “Na maior parte das vezes” significa o modo em que a presença nem sempre, mas “via de regra”, se mostra para todo mundo. (HEIDEGGER, 2006, p.460-461).

No entendimento de Donzelli (1988), a cotidianidade é, para o pensador, o modo de ser no qual o homem existe como “preso ao mundo”, existindo em um tempo que é a projeção de um existir com os outros, de um existir em comum. Parafraseando Heidegger, Lopes e Souza (1997) afirmam que, sendo a cotidianidade uma dimensão existencial, o ser humano tem como possibilidade mais própria, a de desviar-se de seu projeto essencial, fechando-se em sua singularidade, mergulhando no anonimato e perdendo-se no meio das preocupações do dia a dia.

Neste sentido, o pensador conclui:

Mas no fundo, o termo cotidianidade nada mais pretende indicar do que a temporalidade que possibilita o ser da presença. É, portanto, somente no âmbito da discussão de princípio de sentido do ser em geral e de suas possíveis derivações que se poderá conceituar, de forma suficiente, a cotidianidade. (HEIDEGGER, 2006, p. 462).

Assim, considerando a cotidianidade como o modo de existência em que a presença vive o seu dia, o desenvolvimento desta tese me possibilitou desvelar o sentido que funda o comportamento do ser-mulher-mastectomizada submetida à reconstrução mamária.



## **2 SENDO-NO-MUNDO COM CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, DIAGNÓSTICOS, EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA E POSSIBILIDADES PARA AS MULHERES**

A mama troca com o meio o que temos de mais importante: nosso amor simplesmente desnudo e puro. No entanto, tudo isso não parece suficiente para nos proteger desta realidade: é uma parte do corpo que também pode adoecer. E adoecer de câncer, mesmo com todos os avanços, não é coisa pouca. (FRANCO, 2008, p. 14).

A imagem do câncer está muito relacionada ao sofrimento e a morte. Dessa situação surge o estigma que essa doença carrega, considerada, muitas das vezes como punição ou uma forma de castigo divino. Nos dias atuais, mesmo com o avanço terapêutico de diagnóstico e tratamento, o câncer permanece estigmatizado na sociedade.

Atualmente, o câncer é responsável por mais de 6 milhões de óbitos a cada ano, o que representa cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo, fato que independe do nível de desenvolvimento dos países (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005). Ainda que todos os esforços se concentrem na descoberta de tecnologias para rastreamento e diagnóstico precoce, o câncer ainda constitui-se como um grande desafio para a ciência médica. Dóro et al. (2004) afirmam que embora a cura para muitos tipos de câncer já seja conhecida, algumas pessoas procuram, tardiamente, os recursos diagnósticos e iniciam o tratamento em fase avançada, reduzindo-lhes a sobrevida.

O grande problema em discutir sobre o controle do câncer reside na natureza multifatorial desta doença, em sua representação na sociedade e no significado do termo controle. Uma vez utilizada a expressão controle, são observados amplos aspectos que envolvem desde questões de ordem política e econômica até outras de caráter investigacional, educativo, preventivo, assim como o tratamento e a reabilitação da doença (COELHO, 2003). O autor conclui que, embora os mecanismos etiológicos do câncer não estejam totalmente desvendados, os estudos de suas características epidemiológicas têm favorecido a identificação dos fatores de risco bem como a classificação em etapas da sua história natural.

Muitos tipos de câncer são responsáveis por sequelas físicas importantes e os tratamentos a ele associados produzem modificações corporais significativas, como é o caso do câncer de mama e a modificação da imagem corporal.

Esses aspectos são discutidos amplamente devido à importância epidemiológica desta neoplasia, com incidência aumentada e de caráter crônico e pelas alterações psicossociais sofridas por aquelas que as experienciam (SEBASTIAN et al., 2007).

A história do câncer em mulheres é tão antiga, que remota à época egípcia de 3000-2500 a. C quando um tratado médico descoberto no Egito, o papiro de Edwin Smith, descrevia o tratamento de mulheres com câncer de mama. No entanto, os romanos foram os primeiros a realizar, no ano I d.C., as cirurgias para o câncer de mama, sendo a mastectomia introduzida por Scultetus em 1620 d.C (SPENCE; JONHSTON, 2003).

O câncer de mama e a história de seus cruéis padecimentos às suas vítimas, remonta desde a antiguidade, quando relatos do início do século passado descrevem o desconhecimento do tratamento a essa neoplasia de crescimento lento e inicialmente indolor (REIS et al., 2002).

A epidemiologia do câncer de mama tem uma história antiga, o que levou a descoberta de uma série de fatores importantes na formação do câncer. Há mais de 200 anos, Ramazini, na cidade italiana de Pádua, notou o câncer de mama mais frequentemente em freiras e conferiu essa probabilidade ao celibato (GOMES; GOMES, 1999).

No Brasil, o câncer de mama feminino constitui-se numa patologia maligna de maior incidência populacional, e tem seu quadro agravado por ser diagnosticado em fase tardia, em particular nas classes com menor poder aquisitivo (ABREU; KOIFMAN, 2002). O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para 2008, cerca de 49.400 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos novos casos de câncer em mulheres são de mama. Mesmo considerando a neoplasia mamária como de bom prognóstico, quando diagnosticada e tratada oportunamente, estão sendo realizados estudos no sentido de validar novas estratégias de rastreamento factíveis para países em desenvolvimento, pois, o único método de detecção que mostrou redução das taxas de mortalidade foi o rastreamento populacional com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos (INCA, 2007b).

Segundo o INCA (2007b), a distribuição da incidência e da mortalidade por câncer é de fundamental importância para o conhecimento epidemiológico sobre a ocorrência da doença, desde seus aspectos etiológicos até os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna. Tais conhecimentos permitem determinar hipóteses causais e analisar os progressos científicos em relação às probabilidades de prevenção e cura.

Em relação aos fatores etiológicos para o desenvolvimento do câncer, destaca-se a desordem genética, considerada fruto da modernidade do início do século XX. A mídia bem

como as propagandas governamentais, são responsabilizadas por expor as pessoas aos fatores ambientais que agridem o organismo do indivíduo moderno, como por exemplo, ingestão de anticoncepcionais, fumo, emissão de raios, produtos industrializados, dietas alimentares, poluição, alimentos geneticamente alterados, dentre outros (TAVARES; BONFIM, 2005).

No que tange à identificação dos fatores de risco, embora não haja uniformidade em sua definição nem no método de mensuração, fatores como sexo, idade, história familiar e progressão de câncer de mama, história reprodutiva e suscetibilidade genética têm sido apontados como associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama (THULER, 2003). O mesmo autor ainda salienta que, a predisposição genética se constitui como outro fator importante para o desenvolvimento da neoplasia mamária, ou seja, observa-se um risco aumentado naquelas mulheres com casos da doença em familiares próximos, com destaque para mãe, irmã ou filha. Este risco é especialmente elevado quando a familiar tem câncer antes dos 50 anos em ambas as mamas.

Em razão de o fator genético exercer uma forte influência no desenvolvimento da neoplasia de mama, algumas mulheres com história de câncer de mama na família têm optado após orientação médica, pela mastectomia profilática. Indicado para mulheres com histórico familiar de câncer de mama, este método é adotado para minimizar a incidência do risco desta doença.

Defendido por alguns mastologistas, essa intervenção tem sido realizada em alguns casos, porém a sua indicação ainda é controversa por se constituir em um procedimento agressivo e mutilador. Embora seja considerado um método radical, acredito que a escolha da mulher por esse procedimento está relacionada ao medo diante da possibilidade de vir a desenvolver o câncer, associado ao sofrimento, muitas vezes vivenciado por um familiar próximo, acometido pela doença.

O INCA (2007c) aponta que, embora tenham sido identificados alguns fatores ambientais<sup>8</sup> ou comportamentais<sup>9</sup> associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, os estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção. Afirma, também, que não existe consenso de que a quimioprofilaxia deva ser recomendada às mulheres assintomáticas, independente de pertencerem a grupos de risco elevado para o desenvolvimento desta neoplasia.

---

<sup>8</sup> Exposição a agentes ionizantes em idade inferior a 35 anos (INCA, 2007c).

<sup>9</sup> Ingestão de álcool e uso de anticoncepcionais orais (INCA, 2007c).

Os fatores hormonais, assim como a terapia de reposição hormonal (TRH), por estarem associados ao aumento de risco para o câncer de mama, prescindem de uma avaliação acurada da relação risco benefício. Entretanto, a prevenção primária deste câncer ainda não é inteiramente possível, pois, fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e às características genéticas estão envolvidos em sua etiologia. Pesquisas têm sido realizadas no intuito de legitimar novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias, pois, o único método de detecção precoce que apontou diminuir a mortalidade por câncer de mama foi o rastreamento populacional, com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos (INCA, 2007b).

No que tange ao diagnóstico do câncer de mama, é salientada a importância da prática do auto-exame das mamas (AEM) como uma das formas para a detecção do tumor. Monteiro et al. (2003) ao realizarem uma pesquisa com 505 mulheres a respeito dessa prática, constataram que a maioria das entrevistadas realizavam o AEM na frequência estabelecida pelo Ministério da Saúde, ao passo que um terço destas não o realizava. Salientam também, que a grande totalidade conhecia o AEM e que o principal motivo da sua não-realização era o desconhecimento da técnica, seguido por esquecimento e falta de interesse. No que diz respeito a idade, concluem que, aquelas entre 35 a 49 anos são as que mais realizam o AEM em comparação as idosas. Afirmam que essas últimas são menos receptivas a novas informações e não manifestam o desejo de realizarem o auto-cuidado com as mamas, pelo fato de se encontrarem na menopausa.

O AEM tem se mostrado como um elemento facilitador na detecção do câncer de mama. O reconhecimento da importância desta prática tem levado os profissionais de saúde a refletir acerca da orientação desta técnica e dos motivos da sua não realização pelas mulheres. Além do ensino sobre a realização do AEM, as(os) profissionais de saúde devem enfatizar a importância da adoção deste como um cuidado na atenção à saúde da mulher.

O conhecimento das mulheres sobre o seu corpo facilita a identificação de anormalidades, devendo o profissional de saúde verificar se houve a compreensão pela mulher e a assimilação da técnica e de sua execução. O AEM contribui também para detectar o câncer de mama em mulheres fora da faixa etária de risco, além de ajudar aquelas que não têm acesso aos serviços de saúde, a descobrir os tumores, mesmo que na forma avançada. Entretanto, a sua realização não exclui o exame clínico das mamas com profissional de saúde e os exames como a mamografia e a ultra-som mamária.

Para que a prática do AEM possa contribuir para a queda da mortalidade por detectar precocemente o câncer de mama, as campanhas realizadas devem fornecer informações mais

completas nos níveis assistenciais por todos os profissionais de saúde, envolvendo diferentes grupos sociais, e incentivando para que essas informações sejam incorporadas ao comportamento da mulher no seu cotidiano. Embora a prática do AEM seja defendida por diversos autores, a mesma não deve ser considerada método de escolha para o diagnóstico precoce, e sim um método complementar. Ele desperta a importância para o auto-cuidado, despertando a mulher para qualquer alteração (MONTEIRO et al., 2003).

No intuito de reduzir a taxa de mortalidade pelo câncer de mama, o Ministério da Saúde tem defendido a utilização da mamografia como método de escolha para a detecção dos tumores ainda não palpáveis no AEM. No entanto, o Brasil por constituir-se em um país de terceiro mundo, associado ao elevado custo do mamógrafo, a indicação deste procedimento para todas as mulheres, em qualquer faixa etária, está longe de se constituir uma realidade.

Trufelli et al. (2008) afirmam que o maior atraso nas várias etapas do diagnóstico e do tratamento oncológico consiste no intervalo entre a mamografia e a biópsia. Salientam a necessidade de uma triagem das pacientes que necessitam de biópsia mamária a partir de uma mamografia suspeita, diminuindo os atrasos que hoje são observados no cuidado com essas pacientes. Concluem que, para reduzir a progressão da doença para estádios mais avançados e incuráveis, é necessário prover a mamografia para mulheres da população em geral, e que o sistema de saúde possa disponibilizar meios e organizar serviços para atuar sobre as anormalidades encontradas neste exame.

A mamografia considerada como principal método diagnóstico de neoplasia mamária em estágio inicial, possibilita o tratamento precoce mais eficaz, menos invasivo, com melhores efeitos estéticos e eventos adversos reduzidos. Contudo, embora diversos estudos mostrem redução da mortalidade através de rastreamento mamográfico em massa, ele também é alvo de discussões quanto a sua efetividade, principalmente em mulheres com idade inferior a 50 anos (SCOWITZ et al., 2005).

Atualmente, a utilização de mamógrafos de alta resolução tem permitido a detecção de um grande número de lesões mamárias ainda não-palpáveis. Para garantir a qualidade da imagem obtida, são necessários equipamentos adequados, técnicas corretas e profissionais treinados. No entanto, a desinformação, a dificuldade de deslocamento das mulheres aos centros urbanos, associadas à escassez de mamógrafos na rede pública brasileira têm contribuído para diagnósticos da doença em fase avançada.

Ao longo dos últimos 20 anos, a combinação feita entre mamografia de rastreamento e estratégias aperfeiçoadas de terapias adjuvantes vem favorecendo a redução nas taxas de

mortalidade por câncer de mama. Além de contribuir para a redução da mortalidade, a mamografia pode detectar patologias subclínica da glândula (LORHISCH; PICCART, 2006).

O documento de consenso para o controle do câncer da mama aprovado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004 inclui: rastreamento anual por meio de exame clínico para todas as mulheres a partir de 40 anos; mamografia para as mulheres de 50 a 69 anos, com o máximo de 2 anos entre os exames; exame clínico e mamografia anual, a partir de 35 anos, para mulheres pertencentes a grupos com risco elevado, ou seja, histórico familiar de parentes de 1º grau com câncer de mama; e garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados. A Lei nº 11.664, aprovada em 29 de abril de 2008, dispõe sobre a efetivação de ações que asseguram a prevenção, detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres de colo uterino e mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em comparação ao documento de consenso, a diferença é que a nova Lei determina a realização do exame mamográfico a partir dos 40 anos de idade (PITTA, 2008).

Para as mulheres consideradas de alto risco para desenvolver a neoplasia da mama, são adotadas estratégias de prevenção primária visando a redução da incidência do câncer de mama invasivo. Dentre elas destaca-se a mastectomia bilateral profilática que, em 95% dos casos tem mostrado uma redução na incidência, embora não seja aceita por muitas mulheres (LORHISCH; PICCART, 2006). No que concerne à prevenção primária, as autoras destacam a importância do aconselhamento e teste genético, que devem ser reservados à pessoas com história familiar de câncer. A identificação de um gene hereditário auxilia a pessoa a tomar decisões sobre as medidas profiláticas e de vigilância disponíveis.

No entanto, atualmente, somente uma minoria da população dispõe de recursos adequados para a realização de tais procedimentos. A maioria das pessoas têm dificuldade de acesso aos serviços públicos, e quando a tem, esses não se mostram efetivos, seja por profissionais não capacitados ou por falta de materiais adequados para realização dos exames. Somam-se a esses aspectos, as longas filas de espera por atendimento, o que muitas vezes conduz as mulheres a desistirem ou adiarem a realização dos exames.

O exame anatomopatológico é obrigatório na presença de uma anormalidade na mama. Quando a massa é pequena e não palpável durante o exame clínico, a biópsia por aspiração por agulha fina com orientação estereotáxica ou por ultra-som ajudará a colher, de forma adequada, uma amostra da lesão. No entanto, a biópsia excisional é o procedimento preferível de diagnóstico (LORHISCH; PICCART, 2006).

No que diz respeito à histologia das lesões pré-invasivas do câncer de mama, o carcinoma ductal *in situ* pode se apresentar como uma massa palpável, com ou sem secreção do mamilo, ou mais comumente como uma anormalidade mamográfica não-palpável. O carcinoma lobular *in situ* se constitui num marcador de risco para o desenvolvimento de câncer invasivo de mama ductal ou lobular, e detectado apenas microscopicamente, sendo, portanto, um achado incidental da investigação de outra patologia mamária, mais incidente em mulheres jovens (LORHISCH; PICCART, 2006). As autoras citam que, o câncer de mama localmente avançado refere-se a qualquer tumor que esteja acompanhado de linfonodo axilar comprometido e extenso; inoperável tumor primário e doença inflamatória. O tratamento deste tipo de câncer de alto risco abrange terapia sistêmica agressiva, radioterapia e cirurgia. No entanto, as taxas de recorrência e mortes permanecem altas.

No que concerne ao câncer de mama localmente avançado, embora existam esforços para o seu tratamento, as chances de sobrevivência são reduzidas. Associado a este fato, os métodos terapêuticos atuais podem não apresentar resultados satisfatórios, o que contribui para o aumento do número de mulheres tratadas com cuidados paliativos, os quais o SUS não atende adequadamente.

Gomes, Skaba e Vieira (2002) se referem ao tratamento do câncer de mama como uma história antiga. Hipócrates dedicou parte da sua obra a tal neoplasia, considerando-a como uma doença incurável, para a qual não recomendava qualquer tipo de tratamento. No século I.d.C, foi realizada a primeira cirurgia de mama pelo médico grego Leônidas, e obteve-se a primeira esperança quanto ao tratamento no século seguinte, quando Galeno, considerado o maior médico grego depois de Hipócrates, afirmou ser possível curá-lo pela cirurgia, desde que o tumor fosse superficial e todas as suas raízes extirpadas.

Chaves, Silva e Gomes (1999) afirmam que a primeira descrição sobre o tratamento do câncer de mama encontrava-se no *Papiro Cirúrgico Edwin Smith*, escrito entre 2.500 e 3.000 a.C., que mostrava uma série de oito casos de tumores e úlceras de mama, tratados por cauterização com estiletos em brasa, sendo a primeira amputação de mama realizada por Galeno, em 131 a.C. Advertem, ainda, que até a metade do século XVII, a mulher que desenvolvia câncer estava condenada à morte em curto prazo. O tumor era extirpado toscamente, ocorrendo grande perda sanguínea e, comumente, infecção.

Somente no ano de 1740 foi aberto o primeiro hospital para o tratamento do câncer, e, em 1791, foram realizadas as primeiras anotações de acompanhamento sobre a evolução das pacientes. Por volta do século XVIII, as mulheres com essa neoplasia estavam condenadas à

morte, devido ao tratamento que era baseado na excisão do tumor grosseiramente com hemorragias e infecções. O tratamento cirúrgico somente se tornou possível com o uso do éter como anestésico, por Morton e Long, em 1846 e dos princípios de antissepsia introduzidos por Lister, em 1867. (CHAVES; SILVA; GOMES, 1999)

A cirurgia para a neoplasia da mama requer a excisão de qualquer tumor invasivo com margens negativas. No final do século XIX, William Halsted desenvolveu a técnica da mastectomia radical, revolucionando a mastologia. Por volta dos anos 1870, somente 4% das mulheres sobreviviam 3 anos após uma cirurgia de câncer de mama. Com a técnica da mastectomia de Halsted, na qual a mama inteira era retirada, além dos músculos da parede torácica e dos linfonodos axilares, o número das que sobreviviam os 3 anos sem metástases passou para 46,5% (CANTINELLI et al., 2006).

Mesmo com os avanços apresentados ao longo dos séculos para o tratamento do câncer de mama, a exemplo da mastectomia proposta por Halsted, associado ao aumento da taxa de sobrevida decorrente de tais abordagens, a mastectomia na época anteriormente citada, também, se constituía em um procedimento radical e invasivo.

Garcez (2008) afirma que existe uma estreita relação dos hormônios estrogênio e progesterona com o desenvolvimento do câncer de mama. No entanto, atualmente, através da hormonioterapia é possível reverter essa relação negativa no progresso da neoplasia. Tal modalidade terapêutica interrompe a produção dos hormônios supracitados ou impedem que os mesmos atinjam as células cancerosas. Contudo, esta não é utilizada isoladamente, mas como terapia adjuvante, podendo ser aplicada a qualquer etapa do tratamento. Além de contribuir para o tratamento, costuma ser bem aceita pelas pacientes, podendo servir de paliativo em caso de doença recorrente ou disseminada.

O acompanhamento para as mulheres durante e após a terapia adjuvante abrange o monitoramento contínuo de sequelas, detecção precoce de recorrências locorregionais operáveis e prevenção para outros cânceres de mama primários com mamografias anuais. As que apresentam sintomas suspeitos de recorrência devem ser submetidas a uma investigação completa para metástases (LORHISCH; PICCART, 2006).

No que tange a investigação completa citada pelos autores, a(o) profissional de saúde deve instruir as mulheres sobre a importância do acompanhamento para prevenção de metástases ou a sua detecção precoce. Soma-se a esse aspecto o apoio psicológico, diante da possibilidade de um resultado positivo para metástases.



A radioterapia é um tratamento amplamente utilizado em combinação com a quimioterapia para o tratamento de diversos tipos de tumores. De acordo com o INCA (2008), a metade dos pacientes que têm câncer são tratados com as radiações, o que tem contribuído para o controle e a cura da doença. Essa modalidade de tratamento foi instituída no final do século XIX, no ano de 1896 para o tratamento do câncer de mama.

O objetivo da radioterapia consiste em alcançar um índice terapêutico favorável, ou seja, favorecer que as células malignas percam a sua clonogenicidade, possibilitando a preservação dos tecidos normais. Com finalidade curativa e/ou paliativa, o número de aplicações necessárias varia de acordo com a extensão e a localização do tumor, sendo também considerado o estado clínico do indivíduo (INCA, 2008).

Santos e Gonçalves (2006) afirmam que no tratamento para o câncer de mama metastático, o novo ciclo de quimioterapia difere do ciclo inicial, pois ao passo em que o primeiro esquema é doloroso, mutilante, e visualizado como possibilidade de cura, o novo esquema remete à possibilidade de morte e demanda sacrifícios, pois a mulher enfrentará todos os efeitos colaterais para manter-se viva.

A quimioterapia como parte da terapêutica para o tratamento do câncer de mama é vivenciada pela mulher com muito sofrimento, pois as reações provocadas pelos quimioterápicos podem desencadear alterações psicológicas, como baixa auto-estima, associadas às modificações corporais. Além destes aspectos, o tratamento quimioterápico, na maioria das vezes, é prolongado, sendo que a cada ciclo as mulheres experienciam a ansiedade e a depressão diante da possibilidade de novos sintomas.

O princípio fundamental do tratamento cirúrgico do câncer de mama é a excisão do tumor primário e a drenagem linfática axilar em monobloco, não havendo a necessidade de remoção dos músculos peitorais quando estes não estão comprometidos (REIS et al., 2002).

Hansen e Morrow (1998) afirmam que, embora a base do tratamento do câncer de mama ainda seja a ressecção cirúrgica, a medida que foram aprofundados os conhecimentos acerca da natureza sistêmica desta neoplasia, o tipo e a extensão de tais técnicas foram modificados durante os últimos 40 anos sendo substituídos por uma abordagem mais conservadora. As clientes com carcinoma invasivo dispõem, atualmente, de várias opções terapêuticas, como a mastectomia radical modificada, o tratamento de conservação da mama que consiste em nodulectomia, dissecação axilar e irradiação da mama; e a mastectomia modificada com reconstrução imediata.

Atualmente os pesquisadores buscam aperfeiçoar os diagnósticos para direcionar as condutas terapêuticas mais individualizadas, especialmente para pessoas com pior prognóstico, sem resposta à terapia utilizada. No futuro, através do conhecimento genético sobre a carcinogênese mamária poderá servir de ajuda para nortear as políticas de rastreio e o melhor controle da neoplasia de mama (VIEIRA et al., 2008).

Embora existam avanços no diagnóstico precoce e nas terapêuticas, o câncer de mama será efetivamente controlado e tratado quando as políticas públicas permitirem o acesso terapêutico a toda população, reduzindo, neste sentido, a morbi-mortalidade por esta neoplasia.

### 3 A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COMO POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA

A cura deixou de vir sempre acompanhada de mutilação. E quando, em nome da segurança é preciso extirpar uma mama, há o cirurgião plástico oferecendo-nos, em contrapartida, a possibilidade de reconstrução (LEAL, 2000, p. 19).

Por diversos séculos, o tratamento do câncer de mama foi baseado na extirpação de todo o tumor, submetendo as mulheres a cirurgias radicais e mutilantes. Nos tempos modernos, a descoberta do microscópio e os progressos nos conhecimentos sobre antissepsia, fisiologia, anestesiologia e biologia molecular permitiram a evolução de técnicas cirúrgicas, e propiciaram a escolha do tratamento adequado, de acordo com as condições individuais.

Atualmente, as técnicas de cirurgia plástica têm proporcionado resultados satisfatórios para a expectativa estética e psicológica da mulher, ao diminuir o trauma causado pela mutilação, uma vez que a mastectomia somente é indicada para tumores avançados<sup>10</sup>. Ademais, o surgimento das técnicas coadjuvantes de radiologia e quimioterapia, permitiu que o câncer de mama fosse tratado de forma multidisciplinar e integrada, levando a uma maior sobrevida e a melhoria da qualidade de vida das mulheres afetadas (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Durante muito tempo, cirurgiões plásticos tentaram criar uma técnica que permitisse a reconstrução mamária nas mulheres que sofreram a mastectomia. No entanto, a possibilidade de recorrência do câncer pela manipulação local impediu o avanço dos métodos de reconstrução. A descoberta das técnicas de implantes de retalhos cutâneos, através dos pedículos musculares, permitiu o desenvolvimento de cirurgias seguras para obtenção de uma mama reconstruída com bom resultado estético (PSILLAKIS, 1987). Por meio dos avanços terapêuticos daquele mesmo período, as modalidades cirúrgicas radicais responsáveis por extensas ressecções de tecidos foram substituídas por um tratamento mais eclético, de acordo com o tamanho do tumor, a presença ou não dos gânglios linfáticos e da histologia tumoral.

No que diz respeito à história da reconstrução mamária, as primeiras descrições de tentativas desta técnica foram feitas por Reihard (1942), Holdsworth (1956) e, no Brasil, por Callia (1960), Ely (1972) e Pontes (1973). No entanto, o avanço na reconstrução só foi possibilitado graças à técnica desenvolvida por Olivari, em 1976, quando foi apresentada a reconstrução da mamária com retalho miocutâneo de músculo grande dorsal. No Brasil, no

---

<sup>10</sup> Sendo considerado o tamanho do tumor, o tipo e o grau histológico e invasão peritumoral nos vasos sanguíneos e linfáticos (INCA, 2007b).

ano de 1979, Psillakis utilizou a técnica em diversas pacientes, analisando seus resultados e complicações (PSILLAKIS, 1987).

Embora houvesse evoluções da técnica cirúrgica na época supracitada, apenas algumas mulheres foram submetidas a tal procedimento, seja por contra indicação terapêutica ou por políticas públicas que não garantiam o acesso à cirurgia.

A opção pela reconstrução mamária tem mostrado uma melhoria na adaptação à imagem corporal, bem como tem contribuído para restabelecer o equilíbrio psicológico que está fragilizado no momento do diagnóstico e da perda da mama. A reconstrução mamária se constitui em um procedimento cirúrgico efetivo pela diversidade de técnicas cirúrgicas que permitem ao cirurgião plástico criar uma mama similar em forma, textura e característica da mama que foi retirada, procedimento que pode ser realizado no mesmo ato cirúrgico da mastectomia ou mais tardiamente (GIL, 2005).

Em concordância com este pensamento, a reconstrução mamária tem sido amplamente utilizada por apresentar um melhor resultado estético quando comparado com o trauma da mastectomia. Embora o equilíbrio psicológico citado pela autora não seja totalmente restabelecido em decorrência da perda da mama, as sequelas emocionais, físicas e psíquicas podem ser minimizadas em consequência da cirurgia reparadora.

De acordo com o INCA (2007a), essa modalidade terapêutica não tem garantido somente resultados estéticos favoráveis. Destacam-se os resultados clínicos, pois ao resgatar o bem estar, a auto-estima e a vontade de viver, as mulheres respondem melhor ao tratamento, integrando-se social e profissionalmente.

Para que uma paciente se submeta à técnica de reconstrução mamária, o cirurgião deve avaliar previamente aspectos como: a qualidade da pele na face anterior do tórax, a cicatriz da mastectomia, a presença ou ausência do músculo peitoral, os excessos cutâneos no abdome superior do lado mastectomizado, a presença ou não da ação do músculo grande dorsal, músculo que produz a extensão, adução e rotação medial do ombro (PSILLAKIS, 1987). Outro aspecto importante que deve ser considerado é a avaliação psicológica, na tentativa de minimizar as tensões que a paciente apresenta naquele momento, esclarecendo-a sobre os possíveis resultados a serem obtidos, bem como, de suas limitações e possíveis complicações. O autor afirma que as pacientes devem ser preparadas psicologicamente, e informadas que uma mama reconstruída permite um melhor equilíbrio ao corpo, conforto físico e estético, mas não se compara ao órgão anatomicamente originário.

Atualmente, a diversidade das técnicas cirúrgicas tem permitido a combinação dos tratamentos oncológico e reconstrutivo. De acordo com as características individuais de cada

pessoa, podem ser utilizados os materiais sintéticos, a exemplo da prótese de silicone ou a utilização de tecidos do próprio indivíduo.

No que tange aos tipos de abordagens cirúrgicas destacam-se: a reconstrução com prótese de silicone, com retalho transversal inferior e transversal miocutâneo superior do músculo reto abdominal; e reconstrução com retalho miocutâneo do músculo grande dorsal (PSILLAKIS, 1987). Em 1961, na Universidade do Texas, Thomas Cronin e Frank Gerow criaram a prótese mamária com gel de silicone, e implantaram-na pela primeira vez no ano seguinte, representando um avanço nas técnicas de reconstrução mamária (ESCUADERO, 2005).

As vantagens de cada técnica são variadas, a exemplo, da reconstrução com prótese de silicone que é mais fácil de ser realizada, possibilitando a manutenção da pele da região reconstruída com sensibilidade tátil normal. Está indicada nas mastectomias em que foram preservados os músculos peitorais, sem que houvesse extensa ressecção da pele. Porém, podem ocorrer complicações como a retração capsular, que consiste na retração da cicatriz formada ao redor da inclusão de silicone. A limitação dessa abordagem cirúrgica consiste na quantidade de pele existente no tórax deixada pela mastectomia. Contudo, nos dias atuais, esse problema vem sendo contornado com a utilização de expansores, os quais promovem o estiramento da pele aumentando a sua área e, permitindo assim, uma melhor modelagem da prótese (PSILLAKIS, 1987).

Com o avanço tecnológico, os cirurgiões têm procurado procedimentos com resultados estéticos melhores e que apresentem uma margem de segurança do ponto de vista oncológico. Surge, então, a mastectomia com preservação de pele seguida da reconstrução imediata da mama, através da qual é possível reconstruir um corpo mamário simétrico e bastante natural. Os benefícios desta técnica incluem a preservação do envelope mamário cutâneo e a conservação do sulco inframamário, permitindo assim, a conservação do contorno mamário para melhor acomodar melhor o implante (CHAGAS et al., 2008).

A reconstrução com a utilização de retalho miocutâneo transversal inferior de reto abdominal é uma modalidade amplamente empregada por não necessitar do uso da prótese. Todo o volume mamário é obtido com o tecido gorduroso subcutâneo do abdome inferior, porém, não pode ser utilizada em pacientes muito magras. Na técnica que utiliza o retalho miocutâneo do músculo grande dorsal, uma grande quantidade de músculo é transferida da área dorsal para a região anterior do tórax, necessitando a inclusão de silicone para dar o volume à nova mama. Pode ser utilizada em pacientes que se submeteram a intensa radioterapia, mas, no entanto, apresenta como desvantagem uma cicatriz na região dorsal,

inibindo o uso de decotes (PSILLAKIS, 1987). A aréola e o mamilo são reconstruídos posteriormente para possibilitar um melhor posicionamento da neoaréola, permitindo uma melhor simetria e estabilização da neomama.

Desde a introdução da técnica de reconstrução com retalho miocutâneo abdominal, no ano de 1982, tem-se observado a evolução dos procedimentos cirúrgicos de reconstrução da mama após a mastectomia. Para a utilização das opções atualmente disponíveis, como, o uso de próteses de silicone e expansores, são estabelecidos critérios como a idade da mulher, estado da doença, obesidade e necessidade de tratamento adjuvante, dentre outros (PASQUALE et al., 2006).

Atualmente, mesmo com a diversidade das técnicas cirúrgicas disponíveis, percebe-se que algumas mulheres não optam pela reconstrução mamária. Esse fato pode estar associado ao trauma por elas experienciado em decorrência do diagnóstico do câncer e da perda da mama, não sentindo-se preparadas para outra intervenção cirúrgica, temendo complicações ou resultados estéticos desfavoráveis.

Até pouco tempo, a reconstrução da mama era considerada uma cirurgia separada da mastectomia. Dentre as vantagens da realização tardia da reconstrução, está a cicatrização da ferida operatória da mastectomia, em um tempo cirúrgico mais curto; e a possibilidade de realizar os tratamentos adjuvantes antes da cirurgia plástica, como a quimioterapia e a radioterapia. Porém, esse fato analisado sob a perspectiva psicológica, levava a mulher a vivenciar a experiência de sentir-se sem a mama. A reconstrução imediata, no mesmo momento cirúrgico da mastectomia, poderia afetar menos a imagem corporal (HARCOURT; RUMSEY, 2001).

No que diz respeito à reconstrução imediata, esta se caracteriza como uma melhor opção, visto que evita à mulher conviver com a ausência da mama, repercutindo favoravelmente na sua auto-estima. Apesar de não ser isenta de complicações locais, como necrose tissular, deiscência de sutura e infecções, atualmente é um método amplamente executado na prática cirúrgica (GIL, 2005).

Os estudos realizados com mulheres que se submeteram a reconstrução imediata demonstraram que essa técnica possui vantagens relacionadas a um melhor resultado estético. Quando comparado ao impacto psicológico da reconstrução tardia, constatou-se um grande nível de sofrimento psíquico aliado a baixa auto-imagem (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Esse sofrimento psíquico e a baixa auto-imagem são percebidos através de características comportamentais, como vergonha de exhibir o corpo, isolamento social e dificuldades de readaptação às atividades cotidianas. Tais aspectos foram considerados pelo

SUS que, desde 6 de maio de 1999, garante, através da Lei Nº 9.797<sup>11</sup>, a realização da reconstrução mamária a todas as mulheres que se submeteram a mastectomia.

Nas últimas décadas, busca-se reduzir cicatrizes visíveis, preservando a cor e a textura do tecido mamário, ao se utilizar a pele da própria mama. Apesar dessa técnica, a mastectomia poupadora de pele com reconstrução imediata, acredita-se que não há o aumento de recidiva local ou o surgimento de novas lesões, bem como esse procedimento, também, não altera o intervalo livre da doença e a sobrevida. (LEAL et al., 2003).

Apesar de resgatar a auto-estima e influenciar positivamente o tratamento, a reconstrução imediata não é indicada em todas as situações. De acordo com o INCA (2007a), existem casos em que o estágio da doença exige, primariamente, o tratamento, sendo a reconstrução imediata parte da terapêutica, visando não influenciar os tratamentos complementares, a exemplo da radioterapia e da quimioterapia.

A técnica de reconstrução mamária imediata à mastectomia, embora não seja o procedimento de escolha para todas as mulheres, nos últimos anos tem se mostrado efetiva, pois representa um procedimento seguro, e não altera significativamente os resultados estéticos, contribuindo, desta forma, para um bom resultado psicológico (PASQUALE et al., 2006).

No que diz respeito aos benefícios, a reconstrução mamária imediata, é atualmente, uma técnica oncológica segura, que tem sido frequentemente indicada na presença de estudo histopatológico apropriado. Como benefício psicológico, inclui a preservação da imagem corporal, e, quando é realizada por uma equipe bem treinada, não acrescenta morbidade adicional relevante à mastectomia (LEAL et al., 2003).

Apesar dos benefícios físicos e psicológicos experimentados pela mulher que é submetida a reconstrução da mama, em alguns casos esse não se constitui o procedimento de escolha para algumas, em decorrência de complicações locais cirúrgicas. Tais complicações contribuem para o retardo do início do tratamento adjuvante, a exemplo da quimioterapia (MORTENSON et al., 2004).

Aquelas que não têm indicação para a reconstrução imediata, necessitam aguardar a cicatrização cirúrgica da mastectomia, o que, por vezes, é acompanhado da formação de fibrose no tecido cicatricial mamário, contribuindo para um resultado estético pouco natural.

Um estudo realizado no INCA sobre a reconstrução imediata concluiu que, essa técnica associada com o tratamento da doença primária, determinaram resultados estéticos

---

<sup>11</sup> Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do SUS, nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer (BRASIL, 1999).

favoráveis com satisfação total das clientes. Associado a isso, salientam, também, a inexistência de morbidade adicional a esse tipo de cirurgia, proporcionando em mastectomias conservadoras, uma reconstrução de aspecto estético mais natural (LEAL et al., 2003).

Outra opção de tratamento é a reconstrução tardia, que é realizada em um novo momento cirúrgico após a mastectomia, sendo necessário aguardar para que os tecidos afetados pela perda da mama cicatrizem. Durante este período, podem ser notadas complicações locais e o desenvolvimento de problemas emocionais como ansiedade, depressão e perda da auto-estima (GIL, 2005).

Assim, a utilização da prótese externa é recomendada para ajudar na manutenção postural do ombro e da coluna vertebral. No entanto, além do incômodo relatado por algumas mulheres acerca da utilização da prótese, o seu uso constante é um evento que as remete ao fato incontornável de que algo se modificou permanentemente depois do câncer. Essa percepção reiterada da mutilação do corpo pode permitir um aumento da angústia e de sentimentos como menos-valia e desamparo (ROSSI; SANTOS, 2003).

O processo tecnológico do saber médico, que possibilita alcançar a cura, tem levado as mulheres a buscar a reconstrução mamária, o que é denominado por elas de “voltar ao normal” ou “criar outra identidade como mulher” (FERNANDES; MAMEDE, 2003).

Leal (2000) afirma que, a reconstrução mamária, sendo imediata, suaviza bastante o trauma de sentir-se mutilada e, atualmente, está assegurado que não interfere no prognóstico do câncer mamário. A autora afirma que, de acordo com alguns mastologistas, se houver alguma influência futura, ela é positiva, uma vez que a manutenção de uma imagem corporal satisfatória contribui para uma pessoa se curar. A reconstrução mamária melhora a auto-imagem, a feminilidade e o relacionamento sexual, e as mulheres que foram submetidas a essa técnica, tendem a expressar atitudes positivas e satisfação com a aparência (VIANA, 2004).

A autora em um trabalho realizado para identificar e avaliar a ansiedade e depressão no pré e pós-operatório de reconstrução mamária, no que diz respeito às expectativas da cirurgia, verificou que 90% das entrevistadas relataram o desejo de melhorar a auto-estima, e 10% de retornar ao convívio social. Após realizar o procedimento, 90% relataram satisfação com a sua auto-imagem e 10% mostraram insatisfação. Diante do exposto, concluiu que a reconstrução mamária propiciou o resgate da auto-estima e melhora da auto-imagem dessas mulheres.

Ainda de acordo com o trabalho, no que tange ao significado da reconstrução mamária, 70% relataram no pré-operatório a necessidade da mama como símbolo da



feminilidade, comprovando que a ausência da mama interfere e compromete o significado de ser mulher, 10% afirmaram que precisavam do seio para conquistar um parceiro, 10% atribuíram à reconstrução a uma certeza da cura do câncer e 10% manifestaram a vontade de reconstruir a vida.

Em relação à reconstrução mamária imediata, Maluf, Mori e Barros (2005) afirmam que os estudos realizados sobre este tipo de intervenção, demonstram que, esta técnica possui vantagens relacionadas a um melhor resultado estético e grande custo benefício para as mulheres que a realizaram imediatamente após a cirurgia. Apontam também que, quando se compara o impacto psicológico da reconstrução imediata com grupos de reconstrução tardia, constata-se nestes um grande nível de sofrimento psíquico aliados a uma baixa auto-imagem.

Azevedo (2004) em um estudo realizado com mulheres mastectomizadas em uso de prótese após reconstrução mamária, concluiu que, com a mastectomia surgem apreensões relacionadas ao corpo, na medida em que esta desconstrói a imagem corporal. Neste contexto, surge a possibilidade da reconstrução mamária com o uso de prótese na tentativa de resgatar a feminilidade perdida como relataram as depoentes.

Sebastian et al. (2007) ao estudarem a imagem corporal e a auto-estima de mulheres com câncer de mama salientaram que, nos programas de intervenção psicossocial são discutidas as preocupações da mulher em relação a mastectomia e suas influências sobre a imagem corporal. São trabalhadas questões como a visualização do próprio corpo e as implicações deste com os relacionamentos sexuais, bem como informações sobre o uso da prótese externa e a possibilidade da reconstrução mamária.

Ao discutir sobre a perspectiva estética, na reconstrução da mama, Ribeiro (1987) destaca a importância de dois aspectos principais: o psicológico e o físico e estético. Salienta que, para a mulher que se sente mutilada pela perda da mama, a cirurgia reconstrói o ego e a feminilidade perdida, e que em uma reconstrução mal conduzida são esquecidos os sonhos de recuperação. Salienta a necessidade de uma reconstrução que seja reparadora, com características estéticas, e infinitamente terapêutica no aspecto psicológico, na qual a qualidade de vida é o principal objetivo.

A partir destes fatos, Cantinelli et al. (2006) concluem que, a reconstrução ou plástica mamária, tem impacto positivo sobre a saúde mental e a qualidade de vida das mulheres, e quanto mais precocemente for realizada, maiores serão os benefícios. Ainda afirmam que, existe um consenso sobre este fato entre as equipes multidisciplinares, embora ressaltem ser notável a falta de estudos clínicos abordando o tema.

Neste sentido, a técnica da reconstrução mamária como possibilidade terapêutica conduz as mulheres as atividades habituais e proporciona uma melhor aceitação da nova imagem corporal, o que tem uma íntima relação com a elevação do grau de afetividade e da auto-estima.

## **4 O COTIDIANO DA MULHER COM CÂNCER: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES**

Na verdade, é no seio de antigos temores em relação ao câncer que novas maneiras de pensar o corpo humano são elaboradas no curso de tempo, e que a vida e a morte têm seus sentidos transformados (SANT'ANNA, 2000, p. 44-45).

O cotidiano da pessoa com câncer é vivenciado por dificuldades enfrentadas desde a suspeita diagnóstica, situação que, por muitas vezes, permanece após o tratamento. Esse cotidiano está repleto de transformações que alteram as relações consigo mesmo e com os outros. A rotina traumática, imposta pelos tratamentos, contribui para alterações físicas e psicológicas, o que conduz a uma existência de angústias e incertezas.

De acordo com Silva (2005), as repercussões do câncer ultrapassam a esfera pessoal. É uma doença que traz impactos sociais e econômicos importantes e, na maioria dos casos, uma enfermidade crônica de prognóstico nem sempre favorável, e que exige tratamentos demorados e difíceis de serem tolerados pela pessoa doente assim como pela família.

No que diz respeito à história de enfrentamento do câncer, Tavares e Bonfim (2005) destacam que, no século passado, por volta dos anos 40, o pudor, a vergonha, o silêncio e o isolamento estavam presentes na vida das mulheres com câncer de mama. As mudanças no seu significado e forma de enfrentamento ocorreram a partir dos anos 50, em decorrência dos movimentos sociais em defesa dos direitos das mulheres, associado ao desenvolvimento nos métodos de diagnóstico e tratamento que permitiram o aumento da sobrevivência e do número de sobreviventes por essa doença. Em decorrência destes aspectos supracitados, surgiu a necessidade de estudar as repercussões e adaptações psicossociais dessa clientela, família e profissionais de saúde para proporcionar-lhes uma boa qualidade de vida.

As autoras afirmam ainda que, nos anos 40, já existiam argumentos sobre o envolvimento dos aspectos psíquicos no surgimento do câncer de mama. No entanto, foi somente na metade do século XX que a interpretação psicossomática da doença ganhou notoriedade e, novas formas de interpretação sobre etiologia e enfrentamento começaram a ser discutidas.

O câncer de mama conduz as mulheres à uma situação de adoecimento físico e existencial, uma vez que remete a sentimentos de angústia pela iminência da morte. O adoecer pelo câncer é vivenciado por um sentimento de finitude pelo qual nem todo ser humano está acostumado. Surge o temor pela rejeição do outro, pela possibilidade de recidiva e pela incerteza quanto ao tratamento.

Em razão de sua elevada incidência, a neoplasia da mama torna-se uma das grandes preocupações epidemiológicas, sobretudo, pelos impactos psicológicos e sociais que acarretam para a saúde da mulher. Viver com uma doença relacionada a estigmas; sofrer os preconceitos que, na maioria das vezes, surgem dos familiares ou do próprio companheiro; conviver constantemente com incertezas e a probabilidade de recorrência do câncer constituem-se em algumas das dificuldades enfrentadas no cotidiano feminino.

O câncer de mama constitui-se em uma patologia multifatorial, tendo repercussões biológicas, fisiológicas e psicológicas individuais na vida das mulheres. Tais repercussões surgem em diferentes momentos e são experienciados por estas na descoberta do diagnóstico que, geralmente, desencadeia grande sobrecarga emocional permeada de medo, tabus e incertezas.

A certeza do diagnóstico de câncer em associação com a possibilidade de morte gera na pessoa e nos familiares sentimentos de angústia e ansiedade, levando-os a perceber a situação iminente de finitude.

Segundo Rossi e Santos (2003), o diagnóstico de câncer confronta o indivíduo com a questão do imponderável, da finitude e da morte. Como uma doença letal, remete à perdas relativas tanto ao corpo saudável, quanto da sensação de invulnerabilidade e do domínio sobre a própria vida.

Ao vivenciar o diagnóstico do câncer de mama, a mulher enfrenta inúmeros eventos estressores compatíveis ao enfrentamento de uma doença que põe em risco sua integridade física e emocional, além das alterações impostas aos familiares e à vida laboral, decorrentes de um extenso e agressivo tratamento. No primeiro ano de tratamento, a mulher sofre um acentuado impacto no bem-estar, adentrando uma realidade até então desconhecida, experienciada pelas consultas hospitalares, exames e procedimentos invasivos, o distanciamento das atividades cotidianas, os prejuízos no convívio familiar, bem como, a própria finitude (ROSSI; SANTOS, 2003).

Esses autores ao estudarem as repercussões psicológicas do adoecimento em mulheres acometidas pelo câncer de mama, salientam que tais repercussões são relatadas em distintos momentos como no pré-diagnóstico, na etapa do diagnóstico e tratamento, e no momento do pós-tratamento. O momento pré-diagnóstico não é definido apenas como a suspeita de que algo não vai bem com o corpo, no entanto, diz respeito ao tipo de relação estabelecida por essas mulheres com o próprio corpo antes do adoecimento. Algumas pacientes relatam essa fase da vida ao referenciar a forma como lidavam com o binômio saúde-doença, ao admitirem falta de cuidado com o corpo, traduzidos por hábitos alimentares pouco saudáveis e

tabagismo. Concluem que, nesta fase de pré-diagnóstico está presente a postergação da consulta médica, pela possibilidade que a mulher se encontra de estar com câncer de mama.

Os primeiros sintomas surgem, para essas mulheres, como elementos da realidade que necessitam ser negados, pois aceleraram o estigma associado ao câncer de mama, bem antes da confirmação do diagnóstico.

Neste sentido,

O contato com a possibilidade de vir a desenvolver uma neoplasia mamária é sentida como uma realidade extremamente dolorosa e ameaçadora, que suscita atitudes de evitação e distanciamento como forma de se evitar o sofrimento psíquico resultante. (ROSSI; SANTOS, 2003, p.9).

Ao estudarem o sofrimento pela experiência do diagnóstico de câncer de mama Bergamasco e Angelo (2001) concluem que, as reações e sentimentos experienciados pelas mulheres podem variar de indiferente para um medo real. Enquanto aguarda a confirmação de malignidade ou benignidade do câncer, há momentos de ansiedade, angústia e desamparo, que podem ser preenchidos com sensação de pânico e finitude.

Em concordância, Fernandes e Araújo (2005) ao estudarem a compreensão sobre o significado do diagnóstico de câncer de mama, apontam que ao vivenciar a doença, a mulher passa a temer por sua vida, tendo sentimentos de preocupação e medo na presença de uma enfermidade possivelmente fatal.

Maluf, Mori e Barros (2005) ainda afirmam que, uma vez descartado o diagnóstico maligno, a sensação de alívio pela não morte é imensa. Embora possa haver a confirmação do câncer de mama, a mulher atravessa várias fases de conflito, que oscilam desde a negação da doença, na qual a pessoa se choca com a notícia, e procura diversos profissionais ou até mesmo indivíduos que executam práticas religiosas ou místicas, na esperança de que algum deles lhes dê um diagnóstico contrário aos achados.

Melet (2005) enfoca que, o momento do diagnóstico influenciará a visão que a mulher terá de seu futuro. Aborda, ainda, que esse momento de forte impacto emocional é relatado por muitas mulheres diante da atitude de comunicação realizada pelo médico. Tais sentimentos influenciam negativamente o seu estado psicológico, influenciando nas respostas ao seu tratamento.

No momento do diagnóstico, a relação médica sensível estabelecida com a mulher contribui para um posicionamento positivo diante da abordagem terapêutica, sendo

fundamental para a preservação de sentimentos de otimismo diante do enfrentamento da doença e da rotina dos tratamentos.

Corroborando esse aspecto, Rossi e Santos (2003) destacam que, no momento de certeza do diagnóstico do câncer de mama, embora seja experienciado por sentimentos negativos, as mulheres manifestam expectativas de cura e esperanças em relação ao sucesso do tratamento. Essa estratégia de enfrentamento é extremamente necessária para a conservação da auto-estima e do nível de motivação para o seguimento do tratamento.

Esses autores abordam que, a etapa de comunicação do diagnóstico é uma ocasião significativa no estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e a paciente, indicando uma associação entre a postura de acolhimento por parte do profissional e o grau de satisfação da paciente, no que diz respeito à maneira como o diagnóstico foi comunicado.

Ferreira, Almeida e Rasesa (2008), ao estudarem a compreensão dos sentidos construídos por casais que vivenciaram o câncer de mama, salientam que, o câncer nos dias atuais, ainda é uma doença cujas metáforas são dependentes da história do próprio câncer ao longo dos tempos. Mesmo com os progressos atuais da medicina, estes não são capazes de permitir às pessoas, construções de sentidos positivos associados a essa enfermidade.

Tais sentidos refletem uma dor psíquica, pois estão veiculados à situação de morte. Esse fato implica a necessidade de uma assistência interdisciplinar às pessoas envolvidas, intencionando construir novos significados para o câncer bem como inserindo-as no processo de superação da doença.

Ao estudarem a compreensão do diagnóstico de câncer de mama pelas mulheres Araújo e Fernandes (2008) afirmam que, apesar da vivência do câncer representar o sentimento de morte iminente, no enfrentamento desta situação muitas começam a buscar motivos para prosseguir com uma nova vida. Defendem que, as atitudes e comportamentos apresentados, dependem do significado por elas atribuído ao câncer, das suas relações e interações sociais.

A relação do profissional de saúde com a mulher, neste momento, é muito importante, pois a mesma encontra-se vulnerável e dependente, necessitando de uma relação de confiança para uma melhor aceitação, adaptação e tomada de decisões.

As alterações ocorridas após o diagnóstico de câncer de mama, a retirada da mama e o tratamento realizado influenciam negativamente o comportamento da mulher, contribuindo para o surgimento de desvalorização pessoal e alterações no auto-conceito, levando-a a sentir-se menos importante para si e para os outros (CLAPIS, 1996).

No que concerne às interações sociais da mulher após a confirmação do diagnóstico, Molina e Marconi (2006) realizaram um estudo sobre as mudanças ocorridas nos relacionamentos após o diagnóstico de câncer na mulher e concluíram que, o diagnóstico de câncer faz com que a mulher reflita profundamente acerca da autenticidade da amizade, afastando-se das pessoas que não se preocupam verdadeiramente com o seu padecimento, permanecendo somente os amigos que considera autênticos.

Rodrigues, Silva e Rodrigues (2002) ao abordarem a relação de interdependência assumida pelas mulheres mastectomizadas, afirmam que, a vivência marital e familiar é indispensável para a vida, proporcionando o aprofundamento de vínculos emocionais. Tais vínculos são essenciais para as adaptações necessárias que as mulheres irão necessitar diante de uma cirurgia mutiladora.

Venâncio (2004) salienta que a eclosão desta doença, na vida da mulher, acarreta efeitos traumáticos para além da própria enfermidade, pois, ela se depara com a iminência da perda de um órgão altamente imbuído de representações, assim como o temor de ter uma doença incurável, repleta de sofrimentos e estigmas.

O temor, neste sentido, está presente nas mulheres com câncer de mama. Elas relatam experiências de outras mulheres, associando o fato do estigma do câncer, como enfermidade imprevisível, que suscita incertezas diante do tratamento, recidiva e cura (PINHO et al., 2007).

O sentido figurado do termo estigma, é entendido por Houaiss (2008) como indignação, desonra. Tem como antônimo a dignidade. Segundo Le Brenton (2007), nas sociedades ocidentais o estigma é visto como avaliação negativa de uma pessoa.

Carvalho (2002) comenta que o termo estigma está associado a uma característica que inabilita as pessoas, torna-as passíveis de discriminação. Cita como exemplo a representação depreciativa do *status* do indivíduo, na situação do adoecer pelo câncer.

No caso do câncer de mama, que é uma doença que possui um estigma social negativo, propicia a pessoa a sentir-se angustiada ante a sua condição existencial (SALCI; SALES; MARCON, 2009).

No que concerne ao câncer de mama como uma enfermidade, Alves (2006), ao analisar o conceito de enfermidade, aponta que as múltiplas definições de doença são determinadas por um sistema pluralístico de valores e princípios sociais. Destaca que, dentre estes diversos conceitos, dois se tornam fundamentais: o biomédico, que concebe a doença como um desvio de fatores eminentemente morfofisiológicos e psicológicos, a *disease*. E o

que tange à percepção subjetiva dos indivíduos, envolvendo as questões morais, sociais, psicológicas e físicas, consiste, portanto, no conceito de *illness*. No que diz respeito à concepção de doença pelo modelo biomédico, o autor ressalta ainda que:

Trata-se de um modelo dominante na nossa sociedade, devido ao processo social pelo qual os médicos obtiveram o monopólio em estabelecer a jurisdição exclusiva sobre a definição de doença e tratamento. Esse modelo, contudo, não leva em conta os significados sociais atribuídos ao comportamento do enfermo. (ALVES, 1993, p.265).

Para Freitas, Merighi e Fernandes (2007), a enfermidade é vivenciada pelos seres humanos com dois aspectos principais. O primeiro aborda a natureza estrutural e formal que permite compreender a enfermidade como ela se apresenta, no espaço e tempo. O segundo de natureza material, que expressa a situação existencial concreta de ser enfermo. Tal condição existencial aparece no indivíduo por meio da sua corporeidade, linguagem, e vida sócio-econômica, ou seja, se encontra vinculada a historicidade própria do modo de ser de cada pessoa que se encontra doente.

Caprara (2003) ao discutir sobre a abordagem hermenêutica na relação saúde e doença, afirma que, na perspectiva hermenêutica, o ser humano além de se constituir um ser biológico, necessita ser considerado como sujeito que reflete e vivencia uma experiência subjetiva de doença.

Pautado pelos conceitos hermenêuticos fenomenológicos, Alves (2006) salienta que, a doença antes de ser um fenômeno de *disease* ou de *illness*, constitui-se em *sickness*, ou seja, é um fenômeno que diz respeito a um conjunto de elementos sócio-culturais que estão interligados entre si. Define, ainda que “Sickness refere-se ao mundo da doença, isto é, a um horizonte de significados, condutas e instituições associadas à enfermidade ou ao sofrimento” (p.153).

Em relação ao “mundo da doença” a que menciona o autor, compreendo que quando nos referimos ao câncer de mama, os seios compõem a estética feminina, e são singularmente caracterizados pela sexualidade, maternidade e erotismo.

A mama é considerada como uma metonímia do feminino e, dentro de uma espiral de complexidade, o seu acometimento expõe as clientes a uma série de questões: o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina, ou a mãe que amamenta (CANTINELLI et al., 2006). Os seios são a parte do corpo que define as mulheres e que lhes proporcionam sensações incríveis de prazer. Soma-se a isso, o saciar a fome dos lactentes, o estímulo ao



aconchego e afeto dos filhos e, mesmo sendo reconhecidos pelo saber científico como órgãos não-vitais, sua perda costuma golpear a mulher causando-lhe sofrimentos (LEAL, 2000).

Ainda no que se refere ao órgão:

O seio materno nos tranqüiliza e nos convida a repousar. O seio estético nos incita, puxa pelo colarinho ou pelo corpete, e por isso é utilizado em outdoors e capas de revista e em todos os lugares para onde voltemos os olhos. [...] Os dois seios conceituais recorrem a dois caminhos distintos. Um é milenar e lógico, o amor de mãe e mamário. O outro caminho é muito mais restrito, específico a nossa espécie, mais barulhento e mais gratuito. Sendo estritamente humano, o seio estético se dá ares de grandeza e se autodenomina divino. (ANGIER, 2000, p.141).

Os seios são considerados símbolos da condição feminina, órgão eternamente cantado em prosa e verso e expresso no movimento dos pincéis. Durante o primeiro milênio, as gregas usavam faixas com função de sustentá-los, impedindo que fossem balançados ao caminharem. As romanas preocupavam-se com o seu crescimento. As mulheres bárbaras eram objeto do desprezo por mantê-los pendurados. No entanto, foi no fim do período medieval que eles alcançaram os momentos de glória (LEAL, 2000).

Além da nutrição física que a mãe proporciona ao lactente, através dos seios, sobre estes existe uma construção teórica e prática, nas áreas de psicologia e psicanálise, que destacam o seio como objeto pelo qual a mãe estabelece contato com o seu filho e lhe proporciona não só o alimento, mas também o prazer e o acolhimento. Neste sentido, ter esse órgão extirpado pode significar para as mulheres a impossibilidade de permanecer sendo acolhedora e nutridora dos seus entes amados (SILVA, 2008).

De acordo esta autora, por muitos séculos os seios eram mais valorizados pelos seus aspectos relacionados à maternidade e à amamentação. Hoje, em nossa cultura, esta valorização está centrada no seu significado de feminilidade, sendo amplamente cultivado pelos meios de comunicação social como ícone de forte apelo sexual. Sob essa perspectiva, a mulher com câncer de mama torna-se suscetível a perdas em suas experiências de sentir-se mulher.

Tais experiências incluem o desejo de continuar sendo atraente sexualmente, pois, os seios são símbolos da identidade corporal feminina. Soma-se a esse aspecto a representação do seio como condição materna, objeto de amor em que, através da amamentação, se estabelece a relação mãe-filho. Em consequência, ao receber o diagnóstico de câncer de

mama, a mulher recorda as lembranças das experiências positivas proporcionadas pelos seios saudáveis.

Wallberg et al. (2003), ao estudarem o significado do câncer de mama para um grupo de mulheres, concluíram que a percepção sobre a doença pode influenciar na escolha do tratamento. Ao refletirem sobre a significação desta doença, mencionaram-na como uma perda irreparável, afirmando que o seio está relacionado à sexualidade, à fertilidade e à maternidade.

Ao discutir sobre a sexualidade, Souto e Souza (2004) afirmam que esta tem uma dimensão unicamente humana, na qual interagem os fenômenos de prazer, emoção, afetividade e comunicação. Ela está no ser humano, faz parte da sua natureza, é estrutural e constitucional sendo, comparativamente, diferente do sexo, que se restringe a todos os seres vivos. No que tange à sexualidade da mulher mastectomizada, as autoras concordam que ela está presente na constituição do ser mulher, mas, com a mastectomia, encontra-se em condição de adormecimento e de latência.

No que diz respeito à mastectomia como uma forma de tratamento para o câncer de mama, Silva (2005) afirma que, sofrer as consequências e os efeitos das terapias leva a sentimentos de revolta, de impotência e principalmente de não se reconhecer mais como pessoa. O ser humano tem a vivência de perdas que extrapola a mutilação física, conduzindo-o a incertezas acerca do porvir.

Com referência à escolha do tratamento, Rossi e Santos (2003) concordam que vários aspectos devem ser considerados. Entre eles destacam-se a decisão pela eleição do tratamento. Esta, é sempre determinada pelo profissional médico e na maioria das vezes, não é discutida nem compartilhada com a paciente e sua família. A linguagem médica inadequada não oferece oportunidade para que a mulher esclareça suas dúvidas e posicionamentos diante da terapêutica oferecida. Mesmo concordando com o exposto, o tratamento quando bem aceito, apesar do impacto físico e psicológico vivenciado, reflete para a mulher a possibilidade de cura e prevenção de recidiva.

As múltiplas possibilidades de tratamento propiciam um tempo menor de internação, o que dentre outros aspectos, contribui para a fragmentação do cuidado e dificulta a abordagem multiprofissional à mulher, refletindo negativamente na sua reabilitação. Rossi e Santos (2003) afirmam que o acolhimento e a empatia, por parte dos profissionais no momento da comunicação do diagnóstico, são elementos fundamentais para segurança e satisfação das

mulheres. Parece existir uma relação importante entre esses aspectos relacionados a adesão ao tratamento e a reabilitação.

A mastectomia e a terapia conservadora constituem-se como as principais terapêuticas cirúrgicas disponíveis para a neoplasia da mama, e ambas têm resultados semelhantes para a sobrevivência. No entanto, as consequências destas abordagens têm forte influência na qualidade de vida subsequente ao tratamento (ENGEL et al., 2004). As autoras ressaltam que, a qualidade de vida daquelas que se submetem a tais técnicas influenciam os profissionais e clientes na escolha do tratamento adequado.

Durante o tratamento, a mulher passa por vários momentos de possíveis lutos: o de ser portadora de câncer, o surgido pela confirmação do diagnóstico, o desencadeado pelo tratamento cirúrgico e pela perda da imagem corporal, afora o gerado pelas possíveis limitações advindas da cirurgia. Durante o enlutar-se, tem a possibilidade de entrar em contato com os seus conteúdos internos e enfrentar uma nova realidade, esta acompanhada de tristeza e depressão (MALUF; MORI; BARROS, 2005).

A mastectomia como um dos métodos terapêuticos para o tratamento do câncer de mama constitui-se em uma técnica mutiladora que acarreta uma série de modificações físicas e psicológicas na vida da mulher.

De acordo com Leal (2000), a retirada da mama desencadeia angústias muito primitivas. O órgão extirpado tem uma função primordial na estruturação do psiquismo, na dinâmica relacional entre mãe e filho e, também, entre a mulher e seus objetos de desejo.

Neste sentido,

Se a perda desse órgão, prescindível dentro do corpo conhecido pela medicina provoca tantos danos às mulheres, é porque há uma outra realidade onde ele tem significado e outro valor. Não se trata mais da mama, mas do seio que a recobre. Perdê-lo para muitas é como perder a vida, implica uma dor que ultrapassa as questões médicas. (ÁVILA e ZACAGNINI apud LEAL, 2000, p. 111).

Na sociedade, a imagem corporal da mulher é concebida a partir do seio, o que lhe diferencia do sexo oposto. Tal órgão é visto como forma expressiva de feminilidade, fazendo parte da linguagem corporal para a conquista do parceiro (FERNANDES, 1997). Quando extirpado, como no caso da mastectomia, surgem alterações físicas e comportamentais importantes.

A imagem corporal, entendida como a representação que temos do nosso próprio corpo, é alterada pela mastectomia. De acordo com Duarte e Andrade (2003), a imagem corporal está diretamente ligada à percepção, sendo constituída de aspectos fisiológicos, psico-afetivos, cognitivos e relacionais. Neste sentido, a imagem que o indivíduo tem sobre o seu corpo é construída e (des)construída ao longo das vivências.

Ainda no que diz respeito à mastectomia, Rossi e Santos (2003) afirmam que esta tem repercussões emocionais importantes que danificam não somente a integridade física, como, também, a imagem psíquica que a mulher tem de si mesma e de sua sexualidade. Salientam, também, que esse evento é permeado de vivências extremamente dolorosas relacionadas com a sensação de perda interna, o que altera a relação que ela estabelece com o seu corpo e sua mente.

Esses autores afirmam no que diz respeito à relação conjugal que, algumas participantes não mantinham relacionamento afetivo-sexual antes da doença e passaram a se afastar de futuros relacionamentos. Esse afastamento é atribuído ao temor da rejeição pela ausência da mama.

Em concordância com esse pensamento, Vieira e Queiroz (2006) apontam que mulheres submetidas à mastectomia radical, sentiam-se envergonhadas e temiam a rejeição das pessoas, especialmente dos companheiros. Ao discutir sobre os fatores de enfrentamento vivenciados por famílias de mulheres com câncer de mama, Tavares e Trad (2008) afirmam que, a extirpação da mama não afeta somente a auto-estima e a imagem corporal, mas é responsável também por promover o distanciamento afetivo e físico entre a mulher e o parceiro.

No período pós-cirúrgico, as mulheres retomam o seu cotidiano após superarem o medo da morte. Neste momento, quando se restabelece o convívio social através de atividades de lazer e laborais, surgem preocupações relacionadas com o próprio corpo, fazendo com que passem a reelaborar suas potencialidades e formas diferenciadas de relacionar-se com os outros e consigo mesma. Sob esse aspecto, as modificações do próprio corpo implicam, também, em transformações afetivas, refletidas na forma de como percebem a si próprias (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Cantinelli et al., (2006) ao estudarem a oncopsiquiatria de mulheres com câncer de mama, apontam que, ao realizarem a mastectomia total essas mulheres sentiam-se menos atraentes, infelizes com a aparência, tinham limitações no trabalho, no lazer e evitavam o contato com outras clientes.

Neste sentido, tais limitações laborais decorrentes dos tratamentos, alteram o cotidiano da mulher com câncer. Aureliano (2007) aponta que, as atividades cotidianas são alteradas e conduzem as mulheres a um sentimento de perda da autonomia. Nesta situação, necessitará de ajuda e precisará limitar os seus afazeres, adaptando-se à outras atividades que não lhe comprometam a saúde. Tal situação de modificação de atividades outrora realizadas, também irá refletir nos demais membros da família, pois, em consequência da limitação, outros deverão realizá-las.

O sentir-se menos atraente, bem como as limitações não dizem respeito somente a mastectomia total. Makluf, Dias e Barra (2006) concluem que o tipo de cirurgia, seja da conservadora com mastectomia ou a conservadora com mastectomia e reconstrução imediata, a idade e o tempo da cirurgia, influenciam na qualidade de vida das mulheres tratadas por câncer de mama.

Depois do tratamento, as mulheres vivenciam repercussões psicológicas que afetam o relacionamento afetivo, podendo ocorrer distanciamento do parceiro. Aquelas que não mantinham relacionamento sexual antes da doença apresentam uma postura que revela descrença com relação aos novos relacionamentos, sobre a perspectiva de frustrar o parceiro e sofrer rejeição pela condição de “mutiladas”, termo intitulado pelas pacientes (ROSSI; SANTOS, 2003).

Após vivenciar a fase de diagnóstico e do tratamento, as mulheres, em muitas das vezes, tendem a restabelecer o seu equilíbrio biopsicossocial, uma vez que também respondem bem ao tratamento. Entretanto, as mesmas continuam a ter necessidades especiais e a conviver com o universo do câncer no intuito de conseguir sua plena reabilitação. Nesta etapa, as mulheres se defrontam com outras fontes potenciais de estresse, apresentando-se mais vulneráveis (SILVA; SANTOS, 2008).

Compreendo que tais fontes de estresse referidas pelas autoras incluem dificuldades de enfrentamento da nova imagem corporal, limitações físicas após a mastectomia, efeitos físicos e psicológicos decorrentes dos tratamentos, a sua reinserção na sociedade e o desempenho dos papéis familiares.

Atualmente, os avanços tecnológicos disponíveis para o tratamento do câncer de mama têm propiciado terapias mais eficazes. No entanto, os sintomas apresentados com a realização destes, conduzem as mulheres às experiências de alterações psicológicas afetando o existencial do ser-mulher.

No que concerne as repercussões psicológicas do adoecimento e do tratamento do câncer de mama, Rossi e Santos (2003) concluem que, embora o adoecimento e o tratamento produzam efeitos devastadores, observaram-se nas mulheres expectativas otimistas com relação ao futuro. Em seu estudo, tais expectativas refletiram sentimentos de esperança, lutando contra as adversidades. Para as autoras, essa postura pareceu essencial na construção de estratégias de enfrentamento mais eficientes diante da situação de adoecimento e tratamento.

Em concordância a esse pensamento, alguns autores discutem sobre as modificações ocorridas após um tratamento de câncer de mama que são transformadoras e significativas. Após vivenciar o câncer, as mulheres resgatam o seu potencial criador e a espontaneidade para dar respostas adequadas às experiências vividas, redirecionando a existência com novas possibilidades e perspectivas de vida (OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004).

O câncer é considerado como uma doença crônica que exige do paciente um esforço pessoal para enfrentar, administrar e controlar a doença ao longo do tempo. As vantagens do tratamento para o câncer são geralmente difíceis de determinar, pelo motivo dos efeitos colaterais subjetivos que influenciam a qualidade de vida do indivíduo (VENTAFRIDDA et al., 2006).

Os problemas vivenciados pelas mulheres que sobrevivem ao câncer de mama são atualmente conhecidos, e as respostas de adaptação a estes são individuais. Portanto, o apoio prestado pelos profissionais de saúde e pelos familiares é decisivo no intuito de garantir uma melhor qualidade de vida (MELET, 2005).

A partir do ano de 1950, foram observados grandes avanços no que tange ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, contribuindo para o aumento na sobrevivência dos pacientes. Este fato, no entanto, sugere a necessidade de estudos sobre as repercussões e adaptações psicossociais dos pacientes e suas famílias no intuito de lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida (SILVA, 2008).

O interesse pela definição de qualidade de vida na área da saúde é atual e deriva, em parte, de novos paradigmas que têm influenciado as práticas e políticas públicas nas últimas décadas. O processo saúde-doença é determinado por condições multifatoriais e complexas. Neste sentido, a saúde e a doença estão relacionadas aos aspectos econômicos, sócios culturais, experiências pessoais e estilos de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Atualmente, mesmo com o interesse demonstrado com os estudos sobre qualidade de vida, não existe um consenso sobre a definição deste termo. Embora a qualidade de vida esteja relacionada a bem-estar e valores humanos como preconiza a Organização Mundial de

Saúde, diversos autores sugerem a verificação de elementos isolados de qualidade de vida, tornando-se difícil uma visão global dessas diferentes partes (VENTAFRIDDA et al., 2006). De acordo com os mesmos autores, a definição da qualidade de vida refere-se à avaliação da saúde de um paciente a partir do que este acredita ser possível ou ideal. Defendem que, a qualidade de vida não inclui somente aspectos como felicidade, satisfação ou padrões de vida, mas compreende, também, o impacto do tratamento sobre as dimensões da vida. Sob essa perspectiva, foram identificadas diferentes abordagens para a definição de qualidade de vida, dentre as quais algumas se referem aos aspectos psicológicos, a reintegração à vida normal e a lacuna entre as esperanças e expectativas dos pacientes.

As práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde mencionam a qualidade de vida como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, ou seja, trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as doenças, disfunções ou incapacidades podem ocasionar para os indivíduos acometidos, favorecendo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição (SEIDL; ZANNON, 2004).

Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que o tema qualidade de vida já foi incorporado na prática médica profissional, sendo utilizado para assinalar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, são oferecidas indicações técnicas de melhoria nas condições de vida dos doentes. Definem o termo como (p.8): “uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial”.

No que diz respeito ao conceito de qualidade de vida, Seidl e Zannon (2004) afirmam que, na área da saúde são identificados dois termos, a qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde. O primeiro termo sofre influência dos estudos sociológicos e não faz menção a disfunções e agravos.

Porém, tais estudos, partem de uma definição genérica do termo, pois os modelos estudados incluem indivíduos saudáveis da população, excluindo aqueles em situações de enfermidade. A expressão qualidade de vida relacionada à saúde implica em aspectos relacionados às doenças e as intervenções em saúde e, os instrumentos utilizados para mensuração nestas pesquisas tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam a percepção geral da qualidade de vida, embora a ênfase, usualmente recaia sobre os sintomas e limitações causadas pelas doenças.

As dificuldades concernentes à avaliação da qualidade de vida restringem a sua inclusão, na área da saúde, em grande parte devido à carência de informação das equipes de

saúde a respeito das diferentes possibilidades existentes, atualmente, para a investigação da qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Os autores ao abordarem também, sobre os aspectos conceituais e metodológicos da qualidade de vida, afirmam que esta é um constructo eminentemente interdisciplinar, sendo indispensável às contribuições de distintas áreas do conhecimento. No que tange a clarificação do conceito asseveram:

Seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 586).

Portanto, qualidade de vida, é um tema tratado sob diferentes olhares da ciência e do senso comum, do ponto objetivo ou subjetivo, em abordagens individuais e coletivas, e no âmbito da saúde.

Quando é amplamente visualizado, o termo se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, tendo no seu conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Esses autores, ainda, concordam que quando esse termo é discutido em uma maneira mais focalizada, coloca na sua centralidade a capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades das condições de morbidade. Isso se explica, pois, os profissionais de saúde podem influenciar diretamente aliviando a dor, o mal-estar, as enfermidades, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependência, objetivando evitá-los ou minorando suas consequências.

Os propósitos de se avaliar a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama fundamentam-se em aspectos como, o impacto e a eficiência de tratamentos distintos, procedimentos ou tipos de intervenções cirúrgicas, avaliar o impacto físico, psicossocial e psicológico da doença, bem como identificar fonte de suporte familiar e social (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006). As autoras ainda concluem que, a inclusão de medidas que promovam a qualidade de vida dessa clientela apresenta-se como um desafio para a prática clínica, uma vez que os indicadores da qualidade de vida podem nortear as estratégias de intervenção terapêutica e, avaliar o sucesso da intervenção pós-cirúrgica, além de criar parâmetros para a definição de ações no sentido de promoção de saúde individual ou coletiva.

Em um estudo sobre qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer de mama, Sales et al. (2008) salientaram que 82% das entrevistadas a consideraram boa ou ótima e



atribuíram isso, dentre outros aspectos, à saúde pessoal, a fé em Deus, ao bom relacionamento familiar e social e ao mais valor à vida. As demais 18% avaliaram a sua qualidade de vida como ruim ou regular, o que atribuíam ao medo de recidiva, a limitação das atividades, a idade e a problemas financeiros, dentre outros. Neste sentido, essa pesquisa demonstrou que essas pacientes notaram mudanças tanto positivas quanto negativas nos relacionamentos sociais, familiares e no trabalho, especialmente o doméstico.

Ao avaliar a qualidade de vida em 60 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, já submetidas à cirurgia e em tratamento quimioterápico, Rebelo et al.,(2007) concluíram que a idade influenciou significativamente na qualidade de vida. Constataram que as mais idosas apresentavam melhor qualidade de vida em termos de funcionamento físico e sexual, embora apresentassem problemas sintomáticos intestinais, como, diarreias. No que diz respeito à variável estado civil, as solteiras revelaram maiores preocupações com a saúde e com o futuro de um melhor funcionamento sexual.

No que concerne a qualidade de vida de um grupo de mulheres cubanas, o estudo de González et al. ( 2008) comprovou que, o adoecer pelo câncer, bem como as etapas do tratamento contribuem para o desencadeamento do medo da mutilação, da morte e das sequelas do tratamento. Afirmam, também, que o medo é experimentado ante o processo de hospitalização, o que leva a interrupção dos projetos de vida, bem como alterações nos relacionamentos sexuais.

As consequências emocionais adversas provenientes da retirada da mama necessitam de assistência adequada no intuito da reintegração social e familiar da mulher, o que facilitará a adaptação da cliente à sua nova condição (VIANA, 2004). Em concordância com este pensamento, Mendonza e Canfux (2002) afirmam que, a maneira de garantir a qualidade de vida necessária, para mulheres mastectomizadas, é sua reabilitação integral. Salientam que a reabilitação consiste na recuperação da capacidade potencial que existe em um paciente inválido e incapacitado. Os maiores problemas de reabilitação por elas enfrentados classificam-se como físicos, psicológicos e sociais sendo que a partir da ajuda multidisciplinar, as clientes aceitam e aprendem a adaptar-se aos efeitos potenciais e reais da neoplasia.

A reabilitação é definida como um processo de recuperação da qualidade de vida por meio da atenção às funções físicas, psicológicas, vocacional e dos papéis sociais desenvolvidos pelo indivíduo, valorizando a preservação da independência e autodeterminação. A reabilitação do paciente com câncer inclui intervenções psicossociais,

físicas, utilização de equipamentos para adaptação e recursos para educação do paciente e cuidador (GILLIS, 2006). Tais intervenções, conclui a autora, possibilitam a independência, reforçam a consciência, a compreensão do paciente e a participação no controle de deficiências.

Silva e Santos (2008) defendem a importância da reabilitação psicossocial da mulher com câncer de mama, pois afirmam que a sobrevivência a esta doença tem início no momento do diagnóstico e se perpetua durante toda sua vida. Neste sentido, a reabilitação é entendida como um processo global e dinâmico, orientado para a recuperação física e psicológica, intencionando tratar ou atenuar as incapacidades impostas pela doença e/ou seu tratamento, reinserindo socialmente a mulher e melhorando a qualidade de vida e sobrevida. Assim, a reabilitação está integrada a uma definição ampliada de saúde, que agrupa o bem-estar biopsicossocial e espiritual a que todos os seres humanos têm direito.

Durante a fase de reabilitação, as mulheres compreendem a experiência de vivenciar o câncer de mama, visualizando as modificações positivas e negativas em suas vidas. Dentre elas é destacado um redimensionamento da vida e uma revisão de valores. O reconhecimento desses aspectos positivos oriundos de uma experiência tão traumática quanto o câncer e seu tratamento, reflete a existência de bons recursos adaptativos e de enfrentamento por parte destas (ROSSI; SANTOS, 2003).

Silva e Santos (2008) ao investigarem os eventos estressores decorrentes do câncer de mama, na fase pós-tratamento, afirmam que a reabilitação física e psicossocial não se esgota após a conclusão da cirurgia, da quimioterapia e/ou da radioterapia. Os estudos que abrangem a etapa pós-tratamento são cada vez mais solicitados, no intuito de conhecer suas especificidades e necessidades.

Soma-se a isto, o fato da evolução nos tratamentos para o câncer, o que propiciam um aumento da sobrevida e uma apreensão crescente com a qualidade de vida dos pacientes que sobrevivem a doença.

Embora as autoras não tenham citado os eventos estressores, entendo que estes incluem, principalmente, o medo da recidiva e as dificuldades de readaptação as atividades cotidianas. Diante da recidiva do câncer, a mulher confronta-se com a possibilidade de vivenciar todas as alterações decorrentes das terapias, bem como a incerteza da cura. Este aspecto influencia negativamente no desenvolvimento das atividades que foram interrompidas, o que interfere na sua reabilitação e na qualidade de vida.

Para Clapis (1996), o trabalho com mulheres mastectomizadas, no processo de reabilitação, significa estimulá-las a integrar uma nova imagem corporal. Ressalta a

importância deste trabalho o mais precoce possível, ou seja, desde a confirmação do diagnóstico e do pós-cirúrgico imediato, no intuito de encontrar melhores opções para o enfrentamento do processo de reestruturação dessa imagem.

Fernandes e Araújo (2005) salientam que uma rede social de apoio contribui significativamente no enfrentamento da doença. Afirmam que, para esse suporte, depende o crescimento da autoconfiança e das atitudes positivas diante da doença. As formas de enfrentamento da vida após o câncer de mama foram relatadas de formas diferenciadas, explicitando a subjetividade de cada mulher. Incluíram aspectos como retorno ao trabalho, dedicação às obras sociais, aproximação com a família, envolvimento no centro espírita, atuação como voluntária em grupos de apoio (BACKES, 1997).

No contexto da área de saúde, os grupos de apoio são espaços onde os indivíduos partilham experiências comuns, habitualmente dolorosas, com inúmeras consequências, conduzindo as pessoas a perceber que não são as únicas a vivenciar tal situação, e que outros encontraram ou estão buscando soluções ou maneiras mais ajustadas de lidar com o problema (SILVA; LOUREIRO; SOUSA, 2004). Ao referenciarem os grupos de apoio à mulher mastectomizada, as autoras ressaltam que esses espaços fornecem um estímulo a socialização, possibilitando que aceitem e assumam a sua condição, de uma maneira menos conflitante e humilhante.

Hoffmann, Muller e Frasson (2006), ao estudarem as repercussões psicossociais do diagnóstico, tratamento e apoio social fornecido às mulheres com câncer de mama, concluíram que as pacientes entrevistadas, identificaram os grupos de apoio como os mais significativos no seu ambiente, durante a fase da doença. No entanto, os profissionais de saúde não foram considerados por elas como uma fonte de apoio significativa.

Com o recebimento do diagnóstico e durante a fase de tratamento a mulher pode afastar-se da sua rede social, vivenciando momentos de fragilidade e dependência. Neste sentido, as equipes de saúde devem proporcionar uma relação de confiança e acolhimento com essas pacientes.

Fernandes et al. (2005) salientam a importância dos grupos de auto-ajuda na reabilitação das mulheres mastectomizadas, uma vez que estes oferecem atividades que favorecem a diminuição das crises de angústia e depressão e uma melhoria da saúde mental. Tais grupos discutem sobre o diagnóstico e abordam assuntos como qualidade de vida, considerando suas necessidades psicossociais, durante o planejamento da assistência.

O termo câncer ainda está associado a sentimentos negativos, o que pode tornar a pessoa excluída socialmente quando acometida por essa doença. Os grupos de apoio propiciam o convívio com pessoas que vivenciam situação de doença semelhante. Neste sentido, essas experiências partilhadas possibilitam o enfrentamento de obstáculos e a superação de limites (PINHEIRO et al., 2008)

As autoras, ainda defendem que mesmo com os benefícios propiciados por tais redes de suporte, observa-se que há poucos espaços que proponham essas atividades e, que alguns aspectos, podem inibir a inclusão das mulheres nos grupos, dentre eles: diferentes procedimentos invasivos, o temor vivenciado pelas sequelas físicas e sociais da mastectomia e condições socioeconômicas desfavoráveis, que impossibilitam a frequência das participantes.

O apoio social reforça a auto-estima e a confiança, possibilitando que os indivíduos tenham maior controle das situações. As atividades desenvolvidas em grupo de apoio proporcionam um compartilhar de experiências pessoais tanto positivas, quanto as que produzem dor e sofrimento, favorecendo, assim, a troca, a reciprocidade e o cuidado mútuo (LACERDA; VALLA, 2006). Além da oportunidade de socialização e comunicação propiciadas pelo grupo de apoio às mulheres mastectomizadas, observa-se, também, melhora na aparência física e nos cuidados pessoais das participantes, bem como mudanças de atitude, como aumento da independência, melhora dos sintomas físicos e da qualidade de vida (BARBOSA et al., 2002).

Entre as atividades desenvolvidas em um grupo de apoio à mulheres mastectomizadas, destacam-se a realização de cursos, oficinas educativas, dinâmicas de grupo, atividades corporais. De caráter multiprofissional tem como principais objetivos: prestar assistência integral, favorecer a formação de uma equipe multiprofissional, desenvolver pesquisa na área de oncologia e treinar estudantes de graduação em enfermagem e em outras áreas para assistir integralmente essa mulher (FERNANDES; SANTOS; SILVA, 2005).

Barbosa et al. (2002), ao realizarem um estudo sobre o resultado das atividades grupais com mulheres mastectomizadas, enfocam que os sentimentos presentes no encontro desse grupo estudado foram: a necessidade de expressão, de serem ouvidas, de apoio e de experiências de partilha de problemas semelhantes. As atividades desenvolvidas com o grupo foram utilizadas, principalmente, para apoio e estímulo, no intuito de ajudá-las no desenvolvimento de uma rede de auto-ajuda, fundamental para a superação das dificuldades físicas e psicológicas.

Essas autoras concluem que, o grupo de atividades terapêuticas tem dentre outros objetivos, estimular a conscientização e reforçar a visão da paciente em relação ao processo

terapêutico, através da sensibilização destas para com os seus estados emocionais. Podem, no entanto, surgir algumas resistências como, por exemplo, o silêncio, conversas paralelas, abandono da sessão e ausências, que devem ser discutidas entre os membros do grupo. Destacam-se, também, as dificuldades em lidar com os sentimentos dolorosos, o que pode causar o seu ocultamento. Neste sentido, é necessário que exista uma relação de adaptação e confiança, evitando essas posturas de defesa.

Ramos e Patrão (2005) salientam que a intervenção psicológica é indispensável à mulher que enfrenta o tratamento para o câncer de mama, sobretudo nas questões relacionadas à perda da imagem corporal. Tal intervenção a auxilia a lidar com as modificações corporais desenvolvendo estratégias que lhe permita enfrentar mudanças na sua aparência.

Ao estudar um grupo de mulheres que recebiam intervenção psicossocial durante o tratamento para o câncer de mama, Sebastian et al.(2007) concluíram que a imagem corporal das mulheres do grupo foi melhorando progressivamente, e a variável relacionada a auto-estima parece ter sofrido forte influência do tempo, pois encontrava-se diminuída na fase de pré e pós tratamento, mas aumentava com o pós tratamento seguido do programa de intervenção.

O psicólogo tem como intenção propiciar o desenvolvimento do autoconhecimento, para que o paciente possa construir uma relação saudável consigo e com o outro. Auxilia, também, o paciente a apreender os enfrentamentos necessários para que a condução dos acontecimentos positivos e negativos ocorra de maneira satisfatória (DORO et al., 2004).

A psicooncologia é uma área de estudo que visa a abordagem dos aspectos psicológicos inerentes ao adoecimento e tratamento dos indivíduos com câncer, levando em consideração, o contexto familiar e social, além da oferta de apoio a outros profissionais. Esta área de estudo justifica-se, pois os fatores psicológicos e sociais estão envolvidos no surgimento, tratamento e evolução do câncer. Dentre os objetivos da psicooncologia destacam-se: ajudar o indivíduo a lidar com o diagnóstico e participar ativamente no seu tratamento e reabilitação, fornecer suporte no momento de comunicação do diagnóstico e prestar apoio em todas as fases da doença ao doente e a família (SILVA; LOUREIRO; SOUZA, 2004).

Neste sentido,

Por meio de uma integração de saberes poderemos chegar a uma faceta de multiplicidade de olhares para um mesmo foco, onde cada qual poderá contribuir com suas experiências, seu modo de pensar o ser humano e o mundo que este está integrado, vislumbrando um caminhar sem prescrições rígidas de como se deve

cuidar, entretanto alicerçado no conhecimento fundado na sensibilidade. (TERRA et al. 2006a, p. 168).

Atualmente, a psico-oncologia tem se destacado como importante suporte no cuidar de pacientes oncológicos. Os diagnósticos precoces, o progresso do conhecimento científico e sua influência sobre a qualidade de vida do paciente com câncer, bem como o aumento na sobrevida, contribuiu para que a reabilitação psicológica fosse reconhecida como parte integral no tratamento a essa clientela. O psiconcologista participa no treinamento dos prestadores do cuidado de saúde, no que diz respeito aos aspectos psicológicos do câncer, ajudando o paciente e a família a encontrar auxílio psicossocial após a alta hospitalar (VENTAFRIDDA et al., 2006).

Os programas de intervenção psicossocial para mulheres com câncer de mama têm alguns objetivos específicos, dentre eles: reduzir a resposta emocional negativa produzida pelo diagnóstico e posterior intervenção cirúrgica, bem como os efeitos produzidos pela quimioterapia; ajudar as pacientes na aceitação de uma nova imagem corporal; prover estratégias de comunicação no intuito de evitar problemas no relacionamento com o parceiro; desenvolver estratégias de enfrentamento adequadas para o câncer; ajudar a lidar com os medos relacionados com a doença, recidiva, dor e morte e favorecer a mulher a expressar seus sentimentos (SEBASTIAN et al., 2007).

O cotidiano da mulher com câncer é experienciado com sofrimento pelo estigma social que esta doença acarreta. As dificuldades advindas a partir da enunciação diagnóstica se perduram com os tratamentos, sendo fortalecidas quando há indicação da mastectomia. No entanto, os avanços terapêuticos, os grupos de apoio e o suporte familiar são fatores determinantes para a melhoria da qualidade de vida.

## 5 O CUIDADO COMO COMPREENSÃO DA ESSÊNCIA HUMANA

Cuidar é uma necessidade imperiosa de todas as espécies vivas. Desde que surge a vida, os cuidados existem: é necessário “cuidar” da vida para que ela possa permanecer. (COLLIÈRE, 2001, p. 117).

Atualmente, o conceito de cuidado tende a ser melhor compreendido no que diz respeito à assistência à saúde, e as(os) profissionais conduzem, equivocadamente, o cuidar e o processo de saúde-doença com conhecimentos exclusivamente tecnológicos, tais como procedimentos, rotinas hospitalares, o que, dentre outros aspectos, levam à fragmentação do ser humano e à ênfase no diagnóstico da patologia, principalmente, ao ser atendido em especialidades distintas (PIRES, 2005).

Observo que na área da saúde, ainda prevalece o olhar positivista que defende a abordagem voltada para a enfermidade, para a fragmentação do indivíduo, visando adequá-lo a um padrão ideal de bem-estar normativo decorrente de uma postura de formação objetivista e excludente, dos profissionais de saúde. No entanto, há um aumento no interesse em buscar um paradigma qualitativo do cuidado, tentando utilizar um método que integre a totalidade da experiência humana, estimulando, com esse comportamento, posicionamentos verdadeiramente humanísticos (GOMES et al., 2008).

As reflexões sobre o cuidar em saúde mostram-se oportunas, pois embora sejam inquestionáveis os avanços tecnológicos, as práticas sanitárias vigentes encontram dificuldades para responder a complexa demanda da clientela. No que tange ao cuidar em enfermagem, este ainda sofre as influências do modelo biomédico, curativo e hospitalocêntrico, que acaba por exigir profissionais tecnicamente treinados.

Nas instituições de saúde, mesmo ciente da necessidade de um cuidar mais abrangente à saúde, ainda predomina a postura mecanicista. Os profissionais envolvidos com tais instituições sofrem influência para exercer a manutenção da ordem que orienta o tratar o indivíduo como um mecanismo biológico desprovido de consciência e de vida emocional (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

Neste contexto, as pessoas doentes são submetidas a regras e normas institucionais e a cultura organizacional existente, despersonalizada, impessoal, e que desconsidera suas atitudes e sentimentos sendo analisado por muitos autores um ambiente desfavorável para a promoção da cura.

A racionalidade do modelo biomédico orienta grande parte das práticas de saúde vigentes nos serviços públicos, orientado pelos diagnósticos e tratamentos de enfermidades definidas pelo saber científico, priorizando as alterações e lesões corporais, em detrimento do ser humano e suas necessidades. De acordo com esta corrente de pensamento, existe pouco espaço de valorização ao outro, de escuta, para o acolhimento e cuidado integral à saúde (LACERDA; VALLA, 2006).

Esses autores ainda concordam que, ao mesmo tempo em que se percebe um limite da racionalidade do modelo biomédico em lidar com o sofrimento e com os aspectos subjetivos do adoecer humano, evidencia-se uma procura aumentada de atenção médica por enfermidades de cunho psicossocial.

Carvalho e Valle (2002) destacam que, o cuidado em enfermagem tornou-se impessoal, perdendo a visão do todo humano, ao fazer referência mais a doença que ao indivíduo. A enfermagem, ciência humana que se preocupa com o cuidado à saúde do ser humano necessita, primeiramente, compreender suas experiências e vivências a respeito da sua saúde. Tal perspectiva filosófica do cuidar confirma a necessidade de abordar o cuidado aos indivíduos de forma integral; no entanto, ela não acontece, pois, adotamos modelos preestabelecidos para o diagnóstico e os tratamentos (RIVERA; HERRERA, 2006).

A cura parece ainda estar assumindo determinações profundas sobre os atos da enfermagem, conduzindo a maioria das descobertas, norteando, equivocadamente, a direção das ações profissionais e, até, ofuscando a vivência de pessoas que se dedicaram a relatar experiências positivas sobre o cuidar humano, que deveriam, por princípio, ter maior destaque no trabalho da enfermeira.

Neste sentido, Collière (2001) destaca que:

A imagem de uma ciência onipotente e onipresente começou a impregnar as instituições de cuidados, com o risco de encobrir tudo o que pode ser descoberto a partir das situações vividas pelas pessoas e aniquilar o que se poderia aprender, ficar a saber a partir daí. (COLLIÈRE, 2001, p. 107).

O cuidar em enfermagem assumiu características profissionais oriundas de uma educação formal, fruto da modernidade e do aperfeiçoamento científico e tecnológico, bem como do poder crescente da doutrina médica, buscando a soberania dominante. Sob esta perspectiva, perdeu muito da sua arte, foco no ser humano e o conhecimento específico, o que concede ao profissional uma falsa idéia de autonomia (TERRA et al., 2006a).



Tal aspecto está presente no cotidiano assistencial da enfermagem, o que reflete um cuidar fragmentado, pois não procura compreender o outro. O cuidar em enfermagem está centrado em prescrições e técnicas rotineiras, que visam responder necessidades de ordem biológica.

Face ao exposto, a visão clássica sobre o cuidado parte da hipótese de que o ser humano é passivo, sendo o cuidado prestado de forma linear sem considerar que o outro pode relacionar e interagir com o cuidador. O cuidador, então, assume para si o cuidado planejado, lógico e metódico decorrente do seu olhar fragmentado como único meio para desenvolver o seu trabalho.

Nos dias atuais, as discussões acerca do cuidado humano se mostram fundamentais. Pensadores contemporâneos nos ensinam que a essência humana não se encontra somente na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. Por ser essencial, não pode ser suprimido nem descartado. Boff (1999, p.33) afirma que: "Cuidar é mais do que um ato. [...] Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro".

Ao pensar os modos e modelos de cuidar em enfermagem, exige dos profissionais uma compreensão do sentido e significado desse cuidado. Portanto, não implica, unicamente, uma questão instrumental e operacional da forma de trabalho, consiste, pois, no reconhecimento de sua finalidade para a vida humana. É pertinente, também, reconhecer que os modelos de cuidar não são neutros, mas sustentados por um conjunto de pensamentos teórico-filosóficos que orientam as escolhas de quem os executa (SOUZA et al., 2005).

Múltiplos investimentos vêm sendo aplicados em tecnologias que visam melhorar as condições da vida humana, na busca da cura ou da reabilitação para um número crescente de doenças. Porém, é evidente que tais inovações, também, contribuem para um contato entre profissionais e clientes cada vez mais desumano e carente de vínculos (SOUZA; BOEMER, 2005).

Há um distanciamento entre as inovações tecnológicas e o cuidado compreensivo. As primeiras parecem adquirir menos importância quando refletimos que tais recursos contribuem para o afastamento da relação cuidador e ser cuidado. O cuidado em saúde não deve somente se restringir à aplicação de tecnologias, precisamos compreender as necessidades da pessoa a quem prestamos o cuidado.

A perspectiva de cuidar compreensivamente concebe a existência como uma experiência situada, na qual o ser humano vive em relação com diversos contextos, nos quais estes se desenvolvem, modificam-se, curam-se e morrem. Neste sentido, essa experiência de

cuidar compreensivamente envolve estar atento intencionalmente e conscientemente, para a compreensão dos significados que os indivíduos dão às suas experiências (RIVERA; HERRERA, 2006).

No que se refere ao cuidar compreensivo na situação da experiência de adoecimento por câncer de mama, destaco que deve existir uma relação terapêutica que valorize a escuta, o acolhimento, o olhar atento e singular. O cuidado em enfermagem deve assumir um caráter intersubjetivo, quando possível, ajudando o outro a cuidar de si.

O cuidar em enfermagem tem o objetivo de contribuir para promover e restaurar o bem-estar físico, psíquico e social. Neste sentido, possui um componente humanístico ao promover a continuidade da espécie humana saudável e humanizada (SOUZA et al., 2005).

O cuidado sob este aspecto promove a liberdade e a autonomia, uma vez que possibilita condições para uma vida saudável em benefício de todas as pessoas. Para Caldas (2000), o cuidar em enfermagem é uma ocupação que vai além do atendimento às necessidades de um ser humano que se encontra fragilizado. É o comprometimento com o cuidado existencial, que engloba o auto-cuidado, a auto-estima, e a auto-valorização, dentre outros.

A autora complementa que esse cuidado existencial é um elemento essencial do cuidado, e acontece quando aquele que cuida compreende o mundo subjetivo do outro, vivencia a ligação com este, e se expressa de tal forma que é desvelada a singularidade do outro. Nesse sentido, compreendo que o cuidado sob esse prisma é um modo de relação que valoriza a subjetividade do outro, envolve desenvolvimento e empatia mútua permitindo ao cuidador compreender a natureza livre do ser humano.

Malvarez (2007) afirma que a história do cuidado humano é tão extensa quanto a da própria humanidade. Assevera que o processo de profissionalização do cuidado está relacionado a atenção à doença, mais especificamente ao desenvolvimento de instituições de atenção à saúde e à medicina como ciência.

Corroborando a esse pensamento, na evolução histórica da enfermagem destaca-se a importância das suas ações para o bem-estar humano, bem como a prevenção de doenças e a recuperação da saúde. No entanto, nos dias atuais, vivenciamos experiências práticas, no cotidiano assistencial, que nos conduzem a refletir sobre atitudes centradas em um modelo de cuidado compreensivo.

A questão do cuidado tem sido discutida em diversos planos das práticas discursivas, destacando-se o cuidado integral, holístico, ética do cuidado, dentre outros. No entanto, todas

estas abordagens nos conduzem a um emaranhado de posições profissionais, cada qual tentando atender uma totalidade ainda fragmentada (LEOPARDI, 1997).

Quando se discute sobre cuidado, humanização ou integralidade se faz referência a “um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o paciente e o profissional de saúde que lhe atende”. (AYRES, 2004a, p. 27).

No que diz respeito a relação do cuidar e da ação assistencial, Ayres (2004b) salienta que necessitamos considerar a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e o que se considera como cuidado, assim:

Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida, e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as crenças e valores pessoais, a religião etc), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de cuidado. (AYRES, 2004b, p.86).

Ao discutir o sentido do cuidado na dimensão da enfermagem, Silva et al. (2001) abordam que a teoria de Jean Watson é considerada uma Filosofia de Enfermagem, e para alicerçar sua teoria pautou-se no pensamento de alguns filósofos, dentre eles, Martin Heidegger.

O sentido do cuidado preconizado por Watson tem contribuído para uma formação mais humanística da enfermagem, ao propor uma transformação da visão tradicional e tecnicista dessa profissão.

De caráter fenomenológico-existencial e espiritual, o cuidado na compreensão dessa autora é destacado por conter conceitos que não são habitualmente discutidos no cotidiano assistencial, tais como intersubjetividade, transcendência, transpessoalidade, voltados as mais variadas condições humanas (SILVA et al., 2001).

De acordo com o exposto,

Para ela, o cuidado é o ideal moral, cujo fim é proteção, engrandecimento e preservação da dignidade humana; deve ajudar a pessoa a buscar significações para a doença, sofrimento, dor e existência. Ainda precisa contribuir com o outro para o autoconhecimento, autocontrole e autocura (bem-estar). Neste sentido, o *cuidado* de enfermagem denota essência com similaridade à concepções do cuidado humano autêntico heideggeriano. (SILVA et al., 2001,p.40).

Martinez (2004) ao abordar a perspectiva do cuidado segundo a teoria de Jean Watson, afirma que segundo essa autora o cuidado é um processo vital para a sobrevivência humana,

ocorrendo em todas as relações humanas significativas. Todas as ações de cuidado dependem da habilidade da enfermeira para perceber a subjetividade do outro, bem como a habilidade para sentir-se unida e próxima do ser humano, experimentando e imaginando os seus sentimentos.

Ao discutir e também, sobre as teorias do cuidado, Waldow (2008) cita Madeleine Leininger que defende o cuidado é universal. Neste sentido, todas as pessoas cuidam e são cuidadas, desenvolvem hábitos e comportamentos de cuidar. De acordo com os pressupostos desta teoria, para desenvolver o cuidado, em indivíduos doentes ou sãos, as enfermeiras devem conhecer valores, crenças e práticas culturais, pois estes estão inseridos nas visões de mundo, na linguagem, na religião, na história e no contexto ambiental de cada cultura humana. Neste sentido,

O cuidar, o relacionar-se com o outro é a estrutura fundamental do ser-aí. “Cuidar” se expressa pela relação com o outro dentro do mundo. Existencialmente falando, significa “zelar”; é o desvelar do outro, orientado pela consideração e paciência [...] o cuidar é uma estrutura fundamental do ser que assim se revela. O cuidado põe em evidência o ser livre. O ser humano sem “cuidado” não pode ser livre. (WALDOW, 2008, p. 45).

Ao discutir a noção de cuidado como uma ação integral, Pinheiro e Guizardi (2006) afirmam que esta é compreendida como o “entre-relações” de indivíduos, ou seja, ação integral como resultados e repercussões de interações positivas entre os pacientes, profissionais e instituições, que refletem em atitudes como um tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Compreendo que esse “entre-relações” acima referido significa uma postura de caráter compreensivo, que envolve a relação entre o cuidador e o ser cuidado. Reflete uma maneira envolvente em que o cuidador mantém a sua relação com o outro, demonstrado por atitudes de consideração e paciência.

Ayres (2004a) afirma que, o termo cuidado em saúde remete a um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de métodos tecnicamente orientados para o bom êxito de uma determinada terapêutica. Contudo, necessitamos compreender que nem tudo que é importante para o bem estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. Refletindo sobre o cuidado, o mesmo autor define-o como (p.22): “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

O cuidar está na origem de todas as culturas. Homens e mulheres, desde os primórdios da humanidade, esforçaram-se para sobreviver, e, ao contrário do que se acredita, atualmente, não é em torno da doença que se desenvolveram as práticas dos cuidados, mas a volta de tudo o que permeia a sobrevivência humana (COLLIÈRE, 2001). A mesma autora ainda salienta que:

Quer dizer que, durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo. (COLLIÈRE, 2001 p. 27).

Waldow (2001) afirma que o cuidar sempre esteve presente na história da humanidade como uma forma de viver, de relacionar-se, e, durante um período de tempo, este era característico da enfermagem, que hoje, na práxis, tenta resgatá-lo tanto no seu conhecimento quanto na sua arte.

O indivíduo, assim como todos os demais seres vivos, sempre precisará de cuidados, pois, este se constitui em um ato de vida, que tem como principal objetivo permitir a continuidade da vida (COLLIÈRE, 1999).

O processo de cuidar envolve crescimento e reconhecimento das condições do bem-estar humano, ocorrendo independente da cura. É intencional e entre os seus objetivos estão aliviar, confortar, ajudar, favorecer, estabelecer, restaurar, dar, fazer, entre outros. O cuidado é fundamental em todas as situações de enfermidades, incapacidades, durante o processo de morte e no cotidiano do seres humanos, como uma forma de viver e de se relacionar (WALDOW, 2001). Ainda no que diz respeito ao cuidado, este

[...] entra na natureza e na constituição do ser humano. [...] Sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não recebe o cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde o sentido e morre [...] Por isso o cuidado deve ser entendido na linha de essência humana. O cuidado há de estar presente em tudo. (BOFF, 1999 p. 34).

Ao abordar o cuidar como inerente ao ser humano, Sales et al. (2008) afirmam que (p. 178). “a arte de cuidar funda-se na fonte da vida, enredada em uma troca mútua de sentimentos e experiências, os quais avivam, nos seres envolvidos, a confiança, a empatia, o respeito que brotam do estar com o outro de forma autêntica”.

Face ao exposto,

Na ação de cuidar, ou seja, a arte de cuidar pressupõe o desenvolvimento da empatia, que significa participar da experiência da pessoa enferma, compreender e

vivenciar seu sofrimento e angústia numa forma solidária. Já a simpatia é fundamental para vincular o paciente ao cuidador. Quando se estabelece a simpatia mútua, resulta em confiança que, por sua vez, conduz à ternura e à solicitude. (WALDOW, 2008, p. 63).

Freitas, Merighi e Fernandes (2007) destacam que, alguns estudos demonstram que o cuidar em enfermagem pode apresentar-se diferente ao olhar de quem cuida e de quem recebe o cuidado. Enfocam que, a enfermidade, o cuidado e seus diversos aspectos podem ser resignificados pela abordagem fenomenológica existencial.

De acordo com essa perspectiva, o fenômeno de saúde e doença não pode ser analisado isoladamente do indivíduo que está vivenciando tal situação. A enfermeira deve considerá-lo em sua totalidade existencial, estabelecendo uma relação autêntica de cuidado.

Para o estabelecimento desta relação, destaco a importância da solicitude no cuidar daquela que experienciou o câncer de mama. Embora nas práticas de saúde, o cuidar esteja refletido pelos avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento desta doença, a atitude de comprometimento com o ser cuidado está relacionada à compreensão dos sentimentos vivenciados pela mulher no enfrentamento do adoecimento pelo câncer de mama.

No que se refere à filologia da palavra cuidado Boff (2005) afirma que cura é um dos significados eruditos do cuidado, presente na tradução de *Ser e Tempo*, de Martin Heidegger. Assim, cura expressa a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e inquietação. Face ao exposto,

Cuidado significa, então, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Trata-se, como se depreende, de uma atitude fundamental. [...] cuidado implica um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude. [...] A atitude de cuidado por uma pessoa pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade por ela. (BOFF, 2005, p. 29).

No entendimento de Heidegger, a solicitude é um modo de relação com o outro, cuidar da existência do outro e possibilitar ao outro o cuidado de si. O cuidado é constituinte do humano, do ser-aí ou *Dasein* e pode se apresentar de modo inautêntico e mediano que se caracteriza pela ocupação cotidiana, situação que o ser-aí é tomado pelo mundo do qual ele se ocupa. O modo autêntico manifesta-se como uma relação positiva do *Dasein* possibilitando-o tornar-se independente, respeitando a sua singularidade.

Neste sentido,

O preocupar-se pode tomar a direção de cuidar do outro, pulando em cima dele, subtraindo-o do seu fazer, do seu cuidar, o que conduz à dominação e à manipulação da co-presença [...] Nessa situação de co-existência inautêntica, observa-se o homem

como pre-sente, que simplesmente está-junto-do-outro e, assim, torna-o dependente. A outra possibilidade de direção da preocupação, apresenta caráter positivo e diz respeito à co-existência autêntica de ajuda. O pular em frente ao outro possibilita a este conquistar a liberdade e, assim, assumir o fazer, voltando-se para si mesmo, também de modo autêntico. (LOPES; SOUZA, 1997, p. 89).

O cuidado inclui duas significações básicas intimamente ligadas entre si. A inicial refere-se à atitude de desvelo, de solicitude e de atenção com o outro e a segunda de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetuosamente unida ao outro (BOFF, 1999).

Segundo a abordagem heideggeriana, o cuidado surge quando a existência do outro ser adquire importância para mim, e em consequência disto me disponho a participar da sua existência, e esse modo-de-ser me faz centrar no outro com desvelo e solicitude.

Nesta perspectiva filosófica, a solicitude é refletida pela maneira envolvente com que nos relacionamos com os outros, e quando temos comprometimento com o ser-no-mundo, demonstramos zelo e preocupação. No entanto, nas práticas de saúde, os profissionais, muitas das vezes, existem em um modo deficiente de ser-cuidadores, ao assumir o cuidado numa postura de domínio e manipulação.

Sales (2003) ao referir-se ao cuidado enxerga-o como uma forma do indivíduo estar em relação com o outro ser em um determinado espaço existencial. É neste modo de ser-uns-com-os-outros no mundo que o cuidado se manifesta como uma possibilidade de preocupação do ser consigo mesmo e com o ser dos outros.

Waldow, Lopes e Meyer (1995) salientam que, mesmo constituindo-se um atributo para todos os seres humanos, na área de saúde e, em especial, na enfermagem, o cuidado é autêntico e peculiar, tornando-se a razão existencial da profissão. A enfermagem ao realizar o cuidado baseado em um modelo de transição, ou seja, a cada estágio do desenvolvimento humano, contribui para aumentar as possibilidades de auxílio ao indivíduo, considerando o humano em mudança como um ser holístico e integral (ZAGONEL, 1999).

Em relação ao cuidado, Waldow (2006) afirma que este é um ideal, e busca-se inserí-lo em sua integralidade no nosso cotidiano. No que diz respeito à compreensão do cuidado, também, defende que este é um fenômeno existencial, relacional e contextual. Neste sentido,

Existencial porque faz parte do ser; na verdade é o que confere a relação de humanidade deste ser [...] Relacional porque ocorre, e só ocorre, em relação ao outro, na co-existência com outros seres [...] E contextual porque assume variações, intensidades, diferenças nas suas maneiras e expressões de cuidar conforme o meio, o contexto em que se apresenta a cada momento. (WALDOW, 2006, p.9).

Em relação ao cuidado e a reconstrução das práticas de saúde, Ayres (2004b) afirma que o indivíduo, na qualidade de portador de uma demanda de saúde, é de fato objeto de conhecimento e intervenção. No entanto, é necessário muito mais do que tratar de um objeto, já que a utilização das tecnologias deve se articular, verdadeiramente, com um cuidar que nos auxilie compreender os sujeitos com os quais interagimos nas e pelas ações de saúde.

Ao refletir sobre o cuidado numa perspectiva de complexidade<sup>12</sup> o cuidador é visto como alguém diferente e singular, ser de relações, alguém que está no mundo e com o mundo; compreende as sensações, valoriza a experiência do indivíduo que cuida, utiliza os procedimentos técnico-científicos disponíveis apenas como instrumento de aproximação, intencionando o bem estar e a satisfação do outro. No modelo da complexidade, o cuidado busca do cuidador outra forma de encarar o humano, compreendendo-o segundo as suas possibilidades. “O cuidado é uma forma de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros” (TERRA et al., 2006a).

Waldow (2006) cita as maneiras de como ocorre o cuidado: aquele em que o cuidador assume o que o indivíduo é capaz de realizar por si próprio; o cuidado em que o cuidador ajuda o outro a cuidar de si, favorecendo sua potencialidade existencial de vir a ser. A esta última maneira se reporta Heidegger como “cuidado autêntico”. Segundo a autora, referindo-se ao filósofo, afirma que este considera o cuidado como um modo de ser. Sob essa assertiva, enfoca (p. 35): O “ser-no-mundo, caracteriza-se pelo cuidar, por estar em relação. Significa um vir-a-ser, em se completando, em se fazendo, indicando potencialidades e possibilidades. O cuidar significa, ainda, solicitude, preocupação e estar com”.

Ainda no que diz respeito ao ser-no-mundo, Boff (1999) afirma que:

Este modo de ser no mundo, na forma de cuidado, permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor, daquilo que se tem importância e definitivamente conta. Não do valor utilitarista, só para o seu uso, mas do valor intrínseco às coisas. A partir desse valor substantivo emerge a dimensão de alteridade, de respeito [...]. (BOFF, 1999, p.96).

Heidegger com a sua ontologia existencial recorre à palavra cuidado para designar próprio ser do humano, o ser-aí, o *Dasein*, e ainda defende que este ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo (AYRES, 2004a).

---

<sup>12</sup> Organização comum que coloca como sendo inseparavelmente associados indivíduo e contexto, ordem e desordem, sujeito e objeto, corpo e mente, todos os tecidos que regem os acontecimentos, as ações, as interações e retroações que tecem a realidade de nossa existência (TERRA et al., 2006b).



Em concordância com este pensamento, Nogueira (2006) afirma que:

O Dasein, antes de tudo, é um ser que cuida ao se descobrir "lançado ao mundo". O cuidado é o ser-no-mundo do Daisen: o Daisen, em sendo, mostra cuidado. O que se denomina "cuidado em saúde" remete a esses dois modos fundamentais do Daisen e de sua forma de ser como cuidado. Todo cuidado em saúde, numa compreensão do concreto, deriva da combinação possível desses dois modos de ser: manualidade - aspecto técnico que usa instrumentos tais como medicamentos e preocupação, porque se dirige a um ente que tem o modo de ser do Dasein, o homem. (NOGUEIRA, 2006, p.340).

Na compreensão de Boff (2005, p.28): "nós não temos apenas cuidado. Nós somos cuidado". Sob esse olhar o cuidado assume uma dimensão ontológica, ou seja, entra na constituição do ser humano, constituindo-o como um modo-de-ser singular do homem e da mulher. O autor parafraseando Heidegger afirma que quando o filósofo se refere ao cuidado como "constituição ontológica", significa que entra na definição essencial do ser humano, determinado a estrutura de sua prática.

Heidegger (1981, p.19) afirma que outra maneira de cuidado para com o outro quer dizer: "possibilitar ao outro assumir seus próprios caminhos, crescer, amadurecer, encontra-se consigo mesmo".

No que tange ao cuidado em uma perspectiva fenomenológica heideggeriana, Simões e Souza (1997a) afirmam que, o cuidar do outro, do ser-aí é a sua essência. No entanto, embora os profissionais se apresentem indiferentes no cotidiano assistencial, o olhar atento para as vivências profissionais evidenciam que o agir na enfermagem, é singular, assim como o sujeito deste cuidado também é.

Refletindo sobre a profundidade desta temática, ressalto a importância deste estudo para a compreensão pelas(os) enfermeiras(os) de que os sentimentos vivenciados, por aquela que experienciou a mastectomia e a reconstrução mamária, necessitam ser compreendidos, no intuito de valorizá-la como ser único e singular.

No que diz respeito à prática dos cuidados pelas(os) enfermeiras(os), Ayres (2004b, p.85) destaca que o cuidar nas práticas de saúde constitui-se "[...] no desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro subjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela [...]" Afirma que:

[...] para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo. (AYRES, 2004b, p.85).

Atualmente, ante a complexidade das questões de saúde-doença encontradas, as(os) profissionais de saúde não vão conseguir promover a “cura” do adoecimento e do sofrimento. Contudo, o ato de cuidar do outro com compaixão, solidariedade e apoio podem colaborar para aliviar o impacto do adoecimento no intuito de ajudar os indivíduos na elaboração de novas perspectivas para o enfrentamento dos problemas cotidianos (LACERDA; VALLA, 2006).

Quando nos referimos a complexidade do adoecer pelo câncer de mama, devemos considerar que os problemas cotidianos são decorrentes de um estar-lançada no enfrentamento pela doença. Ajudar a mulher a expressar seus sentimentos possibilita a relação compreensiva de cuidado, na medida em que compreendemos, a partir da escuta ativa e da empatia, o que significa a experiência da doença para a mulher.

Ayres (2004b) aborda que, as bases científicas da tecnologia em saúde não devem permanecer restritas às ciências biomédicas. São necessários conhecimentos que instruem as(os) profissionais sobre outras perspectivas nas formulações e execuções das práticas de saúde. Os conceitos e as técnicas de psicologia, antropologia e sociologia são efetivas para superar a perspectiva individualista que exerce influência em tais práticas, bem como contribuem para a compreensão dos sujeitos envolvidos no cuidado.

O mesmo autor, conclui que mesmo com a ampliação dos saberes científicos, as(os) profissionais têm que trabalhar para que o indivíduo assistido e seus contextos estejam inseridos neste cuidar. As diferenças dos pressupostos das diversas áreas do conhecimento ainda tendem a trabalhar com relações de determinação, que são abstratas quando comparadas àquelas presentes no cotidiano das práticas de saúde. Precisa-se, pois, uma re-organização desses espaços de prática onde estejam disponíveis os saberes e materiais tecnocientíficos. Entretanto, a presença do ser que é cuidado deve ser ativa e as interações intersubjetivas devem ser ricas e dinâmicas.

Cuidar é, portanto, “uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo o acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida”. (LACERDA; VALLA, 2006, p.95).

Assim,

É preciso, portanto, levar em consideração que existe um processo de adoecimento e sofrimento que não se restringe a dimensão física dos sujeitos, e que pode destruir seus projetos de vida e sua relação com o mundo. Nessa compreensão ampliada e por meio de um trabalho integrado em rede, os profissionais de saúde atuam como cuidadores e podem ajudar os sujeitos a reelaborar e ressignificar as experiências que causaram dor e sofrimento, a ter maior controle das situações e encontrar um sentido e coerência de vida. (LACERDA; VALLA, 2006, p. 100).

No que concerne ao cuidado às pessoas em situações de câncer, Gargiulo et al. (2007) descrevem que as enfermeiras que as auxiliam procuram buscar significados e respostas aos questionamentos presentes no processo de viver, adoecer, curar e morrer, além de implementar medidas para a promoção da vida e alívio do sofrimento.

A concepção de cuidado que considera o indivíduo doente e a família é ampla e envolve uma preocupação com a manutenção e restauração da saúde, assim como uma adaptação às sequelas impostas pelo câncer. Esse foco de atenção permite a pessoa uma responsabilidade contínua com o seu bem-estar, a qual deve ser partilhada entre a família e as(os) profissionais de saúde (SECOLI et al., 2005).

Os autores ainda discutem que algumas pessoas sofrem com a possibilidade de morte, e podendo observar uns gravemente enfermos e outros que falecem. Ao sofrer uma recidiva de câncer, estas confirmam muitas de suas expectativas em relação à doença. Nesta fase esperam mais diálogo que simples respostas, bem como a compreensão de suas ansiedades.

Carvalho (2008) aborda que, o cotidiano assistencial a indivíduos em situação de doença oncológica constitui-se em uma experiência complexa e sofrida, significando mudanças na vida destes e sua família, uma vez que o sofrimento e a dependência por cuidado contribuem para aumentar as demandas familiares. A família pode não encontrar-se preparada para esse assistir. Neste sentido, é importante a sua inserção durante todo o processo de cuidado, sendo respeitadas as suas dificuldades emocionais, sociais e culturais que impõe limites para o enfrentamento do câncer.

Ao discutir o papel da enfermagem, Camargo (2007) ressalta que no cuidado de pessoas em situação de doença oncológica ressalta a importância deste cuidado incorporando um conjunto de conhecimentos científicos e tecnológicos associados à ótica do ser humano que merece ser ouvido e assistido, com amor, consideração, tolerância, dignidade e ética.

Destacando o cuidar da mulher mastectomizada, Gomes (2007) afirma que a mulher que experienciou a mutilação, encontra-se atingida na sua auto-estima e preocupada com os fatores que contribuiriam para o agravamento e a reincidência do câncer. Aborda que trabalhar com alguém com câncer é lidar com o ser que enfrenta a facticidade de estar-lançado na direção da morte, com poucas possibilidades de sobrevivência e cura.

O cuidar do outro é uma atitude que nos leva à reflexão, principalmente quando nos referimos ao cuidado à mulher que sofre a mutilação de uma parte importante do seu ser. Acredito que este estudo irá contribuir para a reflexão das(os) enfermeiras(os) acerca da real essência do cuidar, levando-as(os) a repensar o cuidado para o desenvolvimento de intervenções assistenciais pautadas no conceito de singularidade.

No que diz respeito ao cuidar em enfermagem, Camargo e Souza (2003) ressaltam que esta profissão tem em sua essência o assistir ao ser humano em sua totalidade, compreendendo que cada indivíduo é singular e tem necessidades e valores próprios. Ainda afirmam que, o cuidado à mulher mastectomizada vai além dos princípios técnicos e científicos, busca o olhar atento e disponibilidade para auxiliar no enfrentamento da doença e suas consequências. As autoras consideram que:

O pensar e o agir fundado em base fenomenológica conduz à reflexão sobre o ser-aí, permitindo um encontro de natureza existencial com o nosso semelhante, aquele de quem cuidamos e que passa por um período difícil de sua vida, quando acometido, por exemplo, pelo câncer de mama. Ao nos conduzir a esse estado reflexivo, abre o caminho para repensar a atividade assistencial ainda hoje sustentada pelo modelo biologicista/biomédico e que, em consequência, se mostra tão afastada da clientela, do ser humano. (CAMARGO; SOUZA, 2003, p.618).

Ancorada na interpretação fenomenológica, Carvalho e Valle (2002) concluem que:

O trabalho da enfermagem é com o humano, o que propicia o olhar fenomenológico para o outro situado no mundo em sua totalidade de vida. Ele está no mundo de maneira dinâmica; não é pronto e acabado, mas um vasto horizonte de possibilidades, que vão se concretizando ou não, no transcorrer de sua existência. (CARVALHO; VALLE, 2002, p.846).

Envolvida com a temática em questão, pude apreender a importância de compreender os modos de ser da mulher que vivenciou a mastectomia e a reconstrução mamária, valorizando-a como ser único a ser cuidado de maneira compreensiva.

## 6 ESCOLHENDO A FENOMENOLOGIA COMO FILOSOFIA E MÉTODO

A natureza compreensiva deste tipo de pesquisa busca mergulhar no mundo da subjetividade, ir até o EU interior e seguir intimamente por caminhos ora da razão, ora da emoção, posto que somos um misto desses dois momentos, oscilamos entre um e outro, e vivemos assim continuamente. (SOUTO; SOUZA, 2004, p.404).

Motivada a compreender e não explicar os modos de ser da mulher mastectomizada com reconstrução mamária, optei pela fenomenologia como abordagem metodológica, pois, esta se constitui como uma ciência do rigor que procura examinar a experiência humana, descrevendo-a tal como ela se mostra.

A fenomenologia adota uma forma de reflexão que inclui a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam, descrevendo o fenômeno sem intenção de explicá-lo ou analisá-lo.

De acordo com Gonçalves (2005), a escolha pelo referencial teórico-metodológico exige, inicialmente, uma postura ideológica filosófica definida, por quem pesquisa diante do que se deseja estudar. Nas investigações que têm como objeto a compreensão dos fenômenos vividos e as experiências de vida, pois a opção do referencial apropriado assegura o rigor e possibilita o cumprimento do intento.

A partir do sentimento de crise e da necessidade de um recomeço pela filosofia, a fenomenologia nasce como tentativa de postular uma teoria do conhecimento, dentro de uma perspectiva mais ampla daquela que propunha a ciência. Aparece então, no início do século XX, na Alemanha o método fenomenológico em oposição ao método desenvolvido pelas ciências naturais, opondo-se, neste sentido, ao conhecimento científico vigente, propondo um caminho para o desenvolvimento das ciências eidéticas, as ciências das essências. Sua finalidade é a descrição dos fenômenos experienciados, conscientemente, sem preocupar-se com a explicação causal e livre de pressupostos e preconceitos (DARTIGUES, 2005).

Surgiu como método para fundamentar tanto as ciências quanto a própria filosofia, e tornando-se um movimento que forneceu as concepções básicas subjacentes ao método. De acordo com o tema de interesse e o objeto de estudo, a fenomenologia assume características específicas, surgindo então vários seguidores de Edmund Husserl: Martin Heidegger, Jean-Paul Ricoeur, Maurice Merleau-Ponty e Hans-Georg Gadamer entre os que têm se valido do método fenomenológico e da fenomenologia (GARNICA, 1997).

A palavra fenomenologia não foi criada por Husserl, pois, foi fonte de inspiração para os filósofos gregos e antes de Husserl, muitos já se referiam a esta, entre os quais Immanuel

Kant, Georg Wilhelm Fridrich Hegel, Franz Clemens Brentano, Wilhem Dilthey. No século XVIII, Kant publicou estudos utilizando o termo fenomenologia, e depois deu um tratamento ao fenômeno que era próprio à filosofia crítica kantiana, abrindo, ainda mais, o fosso entre o que aparece e o que é conhecido. No entanto, Husserl buscou, justamente, suprimir a distância entre aparecer e ser, aparecer e conhecer (JOSGRILBERG, 2004).

De acordo com a etimologia, a fenomenologia se constitui como estudo ou a ciência do fenômeno, e como tudo que aparece é fenômeno, o domínio da fenomenologia é praticamente ilimitado, não podendo, contudo, confiná-la numa ciência particular (BICUDO, 2000; DARTIGUES, 2005).

Segundo Heidegger (2006), as investigações que seguiam tornaram-se possíveis apenas pelas concepções estabelecidas por Husserl, cujas *Investigações Lógicas*<sup>13</sup> fizeram nascer a fenomenologia. Assim, ao discutir o conceito preliminar da fenomenologia ficou demonstrado que, o que ela possui de essencial não é ser uma “corrente” filosófica real. O filósofo afirma, ainda, que mais elevada do que a realidade está a possibilidade. A compreensão da fenomenologia depende unicamente de se apreendê-la como possibilidade.

Segundo Aranha e Martins (2003), a fenomenologia:

[...] tem como preocupação central a descrição da realidade, colocando como ponto de partida de reflexão o próprio homem no esforço de encontrar o que é dado na experiência e descrevendo “o que se passa” efetivamente do ponto de vista daquele que vive determinada situação concreta. Nesse sentido, a fenomenologia é uma filosofia da vivência. (ARANHA; MARTINS, 2003, p. 304).

No citado por Moreno, Jorge e Garcia (2004), o ser defendido por Heidegger é o criador dos entes, interage com o mundo, denunciando sua existência. Neste entendimento,

A sua essência, portanto o núcleo invariável, o que o singulariza, é o fato de existir. Assim, para compreender a sua essência, é necessário compreender os seus modos de se manifestar na existência, já que é nela que o ser realiza-se. Aqui Heidegger diferencia-se de Husserl, pois busca compreender o ser tendo como pano de fundo a historicidade que, para ele, está na sua essência. (MORENO; JORGE; GARCIA, 2004, p. 349).

A fenomenologia, que busca a descrição dos fenômenos tal como os mesmos se mostram à consciência, defende o princípio de abandono ou suspensão de todas e quaisquer

---

<sup>13</sup> Obra de renome, de referência no meio filosófico. Husserl parte dos problemas filosóficos concernentes a matemática pura, na medida em que a matemática pode ser tomada como paradigma de toda ciência (FELIX, 2004).

pressuposições, pressupostos ou idéias pré-concebidas. Tem-se, então, o que se denomina *epoché*. Neste sentido:

Ao se voltar para as coisas mesmas e para o mundo do vivido, objetivando apreender a essência do fenômeno, acaba-se por negar sujeito e mundo como existentes independentes um do outro. O objeto do conhecimento não é nem o sujeito, nem o mundo, mas o mundo enquanto vivido pelo sujeito. (CARVALHO; VALLE, 2002, p. 844).

Heidegger afirma que a palavra fenomenologia exprime uma máxima que se pode formular na expressão “para as coisas elas mesmas!”. Opõe-se às construções soltas no ar, às descobertas acidentais, à administração de conceitos só aparentemente verificados, por oposição às pseudoquestões que se apresentam, muitas vezes, como problemas, ao longo de muitas gerações (MARTINS, 1989).

De acordo com Moreira (2002),

A Fenomenologia de Husserl quer estudar não puramente o ser, nem puramente a representação ou aparência do ser, mas o ser tal como se apresenta no próprio fenômeno, sendo fenômeno tudo aquilo de que podemos nos aperceber na consciência, de qualquer modo que seja. A fenomenologia será, pois, o estudo dos fenômenos puros, será uma Fenomenologia pura, cuja tarefa é o estudo da significação das vivências da consciência. (MOREIRA, 2002, p. 71).

Ao discutir o conceito preliminar de fenomenologia, Heidegger (2006) afirma que a palavra se refere exclusivamente ao modo como se demonstra e se trata o que nesta ciência deve ser tratado. A ciência dos fenômenos significa apreender os objetos de tal maneira que se deva tratar de tudo que está em discussão, numa demonstração e procedimentos diretos. Ainda de acordo com o filósofo (2006, p.75-76): “A fenomenologia é necessária justamente porque, numa primeira aproximação e na maioria das vezes, os fenômenos não estão dados”.

Tanto no pensar heideggeriano, quanto no husserliano o essencial na fenomenologia não é separar o sujeito do fenômeno, mas agregar dialeticamente na intencionalidade o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação (TERRA et al., 2006b).

Heidegger utiliza a fenomenologia como trajetória para a construção da ontologia hermenêutica, aplica a máxima husserliana “volta às coisas mesmas”, retoma a temática do ser segundo o método fenomenológico, e ressalta ser essa a única forma possível para a conquista do acesso ao ser, através das estruturas ontológicas da pre-sença (LOPES, 1999).

A escolha da Fenomenologia como abordagem metodológica para o desenvolvimento da presente tese é justificada por esta abordagem se constituir como uma ciência do rigor, que procura examinar a experiência humana, descrevendo-a tal como ela se mostra.

No que diz respeito a fundamentação do método fenomenológico, este permite estudar o ser que se desvela à consciência, numa postura de diálogo e de acolhimento ao outro em suas opiniões e seus sentimentos, permitindo situar-se na perspectiva do outro, para compreender e olhar como o outro vê, sente ou pensa (GOMES et al., 2008).

Face ao exposto,

A investigação fenomenológica busca compreender o que acontece com o sujeito na sua interação com o mundo, como a sua consciência é afetada pelos acontecimentos, lançando mão das descrições, dos depoimentos, dos discursos, das maneiras pelas quais são expressos os pensamentos e os sentimentos dos sujeitos. Constitui-se, com efeito, no estudo dos significados, das essências, articulados ao discurso do sujeito por meio do qual o fenômeno se revela. (GOMES et al., 2008, p.148).

## 6.1 A FENOMENOLOGIA ONTOLÓGICO-HERMENÊUTICA DE MARTIN HEIDEGGER

Heidegger foi um pensador influente. Embora considerado inacabado, seu livro mais destacado, foi, *Ser e Tempo*, no qual entranha-se num processo de busca e reflexão analítica e reflexão sobre o sentido mais profundo da existência humana, é, sem dúvida, sua obra de maior impacto no universo filosófico contemporâneo.

Discípulo de Husserl afastou-se da fenomenologia como inicialmente posta por seu tutor, debruçando-se sobre a existência humana em seu sentido mais profundo, vinculando suas preocupações à questão do ser, em sua ontologia<sup>14</sup> fundamental. Propôs a destruição da ontologia tradicional, ao se voltar à procura original do ser, construindo uma nova terminologia filosófica para dar conta dessa proposta. Afirmava ser a apreensão do ser possível a partir da linguagem. Toda filosofia heideggeriana acaba sendo caracterizada como uma hermenêutica do ser (GARNICA, 1997).

A filosofia tradicional não conseguiu, durante muitos séculos, definir a questão do ser como foi destacado por Heidegger. Neste sentido, em *Ser e Tempo* este pensador volta-se para a questão essencial da filosofia e da humanidade, qual seja, o ser e seu sentido (CAMARGO, 2000).

---

<sup>14</sup> Parte da filosofia que trata da questão do ser enquanto ser e do ser concebido como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres (FERREIRA, 2004).



*Ser e Tempo* apresenta uma descrição do humano e de suas características essenciais, como “ser-no-mundo” que existe para algo ou alguém, portanto, que compreende, espacializa, e temporaliza a sua existência mundana. Seguindo esse pensamento, Gomes et al. (2008, p. 148) afirmam que:

O ato de compreender é intuitivo, global e tem sempre algum humor, sentimentos, envolve significados de experiências. O fato de espacializar refere-se ao modo como se vivencia o espaço, incluindo também a temporalidade, que significa a compreensão simultânea entre presente, passado e futuro.

Para Heidegger (1981, p. 11), “ser é a maneira como algo se torna presente, manifesto, entendido, percebido, compreendido e finalmente conhecido para o ser humano, para o ‘ser-aí’”. Em concordância com este pensamento, Garnica (1997, p.113) salienta:

O ser é, existencial e primordialmente, afetividade, comunicação e compreensão. Lançado no mundo, o homem percebe-se e torna-se humano no contato com outros humanos, afetado pelo que desse convívio descortina. Comunica suas experiências, compreende o mundo não como uma forma de apreendê-lo objetivamente, mas como um ato de descortiná-lo.

A palavra existência não tem relação com o conceito habitual e clássico de realidade. A existência deriva do verbo *ek-sistere*, significando algo que emerge, se manifesta, se desvela (HEIDEGGER, 1981). Para o filósofo: “Chamamos de existência ao próprio ser com o qual a presença pode relacionar-se dessa ou daquela maneira e com o qual ela sempre se relaciona de alguma maneira” (HEIDEGGER, 2006, p.48).

A filosofia heideggeriana coloca como ponto de partida para a reflexão, o próprio homem e a sua existência manifesta-se pelo seu modo de ser-no-mundo. Moreno, Jorge e Garcia (2004) afirmam que para o filósofo, o mundo-vida de um ser é construído a partir de seu modo de sentir, pensar, ver e interpretar o seu cotidiano. Desta maneira, o seu viver no mundo, passa a ser orientado por valores éticos, culturais e sociais importantes para a formação de suas estruturas de ser no mundo.

De acordo com Stein (2005), ao assinalar a expressão “ser-no-mundo” esta pode ser designada como a situação do “cuidado”. Enfoca, também, que (p.14): “a relação do cuidado consigo mesmo e com o mundo caracteriza todas as realizações da vida relacionando-se, assim com a vida como um todo”.

A expressão heideggeriana ser-no-mundo significa o modo básico do homem existir, diz respeito às inúmeras formas que o *Dasein* está possibilitado a viver. Para o filósofo: [...]

ser-no-mundo é uma constituição fundamental da presença em que ela se move não apenas em geral, sobretudo, no modo da cotidianidade [...]” (HEIDEGGER, 2006, p. 106).

Em concordância com o parágrafo anterior, a expressão “sendo-com-os-outros é a característica fundamental do existir humano, assim:

“Ser-com”, ou “sendo-com” para Heidegger é um constitutivo fundamental do “ser-ai” do existir humano. “Com” significa junto, algo ou alguém na presença do outro. Sem essa característica fundamental e genuína do ser humano, que Heidegger chama existenciália - maneiras características de se relacionar e de viver - a vida humana não teria sentido para nós. (SPANOUDIS, 1981, p.18).

Para Heidegger (2006, p. 203), “[...] A possibilidade de ser, que a presença existencialmente sempre é, distingue-se tanto da possibilidade lógica e vazia como da contingência de algo simplesmente dado, em que isso ou aquilo pode ‘se passar’”.

Ainda quanto a possibilidade, Inwood (2002, p. 147) afirma que “ela aproxima-se do ‘poder-ser’: ‘Dasein é a possibilidade de ser-livre para o seu próprio poder-ser.’”

Mora (2004, p. 135) destaca que:

Heidegger emprega o termo *Dasein* que se traduz às vezes por ‘existência’ mas não significa existência normal no sentido tradicional. O *Dasein* não é a existência no geral, nem tampouco uma entidade qualquer do ser humano enquanto é o único ente que se pergunta pelo sentido do ser. Nesse sentido o *Dasein* tem marcada uma preeminência sobre os demais entes. É necessária uma análise do *Dasein* que prepare um terreno para uma ontologia. O que importa é sublinhar que o próprio dessa existência não é o que já senão o seu poder ser.

Stein (2005) destaca que em *Ser e Tempo* é desenvolvida uma teoria do homem que não apresenta nenhum sentido prescritivo, não existindo, portanto, um modelo de indivíduo, nenhum dever-ser. Neste contexto, a obra apresenta um texto com discurso analítico existencial e emana a possibilidade de qualquer pensamento de teoria e práxis.

Alguns trabalhos na área da saúde têm se utilizado da abordagem fenomenológica, em especial a heideggeriana. Este enfoque permite a interpretação e a compreensão além da descrição da experiência humana. Possibilita, investigar, o que uma pessoa experimenta em relação a um fenômeno, que segundo Terra et al. (2006b), é denominada fenomenologia descritiva, bem como interpreta essa experiência, ou seja, fenomenologia hermenêutica.

O desenvolvimento de um estudo de caráter fenomenológico conduz à reflexão dos modos de ser do humano, possibilitando uma compreensão de natureza existencial com o sujeito do nosso cuidado, quando acometido de enfermidades como, por exemplo, o câncer de mama.

Tal compreensão existencial remete à solicitude, uma relação de cuidado autêntica, na qual o *Dasein* nos seus diferentes modos de ser relaciona-se com o mundo, consigo mesmo e com os outros. De acordo com Heidegger (1981, p.41),

A solicitude demonstra-se como um estado de ser do ser-aí (Dasein) - um estado que, de acordo com suas diferentes possibilidades, está ligado com seu ser em relação ao mundo de seu cuidado e, da mesma maneira, com seu autêntico ser em relação a si mesmo.

A solicitude, entendida pelo filósofo como uma maneira de cuidar, pode manifestar-se sobre dois aspectos. A que é representada por um cuidado dominador, na qual o outro assume para si o cuidado, privando o outro de se cuidar, criando uma situação de dependência. E o cuidar autêntico, uma relação que ajuda o outro a cuidar de si, propiciando o desenvolvimento de suas potencialidades.

Face ao exposto, o pensador conclui:

Em contraste a esse modo de solicitude, há um outro que não consiste em “saltar sobre o outro”, mas em se “antecipar” a ele. Um modo em que não se protege o outro, mas em que, antes disso, faz-se com que ele se volte para si mesmo autenticamente, como pela primeira vez. Esse outro modo de solicitude pertence essencialmente ao autêntico “cuidar”- isto é, para com a existência do outro e não para um “o que” ele cuida; ele salva o outro para torná-lo transparente a si mesmo em seu cuidar e para torná-lo livre para si. (HEIDEGGER, 1981, p.41).

Os modos de ser-com-o-outro é uma característica fundamental que Heidegger destaca no existir humano. O ser-com-o-outro pode estar presente no cotidiano da presença expressando-se pelo cuidar em uma relação de preocupação com o outro e, assim, como destacado por Heidegger (1981, p.42):

O ser-com-os-outros cotidiano mantém-se entre dois extremos de solicitude- aquele que salta sobre o outro e o domina, e aquele que salta diante do outro e o liberta. O cuidar solícito é compreendido ao nível daquilo que estamos cuidando-com, e juntamente com nossa compreensão dele. Assim o outro é, de imediato desvelado na solicitude cuidadosa.

Em concordância com esse pensamento, Lopes (1999, p. 53) ressalta que:

[...] sendo no mundo a pre-sença sempre ex-siste enquanto sendo-com, expressa-se pelo cuidar e ocupar-se das coisas e pelo preocupar-se com os outros. Na cotidianidade, algumas vezes, a pre-sença preocupa-se com as coisas e ocupa-se dos outros.

Neste sentido, Heidegger destaca que é na dimensão do cotidiano que o ser do ser-aí pertence ao ser-com-os-outros, assim:

[...] na possibilidade de ser-com, o ser-aí é essencialmente para os outros. Destaca que “mesmo se cada fático ser-aí não está voltado para os outros, e supondo que não tenha a necessidade deles, ou que arranje um meio de viver sem eles, ainda assim ele está no modo do ser-com. (HEIDEGGER, 1981, p.43).

Ao se referir ao cotidiano no modo da inautenticidade, o filósofo destaca que:

O ser-com-os-outros cotidiano é o lugar do “público”, onde tudo é para todos indistintamente, onde somos como os outros são, fazemos aquilo que se faz, preocupamo-nos com o que “a gente” se preocupa, onde estamos familiarmente habituados ao “afastamento” de nossas próprias responsabilidades e de nosso próprio ser. Esse ser-com-os-outros cotidiano é, portanto, o lugar do nivelamento ou “uniformidade”, onde tudo é de todos, onde estamos sempre à mercê do arbítrio do “a gente”. (HEIDEGGER, 1981, p.65).

O ser-com-o-outro se caracteriza em um encontro relacional com os entes, compartilhando o mundo nessa relação de preocupação, solicitude e tolerância. É destacado pelo pensador:

O nosso modo de proceder com os entes-envolventes dentro do mundo foi por nós chamado de o “cuidar”. Ora, se em geral o ser do ser-aí é definido como o “zelar” e, se o ser-aí-com é existencialmente constitutivo do ser-no-mundo, então o ser-aí-com deve ser constitutivo do ser-no-mundo. (HEIDEGGER, 1981, p. 30).

O cuidado no entendimento deste filósofo contemporâneo está presente em todas as coisas. É um modo de ser essencial do humano podendo manifestar-se de modo inautêntico, pela ocupação cotidiana, e de modo autêntico, pela preocupação e co-existência de ajuda.

## 7 ABORDAGEM METODOLÓGICA

É pela metodologia fenomenológica que se pode mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos e que se mostram e se expressam de si mesmos na entrevista empática (CAPALBO, 1991, p. 6).

Gomes et al. (2008) ao discutirem a abordagem fenomenológica, na análise de pesquisas em saúde afirmam que os questionamentos dos fenomenólogos recaem sobre aspectos como modelo biomédico, ética, medicalização, valorização exagerada da tecnologia, dentre outros. Propõem restabelecer uma concepção social mais abrangente da relação saúde-doença.

Com relação à utilização das abordagens alternativas de pesquisas na área da saúde propiciadas pela fenomenologia, Minayo (2000, p.63-64) afirma que:

[...] são hoje de tal importância, que se tornou impossível desconhecê-las enquanto fenômenos de questionamento dos paradigmas dominantes. Seu eclodir não se dá em vão, faz parte de um movimento geral teórico e prático de busca de saídas para a crise em que se mergulhou o mundo pragmático [...] Ela deixou de ser apenas linha de pensamento: transformou-se em movimentos sociais “alternativos” que estão aí, existem e se multiplicam. Mostram acima de tudo que nenhuma corrente de pensamento existe e se desenvolve independente das questões práticas que lhe coloca a realidade social.

Motivada a buscar o sentido que funda o comportamento do ser-mulher-mastectomizada submetida à reconstrução mamária, vislumbrei como referencial teórico a fenomenologia. Esta abordagem compreensiva permite o desvelar do fenômeno tal como ele se mostra em sua complexidade para quem o experiencia.

Pela relevância das reflexões até o momento trazidas, podemos concluir que a fenomenologia ao buscar a compreensão do significado da experiência vivida tem se constituído como uma alternativa para a enfermagem, uma vez que as(os) profissionais se mostram preocupadas(os) em compreender os fenômenos com os quais convivem em seu cotidiano, bem como a singularidade expressa em cada ser.

Na defesa do método fenomenológico é ressaltado que:

[...] O homem compreende porque interroga as coisas com as quais convive. As coisas do mundo lhe são dadas à consciência que está, de modo atento, voltadas para conhecê-las: o homem é já homem-no-mundo, ele percebe-se humano vivendo com outros humanos, numa relação da qual naturalmente faz parte, não podendo dissociar-se dela. Assim, não existirá neutralidade do pesquisador em relação à pesquisa forma de descortinar o mundo- pois ele atribui significados, seleciona o que do mundo quer conhecer, interage com o conhecido e se dispõe a comunicá-lo. Também não haverá conclusões, mas uma “construção de resultados”, posto que

compreensões, não sendo encarceráveis, nunca serão definitivas. (GARNICA, 1997, p.111).

Em concordância com este pensamento, Boemer (1994) salienta que, para a utilização da abordagem fenomenológica, o investigador necessita estar atento a temática, a capacidade de lidar com imprevistos e com o incerto, pois, os fenômenos podem emergir a qualquer momento, e ao pesquisador cabe aceitar a verdade que o fenômeno traz, incondicionalmente. Sob essa assertiva:

A pesquisa fenomenológica investiga as manifestações da coisa tal como ela se dá na percepção daquele que percebe e explicita esse sentir (perceber) pela fala e pela linguagem [...] A investigação visa à manifestação do percebido, que é exposta pela linguagem. (BICUDO, 2003, p. 23).

Tal abordagem propõe-se ao redimensionamento da questão do ser. Dutra (2002) destaca a importância da hermenêutica heideggeriana no que tange à pesquisa científica por motivar uma práxis que busca alcançar a experiência vivida, ao mesmo tempo em que permite o encontro da verdade do ser que se desvela na linguagem.

Face ao exposto, Gomes et al. (2008, p. 148) defendem a hermenêutica heideggeriana quando afirmam que:

A linguagem é conjuntamente a casa do ser e a habitação da essência do homem, por meio da qual ele expressa a si mesmo na relação com o mundo. O caráter descritivo só poderá ser determinado cientificamente segundo o modo como os fenômenos vêm ao encontro, ou seja, a partir da “própria coisa”. O pesquisador procura ver o fenômeno tal como ele se apresenta, não parte de hipóteses ou pressupostos anteriores. Ele busca a essência do conhecimento a partir dos sujeitos, não havendo sugestões anteriores, para não interferir no que espontaneamente se deve revelar.

De acordo com Carvalho e Valle (2002), o caminho fenomenológico não pode ser imposto nem sugerido a quem investiga. Este caminho mostra-se como uma opção, como uma visão de mundo, pois, o pesquisador fenomenológico procura compreender o humano como sujeito que tem seu mundo vivido a ser desvelado. No que tange à importância do método fenomenológico para a humanização e promoção da saúde, Gomes et al.(2008, p. 148) concluem que:

[...] seus pressupostos e abordagens guardam estreita relação com a concepção de homem, sujeito e protagonista do seu processo saúde-doença, caracterizando a visão de promoção da saúde e política de humanização na saúde pública. Portanto, permite a identificação das necessidades reais dos agentes sociais-usuários, trabalhadores e gestores-, o que poderá tornar a produção do cuidado em saúde mais humanizadora

pela saúde e pelo respeito a essas singularidades e características de contextos socioculturais e históricos próprios de cada realidade em decurso de mudança.

No que diz respeito à pesquisa do fenômeno situado, a trajetória da corrente fenomenológica se dá com o ato de compreender, mais do que explicar o objeto estudado (BICUDO; ESPÓSITO, 1997). Para a fenomenologia, o discurso esclarecedor diz respeito àquilo que se mostra por si mesmo.

Dutra (2002) ao estudar a narrativa como técnica de pesquisa fenomenológica conclui que, através desta, podemos apreender a experiência tal como ela é vivenciada pelo narrador. Defende que “a modalidade da narrativa mantém os valores e percepções presentes na experiência narrada, contidos na história do sujeito e transmitida naquele momento para o pesquisador” (p.373). Ainda sobre a narrativa salienta que:

[...] podemos pensar a narrativa e a sua ênfase na experiência, como uma das formas através da qual o ser-no-mundo exercita a sua compreensibilidade. À medida que o narrador conta a sua história, esta carrega consigo os significados que constituem o seu estar-no-mundo, cujo ser-aí se revela e se encobre nas palavras, principal articuladora da sua compreensão num modo de existência. Desse modo, aproxima-se a experiência da interpretação [...]. (DUTRA, 2002, p.375).

Minha motivação foi o desejo de compreender o sentido que funda o comportamento do ser-mulher submetida à reconstrução mamária. Esta modalidade de pesquisa tem como uma de suas características o enfoque na subjetividade do ser, permitindo, através a partir do discurso dos sujeitos, a compreensão de situações investigadas intencionando adentrar no seu mundo vivido.

## 7.1 O CAMINHAR FENOMENOLÓGICO: TRAJETÓRIA DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram mulheres que participam do Grupo de Apoio à Mulher Mastectomizada (GAMMA), situado no Hospital Aristides Maltez (HAM). Construído em 1952 pelo professor e médico Aristides Pereira Maltez, essa instituição filantrópica do Estado da Bahia, foi o primeiro hospital de referência no país para o tratamento do câncer. Atualmente, o hospital possui 200 leitos, sendo 10 de unidade de terapia intensiva, atendendo, diariamente, cerca de 2.500 pacientes nos ambulatórios de tratamento do câncer. Aproximadamente 96,6% dos seus pacientes são provenientes do SUS e, anualmente, recebe uma média de egressos de 351 municípios do Estado da Bahia, além de pacientes de Estados

como Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Pará, Maranhão, Espírito Santo e Minas Gerais realizando uma média de 1.700.000 procedimentos (Liga Baiana Contra o Câncer, 2009).

O GAMMA foi criado em 1985 pela Sr.<sup>a</sup> Irma Hellwig, atendendo a uma solicitação da Presidente da Liga Baiana Contra o Câncer (LBCC), Sr.<sup>a</sup> Solange Ribeiro dos Santos, para a criação de um trabalho voluntário com mulheres submetidas à mastectomia. O trabalho inicial, desenvolvido pelas voluntárias, consistia em visitas aos leitos das pacientes após a cirurgia, para prestar orientações sobre exercícios de reabilitação, além de dar apoio afetivo e emocional. No ano de 1990, para uma melhor adaptação das mulheres mastectomizadas, foi introduzido, no grupo, a Oficina de Próteses Mamárias, iniciando a confecção de próteses (GAMMA, 2007).

Três anos mais tarde, foram criados os Grupos de Convivência, tendo como primeiros trabalhos as atividades de Artesanato e Biodança. Atualmente, várias outras são realizadas diariamente, como Yoga, Coral, Teatro, Tai-Chi-Pai-Lin, Dança de Salão, Arteterapia e Tarde de Beleza. São também desenvolvidas pelo GAMMA atividades sociais e culturais, tais como: passeios de confraternização, encontro com familiares, atividades em datas festivas e atividades sócio-culturais (GAMMA, 2007).

Em 2000, foi criado o Comitê das Pacientes Mastectomizadas, que atua no Ambulatório de Mastologia, Quimioterapia e Radioterapia para ajudar outras mulheres que estão em tratamento. Esse Comitê funciona como um elo entre as voluntárias do GAMMA e as pacientes novas que se candidatam para ingressar no grupo, apoiadas pela equipe do ambulatório do HAM (GAMMA, 2007).

Há 14 anos, o Grupo presta serviços à Liga Bahiana Contra o Câncer (LBCC), idealizada e fundada pelo Professor Aristides Maltez, visando à construção de um Instituto de Câncer para o Estado. Fundada em 13 de dezembro de 1936, tem como filosofia a atenção prioritária aos pacientes com câncer, sobretudo aqueles economicamente menos favorecidos. Com 70 anos de existência, atua na prevenção, educação, no diagnóstico, tratamento, seguimento e na reabilitação das pessoas com câncer. Além de incentivar o ensino e a pesquisa sobre o câncer, é responsável pela formação de profissionais, estimulação do voluntariado, entrelaçamento com os órgãos estatais nos diversos níveis, para o enfrentamento do câncer (LBCC, 2009).

O GAMMA tem como objetivo geral unir esforços de voluntários para apoiar social e emocionalmente as mulheres que tiveram câncer de mama, objetivando a recuperação e melhoria da qualidade de vida. Tem como objetivos específicos: informar e orientar as pacientes sobre cuidados após a cirurgia, durante e após o tratamento oncológico; oferecer



apoio moral e emocional; proporcionar atividades que ajudem e estimulem a assumir uma atitude mais participativa no processo de recuperação da saúde; ajudar a integração na vida social e familiar; confeccionar e distribuir as próteses mamárias; informar e orientar sobre os direitos e deveres das pacientes; ajudar no combate ao câncer de mama através da sensibilização e conscientização do diagnóstico precoce; ajudar a combater a discriminação contra o câncer através de esclarecimento à sociedade; e promover o intercâmbio com entidades afins no âmbito nacional e internacional (GAMMA, 2007).

Atualmente, as atividades do grupo se dividem em seis categorias: 1) atendimento nos leitos do HAM: informações sobre os cuidados após a cirurgia, oferecendo apoio emocional, bem como divulgando as atividades dos grupos de convivência do GAMMA; 2) confecção de próteses mamárias por voluntárias e distribuídas gratuitamente às pacientes após a avaliação médica e fisioterápica; 3) grupos de convivência, após a alta ou término do tratamento quando as pacientes são convidadas a participarem das atividades anteriormente descritas; 4) Comitê das Pacientes Mastectomizadas, constituído por pacientes que já concluíram o tratamento e dispõem-se a ajudar as outras pacientes que terminaram ou ainda estão em tratamento; 5) atividades sócio-culturais, como: cinema, óperas, passeios turísticos, palestras e apresentação do grupo artístico (coral, dança e teatro), composto pelas integrantes do grupo; 6) distribuição de revistas informativas na sala de espera do serviço de mastologia (GAMMA, 2007).

Em junho 2009, 86 pacientes estão inscritas no grupo e são divididas entre as atividades que são realizadas diariamente todas as tardes.

## 7.2 A AMBIENTAÇÃO E A POSSIBILIDADE DE ESTAR-COM-O-SER-MULHER

Impulsionada pela motivação em compreender os modos de ser-mulher-mastectomizada com reconstrução mamária, iniciei a ambientação em abril de 2008 após a aprovação do projeto de tese pelo Departamento de Ensino e Pesquisa que atua como Comissão de Ética e Pesquisa do HAM (APÊNDICE 1).

No intuito de me aproximar do cenário da pesquisa, compareci ao GAMMA duas vezes antes de me apresentar às participantes. Nessa ocasião, conheci as dependências onde são realizadas as atividades e me informei com a coordenação do grupo sobre datas e horários em que eu poderia iniciar a ambientação. Fiz um levantamento pelo cadastro do grupo das mulheres que tinham realizado reconstrução mamária há mais de 1 (um) ano. A partir desse levantamento, identifiquei as atividades que as mesmas desenvolviam dentro do grupo, a fim de iniciar o processo de ambientação.

Na pesquisa de abordagem fenomenológica, a ambientação constitui-se como uma etapa para aproximação e encontro com as participantes, favorecendo o desenvolvimento da relação empática, fundamental para a possibilidade de compreensão do outro. No entendimento de Padoin e Souza (2008), o processo de ambientação envolve um movimento mediado pela subjetividade, no qual se apreende a singularidade, buscam-se os significados do silêncio, da fala, do dito e do não dito, em um exercício de escuta.

Pautado pelos pressupostos heideggerianos, Duarte (2005) destaca que o ouvir está fundado no escutar silencioso em sua compreensão. Recorda que somente quem se cala pode escutar a si e ao outro. Do mesmo modo que o falar não significa simplesmente o ato de emitir os sons vocais aos quais se agregam os significados, a escuta não consiste apenas em um ouvir meros ruídos sonoros. Conclui que o silenciar também não deve ser confundido com o emudecer, pois tanto o falar quanto o silenciar estão previamente enraizados na pré-compreensão de ser do ser-no-mundo coexistente.

A partir dessas reflexões e disposta a assumir uma atitude fenomenológica já vivenciada na experiência da minha dissertação de mestrado, iniciei minha ambientação no grupo. Após minha apresentação pelas coordenadoras do Grupo a todas as mulheres, comecei a participar das atividades de Coral e Biodança, às quais as prováveis depoentes estavam vinculadas. Durante duas semanas, compareci ao grupo e assisti ao desenvolvimento das atividades. Na terceira semana, ao final de cada atividade, dirigia-me a seu encontro numa tentativa de aproximação com a finalidade de expor o propósito da minha pesquisa. Destaco que essa etapa tornou-se para mim mais que um contato. Pude compreender a relação empática que já desenvolvia com essas pessoas pela minha inserção naquele Grupo. Ao conversar com algumas mulheres, notei uma postura de desapontamento naquelas que não haviam realizado a reconstrução, situação que as aproximava e as levava a lamentarem o fato de não poderem participar da pesquisa, pois não tinham feito o procedimento. Outra situação que merece destaque foi a disponibilidade de algumas para participar, solicitando que eu fizesse naquele momento a entrevista, sem um agendamento prévio.

Considero importante destacar a forma como fui acolhida no GAMMA durante a realização desta pesquisa. O acolher envolve mais do que uma atitude de relacionamento com o outro. A situação de ser-no-mundo-enfermeira possibilitou-me mais claramente compreender o que o *Dasein* tem de mais concreto: o cuidado com o outro. Nesse encontro, permeado pela empatia, dá-se o acolhimento.

Diante disso, Duarte (2005, p. 156) ressalta ser necessário silenciar, acolher-nos a nós mesmos para que se dê o ouvir e o acolher de outrem. Assevera, também, que: “Acolher o

outro, deixar que ele seja o outro que é, jamais poderá ser o resultado calculado e previsível de um ato, pensamento ou palavra, mas somente poderá se dar em atos, pensamentos e palavras”.

A receptividade e o acolhimento expressos para comigo pelas pessoas que compõem o GAMMA não se restringiram somente aos encontros nos quais eram feitas as entrevistas. Fui convidada a participar de muitas atividades desenvolvidas naquele grupo de apoio, a exemplo da festa de desfile da primavera, festa de encerramento de fim de ano, palestra para as voluntárias sobre detecção precoce do câncer de mama. Confesso que, nesses momentos, estava presente a pessoa Rosana e não a pesquisadora.

Sob o aspecto do cronograma da pesquisa, observo que houve um atraso no agendamento para a coleta dos depoimentos. Contudo, a situação de estar-aí lançada em outras atividades possibilitou-me uma maior aproximação no cotidiano do Grupo, fator facilitador e determinante para o desenvolvimento da relação empática.

No meu cotidiano profissional e considerando os conhecimentos adquiridos pela literatura, acreditava que as pessoas após vivenciarem a experiência do câncer de mama encontravam-se fragilizadas pela doença.

Durante os momentos de ambientação no GAMMA, pude compreender que aquele Grupo tinha algo de especial. Com o passar dos dias e, ampliando a possibilidade de convivência, suas integrantes mostraram-se alegres, distribuía sorrisos, superavam a cada dia as dificuldades, compartilhavam os problemas e os sucessos.

Destaco uma situação que me chamou a atenção em uma das tardes de encontro. Durante a realização de uma das atividades, uma nova integrante foi apresentada. Nesse instante, pude perceber como era feita a “breve cerimônia” de apresentação do grupo. Cada integrante, com um largo sorriso, apresentava-se nominalmente e fazia um curto relato do tempo de cirurgia e de participação no grupo. Foi com muita emoção que ouvi os singulares depoimentos. Refleti que, apesar da doença, aquelas pessoas não se deixaram intimidar. Ao verbalizar os seus sentimentos para a nova integrante, as mulheres demonstraram fortaleza no enfrentamento da doença. Mostravam que tinham superado as dificuldades e compartilhavam com as demais a situação de ser mastectomizadas.

Após a ambientação, na tentativa de desvelar os modos de ser velados nos depoimentos, utilizei a entrevista fenomenológica que, segundo Carvalho (1991) se dá sob a forma da existência situada no encontro. Essa modalidade de entrevista não se submete a uma situação observada, e o depoente a uma análise conceitual, classificadora, orientada por um

projeto de idéias. O ver e o observar nessa situação são, portanto, captar a maneira singular do sujeito vivenciar o mundo.

Lopes (1999) afirma que, ao ver e observar os espaços e tempos próprios, captando os mundos, assim em constituição através da fala originária, dar-se-á o desvelamento do fenômeno. Ainda em relação à entrevista fenomenológica: “(...) não se busca uma linguagem que seja a soma de pensamentos e idéias. Busca-se uma linguagem que seja ‘fala originária’, ‘fala’ essa que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo (CARVALHO, 1991, p.37).

Segundo Gomes (1997), a entrevista serve como veículo de comunicação e explora o mundo vivido do entrevistado, definido como experiência consciente. A consciência do(a) entrevistador(a) modifica-se, amplia-se, atualiza-se na interação com o outro. O mesmo autor, considerando a entrevista aplicada à estudos fenomenológicos, salienta que:

A mensagem que expressa traz a peculiaridade de um mundo vivido. O interesse das nossas investigações é captar esta mensagem, este mundo vivido. É nesse contexto se introduz a entrevista como um convite à comunicação. (GOMES, 1997, s.p.).

Simões e Souza (1997b) afirmam que a condução da entrevista fenomenológica inclui aspectos relacionados ao ambiente físico para o encontro, a estratégia de aproximação das depoentes, a adequação da questão norteadora, bem como a técnica de obtenção dos depoimentos.

Assim sendo, foram selecionadas 9 (nove) mulheres que atendiam ao critério de inclusão da pesquisa, ou seja, mulheres mastectomizadas que tinham se submetido à reconstrução mamária há mais de 1 (um) ano. Então, expliquei-lhes, individualmente, o objetivo da pesquisa, questionando sobre a sua possível participação. Para a coleta dos depoimentos, como determinado pela Resolução 196/96<sup>15</sup> do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2). Todas as depoentes manifestaram o desejo de que a entrevista, que foi gravada, fosse realizada no GAMMA, ocasião em que solicitei a permissão para realizá-la em uma sala privativa, cedida pelo Serviço de Psicologia. Solicitei a cada depoente que escolhesse um pseudônimo.

---

<sup>15</sup> Esta legislação incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2008).

Intencionando desvelar o sentido que funda o comportamento do ser-mulher-mastectomizada submetida à reconstrução mamária, a entrevista foi conduzida pelas seguintes questões norteadoras: *Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama? Como foi para a senhora ter a mama reconstruída? O que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária?*

Após a entrevista, fazia a transcrição de cada depoimento, ficando atenta ao conteúdo da linguagem, tentando mergulhar na dimensão cotidiana de cada ser-mulher. Ao transcrever, fui fiel às expressões por elas utilizadas. Neste sentido, de acordo com Duarte (2005), a linguagem não pode ser entendida apenas como veículo de transmissão de informações, mas como o modo pelo qual se manifesta o próprio existir humano.

Ancorado no pensar heideggeriano, o autor afirma que a linguagem não pode ser corretamente compreendida em seu ser por meio de uma análise formal e lógica. Assim:

[...] comunicar algo linguisticamente não é transmitir vivências privadas ou informações do interior de um sujeito para o interior de outro sujeito, mas partilhar os sentidos com os outros [...] Comunicar é um ato complexo que não se reduz apenas ao pronunciamento de enunciados apofânticos entre sujeitos isolados entre si [...] “A comunicação tem de ser compreendida a partir da estrutura do ser-aí como ser com o outro”. (DUARTE, 2005, p. 136).

### 7.3 APRESENTAÇÃO DAS DEPOENTES

**Lúcia:** 47 anos, paulista, natural de Santos, 1º grau completo, dona de casa, católica. Separada, tem 2 filhos, uma mulher de 30 anos e um rapaz de 25 anos com quem reside em Salvador. Realizou mastectomia total no ano de 2002 e reconstrução mamária em 2005, com rotação de retalho cutâneo em abdome. Submeteu-se a 6 meses de quimioterapia e 25 sessões de radioterapia. Participa do GAMMA há 7 anos.

**Sofia:** 54 anos, natural de Salvador, 2º grau completo, comerciária, espírita. Solteira, tem 1 filha de 18 anos com quem reside em Salvador. Realizou mastectomia total há 8 anos e reconstrução mamária com retalho do miocutâneo do músculo abdominal há 7 anos. Foi submetida à quimioterapia e 72 sessões de radioterapia. Participa do GAMMA há 3 anos.

**Alda:** 63 anos, natural de Ilhéus, 2º grau completo, aposentada, católica praticante. Casada, atualmente trabalha com artesanato. Reside em Salvador com o esposo, tem 2 filhas. Realizou mastectomia total há 13 anos e reconstrução mamária imediata com prótese de silicone. Participa do GAMMA há 12 anos.

**Ivone:** 51 anos, natural de Salvador, 2º grau completo, cabelereira, evangélica praticante. Solteira, reside em Salvador com 2 filhas de 23 e 24 anos e 1 filho de 15 anos. Realizou mastectomia total há 9 anos e reconstrução mamária com retalho do músculo abdominal há 5 anos. Realizou quimioterapia e radioterapia. Participa do GAMMA há 2 anos.

**Linda:** 56 anos, natural de Pernambuco, 2º grau completo, caixa de supermercado, evangélica praticante. Casada, atualmente trabalha com artesanato. Reside em Salvador com o esposo, tem 2 filhos de 23 e 28 anos e 1 filha de 25 anos. Realizou mastectomia total há 8 anos e reconstrução mamária com retalho do músculo abdominal há 3 anos. Usou quimioterapia oral e se submeteu a 21 sessões de radioterapia. Participa do GAMMA há 5 anos.

**Maria:** 58 anos, natural de Salvador, 2º grau completo, costureira, espírita praticante. Solteira, reside em Salvador com os 2 filhos. Realizou mastectomia total há 7 anos e reconstrução mamária com retalho do músculo abdominal há 6 anos. Foi submetida a quimioterapia e radioterapia. Participa do GAMMA há 6 anos.

**Jade:** 65 anos, natural de Salvador, 1º grau incompleto, dona de casa, católica praticante. Divorciada, reside sozinha em Salvador, tem 3 filhos, 2 mulheres de (41 e 46 anos e 1 homem de 30), que moram fora da cidade. Realizou mastectomia total há 10 anos com implante de prótese de silicone. Foi submetida a sessões de radioterapia e utilizou quimioterapia oral por 3 anos. Participa como voluntária do GAMMA há 2 anos.

**Vitória:** 54 anos, natural de Salvador, 1º grau completo, auxiliar de serviços gerais, católica não praticante. Viúva, reside em Ilha de Maré, tem 3 filhos, 2 mulheres de 23 e 28 anos e um homem de 27, reside com 2 deles. Realizou mastectomia total há 10 anos e reconstrução mamária com retalho miocutâneo abdominal há 3 anos. Foi submetida a sessões de quimioterapia e radioterapia. Participa do GAMMA há 4 anos.

**Kika:** 57 anos, natural de Irecê, 3º grau completo, enfermeira aposentada, católica praticante. Casada, atualmente trabalha como voluntária da Liga Baiana Contra o Câncer. Reside em Salvador com o esposo e uma filha. Tem 2 filhas. Realizou mastectomia total há 13 anos e reconstrução mamária com retalho do músculo abdominal há nove anos. Usou quimioterapia oral (Tamoxifeno) durante 5 anos. Participa do GAMMA há 12 anos.

## 8 ANÁLISE COMPREENSIVA: DO ENCONTRO COM O SER-MULHER À CONSTRUÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

[...] para ‘escutar’ a palavra do cliente, faz-se necessário imbuir-se e impregnar-se de seus gestos e de toda a sua forma de dizer as coisas, como se o pensasse com o seu pensamento, abstraindo-se de todo e qualquer preconceito ou perspectivismo. (CARVALHO, 1991, p.40).

Com a leitura atenta dos depoimentos procurei apreender o sentido expresso em cada fala relembrando cada etapa do encontro, no qual os gestos, o silêncio, a expressão facial representavam um modo de ser próprio da presença sendo desvelado cotidianamente.

Neste sentido, iniciei a etapa de construção das unidades de significado, que expressam, segundo Martins (1989), as percepções que as depoentes têm sobre o evento vivenciado. Neste movimento,

[...] o pesquisador procura por unidades de significado, o que faz após várias leituras de cada uma das descrições. [...] As unidades de significado, por sua vez, são recortes julgados significativos pelo pesquisador, dentre os vários pontos aos quais a descrição pode levá-lo. Para que as unidades significativas sejam recortadas, o pesquisador lê os depoimentos à luz de sua interrogação, por meio da qual pretende ver o fenômeno, que é olhado de uma dentre as várias perspectivas possíveis. (GUARNICA, 1997, p. 115).

Esta etapa da análise do método em Heidegger representa a compreensão vaga e mediana, a apreensão dos aspectos ônticos da presença, ou seja, aquilo que é percebido, entendido e conhecido de forma imediata.

No pensar heideggeriano,

A compreensão de ser vaga e mediana pode também estar impregnada de teorias tradicionais e opiniões sobre o ser, de modo que tais teorias constituam, secretamente, fontes de compreensão dominante. O que se busca no questionar de ser não é algo inteiramente desconhecido, embora seja, numa primeira aproximação, algo completamente inapreensível (HEIDEGGER, 2006, p. 41).

A compreensão vaga e mediana explicita o fato na dimensão ôntica, ou seja, aquilo que o ser apresenta, compondo a dimensão factual. No entanto, na para se questionar o ser ontologicamente, necessita-se de um fio condutor. Para o pensador,

[...] uma investigação sobre o sentido de ser não pode pretender dar uma tal explicação no início [...] E a luz desse conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou



impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido do ser. (HEIDEGGER, 2006, p.41).

Prossigui nesta etapa da análise, reduzindo os meus pressupostos, pois caso contrário estaria determinado uma categoria prévia. Em relação à presença, Heidegger ressalva que:

Não se deve aplicar, de maneira construtiva e dogmática, nenhuma idéia de ser e realidade por mais ‘evidente’ que seja [...] as modalidades de acesso e interpretação devem ser escolhidas de modo que esse ente possa mostrar-se em si mesmo e por si mesmo. (HEIDEGGER, 2006, p.54).

Portanto, extraí dos depoimentos os significados referentes às estruturas essenciais presentes nos modos de ser da mulher-mastectomizada-com- reconstrução mamária. Tais estruturas explicitam como a presença é no modo da cotidianidade.

No modo da cotidianidade não se deve extrair as estruturas acidentais e ocasionais, mas sim as estruturas essenciais que, de acordo com Heidegger (2006, p.54), “[...] são as estruturas que se mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser da presença fática”.

Cada entrevista e, posteriormente, na sequência em que as entrevistas foram realizadas, foi feita uma leitura exaustiva na busca de identificar elementos ou estruturas essenciais aos modos de ser da mulher-mastectomizada com reconstrução mamária. Eram excluídas estruturas acidentais ou ocasionais. A leitura atenta de cada depoimento possibilitou o encontro de conteúdos comuns presentes nas entrevistas. Nesse movimento é necessário a redução de todo e qualquer pressuposto ou idéia pré-concebida para chegar ao alcance da compreensão do fenômeno que está sendo vivido.

No que concerne à compreensão, Heidegger (2006, p.209) destaca que “no compreender, a presença projeta seu ser para possibilidades. Esse ser para possibilidades em compreendendo é um poder-ser que repercute sobre a presença as possibilidades enquanto aberturas”. Assim, consegui apreender, na singularidade de cada depoente, as estruturas essenciais da situação de ser-mulher- mastectomizada com reconstrução mamária.

A partir da compreensão dessas estruturas, apreendi os significados presentes na dimensão factual. Heidegger (2006, p. 209) assevera que: “o que se abre no compreender, o compreendido, é sempre de tal modo acessível que pode relevar-se expressamente em si mesmo ‘como isto ou aquilo’”.

Cada identificação das estruturas essenciais e o surgimento das mesmas estruturas em outros depoimentos levaram a um agrupamento<sup>16</sup>, vindo a se constituir, posteriormente, em unidade de significado. Foram construídas três unidades de significado: o medo está relacionado ao diagnóstico de câncer, ao tratamento, a mastectomia e a recidiva do câncer de mama; o grupo de apoio terapêutico à mulher mastectomizada mostra-se como um suporte determinante no enfrentamento das dificuldades advindas após o diagnóstico de câncer de mama; a reconstrução mamária se apresenta às mulheres como marco inicial para uma vida nova.

A seguir apresento as unidades de significado construídas através da leitura atenta dos depoimentos, nos quais destaco os trechos que as compõem. A partir dessa compreensão, intencionei buscar o sentido expresso, que está velado, para alcançar o ontológico, movimento este que corresponde à hermenêutica heideggeriana.

**O medo está relacionado ao diagnóstico do câncer, ao tratamento, a mastectomia e a recidiva do câncer de mama.**

*O tratamento todo, desde o início para mim foi muito traumatizante, uma coisa que a gente nunca espera que seja com a gente. Entrei em depressão, fui até o fundo do poço [...] Sofia*

*[...] então, ali, no fundo, eu volto para casa mesmo cabisbaixa e vêm logo as lembranças todas (riso tenso). Tanto é que eu continuo fazendo o tratamento psicológico porque me abateu muito e eu ainda sinto um pouco assim... Eu vou tentando refazer a minha vida aos poucos, tou refazendo a minha vida aos poucos. Sofia*

*[...] E quando eu tava fazendo o tratamento, eu não tinha conhecimento, eu tinha pavor de olhar, não podia ver na televisão, em alguma revista, alguma coisa falando sobre o câncer, eu ficava apavorada, eu não queria saber. Não quero saber não, porque aquilo ficava ali matutando o tempo todo no meu juízo e eu tinha um pavor mesmo de medo de não conseguir vencer essa etapa da minha vida [...] Sofia*

*Porque eu fiquei com muito medo, porque foram duas incidências... Em tão pouco tempo... Eu achava que a qualquer momento poderia voltar, em qualquer outro órgão, em qualquer lugar... Então eu ficava uma coisa assim de louco... eu fiquei muito ruim mesmo. Sofia*

*[...] então, na hora que fala assim para gente que você tem um câncer parece que o mundo vai desabar na sua cabeça. Jade*

---

<sup>16</sup> Para o registro nos documentos, utilizei como recurso os tipos de fontes gráficas existentes no Programa Word.

*Eu senti um impacto, né? Porque a gente tem aquilo que Deus deu, que já vem, quando chega na hora saber que vai retirar, a gente sente aquele... [...] Alda*

*Porque a partir do momento que tirou né? Tira um pedaço da gente, né? Ivone*

*No início, eu fiquei com receio, né? Porque tem que ter cuidado, bastante cuidado, muita coisa eu não fazia, com medo [...] Alda*

*Bom, a doença em si foi problema, porque você não sabe o resultado, você pensa que vai ter complicações piores... Não sabe se vai ficar boa. Lúcia*

*Foi um baque, a gente sente uma tristeza, porque a gente não sabe dali o que vai acontecer. Mas eu fiquei muito triste no momento [...] Linda*

O câncer, como doença estigmatizante e associada à morte, conduz ao surgimento de vários sentimentos. Afora os sinais e sintomas característicos da malignidade e que estão presentes na pessoa com câncer, como o emagrecimento, a inapetência e a debilidade, quando a pessoa é acometida pelo câncer de mama ela é envolvida por situações emocionais que, muitas vezes, determinam como se dará o enfrentamento dessa “provação”. As mulheres desta tese destacaram que, no enfrentamento, o medo está presente.

O desencadeamento do medo pode iniciar-se desde a investigação diagnóstica. Mas, durante a realização dos exames, enquanto não se tem um diagnóstico conclusivo, o medo pode ser encoberto por outros sentimentos, como o da esperança. Pode também, apresentar-se como outros sentimentos e permanecer, momentaneamente velado, vindo a despontar, posteriormente.

No entanto, as mulheres entrevistadas não apontaram a investigação diagnóstica como fator desencadeante para o aparecimento do medo. Ressaltam-no em outros momentos como o da terapêutica, o da recidiva da doença e o da perda da mama.

O tratamento a que elas se referem é o cirúrgico, a mastectomia. É visto como inesperado, impactante, traumático, sujeito a complicações. É algo que as abala psicologicamente, que permanece em seu pensamento, que exige cuidados específicos. O tratamento as mutila, exigindo a retirada de uma parte do corpo que lhes é muito significativa, pelo seu significado social. A mama é algo que lhes distinguem como mulheres.

Trazem o medo pela perda da mama como um momento distinto do da mastectomia. Destacam que a perda da mama, ou seja, a constatação do que não pôde ser evitado, faz o medo estar sempre presente. A observação de sua nova imagem corporal certifica o medo e leva ao questionamento da cura.

Pela possibilidade de recidiva da doença, o medo as mobiliza, influenciando-lhes o cotidiano, que passa a ter incluídas atividades ambulatoriais e hospitalares. Consideram que a reincidência pode surpreendê-las em curto espaço de tempo após a cirurgia, o que fará com que vivenciem dificuldades e obstáculos que pensavam já ter superado. Sentem-se entregues ao que pode lhes acometer novamente e, assim, sofrem com isso.

**O grupo de apoio terapêutico à mulher mastectomizada mostra-se como um suporte determinante no enfrentamento das dificuldades advindas após o diagnóstico de câncer de mama.**

[...] *Tou fazendo coral aqui, faço dança, artesanato, arte-terapia, tudo isso tem me ajudado.*  
**Sofia**

[...] *Aqui no GAMMA, é muito bom, muito bom mesmo, as atividades que a gente tem aqui levanta mesmo.* **Linda**

*Agora mesmo, abri uma lojinha lá na minha casa para vender justamente as coisas que a gente aprende aqui, a gente faz e já serve, a gente que não trabalha [...]* **Linda**

[...] *A convivência com o grupo porque aqui todas nós temos o mesmo problema, e aí uma levanta a auto-estima da outra. Quando uma tá triste, aí vem uma com uma palavra e aí levanta a auto-estima. E as voluntárias também, que sempre está nos apoiando, sempre tá nos ajudando, isso é muito bom.* **Linda**

*Aqui no grupo GAMMA, esse grupo GAMMA é uma coisa maravilhosa. Você conhece o trabalho do grupo GAMMA todo, é uma beleza né?* **Jade**

*Mas o GAMMA abrange assim muitos trabalhos. É artesanato, biodança, dança de salão, tai chi chuan, teatro. Então isso levanta a auto-estima demais das pacientes mastectomizadas [...]* **Jade**

[...] *Então eu acho o grupo GAMMA assim uma coisa maravilhosa, um trabalho voluntário muito bom. [...] Porque é só para levantar a auto-estima delas toda, é um trabalho social para elas, elas se conhecem, participam de festa, de jantar, de tudo né?* **Jade**

*E aí foi que surgiu o GAMMA. Eu entrei no GAMMA e aí foi tirando mais aquele complexo de inferioridade, aquela coisa ruim que aconteceu depois da retirada da mama, aí fui melhorando, melhorei um pouquinho [...]* **Vitória**

*Surgiu também a oportunidade de que a gente acha aqui (se referindo ao GAMMA), porque aqui a gente faz uns cursos no SENAC, aqui a gente aprende a fazer alguma coisa. Tudo que eu aprendi eu passei a fazer, a vender, arranjar um meio de viver melhor [...]* **Vitória**

*Aqui no GAMMA, eu me sinto como uma família. Em casa eu digo aos meus filhos que eu aqui eu tenho uma outra família. Porque o GAMMA para mim eu considero uma família. Porque o povo se preocupa com a gente, a gente se sente bem quando está no meio de pessoas que convivem com o mesmo problema, aí ninguém repara nada de você, não tem aquela curiosidade que o povo de lá de fora tem. **Vitória***

*Porque aqui todo mundo convive do mesmo jeito, tem o mesmo passado, passa pelo mesmo problema. Então aqui eu me sinto bem. Aqui, se você fica uma semana sem vir, eles ligam pra mim: “por que não veio?”, e em casa não acontece isso, “tá acontecendo alguma coisa com você?” Então, é uma preocupação que o povo tem com a gente [...] **Vitória***

*[...] aqui as oportunidades que dão para a gente, a gente tem muitas oportunidades com eles. Porque só esses trabalhos manuais que ensina muita coisa que a gente pode fazer pra gente ter como viver, um meio de ganhar um dinheiro, de trabalhar, eles ensinam. E eu só tiro proveito disso porque as coisas que eu faço aqui, que eu aprendo aqui eu faço lá, e aí eu consigo fazer alguma coisa. Então, aqui o GAMMA é bom em tudo [...] **Vitória***

*[...] e a preocupação que eles tem, o amor, o carinho que o GAMMA deposita na gente, então isso é tudo. **Vitória***

*Só essa boa vontade que elas têm, elas largam o trabalho delas pra vir fazer um trabalho voluntário com a gente, aí então isso é tudo. **Vitória***

*Tudo isso são coisas que não dá para esquecer e deixar pra lá, é uma coisa que a gente fica sempre lembrando, é uma outra família que a gente tem aqui fora, se preocupa com a gente. Quando a gente precisa de alguma coisa aqui dentro do hospital, se a gente tá tendo dificuldades vai conversa com Fulana, com Beltrana, Elas no que puderem ajudar, elas ajudam de alguma forma, então isso é uma coisa que ajuda muito na recuperação da gente. **Vitória***

*[...] Tentei levar a minha vida, vim para o grupo e foi muito bom porque, em termos de fortalecimento, quando a gente se junta com mais pessoas com o mesmo problema, isso ameniza um pouco a situação. **Kika***

É com satisfação expressiva que verbalizam a possibilidade de serem integrantes de um grupo de apoio à mulheres que, em sua existência, tiveram o câncer de mama e, como uma das medidas terapêuticas, a mastectomia.

Nos depoimentos das mulheres desta tese, o grupo GAMMA surge-lhes não somente como aquele que se destina ao apoio à mulheres mastectomizadas, mas como um grupo comprometido que, antes de mais nada, se mostra preocupado como pessoas. Neste sentido, a integração entre as voluntárias e as mulheres mastectomizadas transforma o Grupo em uma família ou em uma família “adicional”.

Ao se sentirem integradas são levadas a descobrir identificações com outras mulheres que convivem / conviveram com a problemática do câncer de mama e suas implicações.

Terem “o mesmo passado” permeado por dificuldades e superações de obstáculos, as torna mais fortes e confiantes. Sentem ter dissipado o complexo de inferioridade e amenizado situações que lhes são comuns.

Para elas, as voluntárias desempenham papel relevante, oferecendo não somente oportunidades de cursos que podem auxiliar no orçamento doméstico e fazê-las se sentir produtivas, mas, sobremaneira, doam-se em atos que são percebidos como plenos de amor e carinho.

O somatório das situações acima é fundamental para a recuperação dessas mulheres que experienciaram a mastectomia. Foi revelado que a união de todas conduz a melhora da auto-estima, o fortalecimento para o enfrentamento do que possa vir a surgir, o compromisso com as pessoas e a oportunidade de participação de atividades variadas.

O GAMMA é tido como uma “coisa maravilhosa”. Falar do grupo é expressar orgulho do trabalho desenvolvido. É reconhecer que o grupo está em cada uma delas.

**A reconstrução mamária se apresenta às mulheres como o marco inicial para uma vida nova.**

*Para mim foi ótimo reconstruir, porque aproveitei e reconstruí a outra, porque ficou tudo novo, não é? Risos. Para mim, foi ótimo. **Lúcia***

*Minha auto-estima subiu ao invés de cair, subiu e me transformou em outra mulher. Eu tenho coragem hoje de fazer coisas assim que às vezes eu não teria. Como cantar, dançar que antes eu não fazia: eu danço, chego numa festa, eu danço, eu converso, entendeu? E hoje em dia, eu criei uma coisa a mais na minha vida. É isso. **Lúcia***

*E depois da reconstrução, eu vi que realmente era uma coisa mais íntima até... eu me senti bem melhor, inclusive depois da primeira que foi retirar o quadrante. **Tânia***

*E com a reconstrução... como se diz assim... é uma coisa até íntimo, eu fico me olhando... é como se tivesse tudo no lugar, como se fosse o início de minha vida que eu tava, entendeu? **Sofia***

*E a reconstrução, como é que diz... eu não sei explicar [...] Me deu assim como se fosse um ânimo... de continuar de dizer assim: “fulana, você tá bem, você tá ótima...” e eu tou vendo que realmente eu posso retomar a minha vida, entendeu? **Sofia***

*Mas quando colocou de novo, veio aquela alegria assim... Pense quando você chega assim e vê que tá faltando algo, né? **Ivone***

[...] *Aí eu disse assim: “vou ganhar de presente meu peito de volta”. Mas foi bom, eu fiquei contente, já saí da sala do médico quase pulando pelos corredores.* **Ivone**

[...] *Agora depois da reconstrução, não... A nossa auto-estima levanta e aí a gente fica mais solta, mais à vontade, e fica muito bem, foi muito bom.* **Linda**

[...] *Eu continuo fazendo as mesmas coisas, mas a auto-estima da gente que se eleva, né?* **Linda**

*Eu não costumava usar roupa decotada, mas depois que a gente faz, a gente já pode colocar um decotezinho mais saliente, já pode mostrar mais alguma coisa, né? E a gente não sente mais vergonha de tomar um banho com outra pessoa, não sente mais vergonha de ir na praia e na piscina, usar um maiô, porque eu passei esse tempo todo nunca fui na praia, esse período todo eu não fui na praia.* **Linda**

[...] *Então para mim foi ótimo a reconstrução. Para mim, foi assim uma bênção. Aí eu não lembrava nem da doença, entendeu?* **Jade**

*Eu me senti ótima, para mim eu nunca retirei, porque é tão bem feita a minha que eu nem me lembro. Eu tenho uma vida normal, eu uso biquíni, eu uso decote, uso tudo, é muito bem feita, não tenho cicatriz, quase nenhuma [...]* **Jade**

*E melhorou muito depois, melhorou cem por cento. Só isso de eu não ter mais... de olhar e ver vazio. Não fica cem por cento igual, não fica, mas só o vazio que preenche o lugar (toca na mama reconstruída) já é uma coisa bem melhor para o inconsciente da gente, tudo melhorou. Eu podia usar a minha roupa como eu queria, já podia vestir maiô, aí eu já diminuía esse complexo.* **Vitória**

*Então, isso é o que a gente passa, e é como eu me senti antes, mas agora eu me sinto melhor, mais livre para eu fazer o que eu quiser, tudo isso, até mesmo na vida da gente, na vida íntima, na vida sexual tudo muda, tudo muda. Pra mim mesmo, mudou muito, antes eu não me sentia bem. Agora eu tou me sentindo melhor porque agora eu já reconstruí, só de não ter mais aquele baque, agora já melhorou.* **Vitória**

*Depois que eu reconstruí, eu me senti bem, aí minha vida mudou, como eu tô dizendo a você, ah mudou! Porque tudo que eu não queria mais, as minhas amigas me chamavam para sair, e eu não queria ir, eu não me sentia bem, para ir para a praia e nada.* **Vitória**

[...] *E daí em diante, eu já tava com a minha mama no lugar, então já mudou a minha vida dentro de casa, já mudou, hoje eu já me olho no espelho, eu não fazia isso, mesmo vendo que está diferente, mas hoje eu já chego já me vejo, eu não tinha condições de fazer isso. [...] e hoje eu consigo, hoje eu visto roupas decotadas, eu me sinto bem, depois da reconstrução, minha vida mudou, porque eu me senti melhor, muito melhor, muito melhor. [...]* **Vitória**

*Só isso, cada vez que a gente precisava elevar os braços (eleva o braço) até no ônibus, e depois tinha que tá puxando (a prótese externa), hoje nem precisa isso, porque mudou, eu já posso fazer as minhas coisas, minha vida mudou. Até pra trabalhar, tudo pra mim ficou diferente, a minha reconstrução pra mim foi bom.* **Vitória**

[...] *hoje eu aconselho quem tem vontade de fazer que faça, porque faz bem. A minha natureza mudou, o meu consciente mudou. Eu me sinto outra pessoa depois da reconstrução, mas quando eu tirei, eu fiquei muito pra baixo, mas isso (a reconstrução) me fez bem, mudou muito.* **Vitória**

[...] *eu saio, minha vida mudou, porque eu não fico naquela vida aprisionada, achando que estava inútil e inválida.* **Vitória**

*Minha cirurgia foi um sucesso, eu tive uma recuperação maravilhosa e é outra coisa. Poxa, é como se você nascesse de novo!* **Kika**

*E aí foi uma coisa assim maravilhosa, comecei a usar alcinha, podia até tá mais gordinha mas, seja lá como for, eu criei alma nova também. E para mim foi muito bom! Muita coisa mudou, muita gente diz assim: “Quem te viu e quem te vê. E quem te vê, não conhece que é você”. Entendeu, assim, a liberdade maior ainda, e aí comecei a viver uma fase muito legal da minha vida.* **Kika**

[...] *mas foi algo assim maravilhoso, foi ótimo para mim a reconstrução, não me arrependi, é claro, eu nunca me arrependeria. E sempre aconselho as pessoas que queiram pensar no bem e que tudo vai dar certo.* **Kika**

*É isso assim, eu acho assim que a beleza, né, a beleza que cada um, você pode não ser linda, mas eu acho que o dia-a-dia foi assim mais completo. Porque, como eu disse para você antes, a coisa me incomodava, eu não me olhava no espelho. Hoje eu me olho no espelho, passo a mão (toca na mama reconstruída). Ela não é perfeita que nem a que Deus nos deu, mas é bem... ela chega bem, você tá entendendo, ela chega bem lá. E aí a gente já pode se palpar, se pegar, você tá entendendo, assim para mim, como eu digo, hoje eu me visto de forma diferente, comecei a usar vestidinhos de alcinhas, justinhos, decotados, não muito decotados, mas assim, mais ousados. Então, assim a gente já pensa em ser igual ou parecido com o outro, não tão diferente como era antes.* **Kika**

[...] *Quando você constrói a mama, você se iguala a outra mulher [...] E eu me sinto muito bem, vivenciando o cotidiano com a minha mama reconstruída do que se eu tivesse a mesma e se eu tivesse uma prótese artificial substituindo, você tá entendendo? Então, é bem melhor a minha natural, é gostoso.* **Kika**

A reconstrução mamária é uma técnica que pode ser realizada conjuntamente à mastectomia ou após um período determinado. Neste segundo caso, vai depender de várias questões como: tipo de câncer, estadiamento, constituição tecidual, cicatrizações, necessidade de quimioterapia e/ou radioterapia prévias à reconstrução, complicações, quadro emocional, assim como o momento em que surge o querer da mulher.

As mulheres em seus depoimentos mostram que a reconstrução traz vivências que são revestidas de um novo sentido, pois ao não terem que conviver com o “vazio” devido a perda da mama, passam a revalorizar o corpo. Podem mostrá-lo ou exibí-lo sem receios. Podem



ousar a ter vaidade, usando roupas a seu gosto, expondo o colo sem complexos, vendo com prazer a sua imagem refletida no espelho.

Há o ressurgimento de possibilidades já experienciadas e a abertura para outras mais. Sentem-se mais livres, com o exercício da vida sexual. Voltam a aceitar convites e a frequentar ambientes sociais e, assim, percebem-se diferentemente inseridas nos vários contextos, como o do trabalho.

Verbalizam isso de maneira positiva, reconhecendo que a reconstrução, como uma “benção”, mudou-lhes não só a vida, mas a natureza, a alma. Foram afastados os fantasmas da inutilidade e da invalidez. Estes já não assustam a nova pessoa, a outra mulher que tem ânimo, auto-estima renovada e coragem de arriscar a fazer coisas que antes não fazia.

Com a reconstrução, nasceram novamente, redescobriram-se, sentindo-se iguais as demais mulheres e, de forma orgulhosa, revelando tocar o corpo. Há, então, motivos para seguir em frente e, ao se surpreenderem com sua força interior, não se consideram doentes.

## 8.1 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

Na tentativa de desvelar os modos de ser velados nos depoimentos, iniciei a etapa da hermenêutica, que representa o movimento de interpretação compreensiva a partir da compreensão vaga e mediana. Apreendi os aspectos ontológicos, vindo a construir as unidades de significação, norteada pelos conceitos heideggerianos. Segundo o pensador, ontológico “é aquilo que possibilita as várias maneiras de algo tornar-se manifesto, presente, criado, produzido, atuado, sentido” (HEIDEGGER, 1981, p.10).

Nesta etapa da hermenêutica heideggeriana, a interpretação originária é fundada, existencialmente, a partir da compreensão, e como destaca o filósofo (2006, p. 209): “interpretar não é tomar conhecimento do que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas no compreender”.

Heidegger assevera que (2006, p.215): “O ‘círculo’ do compreender pertence à estrutura do sentido, cujo fenômeno tem suas raízes na constituição existencial da presença, enquanto um compreender que interpreta [...]”. Toda interpretação funda-se no compreender.

A partir da compreensão que tive dos depoimentos busquei, num movimento interpretativo desvelar o sentido que funda o comportamento do ser-mulher-mastectomizada

submetida à reconstrução mamária vindo a construir as unidades de significação que trago a seguir.

**O MEDO, COMO POSSIBILIDADE PRÓPRIA DA PRESENÇA,  
REVELOU-SE AO SER-MULHER SUBMETIDA À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA,  
A PARTIR DA VIVÊNCIA DO CÂNCER E SUAS CONSEQUÊNCIAS.**

A mulher que experiencia o câncer de mama mostra-se com medo de vivenciar um cotidiano permeado por incertezas quanto ao sucesso do tratamento, pela mutilação da mama, a possibilidade de recidiva, bem como a perda da sua autonomia e da sua identidade.

A disposição, de acordo com Heidegger, é onticamente designada de humor ou ânimo, dizendo respeito às várias maneiras de uma pessoa sentir-se e relacionar-se. O humor revela “como alguém está e se torna” (HEIDEGGER, 2006, p.193). Na compreensão do filósofo, o medo<sup>17</sup> como modo da disposição pode ser analisado em três perspectivas distintas: do que se tem medo, o ter medo e pelo que se tem medo. O que se tem medo, na compreensão heideggeriana é o temível, algo que possui o caráter de ameaça e põe em risco a existência da presença, bem como o conviver com os outros.

Ao descobrir-se com câncer, surge na concepção heideggeriana a perspectiva do que se tem medo. A mulher vivencia o temível, o amedrontador, como destacado pelo pensador como “[...] sempre um ente que vem ao encontro dentro do mundo e que possui o modo de ser do que está à mão, ou do ser simplesmente dado [...]” (HEIDEGGER, 2006, p. 200).

**Lúcia** expressa a perspectiva do que se teme, destacando situações distintas. Fala sobre a doença, as complicações e a cura.

*Bom, a doença em si foi problema, porque você não sabe o resultado, você pensa que vai ter complicações piores... Não sabe se vai ficar boa [...] Lúcia*

Neste movimento, o cotidiano da mulher é permeado de sentimentos como o do medo. De acordo com Heidegger (2006, p. 252): “aquilo de que se tem medo é sempre um ente intramundano que, advindo de determinada região, torna-se, de maneira ameaçadora, cada vez mais próximo”.

---

<sup>17</sup> Encontra-se em edição anterior da obra *Ser e Tempo*, o termo temor que se apresenta como o que se teme, o temer e pelo que se teme.

Para o *Dasein*, o que se teme é sempre algo dentro do mundo, o intramundando. O que se teme pode manifestar-se sempre na presença de outro *Dasein* quanto da natureza e dos utensílios. O medo revela a essencial vulnerabilidade do ser humano (NUNES, 2004).

A lembrança do momento do diagnóstico remete as mulheres à reflexão sobre os momentos difíceis vivenciados, como os exames, a cirurgia, além do enfrentamento de uma doença repleta de tabus e preconceitos.

O adoecer pelo câncer de mama está permeado de informações pré-concebidas, associadas à doença como, por exemplo, a dor, a mutilação, os sofrimentos físico e psíquico, além de um prognóstico que pode apontar para a recidiva do câncer.

**Jade** demonstra que o que se teme é o momento do diagnóstico do câncer, que se constitui em um evento de impacto, como pode ser destacado:

*[...] então, na hora que fala assim para gente que você tem um câncer parece que o mundo vai desabar na sua cabeça. Jade*

De acordo com a situação apresentada por **Jade**, no momento da confirmação do diagnóstico, a mulher encontra-se abalada psicologicamente, e tal sentimento também é experienciado pelos familiares. Essa situação conduz as mulheres a uma nova etapa de vida, quando necessitam de apoio e ajuda indispensável para o enfrentamento de possíveis conflitos decorrentes da situação vivenciada pela doença.

Esse sentimento vivenciado pelos familiares pode se constituir no medo, o que, na compreensão heideggeriana, é compreendido como sempre primariamente um fenômeno privado, em que podemos também temer pelo outro. Nesse sentido, o temer é também uma forma de estar com os outros (WERLE, 2003). Heidegger destaca que: “O ter medo por também pode estender-se a outros e, nesse caso, falamos de ter medo em lugar do outro. Esse ter medo em lugar de...não retira do outro o medo” (HEIDEGGER, 2006, p. 201).

Para Heidegger, o medo confunde e faz “perder a cabeça”; “[...] o medo vela, ao mesmo tempo, o estar e ser-em perigo, já que deixa ver o perigo a ponto de a presença precisar se recompor depois que ele passa” (HEIDEGGER, 2006, p. 201).

A experiência do câncer de mama e as suas consequências conduzem as mulheres as diferentes possibilidades presentes no ter medo, como destacado por Heidegger: o pavor, o horror e o terror.

O pavor é algo familiar, que subitamente ameaça. É segundo o filósofo a situação de “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim [...]”. (HEIDEGGER, 2006, p. 202). Tal movimento abate o ser-no-mundo da ocupação. **Kika**, em seu depoimento, revela que:

*Olhe, para mim foi o seguinte: quando eu retirei a mama, eu já tinha uma história de câncer de mama na família, entendeu, não é que pra mim eu achei bom, não é nada disso, eu já tinha aquele “quê”. **Kika***

Como relatado acima, o câncer de mama era para ela uma doença previamente conhecida pelo fato de uma pessoa da família já ter experienciado essa situação. No entanto, a presença de algo tão familiar é destacado como um motivo de pavor para ela e para a família, quando se refere ao enfrentamento da doença. Assim é enfatizado:

*Mas eu já tinha minha mãe que tava com problema, a minha irmã que teve problema, e aí as outras duas irmãs e os irmãos começaram, já sabiam como era a situação, a barra. **Kika***

O pavor é vivenciado, também, por **Sofia**, o que compreendi, quando relata a história do câncer na sua família que era desconhecida por ela:

*Eu não sabia que a minha avó paterna tinha falecido e minha tia, irmã de meu pai também tinha sofrido o mesmo câncer. De garganta, o outro de intestino, outro de peito e eu não sabia, trinta e poucos anos e eu não sabia, então, quando aconteceu comigo foi como se eu tivesse entrado em um desespero, né? **Sofia***

Quando essa ameaça possui o caráter de algo não familiar, o medo torna-se horror. O horror foi desvelado como possibilidade própria da presença, manifestado pelo longo e agressivo tratamento a que foi submetida, conduzindo-a a um cotidiano desconhecido, como relatado no seguinte depoimento:

*O tratamento todo, desde o início para mim foi muito traumatizante, uma coisa que a gente nunca espera que seja com a gente. Entrei em depressão, fui até o fundo do poço [...] E quando eu tava fazendo o tratamento, eu não tinha conhecimento, eu tinha pavor de olhar, não podia ver na televisão, em alguma revista, alguma coisa falando sobre o câncer, eu ficava apavorada, eu não queria saber. Não quero saber não, porque aquilo ficava ali matutando o tempo todo no meu juízo e eu tinha um pavor mesmo de medo de não conseguir vencer essa etapa da minha vida. **Sofia***

Ao analisar o medo na concepção heideggeriana, Werle (2003) afirma que o ser humano teme por algo determinado, pois ele mesmo é afetado e, então, o medo se dirige para o íntimo do ser. O medo constitui-se em uma disposição anímica que pode desviar ou afastar o ser de algo que se teme e, assim, ao mesmo tempo manifesta o todo do mundo em sua estranheza e assombro. Conclui que (p.105): “[...] o medo é uma disposição central na nossa existência pelo fato de que manifesta o mundo no ato de fuga do ser-aí de si mesmo”.

Compreendi que a mulher se mostrou temerosa diante de terapias desconhecidas que a ameaçavam em sua existência. O medo manifestado subitamente por algo não familiar se constitui no terror.

O medo sob essa possibilidade foi apresentado por **Linda, Ivone e Vitória** ao se descobrirem com câncer de mama.

*Foi um baque, a gente sente uma tristeza, porque a gente não sabe dali o que vai acontecer. Mas eu fiquei muito triste no momento [...] **Linda***

*No começo, logo de cara, quando eu soube que estava com câncer, assusta qualquer um, né? **Ivone***

*Porque, na verdade, isso é um baque que vem na vida da gente quando acontece, a gente acha que isso é o fim [...] **Vitória***

O terror manifestou-se para essas depoentes no momento do diagnóstico, conduzindo-as a um estar-lançada-no-mundo em que o câncer se apresenta como uma possibilidade própria da presença, trazendo-lhes, para o seu cotidiano, sentimentos como tristeza e incerteza quanto ao futuro.

O terror também surgiu quando da probabilidade de recidiva do câncer de mama. A possibilidade de vir a desenvolver o câncer em outros órgãos é experienciada pela mulher com grande sofrimento, o que, muitas vezes, a conduz ao pensamento de que a sua vida se encontra em suspenso.

Tal aspecto está expresso no seguinte depoimento:

*Porque eu fiquei com muito medo, porque foram duas incidências... Em tão pouco tempo... Eu achava que qualquer momento poderia voltar, em qualquer outro órgão, em qualquer lugar... Então eu ficava uma coisa assim de louco...eu fiquei muito ruim mesmo. **Sofia***

Compreendi que uma reação muito comum nas mulheres que se submetem à mastectomia, como parte da terapêutica para o câncer de mama, é o de não sentir-se mais atraente sexualmente. Neste sentido, o medo da mutilação conduz-lhes ao terror. Este

constitui-se como modo da presença diante da possibilidade da retirada da mama, um símbolo da feminilidade e órgão imbuído de significações.

A sua retirada conduz-lhes ao choque, que foi assim expressado pelas depoentes **Alda** e **Ivone**.

*Eu senti um impacto, né? Porque a gente tem aquilo que Deus deu, que já vem, quando chega na hora saber que vai retirar, a gente sente aquele... [...]*  
**Alda**

*Porque a partir do momento que tirou né? Tira um pedaço da gente, né?*  
**Ivone**

Existe também a repercussão do diagnóstico e do enfrentamento da doença nos familiares. Esses, embora no movimento de terror, demonstram preocupação. O filósofo destaca que a preocupação é uma característica do ser-aí com o ser-com. Na convivência cotidiana, o modo da preocupação é compreendido pelo filósofo como um co-existir autêntico, ou seja, uma convivência preocupada com o outro, como percebemos nos depoimentos de **Linda** e **Lúcia**, quando se referiram aos momentos da enunciação do diagnóstico e o da cirurgia,

*Meu esposo também ficou triste porque a gente nunca espera que vai acontecer, e ele ficou muito triste, mas ali sempre junto comigo.* **Linda**

*Até a minha filha, que mora fora do país, [...] ela ficava chorando no telefone, quando eu tive a cirurgia, ela sofreu mais que eu, entendeu?* **Lúcia**

A preocupação também pode assumir o caráter dominador, quando toma a direção do cuidado do outro, pulando em cima dele. Nessa perspectiva, Heidegger destaca a possibilidade da convivência inautêntica, quando a presença se relaciona com os demais entes envolventes, estando junto a eles, o que leva à dependência.

Compreendi que a mulher, como ser-no-mundo, traz para si o medo, ainda manifestado sob o modo de terror, quando demonstra que sofre com o isolamento, a debilidade física e a perda da capacidade para realizar afazeres, como relatado por **Ivone**:

*Aí me deixa triste porque eu não posso fazer as coisas que eu fazia para ganhar dinheiro, eu não posso fazer. Não posso fazer uma faxina na minha casa, arrastar sofá, essas coisas eu não posso, aí fica difícil.* **Ivone**

A perda da capacidade produtiva, como seqüela imposta pela limitação física causada pela doença, conduz a mulher ao afastamento das suas atividades laborais. Para **Ivone**, o medo sob forma de terror, manifestado pela sensação de incapacidade ao ocupar-se diante do trabalho ameaçou-a como presença, pois para o pensador: “Pois enquanto ser-no-mundo, a presença é um ser em ocupações junto a. Numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, a presença é a partir do que se ocupa”. (HEIDEGGER, 2006, p.201).

Ao vivenciar o medo e os seus modos de disposição, decorrentes do câncer de mama e suas complicações, as mulheres desse estudo demonstram-se como seres lançados em situações de sofrimentos físicos e psíquicos, enfrentando o processo de adoecimento pelo câncer.

Para o filósofo, o estar lançado é “o modo de ser de um ente que sempre é ele mesmo as suas possibilidades e isso de tal maneira que ele se compreende nessas possibilidades e a partir delas”. (HEIDEGGER, 2006, p.247).

No que diz respeito ao medo e aos seus modos de disposição, Camargo (2000, p. 71) destaca que: “O que o *pavor*, o *horror* e o *terror*, como variações do *temor* mostram essencialmente, é o **enfrentamento da possibilidade** de deixar de ser esse aí em que a mulher está habituada a se dar”.

O medo está presente nas mulheres com câncer de mama. No pensar heideggeriano, o que se teme possui o caráter de ameaça e: “[...] apenas o ente em que, sendo, está em jogo seu próprio ser, pode ter medo”. (HEIDEGGER, 2006, p.201).

No entanto, esse medo pode conduzi-las a abertura e a possibilidade de um fortalecimento para o seguimento dos tratamentos. As mulheres, como projetos, vislumbram a cura. Isso pode ser percebido nas falas de **Lúcia**, **Maria** e **Kika**:

*Sim, que eu me joguei na vida. Eu falei: “já que eu tou com esse problema, vou me cuidar”, seja o que Deus quiser, né? Eu coloquei isso na minha cabeça, eu vou me cuidar. Acredito nos médicos, acredito na possibilidade de uma cura, de isso não vai me matar. **Lúcia***

*[...] E a gente tem que superar né? Tem que viver, porque a gente não vai deixar de viver por causa disso, né? **Maria***

*E aí foi que eu vi que eu tinha condições de sair, de me desenvolver e assim aconteceu, entendeu? Houve assim um aceleração, um desenvolvimento muito grande no sentido de ver a vida de uma forma diferente e buscar essa forma diferente como fonte de força, de coragem, de superação, de tudo isso, entendeu? **Kika***

Pude compreender que o medo é desvelado nas mulheres em momentos distintos do adoecer pelo câncer de mama. O medo vivenciado na enunciação diagnóstica, no tratamento e na possibilidade de recidiva conduz o ser-mulher a um cotidiano permeado de dificuldades. Lançadas nesta situação existencial se mostram como presenças confiantes e fortalecidas, ao redirecionar a sua existência. Destaco então essa compreensão com o depoimento de **Kika**:

*[...] E aí eu procurei viver esse tempo assim, cada dia eu procurava viver mais intensamente, procurava aproveitar o máximo que podia, assim com uma coisa meio estranha mesmo, tá entendendo, uma força... às vezes a gente não sabe nem explicar o porquê. **Kika***

Vivenciar uma doença como o câncer, conviver com a possibilidade de recidiva da doença, superar as limitações físicas e psicossociais são aspectos identificados nas mulheres que experienciam o cotidiano do câncer de mama. Tais aspectos, devem ser compreendidos na prática assistencial, no intuito de possibilitar a implementação de estratégias que contribuam para a adaptação da mulher a sua nova condição existencial.

**O SER-MULHER-MASTECTOMIZADA SUBMETIDA À  
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA EXPERIENCIA A AUTENTICIDADE DA  
PRESENÇA NO SER-COM-O-OUTRO NOS GRUPOS DE APOIO**

Após receber o diagnóstico de uma doença marcante e complexa, bem como vivenciar um longo tratamento, o ser-mulher busca, nos grupos de apoio, soluções para os problemas enfrentados no seu cotidiano.

O grupo de apoio terapêutico representou para as mulheres do estudo, um espaço no qual poderiam partilhar com-o-outro as experiências advindas com a situação do câncer de mama. Assim, compreendi no depoimento de **Kika, Vitória e Linda**, quando fazem referência ao seu cotidiano:

*Tentei levar a minha vida, vim para o grupo e foi muito bom porque, em termos de fortalecimento, quando a gente se junta com mais pessoas com o mesmo problema, isso ameniza um pouco a situação [...] E depois ver que não era só eu que tinha esse problema, né? **Kika***



[...] *a gente se sente bem quando está no meio de pessoas que convivem com o mesmo problema, aí ninguém repara nada de você, não tem aquela curiosidade que o povo de lá de fora tem. Porque aqui todo mundo convive do mesmo jeito, tem o mesmo passado, passa pelo mesmo problema. Então aqui eu me sinto bem.* **Vitória**

*A convivência com o grupo porque aqui todas nós temos o mesmo problema, e aí uma levanta a auto-estima da outra. Quando uma tá triste, aí vem uma com uma palavra e aí levanta a auto-estima.* **Linda**

Na perspectiva heideggeriana, uma das estruturas fundamentais da presença constitui-se no ser-com. Essa possibilidade da presença revela-a como um ser de relação. Heidegger, também, afirma que é através da presença que se caracteriza o encontro com os outros. E quando se fala dos “outros” o filósofo salienta que:

Os “outros” não significam todo o resto dos demais além de mim, do qual o eu se isolaria. Os outros, ao contrário, são aqueles dos quais, na maior parte das vezes, *não* se consegue propriamente diferenciar, são aqueles entre os quais também se está. (HEIDEGGER, 2006, p. 174).

Duarte (2002) comenta que, para Heidegger na sua analítica ontológica da existência, o outro é concebido como aquele com o qual já se coexiste no mundo das ocupações e preocupações cotidianas. Sob esse olhar, o mundo se transforma em um horizonte de sentidos compartilhados por entes que se compreendem, e então se encontram sempre uns com os outros, e não uns ao lado dos outros em um mundo exterior.

Ancorada no pensamento heideggeriano, compreendi que, para **Kika** a experiência de estar-com-o-outro no GAMMA possibilitou-a enfrentar a doença com mais fortalecimento, levando-a a não perceber-se sozinha na situação de estar-lançada no mundo com o câncer. A partir da percepção que a depoente teve do experienciar do outro, compreendo que o mundo é sempre compartilhado com os outros.

Heidegger afirma que: “À base desse ser-no-mundo *determinado pelo com*, o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros. O mundo da presença é *mundo compartilhado*. O ser-em é *ser-com* os outros”. (HEIDEGGER, 2006, p. 175).

O mundo compartilhado no grupo de apoio não representa somente um espaço onde há a identificação com o outro. Além dessa partilha de experiências, o grupo favorece o ser-com-o-outro quando possibilita a algumas integrantes a participarem do trabalho voluntário. Através desse trabalho, o ser-mulher como presença é ser-com-o outro e expressa-se o cuidado. **Jade** e **Kika** trazem que:

*Eu gosto de me doar eu com esse trabalho que eu faço aqui. Esse meu é que é uma bênção de Deus, cada vez que eu saio daqui eu saio com mais energia, renovada. **Jade***

*[...] eu comecei a freqüentar o GAMMA, aí eu comecei também ter a idéia de trabalhar como voluntária no hospital para poder ajudar aquelas pessoas que estavam lá no hospital, e aí eu comecei a conviver mais com os outros pacientes, pacientes novos, pacientes antigos. **Kika***

Nesse sentido, o ser-mulher inserida nos grupos de apoio, remete a compreensão heideggeriana, em que a presença é um ser-com, não sendo possível separar o ser daquele com os quais mantém suas relações no mundo, “Ser-no-mundo” é as múltiplas maneiras que o homem vive e pode viver, os vários modos como ele se relaciona e atua com entes que encontra e a ele se apresentam”. (HEIDEGGER, 1981, p.16).

**Jade** completa com a sua fala:

*O que eu posso trabalhar, eu faço com o maior prazer. Porque eu acho que a gente tem que se doar a gente mesmo. Eu fazia um trabalho que era muito com dinheiro, entendeu? Então eu não achava gratificante aquilo porque eu não me doava. E aqui, não. Aqui no grupo GAMMA, esse grupo GAMMA é uma coisa maravilhosa. [...] Então, é um trabalho muito bonito esse do grupo GAMMA, então esse trabalho, enquanto Deus me der vida e saúde, eu não paro. Porque eu acho assim um trabalho ótimo porque eu me dão...  
**Jade***

Para **Jade** e **Kika**, a forma de atuar e relacionar-se com o outro foi caracterizada pela doação com o trabalho voluntário, o que na minha compreensão se mostra como uma forma de cuidar do outro. Esse cuidado é entendido pelo filósofo como uma atitude de desvelo, de zelo e de solicitude. É, pois, constituinte da situação relacional do ser.

Ao referir-se ao trabalho como uma doação, **Jade** no depoimento acima manifesta o sair de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude.

Boff (2005, p. 29) ao definir o cuidado sob a compreensão filosófica, afirma que este tem uma constituição ontológica, que significa:

*[...] entra na definição essencial do ser humano e determina a estrutura de sua prática. Quando fala do cuidado como “solo em que toda a interpretação do ser humano se move”, significa: cuidado é o fundamento para qualquer interpretação que dermos do ser humano. Se não tomamos o cuidado por base, não conseguiremos compreender o ser humano”.*

O cuidado na constituição da presença pode manifestar-se de modo inautêntico e mediano pela ocupação cotidiana dos outros, de que se ocupa dia-a-dia. De acordo com o pensador, “Embora pareçam nuanças insignificantes do mesmo modo de ser, subsiste ontologicamente uma diferença essencial entre a ocorrência “indiferente” de coisas quaisquer e o não sentir-se tocado dos entes que convivem uns com os outros”. (HEIDEGGER, 2006, p. 178).

O grupo de apoio também se mostrou como um espaço de acolhimento para o ser-mulher que se sentiu apoiada e confortável para expressar os seus sentimentos, no que tange a esse cotidiano de cuidado inautêntico.

A fala de **Vitória** expressa que:

*Primeiro que, quando a gente opera, fica uma coisa, uma paparicagem assim com a gente, tudo na mão, não querem que a gente faça nada e depois que a gente vai convivendo, vai fazendo as coisas, vai passando o tempo, aí vê que não acabou, que a gente não vai morrer, porque tem muito para viver ainda, aí as pessoas esquecem, aí esquecem. Aí dificilmente as pessoas chegam e perguntam: “como vai a sua vida, a sua saúde, como é que você tá? E como é que está o procedimento médico?” Não tem mais esse tipo de conversa. **Vitória***

Compreendo com o depoimento acima que a presença no seu cotidiano pode relacionar-se de um modo inautêntico. Apresenta-se como um sendo-junto, em uma relação de ocupação com o manual.

Heidegger assevera,

Nessa preocupação, o outro pode tornar-se dependente e dominado, mesmo que esse domínio seja silencioso e permaneça encoberto para o dominado. Essa preocupação substitutiva, que retira do outro o “cuidado”, determina a convivência recíproca em larga escala e, na maior parte das vezes, diz respeito à ocupação do manual”. (HEIDEGGER, 2006, p. 178).

Essa preocupação também surge na fala de **Vitória**:

*Então, você vê que isso aí é porque achava que a gente já vai morrer. Mas viu que não aconteceu isso, que a gente tá vivendo bem, graças a Deus eu já tou com dez anos de cirurgia, então isso aí, eu acho que as pessoas mudam, aí acaba aquela onda de tudo na mão, aí acha que você já pode fazer tudo, não precisa mais tá fazendo nada pra você, ah ela já pode fazer tudo sozinha, pode se virar, e esquece tudo isso. Então, isso é o que a gente passa, e é como eu me senti antes [...] **Vitória***

Diante do depoimento de **Vitória**, compreendo que no seu cotidiano a presença pode manter-se predominantemente no modo da deficiência e da indiferença, que são modos deficientes de preocupação. Para tal compreensão Heidegger pontua que:

O ser por outro, contra um outro, sem os outros, o passar ao lado um do outro, o não sentir-se tocado pelos outros são modos possíveis de preocupação. E precisamente esses modos, que mencionamos por último, de deficiência e indiferença, caracterizam a convivência cotidiana e mediana de um com o outro. (HEIDEGGER, 2006, p. 178).

A outra possibilidade de constituição da preocupação apresenta um caráter positivo, que não substitui o outro, nem lhe retira o cuidado, mas antecipa-se a ele para devolvê-lo como tal, manifesta-se como uma co-existência autêntica de ajuda. Essa situação relacional permite à presença um empenho em comum, possibilitando uma ligação própria, liberando o outro para conquistar a sua liberdade, assumir o fazer, ao voltar-se para si de modo também autêntico.

**Linda** comenta o quão foi importante o apoio recebido durante a fase de recuperação do câncer:

*Na parte da recuperação, o apoio dos nossos familiares que a gente tem em casa é muito importante. No meu caso, eu tive muito apoio do meu esposo, né? Porque, muitas vezes, tem até marido que larga a esposa devido a esse problema. [...] Porque nesse período é o período que a gente mais precisa dele, né? É o período que a gente mais precisa do apoio dele para a nossa recuperação, porque isso é muito importante. E aí tem muitos que abandonam as esposas, tem muitos casos aí que eles abandonam as esposas, e aí para a pessoa se recuperar, aí é que vêm traumas, a pessoa se abate, se sente só e aí é muito ruim para a recuperação [...] **Linda***

As mulheres também referenciam o grupo de apoio como um ambiente em que a preocupação com as pessoas é presente na convivência cotidiana. No entanto, tal preocupação, às vezes, não é partilhada com a mesma intensidade pelas pessoas da família.

Isto é destacado por **Vitória**:

*Aqui, se você fica uma semana sem vir, eles ligam pra mim: “por que não veio?”, e em casa não acontece isso, “tá acontecendo alguma coisa com você?” Então, é uma preocupação que o povo tem com a gente [...] **Vitória***

**Vitória** também evidencia a importância da convivência autêntica, quando destaca que para ela o grupo representa mais do que um convívio social, possibilita a criação de vínculos afetivos entre os integrantes e as voluntárias. Neste, Heidegger (2006) comenta que:

Essa preocupação que, em sua essência, diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro e não a uma *coisa* de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se, *em sua cura*, transparente a si mesmo e *livre para* ela. (HEIDEGGER, 2006, p.179).

Ao se referir ao grupo **Vitória** expressa:

*Aqui no GAMMA, eu me sinto como uma família. Em casa eu digo aos meus filhos que eu aqui eu tenho uma outra família. Porque o GAMMA para mim eu considero uma família. Porque o povo se preocupa com a gente [...]*  
**Vitória**

Neste sentido, compreendo que **Vitória** expresse um sentimento familiar pelo grupo. Tal sentimento foi construído ao longo de encontros, em que a convivência foi desvelada em um sentido autêntico de cuidado.

Boff (2005), ao refletir sobre a natureza do cuidado, afirma que os seres constroem o mundo a partir de laços afetivos, sendo o sentimento o que nos torna sensíveis a tudo que está a nossa volta. Segundo o autor, é o que se considera como cuidado o que está presente no existir humano.

No grupo de apoio, as mulheres tiveram oportunidade de cuidar do outro com a vivência do adoecimento. Proporcionaram o conhecimento ao outro e demonstraram que o câncer é uma doença que tem tratamento e cura. Tal aspecto fica evidenciado no depoimento de **Sofia**:

*Eu gostaria assim de poder levar ao máximo de pessoas essa informação que hoje eu tenho a respeito de um câncer de mama [...] Outro dia, uma moça me viu e veio me agradecer, que ela tava para desistir do tratamento. E ela eu tava sentada, esperando, aguardando a minha vez e ela veio, me agradeceu, eu nem lembrava mais, ela disse que, por minha causa, ela não deixou de fazer o tratamento, que eu tinha dito a ela que eu tinha passado por aquilo e olhe eu aqui. Porque ela tava apavorada com a cirurgia de tirar o seio. [...] ela tava ainda apavorada e a gente trocando conversa na sala de espera...quer dizer, eu levei uma informação para ela, eu fiquei muito alegre, eu gostaria muito de poder de sempre fazer isso [...]***Sofia**

Reporto-me a Heidegger quando discute a co-presença dos outros e o ser-com cotidiano. Em sua análise, conclui que (2006, p.182): “o ser-com é um constitutivo essencial do ser-no-mundo [...] Porque a presença *é*, ela possui o modo de ser da convivência.

Em concordância com esse pensamento, Duarte (2002) destaca que:

*Antes, ser-no-mundo é ser-com os outros com os quais se coexiste em um mundo comum [...] O encontro dos outros já se dá sempre no âmbito de uma “familiaridade com o mundo” constitutiva da compreensão de ser do ser-no-mundo, na concretude das preocupações e ocupações cotidianas compartilhadas. (DUARTE, 2002, p. 164).*

Os grupos de apoio terapêutico constituem-se em espaços de convivência autêntica, pois auxiliam as mulheres na superação dos conflitos advindos com a situação da doença. Esse convívio autêntico pode ser compreendido a partir das experiências de enfrentamento do outro, bem como a receptividade, o estímulo e a postura de acolhimento do trabalho das voluntárias, que conduzem as mulheres a um crescimento individual e grupal, tanto como à melhora da auto-estima.

O trabalho das voluntárias do GAMMA é relatado por **Vitória e Linda** como prova de carinho e dedicação:

*[...] e a preocupação que eles têm, o amor, o carinho que o GAMMA deposita na gente, então isso é tudo. [...] Só essa boa vontade que elas têm, elas largam o trabalho delas pra vir fazer um trabalho voluntário com a gente, aí então isso é tudo. **Vitória***

*[...] E as voluntárias também, que sempre está nos apoiando, sempre tá nos ajudando, isso é muito bom. **Linda***

O estar-com-o-grupo, além de todo acolhimento recebido na convivência cotidiana, oportuniza-lhes, também, a participação de atividades culturais, favorecendo o convívio social tão fundamental àquela que vivenciou o câncer de mama.

O convívio grupal é descrito com grande satisfação por **Vitória e Jade**:

*Quando chegam os finais de ano, você presenciou o que elas fazem pra gente, tudo com todo carinho, com todo amor, a gente só vai lá participar, porque a gente não tem despesas nenhuma com isso. Tudo isso são coisas que não dá para esquecer e deixar pra lá, é uma coisa que a gente fica sempre lembrando [...] **Vitória***

*Então, eu acho o grupo GAMMA assim uma coisa maravilhosa, um trabalho voluntário muito bom. Porque é só para levantar a auto-estima delas toda, é*

*um trabalho social para elas, elas se conhecem, participam de festa, de jantar, de tudo, né? **Jade***

Com as atividades partilhadas no convívio grupal, a presença mantém-se no extremo da preocupação positiva, guiada pela consideração e tolerância, e para o pensador, o ser com os outros pertence ao ser da presença. Afirma:

Enquanto ser-com, a presença “é”, essencialmente, em virtude dos outros. Isso deve ser entendido em sua essência, como um enunciado existencial. Mesmo quando cada presença fática *não* se volta para os outros, quando acredita não precisar deles ou quando os dispensa, ela ainda *é* no modo de ser-com. (HEIDEGGER, 2006, p.180).

As mulheres relatam a oportunidade que tiveram pelo aprendizado de novas atividades, como o artesanato, o que contribui para torná-las valorizadas como antes da doença. **Linda** e **Vitória** relatam:

*Aqui no GAMMA, é muito bom, muito bom mesmo, as atividades que a gente tem aqui levanta mesmo. Eu só faço duas, biodança e artesanato [...] Agora mesmo, abri uma lojinha lá na minha casa para vender justamente as coisas que a gente aprende aqui, a gente faz e já serve, a gente que não trabalha [...] o que elas ensinam para a gente aqui a gente já faz, já vende, já ganha um dinheirinho para a gente comprar as coisinhas que a gente precisa [...] Eu aqui faço artesanato, justamente esses artesanatos que a gente faz aqui que nos ajuda. Porque, quando eu deixei de trabalhar, eu não me aposentei [...] **Linda***

*Porque só esses trabalhos manuais que ensina muita coisa que a gente pode fazer pra gente ter como viver, um meio de ganhar um dinheiro, de trabalhar, eles ensinam. E eu só tiro proveito disso porque as coisas que eu faço aqui, que eu aprendo aqui eu faço lá, e aí eu consigo fazer alguma coisa. **Vitória***

Além do aprendizado de novos trabalhos, o GAMMA também oportuniza o desenvolvimento de atividades de lazer e relaxamento, o que contribui para melhorar a auto-estima, a auto-imagem, a comunicação interpessoal e o convívio social, como demonstrado na falas abaixo:

*Mas o GAMMA abrange assim muitos trabalhos. É artesanato, biodança, dança de salão, tai chi chuan, teatro. Então isso levanta a auto-estima demais das pacientes mastectomizadas. É um grupo em que elas ficam amigas, são 80, cada uma tem direito de escolher duas atividades, né? E, no*

*fim do ano, tem apresentações, tem festa de Natal, festa de São João, então elas fazem amizade entre elas. É um grupo assim maravilhoso. **Jade***

*Tou fazendo coral aqui, faço dança, artesanato, arte-terapia, tudo isso tem me ajudado. **Sofia***

Os grupos de apoio são valorizados por contribuir no enfrentamento positivo da doença, bem como para um crescimento individual, fortalecendo e preparando-as para possibilidades que possam vir a surgir. **Sofia** afirma:

*Então, com a ajuda da terapia que eu fui me recuperando, fui ver que realmente valia a pena eu continuar a viver, já que estava tendo aquela oportunidade, né? **Sofia***

Compreendi que estar lançado no mundo conduz as mulheres ao encontro de entidades como o câncer de mama, a mastectomia e a reconstrução mamária, mas, sobretudo, lança-as ao encontro de outros em sua co-presença.

## O SER-MULHER E O COTIDIANO FRENTE A MASTECTOMIA E A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: POSSIBILIDADE E DE-CISÃO

A mastectomia, como uma das principais terapêuticas para o câncer de mama, é vivenciada pela mulher como uma experiência dolorosa e complexa que, no cotidiano, dificulta a convivência consigo mesma e com os outros. Sensações de deficiência e de estranheza com o próprio corpo compõem o relato das depoentes, afetando-lhes a existência a partir da mastectomia.

As falas de **Vitória**, **Maria**, **Jade** e **Alda** destacam:

*Depois da retirada da mama, foi ruim, né, porque ficou... ficou assim aquele negócio estranho, aquela coisa diferente assim me sentindo mal, não me sentindo inválida, mas me sentindo assim mutilada, uma coisa ruim que aconteceu na vida da gente, aí fica aquilo ruim. **Vitória***

*Ah, foi muito doloroso, né, claro, foi muito doloroso... fiquei muito inconformada. Para mim não foi uma coisa boa, né? Mas aconteceu, né? O que é que a gente vai fazer? **Maria***



*Porque eu acho que, quando tira a mama da gente, qualquer pessoa por melhor que tenha uma cabeça ótima, a pessoa fica sentida, tem que sentir, né? **Jade***

*Eu senti um impacto, né? Porque a gente tem aquilo que Deus deu, que já vem, quando chega na hora saber que vai retirar, a gente sente aquele... **Alda***

Sendo subitamente lançadas numa situação que lhes causa estranheza e que é carregada de muito sofrimento, compreendem-se a si mesmas a partir da existência e do que lhes veio ao encontro. Heidegger (2006, p.48) destaca que “[...] a presença se compreende em seu ser, isto é em sendo”.

A mulher como presença, ao se compreender sem a mama em decorrência da mastectomia, sofre um impacto na relação que estabelecia com o próprio corpo e com os outros indivíduos. O vazio deixado pela retirada da mama foi uma situação recorrentemente relatada nos depoimentos, expressa em tom de profunda tristeza.

A mutilação alterou-lhes negativamente a percepção de si, influenciando o seu modo-de-ser no cotidiano, como é destacado nas falas de **Vitória e Linda**:

*Eu me sentia mal, toda vez que, só de pensar que eu ia me ver mutilada começava aquela tristeza, aquela angústia, eu não conseguia [...] **Vitória***

*Porque eu contestei com ele: “porque tem que tirar toda? Porque não pode tirar só o pedacinho?” **Linda***

O modo de ser no cotidiano foi alterado pela perda da mama em decorrência da enfermidade. Nogueira (2006), ao discutir enfermidade na concepção heideggeriana, afirma que o filósofo a compreende não como uma ausência de saúde, mas como um modo de existir em que a saúde faz falta. Destaca que, para Heidegger, a enfermidade é uma privação, o que sugere que essa privação implica na pertinência fundamental de algo que faz falta ao ser.

A mulher como presença se compreende como possibilidade, estando numa falta de alternativas de poder-ser completa, ao experimentar a perda da mama. Neste sentido, a imagem corporal e a auto-estima são alteradas em decorrência da perda da mama, conduzindo-a a uma sensação de estranheza ao visualizar o corpo no espelho. Esse sentimento é relatado por **Vitória e Kika**:

*Eu me sentia muito mal sem a mama, sentia mal, me achava estranha, não conseguia me ver, eu não conseguia me ver no espelho. Eu levei dois anos, aliás, três anos para poder reconstruir, e até lá eu nunca me olhei no*

*espelho, eu não tinha coragem de me ver no espelho, eu só de olhar me sentia mal, me ver no espelho me dava aquela sensação ruim... Eu nunca conseguia, eu não me sentia bem sem a mama, eu não aceitava ficar sem a mama, foi uma coisa que buliu muito comigo. **Vitória***

*E também, assim, eu nunca tinha me olhado no espelho depois que eu tirei, eu nunca encarava o espelho. **Kika***

Ao constatar a ausência da mama, a mulher confronta-se com uma realidade em que a sensação de vazio está presente. Não mais considera o corpo como harmônico.

Cardinalli (2003) relata que a corporeidade, para Heidegger, não tem apenas o sentido habitual de corpo físico, pois o pensador compreende o corpo como um aspecto existencial. O corpo não é entendido como um objeto inanimado, pois a dimensão corporal participa das atividades humanas, quando o indivíduo é solicitado pelas coisas do mundo e pela sua própria realização. A autora ressalta que (2003, p.251): “a corporeidade, portanto, é um caráter fundamental do Dasein absolutamente inseparável dele, que integra todas as relações com o mundo.”

Nesse entendimento, o corpo não pode ser analisado como um objeto inanimado, ou que está no mundo de acordo com mecanismos interdependentes do existir humano, pois a dimensão corporal participa das realizações humanas (CARDINALLI, 2003).

**Linda** e **Kika** relatam que conviver com a ausência da mama, além de alterar negativamente a percepção do corpo, também influencia a maneira de conviver-com-o-outro.

*Porque quando a gente tira, fica numa debilidade, a gente fica assim com receio que a outra pessoa veja, até o nosso esposo mesmo a gente não tem aquela liberdade, mesmo que ele aceite tudo, a gente fica com aquele receio de mostrar, né? Aí a gente dorme de soutien, eu mesmo dormia de soutien e fica assim com aquela restrição, sempre assim com aquela restrição de camisola toda fechada. **Linda***

*Foi ruim porque a mutilação pesa bastante, né? E assim, no sentido de você depois encarar o seu corpo...e essa mama era muito especial para mim...por ser mulher, por ter amamentado, por ser uma peça fundamental no ato sexual, e uma das coisas que mais pesou foi isso, a retirada da mama me afastou, tá entendendo, do sexo. E o meu marido, que até hoje ele está comigo, ele também se afastou. E eu obedeci, eu não enfrentei, eu achava que eu tinha que ficar na minha, e isso me prejudicou bastante, entendeu? **Kika***

O ser-mulher sem a mama conduziu-as a uma condição de estar-só, o que, na compreensão heideggeriana, é entendido como um modo deficiente de ser-com. Nesse modo de ser, a presença teve a sua sexualidade afetada pela ausência da mama.

Heidegger assevera que:

O ser-com determina existencialmente a presença, mesmo quando um outro não é, de fato, dado ou percebido. Mesmo o estar-só da presença é ser-com no mundo. Somente *num* ser-com e *para* um ser-com é que o outro pode *faltar*. (HEIDEGGER, 2006, p. 177).

A mulher lançada na situação de mastectomizada é conduzida à facticidade. De acordo com o pensar heideggeriano, a facticidade constitui-se no modo de ser da presença lançada no mundo, sem conhecimento prévio e pessoal a uma situação. O *Dasein* é, pois, um ser-em situação.

E esse pensador (2006, p. 100; 106): “O ser-em é, pois, a expressão formal e existencial do ser da presença que possui a constituição essencial de ser-no-mundo. [...] “ser-no-mundo é uma constituição fundamental da presença em que ela se move não apenas em geral, mas, sobretudo, no modo da cotidianidade”.

Neste sentido, ser-no-mundo significa as várias formas da presença existir. Sendo assim, a mulher, na sua cotidianidade de ser-no-mundo sem a mama, sofreu alterações significativas no que diz respeito à continuidade de atividades domésticas e atividades profissionais. **Linda** e **Ivone** expressam:

*Além de tirar a mama, tira todos os linfonodos que tira toda a defesa do braço e aí, nesse período, a gente tem que ter o máximo de cuidado com o braço, não pode pegar peso, não pode se cortar, não pode lidar assim com plantas espinhosas, tem que ter muito cuidado. Linda*

*No dia-a-dia, eu não posso lavar roupa. Eu até lavo, mas não posso porque sinto dores nos braços, no local, na parte da axila, nas costas...aí eu sinto muita dor. [...] Eu fazia assim um cabelo né, de ferro, aí não posso mais fazer. Aí eu faço um de quinze em quinze, mas tá incomodando, porque é um movimento repetitivo e tá meio cansativo. Eu sinto muita dor. Aí me deixa triste porque eu não posso fazer as coisas que eu fazia para ganhar dinheiro, eu não posso fazer. Não posso fazer uma faxina na minha casa, arrastar sofá, essas coisas eu não posso, aí fica difícil. [...] Ivone*

Conforme relatado nos depoimentos, a mastectomia alterou significativamente a continuidade dos afazeres domésticos, o que conduz as mulheres a um sentimento de perda da sua autonomia. Percebem-se em uma condição de estarem lançadas em um mundo no qual

lhes são retiradas ou minimizadas as possibilidades de trabalho antes desempenhadas. Heidegger (2006, p. 475) assevera que: “lançada, a presença está sem dúvida, entregue à responsabilidade de si mesma e de seu poder-ser, mas como ser-no-mundo”.

Sendo-no-mundo sem a mama, **Vitória** e **Sofia** relataram que, além de não se sentirem confortáveis com a prótese externa, o olhar do outro sobre o vazio deixado pela ausência do seio era algo que lhes incomodava. Tal aspecto também contribuiu para o afastamento de **Vitória** do convívio social, levando-a ao isolamento.

O ser-mulher-mastectomizada vê afetada a convivência com as demais presenças, como o trazido a seguir:

*[...] aí aquilo porque as pessoas não convivem com esse problema, aí reparam muito, isso causa uma revolta, é uma coisa ruim, a gente se sente mutilada, se sente mal. Eu não me sentia bem depois da retirada da mama, eu fiquei assim. [...] porque tudo que eu não queria mais, as minhas amigas me chamavam para sair, e eu não queria ir, eu não me sentia bem, para ir para a praia e nada. Quando a gente tira, mesmo com a prótese, que a prótese podia molhar, porque eu tava com uma prótese de silicone externa, mas mesmo assim ficava diferente, achava que o povo ficava reparando.*

**Vitória**

*Como acontecia muito mesmo eu perceber assim as vista das pessoas direto no lugar que estava vazio, ou então, às vezes, eu usava a prótese às vezes subia, às vezes a pessoa olhava assim, eu percebia o olhar da pessoa, quando eu ia ver a prótese tava fora do lugar.* **Sofia**

Embora a prótese mamária externa possa amenizar a ausência da mama, não poderá ser incorporada como uma parte natural do corpo da mulher. Em decorrência dessa situação, a mulher afasta-se dos outros na convivência cotidiana, não se apresenta em um modo de estar-com-o-outro, assim Heidegger (2006, p.181) assevera que:

Porque, porém, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, a preocupação se mantém nos modos deficientes ou ao menos indiferentes - na indiferença do passar ao largo um do outro - é que o conhecer-se mais imediato e essencial necessita de aprender a conhecer-se. E mesmo quando o conhecer-se se vê perdido nos modos da retração, escondendo-se e equivocando-se, a convivência necessita de caminhos específicos para se aproximar do outro ou para “procurá-lo”.

Na tentativa de resgatar a auto-estima e melhorar a relação da mulher consigo mesma e com os outros, a reconstrução mamária surge como vivência revestida de um novo sentido.

A reconstrução mamária permitiu às mulheres entrevistadas se perceberem como se a doença não mais existisse. Assim foi relatado quando se referiram à reconstrução:

*Tem melhorado bastante, entendeu... a minha situação. Pelo que eu passava antes, com uma depressão. A minha reflexão hoje é mais assim de saber que eu posso sobreviver, entendeu? E com a reconstrução...como se diz assim...é uma coisa até íntimo, eu fico me olhando...é como se tivesse tudo no lugar, como se fosse o início de minha vida que eu tava, entendeu? Procurando esquecer a doença, então, é assim que eu tô vendo hoje. **Sofia***

*Me sinto bem, me sinto bem, como se nunca tivesse tido...como eu digo assim: “quando eu tive”, eu não digo: “porque eu tenho...quando eu tava doente, quando eu tive aquele câncer” Quando eu tive, já foi, já passou, já tou boa, não tenho nada [...] Eu tenho 11 anos, caminhando para 12. É isso aí, me sinto bem, bem, bem mesmo, como nada tivesse acontecido em minha vida. **Alda***

*Eu me senti ótima, para mim eu nunca retirei, porque é tão bem feita a minha que eu nem me lembro. **Jade***

Pude compreender que a reconstrução mamária conduziu as mulheres a refletirem sobre aspectos relacionados ao câncer de mama como uma doença de prognóstico ruim. Após vivenciarem o câncer, compreendem-se como curadas, quando relatam que a doença faz parte do passado, e reconhecem que atualmente, apesar da experiência da doença, sabem que podem sobreviver.

A reconstrução mamária possibilitou, para as mulheres deste estudo, a revalorização do corpo que antes foi mutilado pela mastectomia. Demonstaram satisfação com a nova imagem, o que lhes possibilita defrontar o corpo sem complexos, sem receios ou preconceitos ao olhar do outro.

Tal aspecto é percebido nos relatos abaixo:

*E melhorou muito depois, melhorou cem por cento. Só isso de eu não ter mais...de olhar e ver vazio. Não fica cem por cento igual, não fica, mas só o vazio que preenche o lugar (toca na mama reconstruída) já é uma coisa bem melhor para o inconsciente da gente, tudo melhorou. Eu podia usar a minha roupa como eu queria, já podia vestir maiô, aí eu já diminuía esse complexo. [...] E daí em diante, eu já tava com a minha mama no lugar, então já mudou a minha vida dentro de casa, já mudou, hoje eu já me olho no espelho, eu não fazia isso, mesmo vendo que está diferente, mas hoje eu já chego já me vejo, eu não tinha condições de fazer isso. [...] hoje eu visto roupas decotadas, eu me sinto bem, depois da reconstrução, minha vida mudou, porque eu me senti melhor, muito melhor, muito melhor. **Vitória***

*Eu não costumava usar roupa decotada, mas depois que a gente faz, a gente já pode colocar um decotezinho mais saliente, já pode mostrar mais alguma coisa, né? **Linda***

*Eu tenho uma vida normal, eu uso biquini, eu uso decote, uso tudo, é muito bem feita, não tenho cicatriz, quase nenhuma, e fiz esvaziamento axilar*

*também, fiz tudo radical, mas também as minhas cirurgias foram muito bem feitas [...]* **Jade**

**Kika** relata que o seu cotidiano após a reconstrução apresentou-se mais completo, quando da possibilidade de se olhar no espelho, se tocar sem receios, se vestir diferente. Ressalta também que recuperou parte do seu ser, ao afirmar que, com a reconstrução, sente-se igual às outras mulheres. Esse sentimento antes não era presente pela situação da mastectomia:

*É isso assim, eu acho assim que a beleza, né, a beleza que cada um, você pode não ser linda, mas eu acho que o dia-a-dia foi assim mais completo. [...] Hoje eu me olho no espelho, passo a mão (toca na mama reconstruída). Ela não é perfeita que nem a que Deus nos deu, mas é bem...ela chega bem, você tá entendendo, ela chega bem lá. E aí a gente já pode se palpar, se pegar, você tá entendendo, assim para mim, como eu digo, hoje eu me visto de forma diferente, comecei a usar vestidinhos de alcinhas, justinhos, decotados, não muito decotados, mas assim, mais ousados. Então, assim a gente já pensa em ser igual ou parecido com o outro, não tão diferente como era antes. Porque a gente se torna diferente quando se tira uma mama, né? Quando você reconstrói a mama, você se iguala a outra mulher.* **Kika**

Para **Ivone**, a possibilidade de ter o seu corpo reconstruído, quando enunciado a ela, despertou uma alegria, e o novo seio veio sob a forma de um “presente”, assim relatado:

*Mas quando colocou de novo, veio aquela alegria assim... Pense quando você chega assim e vê que tá faltando algo, né? [...] E eu fazia quatro anos (de operada) dia 12. Aí eu disse assim: “vou ganhar de presente meu peito de volta”. Mas foi bom, eu fiquei contente, já saí da sala do médico quase pulando pelos corredores. Eu gostei, gostei [...]* **Ivone**

O cotidiano com a reconstrução mamária foi relatado pelas depoentes como possibilidade de retomar a vida após o câncer de mama, bem como melhora da auto-estima ao possibilitar o desenvolvimento das tarefas que foram interrompidas com a mastectomia:

*Me deu assim como se fosse um ânimo...de continuar de dizer assim, fulana, você tá bem, você tá ótima...e eu tou vendo que realmente eu posso retomar a minha vida, entendeu?* **Sofia**

*[...] faço minhas coisas normais, cuido de um cachorrinho que eu tenho, faço comida, tomo meu banho, depois almoço e venho pra aqui. Depois saio, se tiver que sair do cinema alguma coisa, namorado, uma vida normal, normalíssima.* **Lúcia**

*[...] Mas tudo isso também porque eu refiz a minha vida de novo. E aí vivo bem, danço, namoro, faço tudo, (sorri) tudo que eu tenho direito, tudo que tenho direito. Não tenho problema nenhum na vida ultimamente. **Jade***

*Agora depois da reconstrução, não, a nossa auto-estima levanta e aí a gente fica mais solta, mais à vontade, e fica muito bem, foi muito bom. **Linda***

**Vitória** ainda completa relatando que a reconstrução lhe possibilitou a volta ao trabalho, bem como o convívio social, antes negado pelas alterações impostas pela mastectomia. Relata também que, hoje com a reconstrução, sente-se mais ativa e livre para o desenvolvimento de suas tarefas:

*Depois que eu reconstruí, eu me senti bem, aí minha vida mudou, como eu tou dizendo a você, ah! , mudou porque tudo que eu não queria mais, as minhas amigas me chamavam para sair, e eu não queria ir, eu não me sentia bem, para ir para a praia e nada. [...] Ah, mudou, mudou, foi bom. [...] eu tenho um bar, eu tenho um barzinho na beira da praia, eu trabalho no meu bar com clientes, eu faço refeições, e eu só consegui fazer isso tudo depois que eu reconstruí. Eu já atendo as pessoas numa boa, porque, quando eu tava pra baixo, eu não consegui mais, aí eu pude abrir meu bar de novo. Aí eu voltei a trabalhar [...] E agora eu vou, eu saio, minha vida mudou, porque eu não fico naquela vida aprisionada, achando que estava inútil e inválida. Mas hoje eu não tenho mais isso comigo não, eu mudei [...] **Vitória***

A perda do seio conduz as mulheres a alterações significativas na aparência, isso implica em dificuldades de conviver consigo e com o outro, como foi expresso por algumas depoentes anteriormente. No entanto, a cirurgia reconstrutora da mama possibilitou-lhes resgatar a integridade do corpo, o que influenciou positivamente na sua sexualidade.

É relatado por **Linda, Vitória, Jade e Lúcia**:

*E a gente não sente mais vergonha de tomar um banho com outra pessoa [...] **Linda***

*[...] mas agora eu me sinto melhor, mais livre para eu fazer o que eu quiser, tudo isso, até mesmo na vida da gente, na vida íntima, na vida sexual tudo muda, tudo muda. Pra mim mesmo, mudou muito, antes eu não me sentia bem. Agora eu tou me sentindo melhor porque agora eu já reconstruí, só de não ter mais aquele baque, agora já melhorou. **Vitória***

*[...] a mim nunca me prejudicou em nada. Eu tenho namorado, e a mim nunca me disse nada, eu nunca tive nada de vergonha, nada porque eu tenho a prótese, para mim a minha vida é normal. **Jade***

*[...] se aparecer alguém, eu namoro (risos) **Lúcia***

Ao decidir pela reconstrução mamária, a mulher buscou um poder-ser próprio da presença, testemunhado por ela mesma em sua possibilidade existencial. Para Heidegger (2006, p. 345), “o si-mesmo da presença foi formalmente determinado como um *modo de existir* e não como algo simplesmente dado”. Compreendo que esse modo de existir, na condição de mastectomizada, conduziu a mulher de maneira própria a escolher pela reconstrução mamária.

Pude compreender que a reconstrução não beneficiou as mulheres apenas no aspecto estético. No cotidiano do ser-mulher, foi construído um existir autêntico, em que a presença pôde ser-com-os-outros, o que ficou evidenciado quando relatava a sua experiência de adoecimento e auxiliava no fortalecimento do outro que experienciava a mesma situação.

Essa compreensão é expressa pelo relato de **Kika**:

*E o meu dia-a-dia é esse como eu disse para você: eu procuro mostrar para o outro que, por acaso, vem não só com a mama como qualquer outro tipo de mutilação, que você pode tirar um braço, você pode tirar uma perna, então para tudo tem jeito, e esse jeito a gente procura passar para o outro, né, de uma forma bem aberta, como é que se diz assim, bem à vontade por você ter uma experiência própria para você falar de algo que você sente, que você passou, porque você vivenciou ou você vivencia, é diferente de você supor, ah eu suponho que seja assim...Não, você fala o real que é. Então, isso é muito bom, é muito legal. [...] E aí comecei a estimular as pessoas, quando eu via as pessoas que vinham para fazer a cirurgia, aí elas se decaíam muito, jovens, aí eu dizia: “olhe, não por agora, porque para tudo tem jeito. Aí futuramente você pode pensar se é o querer, faz e dá certo”. Muita gente fez, como continua fazendo, é ótimo. **Kika***

Esse existir numa convivência autêntica é destacado por Heidegger (2006) quando afirma que no mundo a presença é em si mesma essencialmente um ser-com. A presença só possui a estrutura essencial do ser-com, enquanto a co-presença vem ao encontro de outros. Assevera que:

A falta e a “ausência” são modos da co-presença, apenas possíveis porque a presença, enquanto ser-com, permite o encontro de muitos em seu mundo. Ser-com é sempre uma determinação da própria presença; ser co-presente caracteriza a presença de outros na medida em que, pelo mundo da presença, libera-se a possibilidade para um ser-com. (HEIDEGGER, 2006, p.177).

Sendo-com-os-outros no cotidiano após a vivência da reconstrução, **Lúcia** e **Kika** assim relatam quando questionadas sobre como foi ter a mama reconstruída:



*Melhorou minha vida, vou te falar isso. A minha vida melhorou, porque eu encontrei nesse problema, não é uma doença porque eu não me sinto doente, melhorou tudo em mim. Eu sou outra mulher, se você me conhecesse antes, você dizia: “essa não é aquela pessoa”. [...] Minha auto-estima subiu ao invés de cair, subiu e me transformou em outra mulher. Eu tenho coragem hoje de fazer coisas assim que às vezes eu não teria. Como cantar, dançar que antes eu não fazia: eu danço, chego numa festa, eu danço, eu converso, entendeu? E hoje em dia eu criei uma coisa a mais na minha vida. É isso.*

**Lúcia**

*Minha cirurgia foi um sucesso, eu tive uma recuperação maravilhosa e é outra coisa. Poxa, é como se você nascesse de novo! [...] eu criei alma nova também. E para mim foi muito bom! Muita coisa mudou, muita gente diz assim: “quem te viu e quem te vê, e quem te ver, não conhece que é você”. Entendeu, assim, a liberdade maior ainda, e aí comecei a viver uma fase muito legal da minha vida. **Kika***

Compreendi através dos depoimentos que as mulheres, após a reconstrução mamária, foram conduzidas a uma nova situação existencial, pois verbalizaram de maneira positiva a auto-estima, a coragem, a liberdade, o prazer ao exibirem o corpo novamente. Acima de tudo, se redescobriram como seres de possibilidades, lançadas em um mundo numa experiência complexa de existir-com-câncer-de-mama.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de desvelar o sentido que funda o comportamento do ser-mulher-mastectomizada submetida a reconstrução mamária, a fenomenologia foi utilizada como abordagem metodológica. A aderência do objeto ao método permitiu-me compreender o ser humano na sua experiência vivida, compartilhando de seus sentimentos, emoções e atitudes.

Para adentrar o mundo vivido do ser-mulher-mastectomizada submetida a reconstrução mamária, encontrei na abordagem heideggeriana expressa em *Ser e Tempo* um alicerce para tal compreensão, pois, nesta obra, Martin Heidegger busca compreender ontologicamente o ser humano.

Pude compreender que, embora as depoentes não se encontrem mais em tratamento para o câncer de mama, os seus comportamentos são fundados em lembranças que remetem à trajetória do câncer e a todo o seu tratamento. Tal situação permitiu-me compreender que o comportamento do medo estava velado no ser-mulher como modo de disposição.

O medo permeia o cotidiano do ser-mulher desde o momento do diagnóstico até o agora. Nesse movimento, as mulheres relataram que o que se teme é o diagnóstico do câncer, a doença em si, o tratamento e as suas consequências.

O momento da enunciação diagnóstica do câncer de mama foi um episódio de grande complexidade, conduzindo-as a um futuro incerto. Embora o medo estivesse sempre presente, manifestaram também fé e esperança de ficarem curadas.

O conviver com o ser-mulher-mastectomizada submetida à reconstrução mamária, que apresenta no seu cotidiano um comportamento de medo, conduziu-me, na perspectiva heideggeriana, à reflexão da presença como possibilidade de ser.

O preocupar-se pela presença com os outros, foi por mim compreendida no momento do cuidado, em especial, o estar-com-o-outro na situação de existir com câncer de mama. Destaco essa possibilidade da presença no momento de assistir o outro, sujeito do nosso cuidado, que, nas práticas de saúde atuais, vem sendo fragmentado em decorrência do modelo biomédico, que desconsidera os aspectos subjetivos do adoecer humano. Nessa convivência inautêntica, de deficiência e indiferença, as(os) profissionais de saúde ocupam-se do outro.

Nessa situação de cuidar, as enfermeiras desenvolvem uma relação inautêntica no seu cotidiano de cuidado. No entanto, não podemos nos desviar do projeto essencial da enfermagem que é o cuidar. Na “rotina” do assistir, precisamos observar o desafio que é manter-se, na maior parte do tempo, no modo de ser da autenticidade, compreendendo o outro não apenas pela sua experiência de doença, mas, sim, pela sua existência.

Em outro movimento, o ser-mulher-mastectomizada-com-reconstrução mamária como presença experiencia uma forma de solicitude, guiada pela consideração e tolerância, ao partilhar sua experiência com os outros no grupo de apoio terapêutico. Nesse espaço, as mulheres partilham experiências comuns e percebem que não são seres únicos a vivenciarem o câncer de mama. Sendo-com-os-outros, buscam alternativas para o enfrentamento da doença com maior fortalecimento. O grupo também se constitui em espaço de convivência que possibilita, no mundo humano, o ser-com-o-outro através do trabalho voluntário.

As mulheres, como presença na convivência com o grupo de apoio terapêutico, a partir de experiências dolorosas, mantêm a sua condição de terem sido lançadas no mundo do existir com câncer, o que reforça, portanto, a sua condição inquestionável de serem mastectomizadas. No entanto, o grupo funciona como um espaço real de acolhimento, o que possibilita uma co-existência de ajuda, fazendo com que a presença assuma tal condição de uma forma menos conflitante.

Compreendi, através das falas das mulheres desta tese, que o grupo de apoio terapêutico favorece o comportamento do ser-com-o-outro no cotidiano, pois, nessa convivência, não temem o silêncio, podem compartilhar sentimentos e aproximar-se da dor do outro para auxiliá-lo. Neste sentido, as mulheres vivenciam no grupo de apoio uma co-existência de ajuda.

Interpreto essa relação de ser-com-o-outro no grupo de apoio como uma solicitude autêntica, e destaco o pensamento do filósofo quando afirma que (HEIDEGGER, 1981, p. 44): “o cuidar solícito é compreendido ao nível daquilo que estamos cuidando-com, e juntamente com a nossa compreensão dele. Assim, o outro é, de imediato desvelado na solicitude cuidadosa”.

O câncer de mama e as etapas de seu tratamento conduzem as mulheres a um mundo inteiramente novo. Surgem inquietações e insegurança referentes à sexualidade, de não serem mais reconhecidas para si e para o outro como objeto de desejo. Essa desordem provocada pela doença dificulta o conviver com um novo corpo, que não mais reflete a sua identidade como mulher.

Com a reconstrução mamária, foi restabelecido o convívio, antes negado pelas preocupações relacionadas ao próprio corpo. Tais preocupações conduziram-nas a um estar-só, alterando a convivência com o outro, o que refletiu negativamente nas suas relações afetivas.

No entanto, a reconstrução mamária resgatou a auto-estima, levando-as a uma situação em que o câncer não mais existisse. A possibilidade de ter o corpo reconstruído não significou

somente um melhor resultado estético. Compreendi que, para as mulheres estudadas, o existir com a reconstrução lançou-as numa vivência ampla de possibilidades, sendo, assim, valorizados os aspectos ontológicos.

Do verbo reconstruir (HOUAISS; VILLAR, 2008, p. 637) significando “tornar a construir; restaurar; formar novamente; devolver formato anterior a”, pude compreender que, para as mulheres estudadas, a reconstrução mamária não representou somente o desejo de ter esteticamente uma nova mama, significou um acontecimento que, a partir da vivência do câncer, possibilitou-lhes a construção de um novo sentido de existência.

No entendimento de Heidegger, a existência é compreendida como algo que se desvela, se manifesta. Ancorada no pensamento heideggeriano, defendo a TESE: **o ser-mulher-mastectomizada desvela-se no contexto do tempo ontológico, que a lança frente a um novo sentido de existência, a partir da possibilidade da reconstrução mamária.**

Para o pensador, o sentido do ser se mostra através da temporalidade, pois, “o fundamento originário da existencialidade da presença é a temporalidade”. (HEIDEGGER, 2006, p.307).

O tempo cronológico ou vulgar é determinado pela sequência do passado, do presente e do futuro. Já o tempo ontológico, que não obedece a uma linearidade, tem a representação do vigor de ter sido, da atualidade e do porvir. São definidos por Heidegger como fenômenos ou *ekstases* da temporalidade. No pensar de Heidegger (2006, p. 413), “porvir, vigor de ter sido e atualidade mostram os caracteres fenomenais do ‘para si mesma’, ‘de volta para’, ‘deixar vir ao encontro de’”.

O ser-mulher mastectomizada com reconstrução mamária, a despeito dos enfrentamentos situados no passado, como possibilidade pura, vislumbra no presente um novo sentido de existência. Nesse movimento, situações alocadas no passado são modificadas e revestidas de um significado outro, determinado pelo que ocorre agora e pelo que ocorrerá amanhã. É a atualidade que determina a presença, a compreensão do seu vigor de ter sido e do seu porvir. Nesse movimento existencial, o comportamento do ser-mulher-mastectomizada-com-reconstrução mamária foi desvelado através de atitudes que transformaram, de maneira positiva, o seu cotidiano.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Edvaldo; KOIFMAM, Sergio. Fatores prognósticos no câncer da mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.48, n.1, p. 113-131, jan/mar. 2002.

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, p.263-271, jul/set.1993.

\_\_\_\_\_. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, n.8, p. 1547-54, ago. 2006.

ANGIER, Natalie. **Mulher: uma geografia íntima**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna, 2003.

ARAÚJO, Iliana Maria de Almeida; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v.12, n.4, p.664-71, dez. 2008.

AURELIANO, Waleska de Araújo. Corpo, saúde e trabalho: (re)pensando os usos do corpo e os “papéis femininos” na experiência do câncer de mama. **Revista de Ciências Sociais**, n.26, p. 105-123, abr. 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p. 16-29, set/dez. 2004a.

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p. 79-92, set/fev. 2004b.

AZEVEDO, Rosana Freitas. **A percepção do corpo pela mulher mastectomizada em uso de prótese após reconstrução mamária**. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2004.

BACKES, Vânia Marli Schubert. A experiência do processo de viver e adoecer para mulheres pós-mastectomizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.6, n.1, p. 305-316, jan/abr.1997.

BARBOSA, Izabel Cristina Falcão Juvenal et al. Benefício de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas. **Revista Enfermagem IMSS**, v.10, n.2, p. 79-84, 2002.

BERGAMASCO, Roselena Bazilli; ANGELO, Margareth. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.47, n.3, p. 277-282, jul/set. 2001.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Fenomenologia: confrontos e avanços**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_ Pesquisa qualitativa: significados e a razão que a sustenta. **Sociedade de Estudos e Pesquisa Qualitativos**, n.1, p. 33, dez. 2003.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPÓSITO, Vitória Helena. **A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. Piracicaba (SP): UNIMEP, 1997.

BOEMER, Magali Roseira. A condução dos estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 2, n.1, p. 83-94, jan. 1994.

BOFF, Leonardo. **A ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_ O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, v.1, n.1, p. 28-35, out/mar, 2005.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em 04 de mar. de 2008.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da realização de ações de controle do câncer de mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde. **Diário do Senado Federal**, Brasília, DF, 21 mar. 2008. Disponível em <http://www.senado.gov.br/sf/publicacoes/diario>. Acesso em 10 de maio de 2009.

CALDAS, Célia Pereira. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos Sobre Envelhecimento**, v.3, n.4, p.1-10, jul. 2000.

CAMARGO, Teresa Caldas. **O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger**. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_ Editorial: Sobre a enfermagem oncológica. **Revista Enfermagem Atual**, ano 7, n.38, p. 4, mar/abr. 2007.

CAMARGO, Teresa Caldas; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.11, n.5, p.614-21, set/out. 2003.

CANTINELLI, Fabio Scaramboni et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.33, n.3, p.124-133, 2006.

CAPALBO, Creusa. Prefácio. In: CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Teses**. Disponível em [http://www.capes.gov.br/capes/portal/conteúdo/10/banco\\_teses](http://www.capes.gov.br/capes/portal/conteúdo/10/banco_teses). Acesso em 11 de abr. 2009.

CAPRARA, Andréa. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.4, p. 923-31, jul/ago. 2003.

CARDINALLI, Ida Elisabeth. O “corpo” segundo Heidegger e Boss. In: CASTRO, Dagmar Silva Pinto; PICCINO, Josefina Daniel; JOSGRILBERG, Rui de Souza; GOTO, Tommy Akira. **Corpo e existência**. São Bernardo do Campo: UMESP: FENPEC, 2003, p. 249-54.

CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CARVALHO, Maria Dalva Barros; VALLE, Elisabeth Ranier Martins. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. **Acta Scientiarum**, v.24, n.3, p.843-7, 2002.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.54, n.1, p.87-96, jan/mar. 2008.

CARVALHO, Janaína. **Corpo feminino e mutilação: um estudo antropológico**. Goiânia: UFG, 2002.

CHAGAS, Carlos Ribeiro et al. Mastectomia com preservação de pele. **Prática Hospitalar**, ano X, n. 56, p. 19-24, mar/abr. 2008.

CHAVES, Indelécio Garcia; SILVA, Gabriel Almeida; GOMES, Ana Lúcia Rodrigues Resende. Tratamento do câncer de mama. In: CHAVES, Indelécio Garcia; LEITE, Miguel Torres Teixeira; BRANDÃO, Eduardo Carvalho; SILVA, Soraya Zhouri Costa. **Mastologia: Aspectos Multidisciplinares**, Rio de Janeiro: MEDSI,1999, cap.14, p. 163-185.

CLAPIS, M. J. **Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama: Uma perspectiva de gênero**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.

COELHO, Francisco Ricardo Gualda. O controle do câncer. In: BRENTANI, Maria Mitzi; COELHO, Francisco Ricardo Gualda; KOWALSKI, Luiz Paulo. **Bases da Oncologia**. São Paulo: Marina e Tecmed, 2003, cap. 1, p. 3-23.

COLLIÈRE, Marie-Francoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.

\_\_\_\_\_ **Cuidar: a primeira arte da vida**. Lisboa: Lusociência, 2001.

DARTIGUES, André. **O que é a fenomenologia?** São Paulo: Centauro, 2005.

DONZELLI, Telma. Cotidianeidade e dimensão social do humano. **Debates Sociais**, n.47, ano XXIV, p. 54-62, jun.1988.

DÓRO, Maribel Pelaez et al. O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.24, n.2, p. 120-133, jun.2004.

DUARTE, André. Heidegger e o outro: a questão da alteridade em Ser e Tempo. **Natureza Humana**, v.4, n.1, p. 157-185, jan/jun. 2002.

\_\_\_\_\_ Heidegger e a linguagem: do acolhimento do ser ao acolhimento do outro. **Natureza Humana**, v.7, n.1, p. 129-158, jan/jun. 2005.

DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Ângela Nobre. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.1, p. 155-163, jan/abr. 2003.

DUTRA, Elza. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, v.7, n.2, p. 371-78, jul/dez. 2002.

ENGEL, Jutta et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5 year prospective study. **The Breast Journal**, v.10, n. 4, p. 223-231, may/jun 2004.

ESCUADERO, Francisco José. Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. **Anales Del Sistema Sanitário de Navarra**, v. 28, supl. 2, p. 7-18, 2005.

FELIX, Wagner. **O tempo do sentido**: sobre o caráter provisório da tarefa de ser e tempo. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2004.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. **O cotidiano da mulher com câncer de mama**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; ARAÚJO, Iliana Maria de Almeida. **Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama**: depoimento de mulheres mastectomizadas. Fortaleza: UFC, 2005.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; MAMEDE, Marli Vilela. **Câncer de mama**: mulheres que sobreviveram. Fortaleza: UFC, 2003.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho et al. Significado do grupo de auto-ajuda na reabilitação da mulher mastectomizada. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.9, n.1, p. 47-51, jan/mar. 2005.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; SANTOS, Míria Conceição Lavinias; SILVA, Raimunda Magalhães. **Câncer de mama**: como detectar e cuidar. Fortaleza: UFC, 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Positiva, 2004.

FERREIRA, Cintia Bragueto; ALMEIDA, Ana Maria; RASERA, Emerson Fernando. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.27, p. 863-71 out/dez. 2008.

FRANCO, Maria Helena Pereira. Prefácio. In: POLESSA, Luíza. **Entre Nós**: depoimentos que revelam o universo de quem convive com o câncer. Rio de Janeiro: BestSeller, 2008, p. 13-15.



FREITAS, Genival Fernandes; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; FERNANDES, Maria de Fátima Prado. La interface entre la fenomenologia y el cuidado de enfermería. **Index de Enfermería**, v.16, n.58, p. 1-7, outono. 2007.

GAMMA, 2007. Grupo de Apoio a Mulher Mastectomizada. [Folder]. Salvador, 2007.

GARCEZ, Julia. Câncer de mama: corte no combustível. **Revista da Associação Brasileira do Câncer**, v.8, n. 46, p. 8-10, jul. 2008.

GARGIULO, Cínthia Aquino et. al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.4, p. 696-702, out/dez. 2007.

GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, p.109-122, ago. 1997.

GIL, Begona Oiz. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. **Anales del Sistema Sanitário de Navarra**, v.28, n.2, p. 19-26, maio/ago. 2005.

GILLIS, Theresa. Reabilitação do paciente com câncer. In: POLLOCK, Rapahael; DOROSHOW, James; KHAYAT, David; NAKAO Akimasa; SULLIVAN, Brian. **Manual de Oncologia Clínica da UICC**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006, cap. 37, p. 819-834.

GOMES, William. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. **Revista de Psicologia da USP**, v.8 n.2, sp,1997.

GOMES, Ana Lúcia Rodrigues Resende; GOMES, Carlos Cunha. Epidemiologia. In: CHAVES, Indelécio Garcia; LEITE, Miguel Torres Teixeira; BRANDÃO, Eduardo Carvalho; SILVA, Soraya Zhouri Costa. **Mastologia: aspectos multidisciplinares**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, cap. 9, p. 93-107.

GOMES, Romeu; SKABA, Márcia Marília Vargas Fróes; VIEIRA, Roberto José da Silva. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.1, p. 197-204, jan/fev, 2002.

GOMES, Sávio Roberto Moreira. Minha primeira cliente mastectomizada e meu iniciar como psicoterapeuta existencial. **Psicoexistencial**, 2007. Disponível em: [http://www.psicoexistencial.com.br/primeira\\_cliente.pdf](http://www.psicoexistencial.com.br/primeira_cliente.pdf). Acesso em: 05 de fevereiro de 2009.

GOMES, Annatélia Meneses de Amorim et al. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.1, p. 143-152, jan/mar. 2008.

GONÇALVES, Roselane. **Vivenciando o climatério: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia**. [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

GONZALÁLEZ, Marlen Izquierdo et al. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cancer de mama. **Revista Habana Ciência Médica La Habana**, v. 7, n. 2, p.1-11, abr/jun. 2008.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n. 3, p. 227-234, jul/set. 2005.

HANSEN, Nora; MORROW, Monica; Doenças da mama. In: BORUM, Marie; HSIA, Judith; **Clínicas Médicas da América do Norte - Questões relativas à saúde das mulheres, Parte II**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1998, p. 15-35.

HARCOURT, Diana; RUMSEY, Nichola. Psychological aspects of breast reconstruction: a review of literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 35, n. 4, p.477-487, 2001.

HEIDEGGER, Martin. **Todos nós, ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. São Paulo: Moraes, 1981.

\_\_\_\_\_ **Ser e Tempo**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

HOFFMANN, Fernanda Silva; MULLER, Marisa Campio; FASSON, Antônio Luiz. Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.7, n.2, p. 239-254, 2006.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Sales. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

INWOOD, Michael. **Dicionário de Heidegger**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

JOSGRILBERG, Rui de Souza. A fenomenologia como novo paradigma de uma ciência do existir. In: POKLADEK, Danuta Dawidowicz. **A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004, p.31-51.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vincent. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006, p. 91-101.

LBCC. Liga Bahiana Contra o Câncer. Institucional. Disponível em <http://www.lbcc.org.br>. Acesso em 10 de maio de 2009.

LE BRENTON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007.

LEAL, Sylvia. **Por uma vida inteira**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

LEAL, Paulo Roberto et al. Reconstrução imediata de mama: avaliação da pacientes operadas no Instituto Nacional de Câncer no período de junho de 2001 a junho de 2002. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.13, n.4, p. 149-158, out/dez. 2003.

LEOPARDI, Maria Tereza. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.6, n.3, p. 57-67, set/dez. 1997.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça. **Prevenindo o câncer cérvico-uterino: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher**. Ultragraph: Salvador, 1999.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Ser e Tempo: marco do projeto heideggeriano. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.6, n.3, p.81-94, set/dez. 1997.

LORHISCH, Caroline; PICCART, Martine. Câncer de mama. In: POLLOCK, Rapahael; DOROSHOW, James; KHAYAT, David; NAKAO Akimasa; SULLIVAN, Brian. **Manual de Oncologia Clínica da UICC**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 23, p. 505-536.

MAKLUF, Ana Silvia Diniz; DIAS, Rosângela Corrêa; BARRA, Alexandre de Almeida. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.52, n.1, p. 49-58, jan/mar. 2006.

MALVAREZ, Silvina. El reto de cuidar em um mundo globalizado. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.3, p. 520-530, jul/set. 2007.

MALUF, Maria Fernanda Matos; MORI, Lincon Jo; BARROS, Alfredo Carlos. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.2, p. 149-154, abr/jun. 2005.

MARTINEZ, Maria Soledad Rivera. El arte de cuidar em enfermería. **Horizonte de Enfermería**, n.15, 2004.

MARTINS, Joel. A ontologia de Heidegger. In: MARTINS, Joel; BICCUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. São Paulo: Moraes, 1989. p. 49-58.

MELET, Argélia. Después de la mastectomía: la calidad de vida. **Revista Venezolana de Oncologia**, v.17, n.2, p. 115-119, jun. 2005.

MENDONZA, Jesús Borbón; CANFUX, Abraham Beato. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad em pacientes com mastectomía. **Revista Cubana Médica Militar**, v.31, n.1, p. 47-53, jan/mar. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Preservando a auto-estima. **Revista Rede Câncer**. Instituto Nacional do Câncer, n.2, p. 30-31, ago. 2007a. Disponível em [http://www.inca.gov.br/revistaredecancer/revista\\_cancer\\_2.pdf](http://www.inca.gov.br/revistaredecancer/revista_cancer_2.pdf). Acesso em: 05 de fevereiro de 2009.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de câncer no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2007b.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de mama: fatores de risco**. 2007c. Disponível em [http://www.inca.gov.br/conteúdo\\_view.asp](http://www.inca.gov.br/conteúdo_view.asp). Acesso em 10 de maio de 2009.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

MOLINA, Maria Aparecida Salci; MARCONI, Sônia Silva. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 514-520, jul/ago. 2006.

MONTEIRO, Ana Paula de Sousa et al. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.3, p. 201-205, abr. 2003.

MORA, José Ferrater. **Dicionário de filosofia abreviado**. Barcelona: Espanha: Edhasa: Sudamérica, 2004.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo (SP): Pioneira Thompson, 2002.

MORENO, Regina Lúcia Ribeiro; JORGE, Maria Salete Bessa; GARCIA, Maria Lúcia Pinheiro. Fenomenologia- Fenômeno situado: opção metodológica para investigar o humano na área da saúde. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v.8, n.3, p. 348-353, dez. 2004.

MORTENSON, Melinda et al. Immediate breast reconstruction after mastectomy increases wound complications. **Archives of Surgery**, v. 139, n.9, p.988-991, set. 2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Para uma análise existencial na saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p. 333-345, jul/dez, 2006.

NUNES, Benedito. **Heidegger & Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

OLIVEIRA, Márcia Melo; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Mulheres mastectomizadas: resignificação da existência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.13, n.1, p. 401-408, jul/set. 2004.

PADOIN, Stela Maris de Mello; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 510-518, jul/set. 2008.

PASQUALLE, Giuseppe et al. Experiência em reconstrucción mamaria posterior a la mastectomia em el Instituto de Oncologia Luis Trazzetti 2000-2004. **Revista Venezolana de Oncologia**, v.18, n.2, p. 28-36, jun. 2006.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 84-98.

PINHEIRO, Cleoneide Paulo Oliveira et al. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.16, n.4, p. 733-738, jul/ago. 2008.

PINHO, Luana de Sousa et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, p. 154-165, abr. 2007.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: Conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, p. 729-736, set/out. 2005.

PITTA, Roberta. Só falta sair do papel. **Revista da Associação Brasileira do Câncer**, v. 8, n. 46, p. 12-13, jul. 2008.

PSILLAKIS, Jorge Miguel. Reconstrução da mama pós-mastectomia. In: MONTORO, Antoni Franco; FILHO, Oswaldo Gianotti; VALENTE, Carlos Alberto; PERTHULLI, Cláudio; POSSIK, Rafael; MELIGA, José Marcos. **Alternativas Diagnósticas e Terapêuticas no Câncer de Mama**. São Paulo: Bradpeca, 1987. cap. 2, p. 270-282.

RAMOS, Ana Sofia; PATRÃO, Ivone. Imagem corporal da mulher com cancro de mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. **Análise Psicológica**, v.23, n. 3, p.295-304, jul. 2005.

REBELO, Virgínia et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.8, n.1, p. 13-32, 2007.

REIS, Rosilene Jará et al. Tratamento do câncer de mama: uma visão histórica. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.12, n.3, p. 19-22, jul/set. 2002.

RIBEIRO, Liacyr. Aspectos Estéticos na reconstrução mamária. In: MONTORO, Antoni Franco; FILHO, Oswaldo Gianotti; VALENTE, Carlos Alberto; PERTHULLI, Cláudio; POSSIK, Rafael; MELIGA, José Marcos. **Alternativas Diagnósticas e Terapêuticas no Câncer de Mama**. São Paulo: Bradpeca, 1987. cap.8, p. 319-324.

RIVERA, Maria Soledad; HERRERA, Luz Maria. Fundamentos fenomenológicos para um cuidado compreensivo de enfermeria. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n. especial, p. 158-163, 2006.

RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVA, Raimunda Magalhães; RODRIGUES, Maria do Socorro Pereira. Relações de interdependência assumidas pelas mulheres mastectomizadas. **Revista de Enfermagem Escola Ana Nery**, v. 6, n. 3, p.437-450, dez. 2002.

ROSSI, Leandra; SANTOS, Manoel Antonio. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.23, n.4, p.32-41, dez.2003.

SALCI, Maria Aparecida; SALES, Catarina Aparecida; MARCON, Sônia Silva. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 1, p. 46-51, jan/mar. 2009.

SALES, Catarina Aparecida. **O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia: compreensão existencial.** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.

SALES, Catarina Aparecida et al. Cuidado paliativo: a arte de estar-com-o-outro de uma forma autêntica. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.16, n.2, p. 263-272, abr/jun. 2008.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. A mulher e o câncer na história. In: GIMENEZ, Maria da Glória. **A mulher e o câncer**, São Paulo: Psy, 2000, cap. 2, p. 43-70.

SANTOS, Gilmar Cruz; GONÇALVES, Leila Luíza Conceição. Mulheres mastectomizadas com recidiva de câncer: o significado do novo ciclo de quimioterapia. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.14, n.2, p. 239-244, abr/jun. 2006.

SCIELO- Brasil. **Scientific Electronic Library Online.** Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10 mar. 2009.

SCLOWITZ, Marcelo Leal et al. Conduas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.340-349, jun. 2005.

SEBASTIÁN, Julia et al. Imagen corporal y autoestima em mujeres com câncer de mama participantes em um programa de intervención psicosocial. **Clínica y Salud**, v.18, n.2, p. 137-161, jul/set. 2007.

SECOLI, Sílvia Regina et al. El cuidado de la persona con cancer: un abordagem psicosocial. **Index de Enfermería**, v. 1, n. 51, p. 34-39, mar.2005.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 580-588, mar/abr. 2004.

SILVA, Lúcia de Fátima et al. Cuidado como essência humana em Martin Heidegger e a enfermagem. In: BARRETO, José Anchieta Esmeraldo; MOREIRA, Rui Verlaine Oliveira. **A outra margem - filosofia, teoria de enfermagem e cuidado humano.** Fortaleza: Casa José de Alencar, 2001. cap. 2, p. 39-49.

SILVA, Sandra; LOUREIRO, Joana; SOUSA, Gisela. **Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas.** [Trabalho de Licenciatura]. Portugal: Universidade Lusíada do Porto, 2004. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt>. Acesso em 05 de fevereiro de 2009.

SILVA, Lucia Cecília. Vozes que contam a experiência de viver com câncer. **Psicologia Hospitalar**, v.3, n.1, p. 1-17, jul. 2005.

\_\_\_\_\_ Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.2, p. 231-237, abr/jun. 2008.

SILVA, Gisele; SANTOS, Manoel Antônio. Será que não vai acabar nunca? : perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.3, p. 561-568, jul/set. 2008.

SIMÕES, Sonia Mara Faria; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. O método fenomenológico heideggeriano como possibilidade na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.6, n.3, p. 50-56, set/dez. 1997a.

\_\_\_\_\_ Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.5, n.3, p. 13-17, jul. 1997b.

SPENCE, Roy; JONHSTON, Patrick. Câncer de mama. In: **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 297-316.

SOUTO, Marise Dutra; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Sexualidade da mulher após a mastectomia. **Revista de Enfermagem Escola Ana Nery**, v.8, n. 3, p. 402-410, dez. 2004.

SOUZA, Luciana; BOEMER, Magali; O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. **Medicina-Ribeirão Preto**, v.38, n.1, p. 49-54, 2005.

SOUZA, Maria de Lourdes et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr/jun. 2005.

SPANOUDIS, Sólon. Prefácio. In: HEIDEGGER, Martin. **Todos nós, ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. Ed. Moraes, 1981. p. 9-22.

STEIN, Ernildo. **Seis estudos sobre Ser e Tempo**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.

TAVARES, Jeane Saskya; BONFIM, Leny. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cadernos de saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 426-435, mar/abr. 2005.

TAVARES, Jeane Sasbya Campos; TRAD, Leny Alves Bonfim. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. Versão eletrônica. Disponível em <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovado/artigo100pdf>. Acesso em 05 de fev. de 2009.

TERRA, Marlene Gomes et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n. especial, p. 164-169, 2006 a.

TERRA, Marlene Gomes et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n.4, p. 672-678, out/dez.2006 b.

THULER, Luis Cláudio. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n.4, p. 227-238, out/dez. 2003.

TRUFELLI, Danuza Cristina et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.54, n.1, p. 72-76, jan/fev. 2008.

VENÂNCIO, Juliana Lima, Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.50, n.1, p.55-63, jan/mar.2004.

VENTAFRIDDA, Vittorio et al. Atendimento de apoio e avaliação da qualidade de vida. In: POLLOCK, Rapahael; DOROSHOW, James; KHAYAT, David; NAKAO Akimasa; SULLIVAN, Brian. **Manual de Oncologia Clínica da UICC**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. cap. 38, p.833-850.

VIANA, Ana Márcia Sanches de Almeida. Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. **Estudos de Psicologia**, v.21, n. 3, p. 203-210, set/dez. 2004.

VIEIRA, Carolina Pasquote; QUEIROZ, Marcos de Souza. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-70, jan/abr. 2006.

VIEIRA, Daniella Serafin Couto et al. Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.1, p. 42-47, jan. 2008.

WALBERG, Birgitta et al. The meaning of breast cancer. **Acta Oncológica**, v. 42, n.1, p. 30-35, fev. 2003.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato, 2001.

\_\_\_\_\_ **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006.

\_\_\_\_\_ **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1995.

WERLE, Marco A. A angústia, o nada e a morte em Heidegger. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 97-113. 2003.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.7, n.3, p. 25-32, jul.1999.





## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 DOUTORADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: *A Cotidianidade do ser-mulher-mastectomizada-com-reconstrução-mamária*

Solicito que a senhora leia o texto para garantir seu conhecimento e sua compreensão sobre esta pesquisa. Será muito importante a sua participação sendo respeitada a sua decisão em colaborar.

A pesquisa é uma atividade do curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem/Universidade Federal da Bahia. Tem como foco de interesse a compreensão do dia a dia da mulher que se submeteu a mastectomia e a reconstrução mamária. Para compreender a situação será realizada uma entrevista a ser gravada, ocasião em que farei duas questões principais: *Como tem sido seu dia a dia após a retirada da mama e da reconstrução mamária?* Sua participação é voluntária sua identidade (nome) e demais informações serão mantidas em sigilo. Este estudo não lhe conferirá riscos, não implicará em despesas pessoais e não afetará a rotina seu tratamento. Será garantida a desistência da sua participação a qualquer momento. Caso necessite, a senhora terá acesso a gravação da entrevista e eu me colocarei a disposição para esclarecimentos. Qualquer dúvida sobre esta pesquisa também poderá ser esclarecido com o coordenador Dr.º Artur Ventura de Matos, no CEP-Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, telefone: 3335-6850, na Avenida Dom João VI, 332 Brotas.

Acredito ter sido suficientemente esclarecida a respeito da pesquisa, e ao assinar esse documento indico minha participação.

Salvador,..... de.....de 2008.

---

Ass da entrevistada

---

ROSANA FREITAS AZEVEDO  
 COREN 72458-BA  
 Tel: 8196-5687



## APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

### ROTEIRO DA ENTREVISTA

**PESQUISA: A Cotidianidade do ser-mulher-mastectomizada-com-reconstrução- mamária**

Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

#### 1. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS:

Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação Conjugal: \_\_\_\_\_ Em caso de ter companheiro reside com o mesmo?  Sim  Não

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Praticante:  sim não  esporadicamente

Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Está trabalhando atualmente:  Sim trabalho formal \_\_\_\_\_

Não trabalho informal \_\_\_\_\_

Residente em Salvador:  sim  não \_\_\_\_\_

Com quem reside / idade: \_\_\_\_\_

Nº. de filhos / sexo / idade: \_\_\_\_\_

#### 2. HISTÓRIA DE SAÚDE:

Tratamento anterior:  Quimioterapia  Radioterapia  Ambos

Outros: \_\_\_\_\_

Data da mastectomia: \_\_\_\_\_

Tipo e tempo de reconstrução mamária: \_\_\_\_\_

#### 3. QUESTÕES NORTEADORAS:

A) Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama?

B) Como foi para a senhora ter a mama reconstruída?

C) O que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária?

## APÊNDICE C- Entrevistas

### **Entrevista nº 1- Depoente: Lúcia**

#### **Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama?**

Meu dia normal, eu tenho uma vida normal, acordo cedo, malho, vida normal, não me impede nada.

#### **Você tem uma vida normal....**

Tenho uma vida normal.

#### **Como foi para a senhora ter a mama reconstruída?**

Reconstruída? Para mim foi ótimo reconstruir, porque aproveitei e reconstruí a outra, porque ficou tudo novo, não é? Risos... Para mim, foi ótimo. Bom, na cirurgia teve problemas, complicações normal em cirurgia, criei um pouco de medo, porque inflamou um pouco... Os pontos embaixo rebentou, tive que voltar pra cirurgia...mas tudo encarei numa boa.

#### **Então a senhora achou que foi ótimo....**

Pra mim foi.

#### **Conte-me um pouquinho mais assim em relação ao que a senhora acha que foi ótimo.**

Ótimo? Assim porque retirou, né? E já tava assim um pouco caída, tava meia gorda (risos). Bom, a doença em si foi problema, porque você não sabe o resultado, você pensa que vai ter complicações piores, não sabe se vai ficar boa. Aí, depois que passou essa fase, eu encarei com otimismo, sempre vai dar positivo, vai dar tudo certo. Larguei minha vida toda, abandonei tudo pra me cuidar, né? E encarei numa boa, com fé em Deus pra dar tudo certo, e deu né? Sempre com auto-estima bem positiva que eu tenho e passo para os outros...aí deu tudo certo, graças a Deus.

#### **O que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária? Como foi o seu dia-a-dia, como é até hoje?**

Eu acordo cinco horas da manhã, saio para caminhar, até corrida eu faço, tô correndo 10 km agora, faço parte da equipe da vila militar lá na Ribeira, aí eu corro três vezes por semana, outros dias faço localizada, tudo normal, malho braço, perna, tudo. Depois volto para casa,

nove horas tomo meu banho, faço minhas coisas normais, cuido de um cachorrinho que eu tenho, faço comida, tomo meu banho, depois almoço e venho pra aqui. Depois saio, se tiver que sair do cinema alguma coisa, namorado, uma vida normal, normalíssima. Danço muito, vou muito para a seresta, saio todo final de semana, danço, (risos) se aparecer alguém, eu namoro (risos). Normal, eu acho minha vida normal. Passo além do normal, porque tem pessoas que não faz isso, né?

#### **Hum.....**

Porque eu conheço pessoas sã que não faz coisas que eu faço, que não malham. Até aprender a nadar eu aprendi a nadar, as pessoas falam do braço, eu não tenho problema nenhum, aliás, eu tenho problema quando eu não faço exercício.

#### **Quando não faz exercício.....**

Aí fica um pouquinho assim dormente o dia que eu não faço...mas praticando tudo, eu fico normal, não sinto nada.

#### **Então realiza todas as suas atividades.....**

Todas as atividades. Eu sou um pouco teimosa, sabe? Aí assim quando não é de mim mesma, eu não acho teimosia, eu acho que seja uma assim, um modo de eu me sentir assim forte, aí eu faço aquilo, eu vou lá e, mas não me prejudicando, sabe? Para o meu bem, pratico as coisas assim sempre para o meu bem-estar.

#### **Você não quer falar mais nada? Não tem nada a mais para dizer?**

Ai meu Deus, o que é que eu vou falar mais? É, acho que já falei tudo (sorri).

#### **Já falou tudo?**

É não lembro mais alguma coisa assim no momento. Eu sou assim, bem auto-estima, gosto de sorrir, não falo muito da minha doença, quando eu falo as pessoas até espantam, né? E todo mundo quer estar perto de mim assim. Alguém que eu conto, né? As pessoas se aproximam mais, eu falo assim, eu não quero peninha não...é porque a pessoa com auto-estima acontece sempre isso, eu acho super legal.

#### **Agora, quando você fala assim: “eu não falo da minha doença”, você se sente doente?**

Não...que tive...não falo da minha doença....que tive esse problema, né? Tem vezes que eu falo para alguém, assim o assunto. Tem vezes que a pessoa até tá assim com muitos problemas, aí eu coloco o meu, que é para a pessoa sentir, lá na auto-estima. Sentir que o problema dela não é assim tão...que eu superei um problema maior né?

**Conte-me mais a respeito disso...**

(Risos) Como assim?

**Sobre o seu problema maior, isso que você acabou de dizer.**

Pessoas que têm problemas maiores, assim um filho com problema, uma coisa, uma briga, uma coisa fica assim se lamentando, não é? Aí eu falo assim: “Eu tive câncer...tirei...reconstruí e isso não me abalou muito.” No momento, sim.

**No momento da descoberta....**

Sim, que eu me joguei na vida. Eu falei: “já que eu tou com esse problema, vou me cuidar”, seja o que Deus quiser, né? Eu coloquei isso na minha cabeça, eu vou me cuidar. Acredito nos médicos, acredito na possibilidade de uma cura, de isso não vai me matar. De vez em quando, eu me informo assim sobre alguma coisa sobre o câncer. Acho que a gente pode superar isso, a auto-estima, como toda doença, se você tiver uma auto-estima, você pode superar. Eu coloco na minha cabeça assim: “eu posso...isso não vai” ...então é isso. Você quer saber mais o quê?

**Eu queria saber se você tinha alguma coisa mais a dizer, se você quer complementar mais alguma coisa.**

Deixe eu ver se eu me lembro...Melhorou minha vida, vou te falar isso. A minha vida melhorou, porque eu encontrei nesse problema, não é uma doença porque eu não me sinto doente, melhorou tudo em mim. Eu sou outra mulher, se você me conhecesse antes, você dizia: “*essa não é aquela pessoa*”. Até a minha filha, que mora fora do país, ela, quando me viu três anos depois que ela ficava chorando no telefone, quando eu tive a cirurgia, ela sofreu mais que eu, entendeu? Então, quando ela resolveu vir para o Brasil e enfrentou assim, eu vou ver minha mãe, aí ela me achou ótima: “*minha mãe eu não lhe conheço mais, você não é aquela pessoa, a senhora é outra mulher*”. E ela me incentivava muito assim, sabe...mais e mais, e isso também me ajudou muito. Minha família também, as pessoas que me conheceram: “*você é outra pessoa*”, aí eu fiquei, sabe, a auto-estima mesmo. Minha auto-

estima subiu ao invés de cair, subiu e me transformou em outra mulher. Eu tenho coragem hoje de fazer coisas assim que às vezes eu não teria. Como cantar, dançar que antes eu não fazia: eu danço, chego numa festa, eu danço, eu converso, entendeu? E hoje em dia, eu criei uma coisa a mais na minha vida. É isso.

**Entrevista nº 2- Depoente: Sofia****Como foi o seu dia-a-dia após a retirada da mama?**

O tratamento todo, desde o início para mim foi muito traumatizante, uma coisa que a gente nunca espera que seja com a gente. Entrei em depressão, fui até o fundo do poço, com a ajuda de terapias, tanto lá no CICAN, que eu comecei a fazer o tratamento lá e depois aqui, como aqui. Tanto é que quando eu cheguei aqui eu tava assim já...um pouco de...sei lá, lá embaixo no fundo do poço. Então, com a ajuda da terapia que eu fui me recuperando, fui ver que realmente valia a pena eu continuar a viver, já que estava tendo aquela oportunidade, né? Porque eu fiquei com muito medo, porque foram duas incidências...em tão pouco tempo...eu achava que a qualquer momento poderia voltar, em qualquer outro órgão, em qualquer lugar...então eu ficava..uma coisa assim de louco...eu fiquei muito ruim mesmo...Devido às terapias que eu fiz que eu consegui recuperar.

**Conseguiu se recuperar...**

Foi.

**Como foi para a senhora ter a mama reconstruída?**

A mama reconstruída? No início, eu até fiquei achando, porque as pessoas né, ficam falando que era mais assim por vaidade por coisa, e eu no início eu fiquei um pouco assim indecisa...Mas depois eu fui ver que realmente a gente...não era só a questão da vaidade. Era uma questão assim de recuperar aquela...sei lá um amor...eu achava assim que se fosse uma coisa escondida como se fosse um útero, mas como é uma coisa que te chama a atenção muitas vezes as pessoas né? Como acontecia muito mesmo eu perceber assim as vista das pessoas direto no lugar que estava vazio ou então, às vezes, eu usava a prótese às vezes subia, às vezes a pessoa olhava assim, eu percebia o olhar da pessoa, quando eu ia ver a prótese tava fora do lugar. Então, foi isso que me fez eu realmente ir fazer a reconstrução. E depois da reconstrução, eu vi que realmente era uma coisa mais íntima até...eu me senti bem melhor, inclusive depois da primeira que foi retirar o quadrante.

**E como veio a ser o seu cotidiano depois que a senhora fez a reconstrução da mama?**

Tem melhorado bastante, entendeu...a minha situação. Pelo que eu passava antes, com uma depressão. A minha reflexão hoje é mais assim de saber que eu posso sobreviver, entendeu? E com a reconstrução...como se diz assim...é uma coisa até íntimo, eu fico me olhando...é como

se tivesse tudo no lugar, como se fosse o início de minha vida que eu tava - entendeu? - procurando esquecer a doença, então, é assim que eu tou vendo hoje.

### **É como se você não se lembrasse?**

É...eu passo por cima...apesar que de alguma forma, qualquer situação assim de lembrança de tratamento...quando alguém fala de quimio, quando alguém fala de tirar o seio, que sempre que eu tou fazendo os grupos geralmente sempre tem alguém com alguma notícia...então, ali, no fundo, eu volto para casa mesmo cabisbaixa e vêm logo as lembranças todas (riso tenso). Tanto é que eu continuo fazendo o tratamento psicológico porque me abateu muito e eu ainda sinto um pouco assim...eu vou tentando refazer a minha vida aos poucos, tou refazendo a minha vida aos poucos. E a reconstrução como é que diz? eu não sei explicar...

### **Fale com as suas palavras....**

Me deu assim como se fosse um ânimo...de continuar de dizer assim, fulana, você tá bem, você tá ótima...e eu tô vendo que realmente eu posso retomar a minha vida, entendeu?

### **Você se sente assim hoje....**

É, e eu tô fazendo isso. Já tou começando ...se eu não tou conseguindo, trabalho de um jeito, eu tou fazendo de outro e tá dando certo...refazendo minha vida...converso sempre com minha filha, que até ela também entrou um pouco....eu procurei psicólogo para ela, tudo isso, quer dizer, tudo isso agora eu tou podendo fazer, entendeu? Que eu não tinha cabeça para fazer antes, eu achava que...por isso que eu entrei em depressão. E hoje, com as ajudas que eu venho tendo, tanto psicológica quanto de terapias, né? Tou fazendo coral, aqui faço dança, artesanato, arte-terapia, tudo isso tem me ajudado. E até mesmo levar outras pessoas. Tudo aquilo que eu passei e dizer assim: *“lute e vença, porque você vai vencer, porque eu venci”*. Tem sido muito gratificante, eu tenho reparado isso nas minhas reflexões que eu sempre faço, relaxamento, terapia em casa e tal...eu fico assim, meu Deus do céu...realmente...o conhecimento que eu tinha antes, e a ajuda que eu tenho hoje...não era a mesma coisa de quando eu comecei a ficar doente, porque eu não tinha conhecimento nenhum. Tanto é que quando o médico me perguntou se na minha família tinha caso, eu não sabia, porque tudo isso era escondido, no entanto, tinha vários casos já, apesar de que era por parte de pai, mas eu fiquei sabendo depois da minha doença que eu procurei me informar.



**A história de câncer na sua família era escondida...**

Era escondido. Eu não sabia que a minha avó paterna tinha falecido e minha tia, irmã de meu pai também tinha sofrido o mesmo câncer. De garganta, o outro de intestino, outro de peito e eu não sabia, trinta e poucos anos e eu não sabia, então, quando aconteceu comigo foi como se eu tivesse entrado em um desespero, né? Porque o conhecimento que eu tinha era que câncer matava. Hoje eu sei que câncer tem cura, porque a evolução da medicina tá bem avançada, e hoje eu já tenho esse conhecimento através das ajudas. E quando eu tava fazendo o tratamento, eu não tinha conhecimento, eu tinha pavor de olhar, não podia ver na televisão, em alguma revista, alguma coisa falando sobre o câncer, eu ficava apavorada, eu não queria saber. Não quero saber não, porque aquilo ficava ali matutando o tempo todo no meu juízo e eu tinha um pavor mesmo de medo de não conseguir vencer essa etapa da minha vida, mas agora, graças a Deus, eu tou vendo que realmente eu tou curada. Quer dizer, o médico me falou há cinco anos atrás que com cinco anos..eu não tinha esse conhecimento, eu não absorvia essa informação, porque o meu íntimo tava muito bagunçado, tava muito. Com as terapias...com a reconstrução...que foi possível. No início, eu fiquei até um pouco balanceada...eu levei quase cinco anos fazendo a reconstrução...fiz a primeira, fiz a segunda, entendeu? Mas graças a Deus, hoje eu tou bem, deu tudo certo, não teve rejeição, não tive inflamação, só algumas coisas que aconteceu na cirurgia, que isso acontece, mas graças a Deus, eu tou ótima.

**Tem alguma coisa que a senhora queira complementar?**

Eu gostaria assim de poder levar ao máximo de pessoas essa informação que hoje eu tenho a respeito de um câncer de mama. Que para muitas pessoas que, como eu, também às vezes é leiga a respeito do assunto e às vezes deixa, como eu já cansei de ver, falando aqui mesmo no atendimento, na sala de espera, levar ao conhecimento das pessoas. Outro dia, uma moça me viu e veio me agradecer, que ela tava para desistir do tratamento. E ela eu tava sentada, esperando, aguardando a minha vez e ela veio, me agradeceu, eu nem lembrava mais, ela disse que, por minha causa, ela não deixou de fazer o tratamento, que eu tinha dito a ela que eu tinha passado por aquilo e olhe eu aqui. Porque ela tava apavorada com a cirurgia de tirar o seio. Apesar de que você vê que tem o atendimento já, né? O pré atendimento, ela tava ainda apavorada e a gente trocando conversa na sala de espera...quer dizer, eu levei uma informação para ela, eu fiquei muito alegre, eu gostaria muito de poder de sempre fazer isso, mas infelizmente não tem, a não ser das próprias colegas, das companheiras dos grupos sempre que pedem para me dar assim um depoimento eu sempre tou dando. É uma forma de ajudar.

**Entrevista nº 3 - Depoente: Alda****Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama?**

Ótimo, muito bom. Me sinto ótima, ótima em tudo.

**Sente-se muito bem então?**

Muito bem.

**E como foi para a senhora ter a mama reconstruída?**

Eu senti um impacto, né? Porque a gente tem aquilo que Deus deu, que já vem, quando chega na hora saber que vai retirar, a gente sente aquele...Mas assim não tinha relações com pessoa nenhuma que visse problema, então eu não senti tanto aquela....eu mesma não senti muito porque, quando eu ia sair da cirurgia, eu já saí completa...então, não vim a sentir aquela diferença.

**Por que fez a reconstrução?**

Imediatamente.

**Então, quer dizer que a senhora achou bom ter a mama reconstruída?**

Eu achei bom. Meu mastologista disse que eu perguntei pra ele e minha sobrinha também: *“o que é que o senhor acha, se fosse uma pessoa, uma esposa, uma filha, o que o senhor acharia de melhor?”* *“Se fosse minha mãe, eu colocaria a prótese. Principalmente ela, que é uma pessoa moderna, vai gostar de vestir um maiô, que eu tou vendo que ela gosta e, ali já com a prótese, ela não vai ficar acanhada, vai se sentir bem”*. E realmente foi o que aconteceu comigo, eu não senti diferença nenhuma, até hoje.

**Depois que colocou, a senhora não sentiu diferença...**

Não senti diferença, ficou uma mais baixa e a outra mais alta, ele queria fazer a reconstrução, e eu disse: *“não, não precisa não, deixa assim mesmo como está que eu suspendo a alça do soutien e pronto”* (risos).

**E o que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária? O que veio a ser o seu dia-a-dia após a reconstrução?**

No início, eu fiquei com receio, né? Porque tem que ter cuidado, bastante cuidado, muita coisa eu não fazia com medo, mas, com o tempo corrido, eu comecei a fazer uma coisa, fazia outra. Hoje em dia, eu faço tudo, tudo (com bastante ênfase) sem diferença, eu faço tudo, e me sinto bem, não tenho nada.

### **Mas me conte aí um pouquinho o que é fazer isso tudo?**

Tudo que uma pessoa normal pode fazer. Vou para cozinha, lavo roupa, passo, tomo conta de casa, tomo conta de menino, faxino. Tudo, tudo, tudo que uma pessoa pode fazer antes da cirurgia que não tivesse tido problema nenhum. Quando eu estava sadia, eu fazia, agora eu me sinto sadia do mesmo jeito. Faço tudo, não sinto nada. *“Ah porque o braço tá doendo”*, não, faço tudo e não sinto nada.

### **Então, a senhora se sente sadia sempre...**

Me sinto bem, me sinto bem, como se nunca tivesse tido...como eu digo assim: “quando eu tive”, eu não digo: *“porque eu tenho...quando eu tava doente, quando eu tive aquele câncer”* (com ênfase). Quando eu tive, já foi, já passou, já tou boa, não tenho nada, eu tenho isso como se fosse assim uma gripe...eu tive uma gripe forte e tomei um remédio e me curei e pronto! Minha mãe, depois disso, já teve problema de câncer, fez radio, fez quimio, depois que eu tive, e tá levando a vida dela normal também. Teve uma irmã também que teve, uma irmã mais nova, por sinal ontem ela foi fazer um exame, acusou novamente, vai ter que fazer uma cirurgia. Ela me ligou, eu disse: *“fé em Deus”*, foi porque não fez a raspagem, não tirou todo, como doutor X fez comigo, tirou tudo de uma vez. Tirou um pedacinho e deixou lá...então agora você vai e tira tudo e fica bem. Eu tenho 11 anos, caminhando para 12. É isso aí, me sinto bem, bem, bem mesmo, como nada tivesse acontecido em minha vida.

### **Como se nada tivesse acontecido...**

Como se nada tivesse acontecido. Foi uma gripe que eu tive, uma gripe a gente sempre tem e volta, né? E a gente sempre se sente bem depois da gripe, né? É como eu me acho. E venho para o grupo aqui, me distraio. Outro dia encontrei uma e disse: *“Fé em Deus, pede a Deus e joga pro vento, para o vento levar”*.

### **Tem alguma coisa mais que a senhora queira falar?**

Eu acho que eu já disse tudo né? Tou aqui disposta para qualquer coisa. Tenho muita fé em Deus, se Deus marca, a gente tem que enfrentar, se tiver de curar, ele cura. Ele que vai curar.

Se tiver de ir, todo mundo que chegou aqui tem que ir um dia, se a gente tiver de ir naquele dia é porque chegou o dia, chegou meu dia, eu não tive dia de vim? Eu vou ter dia de ir.

**Entrevista nº 4 - Depoente: Ivone****Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama?**

Difícil, né? Porque as coisas que eu fazia não faço mais...eu faço mas sinto dores, né, mas ficou meio difícil.

**Conte-me um pouquinho como foi esse “difícil”.**

No dia-a-dia, eu não posso lavar roupa. Eu até lavo, mas não posso porque sinto dores nos braços, no local, na parte da axila, nas costas...aí eu sinto muita dor. Mas o resto eu faço, né? O que tem que fazer. Eu fazia assim um cabelo né, de ferro, aí não posso mais fazer. Aí eu faço um de quinze em quinze, mas tá incomodando, porque é um movimento repetitivo e tá meio cansativo. Eu sinto muita dor. Aí me deixa triste por que eu não posso fazer as coisas que eu fazia para ganhar dinheiro, eu não posso fazer. Não posso fazer uma faxina na minha casa, arrastar sofá, essas coisas eu não posso, aí fica difícil.

**E como foi para a senhora ter a mama reconstruída?**

Fácil. A médica me encaminhou, eu fui, marquei, fiz os exames, não teve problema nenhum. Eu fui, dei entrada para fazer a cirurgia, aí fiz os exames. Aí deu anemia. Aí o médico suspendeu. Aí fui tratar a anemia. Aí quando fui fazer os exames de novo, nisso foi quatro anos, aí quando voltei deu infecção urinária. Aí eu fui tratar. Aí a terceira vez eu disse assim: “se não der certo outra vez, eu não vou fazer mais.” Porque não tá na hora né? Uma coisa muito difícil, aí para tá persistindo no erro, né? Aí a terceira vez deu certo, aí eu fiz.

**E o que veio a ser o cotidiano da senhora após a reconstrução mamária? O que veio a ser o seu dia a dia após a reconstrução?**

Na realidade não mudou muita coisa em relação aos movimentos. Só mudou mesmo em relação à estética. Tirou pele da barriga, mas em relação aos movimentos continuou a mesma coisa.

**E a senhora, como se sentiu após a reconstrução?**

Porque a partir do momento que tirou né? Tira um pedaço da gente, né? Mas eu tenho uma cabeça assim...eu não me incomodei tanto como as outras meninas.. Mas quando colocou de novo, veio aquela alegria assim...Pense quando você chega assim e vê que tá faltando algo, né? Mas quando colocou....o médico disse assim: “Eu vou marcar a sua cirurgia para o dia 16

de outubro. “E eu fazia quatro anos (de operada) dia 12. Aí eu disse assim: “Vou ganhar de presente meu peito de volta.” Mas foi bom, eu fiquei contente, já saí da sala do médico quase pulando pelos corredores. Eu gostei, gostei, e ele (o médico) elogiou, disse que a minha ficou melhor do que de muitas que ele tinha feito. E realmente nem parece, olhando nem parece, e a costura também ficou bem delicada, nem parece, ficou ótimo.

**Então, quer dizer que a senhora se sentiu bem...**

Ah, com certeza.

**E depois de tudo isso, como a senhora vive o seu dia-a-dia?**

Normal, eu saio muito, não fui na praia, né? Não, por causa do seio, pela questão de tempo mesmo, de oportunidade. E, normal, faço as coisas no meu limite.

**Tem alguma outra coisa que a senhora queira falar sobre isso?**

Não, acho que não, as meninas aí disse que têm medo, né, de fazer. Mas não tem risco não, a primeira etapa eu retirei a pele da barriga, depois eu fiz o seio, depois voltei para fazer o bico. Aí quando eles fizeram, costurou deixou um pouco de pele e de gordura aqui (aponta para o seio reconstruído), aí ficou horrível. Aí quando eu voltei para fazer o bico, ele aproveitou o pedaço que tinha deixado e fez da própria pele daqui, né? Assim em relação a tudo, eu só não gostei de uma coisa que foi...ficou acho que foi do lado do músculo, de um dos lados que ele tirou a pele, ficou tipo um caroço. Aí, quando eu voltei lá, que desinchou a barriga né, tudo, aí que eu voltei lá, ele disse que para tirar aquele caroço teria que desfazer a cirurgia. Então, tipo assim, eu não gosto de vestir vestido, porque ele fica mais alto. Mas ele disse que era normal, que era uma herniazinha que criou da própria cirurgia, mas que não me incomodava. Mas só que está me incomodando. Assim, quando eu subo ladeira, ou quando eu desço, porque no caso força os músculos para descer. Subindo escada me incomoda. Doer não, só me incomoda. Mas, nos demais, tá dando para sobreviver. Eu faço cabelo. Eu trabalhava, eu saí para fazer a cirurgia. Eu trabalhava numa casa, lavava roupa. Não pude retornar. E hoje em dia, nem a roupa da minha casa eu lavo. Eu fiz a mastectomia em 2000, aí quatro anos depois eu fiz a reconstrução. Aí é meio difícil no começo da mastectomia porque tira uma parte sua, meche com o músculo e o processo da fisioterapia para poder o braço voltar o movimento, né? Mexe muito com o músculo, aí tem aquele processo do braço, não meche o braço. Tem gente que hoje em dia nem levanta (se referindo ao braço), mas eu levanto, dói, mais aí, fui fazer a quimioterapia, radioterapia, mas o processo...eu não entrei em depressão como

geralmente muita gente entra, né? No começo, logo de cara, quando eu soube que estava com câncer, assusta qualquer um, né? Mas depois, a gente tem que aceitar numa boa porque essa doença eu creio que a chave da vitória dela é não entrar em depressão, porque eu acho que a depressão mata mais ligeiro. Eu tive uma amiga minha que morreu da garganta, acho que foi um ano, e ela entrou em depressão mesmo e foi embora. E aí depois eu fiz a reconstrução e passei a viver normal, normal com limite, né, das coisas que eu fazia. E depois que ele marcou a cirurgia da reconstrução, aí eu gostei. Não mudou o meu ritmo de vida em relação à mastectomia e nem em relação à atividade que eu fazia, o limite é o mesmo, mas em questão de estética foi bom. Eu que decidi fazer a reconstrução. Minha família não queria que eu fizesse não, disse: *“deixa isso pra lá...a senhora vai mexer no que está quieto.”* Aí eu disse que o pior já tinha acontecido, pior do que estava não vai ficar, e eu só vou morrer se Deus quiser. Aí eu tou aqui para encher o saco de muita gente.

**Entrevista nº 5 - Depoente: Linda****Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama?**

Bem melhor do que antes. Porque quando a gente tira, fica numa debilidade, a gente fica assim com receio que a outra pessoa veja, até o nosso esposo mesmo a gente não tem aquela liberdade, mesmo que ele aceite tudo, a gente fica com aquele receio de mostrar, né? Aí a gente dorme de soutien, eu mesmo dormia de soutien e fica assim com aquela restrição, sempre assim com aquela restrição de camisola toda fechada. Agora depois da reconstrução, não, a nossa auto-estima levanta e aí a gente fica mais solta, mais à vontade, e fica muito bem, foi muito bom.

**E como foi para a senhora ter a mama reconstruída?**

Depois que eu fiz a reconstrução, eu fiquei cinco anos sem, porque logo quando eu fiz a cirurgia era cinco anos para a pessoa esperar para fazer a reconstrução. Hoje não, depois de um ano ou dois já estão fazendo a reconstrução. Mas, na época que eu fiz, em 2001, o médico falou alguma coisa assim que podia surgir algo durante esse período e aí eles dão esse período para a pessoa poder se restabelecer e ver se tá tudo bem para poder fazer. Aí, depois de cinco anos foi que eu comecei, procurei o médico da reconstrução, o cirurgião plástico, Dr. X, e aí foi que ele me encaminhou para poder fazer a reconstrução. Geralmente são três etapas, né, da reconstrução: primeiro tira o retalho do abdome, reconstrói e depois a pessoa passa um período assim de seis meses a oito meses pra poder passar o processo de sara, de cicatrizar tudo, pra depois ir colocar o mamilo e suspender a outra para poder ficar igualzinha, né? E aí, depois de seis meses que eu fiz a reconstrução, aí eu fui novamente, aí foi que ele fez o mamilo e o retalho da mama que ele ajustou, da outra mama aí ele já fez o mamilo, foram duas etapas só pra mim. Porque ele sempre diz que depende da cirurgia, depende do paciente, aí tem pessoas que faz o mamilo pra depois suspender mas na minha, não, na minha eu tive uma recuperação muito boa, não teve rejeição Graças a Deus, porque às vezes tem rejeição, aí minha recuperação foi muito boa, cicatrizou rápido e aí ele fez a segunda etapa de uma vez, não teve a terceira etapa. E até hoje a gente vinha lá de três em três meses, não no início foi para fazer curativo, foi assim toda semana, depois que sarou tudo, que tirou ponto de três em três meses, depois de seis em seis meses e agora de ano em ano. A última vez que eu fui foi no mês de outubro e ele passou para voltar agora depois de um ano. Aí, a não ser que tenha algum problema que aconteça algo assim, aí que a gente pode voltar para ele. Mas, graças a Deus, eu estou muito bem.



**E o que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária? O que veio a ser o seu dia a dia após a reconstrução?**

Eu continuo fazendo as mesmas coisas, mas a auto-estima da gente que se eleva, né? Eu não costumava usar roupa decotada, mas depois que a gente faz, a gente já pode colocar um decotezinho mais saliente, já pode mostrar mais alguma coisa, né? E a gente não sente mais vergonha de tomar um banho com outra pessoa, não sente mais vergonha de ir na praia e na piscina, usar um maiô, porque eu passei esse tempo todo nunca fui na praia, esse período todo eu não fui na praia. Quando eu fiz a cirurgia, eu não ia na praia, porque tinha que colocar aquele negócio e eu não me sentia bem. Tinha que colocar a prótese externa, aí eu não me sentia bem, eu não ia. Mesmo também porque a gente tem que ter uma proteção para o sol, né? Aí eu evitava. Mas agora tá tudo bem, tudo ótimo, tudo maravilhoso. No início, quando eu fiz a mastectomia, eu era paciente lá do CICAN, aí surgiu um cisto de água, gelatinoso. Aí eu comecei a fazer punção. Aí ia sempre fazer punção. Aí nesse período, eu arranjei um trabalho, quando eu arranjei um trabalho eu conseqüentemente parei de fazer a retirada do líquido. E aí calcificou. Quando calcificou que eu senti, que eu acordei para a realidade, que voltei lá no CICAN e a médica retirou um quadrante, fez a biópsia e detectou que era maligno, já virou um câncer. Aí me encaminhou para cá, para o Aristides Maltez e aí eu fui para o mastologista, doutor X. Ele mostrou tudo que poderia acontecer, que eu teria que tirar a mama, eu tive que tirar, porque, além desse cisto, ainda tinha vários pequenininhos. Porque eu contestei com ele: porque tem que tirar toda? Porque não pode tirar só o pedacinho? Aí ele falou que não porque tinha vários pequenininhos espalhados, aí tinha que retirar toda. Além de tirar a mama, tira todos os linfonodos que tira toda a defesa do braço e aí, nesse período, a gente tem que ter o máximo de cuidado com o braço, não pode pegar peso, não pode se cortar, não pode lidar assim com plantas espinhosas, tem que ter muito cuidado.

**Como foi para a senhora saber que ia retirar a mama?**

Foi um baque, a gente sente uma tristeza, porque a gente não sabe dali o que vai acontecer. Mas eu fiquei muito triste no momento, mas depois, depois eu aceitei e confiando em Deus, com muita fé em Deus, e aí fui para a cirurgia assim já confiante. Meu esposo também ficou triste porque a gente nunca espera que vai acontecer, e ele ficou muito triste, mas ali sempre junto comigo, tinha reunião junto com psicólogo aqui no hospital, ele sempre participava e aí me ajudando também e aí fomos levando. Depois eu decidi fazer a reconstrução, eu conversando aqui com as meninas: “*ah se fosse você eu não fazia, porque pode correr risco*”.

Mas eu disse: eu tou confiante, eu quero fazer, e apesar dos meus 56 anos, porque agora eu estou com 56 anos, aí eu criei coragem e fiz, e graças a Deus estou muito bem.

### **Então, a senhora se sente bem depois de ter feito a reconstrução...**

Muito bem, eu faço tudo. A gente só não pode exagerar, né? Lavar roupa em demasia, porque eu tenho minha filha e ela me ajuda, né? Passar muita roupa não pode, eu faço tudo dentro de casa, passo pano no chão, lavo o banheiro, tudo no meu limite, né? Porque para tudo a gente tem que ter um limite, não pode exagerar, né? Porque qualquer coisa pode dar algum problema, né? No braço, incha e, muitas vezes, é até irreversível, né? Na parte da recuperação, o apoio dos nossos familiares que a gente tem em casa é muito importante. No meu caso, eu tive muito apoio do meu esposo, né? Porque, muitas vezes, tem até marido que larga a esposa devido a esse problema. Eu creio assim que quando larga é porque já tinha algo, já tinha um desejo lá atrás. Porque nesse período é o período que a gente mais precisa dele, né? É o período que a gente mais precisa do apoio dele para a nossa recuperação, porque isso é muito importante. E aí tem muitos que abandonam as esposas, tem muitos casos aí que eles abandonam as esposas, e aí para a pessoa se recuperar, aí é que vêm traumas, a pessoa se abate, se sente só e aí é muito ruim para a recuperação porque tudo depende também da nossa cabeça, do nosso pensamento, do nosso cotidiano, do dia-a-dia, né, para poder ajudar na recuperação. Aqui no Gama, é muito bom, muito bom mesmo, as atividades que a gente tem aqui levanta mesmo. Eu só faço duas, biodança e artesanato porque eu também não tenho muito tempo. Agora mesmo, abri uma lojinha lá na minha casa para vender justamente as coisas que a gente aprende aqui, a gente faz e já serve, a gente que não trabalha, eu não sou aposentada nem sou pensionista e aí o que a gente faz aqui, o que elas ensinam para a gente aqui a gente já faz, já vende, já ganha um dinheirinho para a gente comprar as coisinhas que a gente precisa porque a gente não vai ficar toda hora pedindo ao esposo, e aí a gente já tem um dinheirinho para comprar aquilo que a gente necessita. Eu tomei curso de artesanato, de pintura de tecido, lá perto da minha casa tem uma escola que ensina, aí eu faço pinturas em pano de prato. Agora mesmo, eu tou fazendo pintura em pano de Natal, cada pintura linda. Eu aqui faço artesanato, justamente esses artesanatos que a gente faz aqui que nos ajuda. Porque, quando eu deixei de trabalhar, eu não me aposentei, aí com um ano e meio eu perdi a pensão, e aí deixei de trabalhar e não contribui mais e não tive mais renda nenhuma, só meu esposo. Na época, os filhos estavam todos desempregados, e aí só a ajuda dele mesmo. E isso que a gente aprende aqui serve para a gente ajudar na parte financeira.

**A senhora quer falar mais alguma coisa?**

O que é importante eu já falei a você, o grupo, né? A convivência com o grupo porque aqui todas nós temos o mesmo problema, e aí uma levanta a auto-estima da outra. Quando uma tá triste, aí vem uma com uma palavra e aí levanta a auto-estima. E as voluntárias também, que sempre está nos apoiando, sempre tá nos ajudando, isso é muito bom. Esse trabalho desse hospital aqui não pode parar de jeito nenhum. E outra coisa também é o atendimento do hospital é muito bom. Eu passei por essas fases todas, meu esposo também operou de próstata esse ano, e as pessoas são muito humanas, tratam muito bem. Você não vê uma pessoa tratando mal a você nem gritando, fazendo coisas assim que você possa se entristecer. As pessoas são muito boas mesmo, o hospital é muito bom. Se não fosse esse hospital aqui, eu não sei o que seria de muita gente. Quando surgiu a notícia que o hospital ia fechar, a gente ficou muito triste. Houve uma época que não tava recebendo ajuda, apoio e houve um comentário aí que o hospital ia fechar. Eu mesmo fiquei orando a Deus para não fechar porque muita gente ia ser prejudicada por conta da perda. Aí surgiu carnê, eu peguei, meu esposo pegou para ajudar. De alguma forma a gente tem que ajudar. Teve um dia mesmo que me roubaram dentro do ônibus quando eu vinha para cá, eu fiquei desesperada sem ter dinheiro para voltar para casa, comecei a chorar, aí cheguei aqui, as meninas começaram a me apoiar, me abraçando porque eu tinha sido roubada, que eu ia fazer os documentos tudo. Aí fui lá na assistente social, aí ela conversou comigo, me orientou, me deu dinheiro do transporte. De lá mesmo, eu liguei para meu esposo para cancelar os cartões que eu tinha, porque eu sou dependente dele, ela me deu o dinheiro do transporte e eu fui para casa. Eu disse a meu esposo: “assim que eu puder eu vou dar uma oferta para poder compensar aquilo que eles fizeram por mim, né?” Porque muitas vezes acontece com a gente, pode acontecer com outras pessoas também, né? E aí é uma forma da gente também tá ajudando.

**Entrevista nº 6 - Depoente: Maria****Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama?**

(Silêncio) Ah, fui muito doloroso, né, claro, foi muito doloroso, fiquei muito inconformada. Para mim não foi uma coisa boa, né? Mas aconteceu, né? O que é que a gente vai fazer? Minha vida ficou meio assim atribulada depois dessa retirada da mama, ficou mais, mais atividade, saindo mais, tive que ir para médico. Minha vida virou assim um reboiço de uma hora para a outra...que era meia calma, meia pacata, virou um reboiço. Depois da retirada da mama, depois tem as quimio, tem a radio, aí é muita coisa, a gente sai muito, a gente se desgasta muito, tem muito problema de saúde, né? Devido ao tratamento, mas depois, depois fica normal, mas não é mais igual como era, não tem quem diga que é igual, não é. É muito diferente. A gente vive, a gente brinca, fica alegre, mas não é isso que a gente queria, né? Tudo isso a gente faz para superar o trauma, né? E a gente tem que superar né? Tem que viver, porque a gente não vai deixar de viver por causa disso, né? Não é coisa boa não. Procurei logo a atividade daqui, né, pra poder superar mais ainda, né? Porque se a gente ficar em casa, ainda é pior, e eu trabalho em casa, que eu sou costureira, aí minha vida ficou assim atribulada, cheia de compromissos. Hoje mesmo, para eu chegar aqui foi uma agonia, viu? Muita coisa, tomar conta de casa, fazer comida, atender cliente, atender telefone e, para chegar aqui, cheguei até atrasada hoje.

**A senhora falou de ter retirado a mama e como foi para a senhora ter a mama reconstruída?**

Eu não fiz na mesma hora não. Fiz um ano e pouco depois, por conta do tratamento todo. O tratamento da quimio e da radio, porque o outro não. Fiz a reconstrução tomando o medicamento. Olhe, eu fiz essa reconstrução mais por estética. Mas só que essa reconstrução eu não gostei. Não gostei porque a gente fica toda cortada, tudo muito mal feito, deforma o corpo da gente, se eu soubesse, eu não tinha feito. Se eu soubesse eu tinha feito de silicone e não da barriga (se referindo ao retalho abdominal). A gente inexperiente, tá doida para ver o peito no lugar por que a gente fica até sem querer namorar por causa disso aí, né? Com receio...e aí, essa reconstrução eu não gostei de barriga não. Se eu fosse fazer outra vez, eu não faria mais da barriga. Faria de silicone, tiraria a carne daqui detrás e faria, não da barriga. A barriga você não tem mais habilidade para nada, eu faço yoga aqui e não posso fazer todos os exercícios porque não tem condições de fazer porque a barriga tá esticada. Faz muito do mal feito...Se ainda fizesse uma plástica bonita, mas faz uma plástica “mamão” que a gente

fica toda com o corpo deformado. Minha plástica é horrível. Então, se fosse uma coisa bem feita, até que mandaria outras pessoas para fazer, mas eu não aconselho, essa que foi feita aqui no hospital deixa muito “mamão”, fica horrível a plástica da gente. O peito menos mal, mas a parte da barriga não faz certinho, ficou feio, eu não gostei não... “calombo” aqui. A gente na hora pede para tirar, ele tira, continua o “calombo” de graça, né? Então só foi esteticamente porque eu quis fazer isso. Mas é como eu lhe disse, se eu soubesse, eu não faria da barriga. Teria ficado com a minha barriga como era, nem que ela ficasse enorme, porque a gente engorda, eu mesmo engordei muito, eu era magrinha, eu pesava 52 quilos, tou pesando 63 quilos, a gente engorda, querendo ou não querendo a gente engorda, por causa dos remédios. Eu preferia como era antes, pelo menos minha barriga não estava cortada.

**E o que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária? O que veio a ser o seu dia a dia após a reconstrução?**

A auto-estima levanta mais um pouco, mas só teve essa inconveniência que eu não gostei do jeito como foi feito. Tanto que eu tenho marido, ele voltou depois, ele tinha me largado. Quando eu fiz a mama, eu já era separada, aí depois que eu me recuperei e tudo, ele voltou para mim. Ele não me largou por causa disso, sabe? Ele voltou. Eu tenho vergonha dele ver o meu corpo porque ficou muito feio. Assim, a gente vestida, não parece. Ele também não pede para ficar vendo, ele não olha, ele não é indiscreto, entendeu? Mas jamais eu arranjaría mais namorado nenhum. Eu só tou com ele porque a gente já se conhece, tem dois filhos, por isso eu tou com ele, senão não queria mais homem nenhum. Ficou muito feio. No meu dia-a-dia eu faço tudo, tudo normal, eu lavo, passo, costuro, cozinho, tudo que eu fazia eu faço, sempre continuei fazendo, nunca tive problema nenhum de dizer que o braço inchou, nunca tive nada graças a Deus, nunca tive nada, Deus tá do meu lado aí, porque eu não tenho quem faça, então quem tem que fazer sou eu. Ficou a mesma coisa.

**Tem alguma coisa que a senhora queira falar mais?**

Não, a única coisa que eu tinha para falar foi isso, que eu não gostei da plástica, achei horrível, ficou muito mal feita. Se eu fosse fazer, eu não ia fazer mais desse jeito, eu não aconselho ninguém fazer a da barriga. A não ser que você tenha uma barriga muito grande, queira tirar e não se incomode com o corte, né? Só isso.

**Entrevista nº 7 – Depoente: Jade****Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama?**

Olhe, o meu dia-a-dia foi perfeito, porque eu nunca me vi sem mama, isso para mim foi ótimo. Porque eu acho que, quando tira a mama da gente, qualquer pessoa por melhor que tenha uma cabeça ótima, a pessoa fica sentida, tem que sentir, né? E pensar se vai fazer, se vai reconstruir, se não vai, como vai ser e eu não, eu, graças a Deus, eu tirei mas eu nunca me vi sem o seio até hoje. Então para mim foi ótimo a reconstrução. Para mim, foi assim uma bênção. Aí eu não lembrava nem da doença, entendeu? Minha vida sempre foi normal. Para mim, foi assim ótimo, eu não precisei fazer tratamento nenhum porque eu optei em tirar a mama toda para não fazer quimioterapia. Então para mim foi tudo ótimo, a doença eu esqueci. Porque eu tinha o seio, dei sorte porque eu morava em São Paulo e o médico que me operou ele já faz a reconstrução na hora. Só se o câncer for muito agressivo que eles pedem o tratamento, mas, se não for, ele já faz na hora em qualquer pessoa, até do INSS e tudo. Então, a minha é muito bem feita, para mim foi ótimo.

**Como foi para a Sr.<sup>a</sup> ter a mama reconstruída?**

Eu me senti ótima, para mim eu nunca retirei, porque é tão bem feita a minha que eu nem me lembro. Eu tenho uma vida normal, eu uso biquíni, eu uso decote, uso tudo, é muito bem feita, não tenho cicatriz, quase nenhuma, e fiz esvaziamento axilar também, fiz tudo radical, mas também as minhas cirurgias foram muito bem feitas, eu não tenho buraco debaixo do braço, nada disso, só tenho uma cicatriz pequena. E ainda tem outra, quando eu fiz essa reconstrução, eu tinha três cesáreas assim (mostra com gestos a cicatriz vertical da cesareana), então, como eu tinha esse corte antigo, eu não podia fazer a reconstrução do abdome, que é a mais perfeita hoje em dia. O médico me tirou o músculo das costas, trouxe para frente e deixou esse músculo peitoral aqui do colo, e veio e encaixou a prótese, entendeu? Então foi uma cirurgia muito grande, mas foi tudo ótimo e é tudo perfeito, até a minha cicatriz é tudo perfeitinho, mas é uma cirurgia bem maior do que se fosse do retalho, que hoje em dia eles fazem, mas eu não podia por isso, porque eu já tinha essa cicatriz do abdome, aí não podia ser feita assim. Aí, ele deslocou o músculo das costas, trouxe aqui para frente, encaixou com esse daqui (mostra o colo).

**O que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária? O que veio a ser o seu dia-a-dia após a reconstrução?**

Eu descobri que tinha o câncer fazendo exame normal. Não tinha caroço nem nada. Eu, fazendo a mamografia normal que a minha ginecologista pediu, deu uma micro calcificação agrupada. Essa micro calcificação agrupada são as células que estão se juntando para começar a formar um tumor. Nessas células poderá ser cancerosa ou não. Eu tinha, a minha irmã mais velha teve a mesma coisa que eu e não tinha as células cancerosas, e está em observação até hoje. Mas eu já tinha, mesmo assim foi ótimo porque eu peguei o câncer no começo do começo, não tinha nem tumor formado, entendeu? Então, quando deu essa micro calcificação agrupada o médico me explicou: “ *Olhe, Jade, você vai fazer agora uma biópsia com agulhamento, é uma biópsia diferente, que enfia uma agulha feito um anzol assim na ponta e puxa as células, mas é feita com anestesia geral e tudo*” E aí essa biópsia é feita nessas células, na minha deu que eu tinha células cancerosas. Por isso que ele fez o quadrante primeiro, porque estava tão no começo do começo que ele fez o quadrante. Ele fez o quadrante com o esvaziamento axilar, mas aí nesse período eu fiquei muito mal com o casamento, o casamento péssimo. Ele tinha outra, eu descobri que ele tinha outra pessoa, e aí ele não me acompanhava para nada, no meu tratamento em nada. Eu fiz tudo sozinha, entendeu? Eu acho que isso mexeu muito no meu emocional demais, porque um casamento de 38 anos, e você na hora que mais precisa que não tem... Foi assim terrível para mim. Olhe foi pior para mim descobrir a pessoa que ele tinha do que o médico ter me dito que eu tinha um câncer de mama, foi pior. Porque, quando o médico me disse que eu tinha um câncer de mama, eu tenho mesmo, graças a Deus, um astral ótimo, eu sou muito católica, muito mesmo, tenho muita fé nos meus santos, em Deus, então, na hora que fala assim para gente que você tem um câncer parece que o mundo vai desabar na sua cabeça. Mas eu tive assim a maior força imediatamente, ah imagina, eu vou sair dessa numa boa, na mesma hora eu tive aquela força assim, isso não é nada, eu vou me cuidar, eu vou ficar boa, me deu aquela força. Mas o outro lado meu emocional meu com o marido estava péssimo. Tanto que eu creio que meu câncer reincidiu por causa do meu problema emocional. Porque eu sou uma pessoa que tenho uma saúde ótima, não tenho nada, até hoje eu nunca tive nenhum problema de saúde. Não tenho pressão alta, eu não tenho colesterol alto, não tenho nada. Agora eu sou uma pessoa que me cuido, eu gosto de viver, eu sou muito alegre, eu procuro viver minha mesmo a minha vida, eu faço dança de salão e eu participo de tudo que é concurso de dança, saio para dançar, faço aula de dança todos os dias, entendeu, então eu tenho assim um astral ótimo. O que mais mexeu comigo foi essa separação, entendeu? Tanto depois quando reincidiu que eu operei, que foi quando eu fiz a reconstrução, eu já estava com a cabeça ótima, entendeu, eu já estava separada, eu já estava com cabeça ótima, eu mesmo já queria ter outra vida. E para mim foi

ótimo ter acontecido isso, aí depois, até hoje eu nunca tive nada. Agora mesmo, eu fiz a reconstrução de novo, troquei a prótese, e fiz todos os exames e faço meus exames todos os anos, faço um check-up geral. Agora mesmo eu fiz de tireóide, que eu tou com um noduluzinho na tireóide, mas tô controlando, não é nada, é tão pequeno que não dá nem para puncionar. E nunca tive nada, problema nenhum de saúde, graças a Deus. Mas tudo isso também porque eu refiz a minha vida de novo. E aí vivo bem, danço, namoro, faço tudo, (sorri) tudo que eu tenho direito, tudo que tenho direito. Não tenho problema nenhum na vida ultimamente. Tenho uns filhos ótimos, moro sozinha, meus filhos todos moram fora, todo mundo mora fora. Eu tenho um filho que mora em San Diego, tenho uma filha que mora em São Paulo e a outra mora em Porto Seguro. Tenho duas netas, uma de 20 e a outra de 19 que moram em Londres. E a de 17 mora com a minha filha que está em São Paulo. Mas a minha vida é ótima, tenho muitos amigos, faço esse meu trabalho voluntário. Eu era de outro grupo voluntário que agora saí. Eu era de outro grupo, mas eu saí porque não era o trabalho que eu gosto. Eu gosto de me doar eu com esse trabalho que eu faço aqui. Esse meu é que é uma bênção de Deus, cada vez que eu saio daqui eu saio com mais energia, renovada. Já dei várias entrevistas sobre o câncer de mama na rede Bahia (emissora de televisão local), tá lá no meu email, já dei mais de uma. Já dei entrevista na rua assim, tudo sobre câncer de mama. Tanto que eu faço parte do arquivo da rede Bahia. Todo ano, quando chega a época de campanha, eles sempre me chamam. Este ano eu fiz com a psicóloga, uma parapsicóloga e uma médica. E eu a dona de casa, né? Para fazer a entrevista sobre câncer de mama. O que eu posso trabalhar, eu faço com o maior prazer. Porque eu acho que a gente tem que se doar a gente mesmo. Eu fazia um trabalho que era muito com dinheiro, entendeu? Então eu não achava gratificante aquilo porque eu não me doava. E aqui, não. Aqui no grupo GAMMA, esse grupo GAMMA é uma coisa maravilhosa. Você conhece o trabalho do grupo GAMMA todo, é uma beleza né? Eu acho esse trabalho para a Liga contra o Câncer um dos maiores trabalhos voluntários. Que tem vários, né? Mas o GAMMA abrange assim muitos trabalhos. É artesanato, biodança, dança de salão, tai chi chuan, teatro. Então isso levanta a auto-estima demais das pacientes mastectomizadas, só trabalha com mastectomizadas. É um grupo em que elas ficam amigas, são 80, cada uma tem direito de escolher duas atividades, né? E, no fim do ano, tem apresentações, tem festa de Natal, festa de São João, então elas fazem amizade entre elas. É um grupo assim maravilhoso. Tem uma parte das colegas que trabalham, que fazem o “peitinho” (se referindo a prótese externa que é confeccionada pelas voluntárias e distribuídas entre as pacientes que não fizeram reconstrução). A prótese, elas fazem aquela prótese do mesmo tamanho da paciente, com o mesmo peso, com um produto importado que pode lavar



a hora que quer, é um trabalho muito bonito também esse. Porque isso para elas é ótimo, porque o pessoal é de baixa renda, todo mundo que opera aqui tem uma vida difícil, e pelo menos dentro do soutien não fica sem o seio, esteticamente. E outra coisa, hoje em dia, o SUS também é obrigado a fazer a reconstrução, embora fique na fila muito tempo, mas as pessoas fazem. A semana passada mesmo, eu visitei uma paciente minha e do grupo GAMMA que fez perfeito aqui no Aristides Maltez. Elas vão sendo chamadas por fila, porque agora é dentro da lei mesmo, o INSS tem que fazer a reconstrução. Então, eu acho o grupo GAMMA assim uma coisa maravilhosa, um trabalho voluntário muito bom. Porque é só para levantar a auto-estima delas toda, é um trabalho social para elas, elas se conhecem, participam de festa, de jantar, de tudo, né? E elas gostam muito da gente, e para a gente é muito gratificante também. Porque a gente promove muita festa, muita coisa para elas. Então, é um trabalho muito bonito esse do grupo GAMMA, então esse trabalho, enquanto Deus me der vida e saúde, eu não paro. Porque eu acho assim um trabalho ótimo porque eu me dôo... Eu trabalho com as pacientes assim no leito, o trabalho é todo dividido. Eu sou do grupo GAMMA da parte do leito, eu visto as pacientes que foram operadas para passar todas as informações para ela como tem que ser a vida delas agora. Então, o que elas não podem fazer com aquele braço, porque tem um monte de restrições, né? Então o trabalho da gente é esse, o nosso trabalho também é passar uma energia boa para elas, eu sou um exemplo vivo porque eu passei por tudo que elas estão passando, né? Então, é muito gratificante meu trabalho, elas gostam muito porque eu sou um ânimo, uma injeção de ânimo para elas. Quando eu falo que tem doze anos que eu operei, que eu nunca tive nada, então isso é muito bom para elas. E as minhas colegas do grupo GAMMA cada dia vem uma, né? A gente só não trabalha segunda porque é o dia de limpeza das enfermarias. A gente trabalha terça, quarta, quinta e sexta, cada dia vem uma. Então o trabalho é assim: eu venho de quinze em quinze dias, e quando uma precisa ou tá doente aí a outra substitui. Mas é um trabalho muito bom esse do grupo GAMMA. E esse que eu faço eu adoro, eu gosto demais de fazer esse no leito. E já fui voluntária, eu morava em São Paulo, fui voluntária dez anos em uma maternidade de São Paulo, aí adorava esse trabalho, porque eu gosto de trabalhar com vida.

### **Isso, depois que a senhora teve o câncer?**

Isso depois que eu tive o câncer, para mim foi ótimo também... aquela fase que você tá meio perdida e eu fazia esse trabalho e era maravilhoso, trabalhava com vida, criança nascendo, não tem nada melhor. Aí eu trabalhei dez anos na maternidade do estado. Trabalhei muito, mesmo sendo católica, no centro espírita, em uma favela, porque lá eu era nordestina e o pessoal da

favela é muito do Nordeste. E quando me pediram para fazer um trabalho lá, eu fui fazer e não saí mais porque elas se identificaram comigo, porque eu era daqui e elas adoravam. Aí fiquei cinco anos com trabalho voluntário. Eu sempre fiz trabalho voluntário, eu não sei viver sem fazer. Porque eu acho que a gente tem sempre que dedicar umas horas para alguém que precise. Quando eu cheguei aqui eu fui para o NASSI, mas aí não conseguiram me colocar. Fui ali no Engenho Velho (um bairro), no NASPEC, fiquei um tempão ali no NASPEC mas aí eu não tinha o que fazer, estava tudo muito organizado, a única coisa que eu fazia lá era contar nota fiscal, mas eu queria um trabalho mesmo. Aí foi quando eu me inscrevi aqui no grupo GAMMA, é difícil você conseguir aqui, porque eu trabalho no leito, é muita responsabilidade. Eu tenho que saber o que eu falo e que eu passo para as pessoas. Porque eu posso passar uma coisa completamente errada e até prejudicar as pacientes. Então, eu fiquei um ano, indo para a psicóloga aqui, fazendo testes, um ano para poder entrar no grupo GAMMA nessa atividade no leito, que é muito difícil, não é fácil, porque aí elas vão lhe testando de todos os jeitos, aí eu ia com as colegas, para as colegas me avaliarem, ia com a psicóloga para ver como eu falava, como eu me comunicava com elas, não é fácil não. Tanto assim que às vezes as pessoas me pedem e me dizem: *“a gente quer ajudar e é tudo difícil”*. É uma coisa que tem que ser, eu não posso falar de remédio, de nada que não seja da minha responsabilidade, nada, nada, nada. Tudo isso eu digo: *“isso é com a enfermeira, com o médico”*. Porque a gente tem que pensar muito no trabalho que está fazendo ali para não falar nada errado. E tem gente também que quer fazer esse trabalho e que também não passa muito otimismo. Tudo isso tem que ser avaliado, porque você, para fazer esse trabalho só tem que passar o que é bom. Então, não pode trazer problema nosso para cá nada, só tem que contar tudo bom, botar a pessoa para cima, porque tem gente que fica realmente quando tira o seio fica arrasada. Mas, hoje em dia, é tudo muito diferente. Você sabia, hoje em dia com as campanhas que tem, o pessoal que já opera tem outra cabeça, mesmo o pessoal que não sabe ler, que vem da roça? Eu acho que a televisão, tudo tem ajudado essas campanhas, que raramente pega alguém assim para baixo. A maioria pessoal assim com o maior ânimo, com a maior certeza que vai ficar bom, e aí que a gente tem que passar que tem que fazer o tratamento porque a cirurgia é o primeiro passo, mas o tratamento é que complementa. A cura é tudo junto. Então, o trabalho da gente é todo esse: dizer que o tratamento é essencial, a vaga no Aristides Maltez não pode ser perdida, se faltar perde a vaga, e se perder a vaga não entra de novo. Porque é o único hospital de referência no Norte e Nordeste. Diz que agora tem um em Aracaju, mas o daqui eu vejo que vem gente de tudo quanto é lugar, do Estado da Bahia todo. O Estado da Bahia é o maior do Norte e Nordeste, então, tem muita gente. Então, elas

têm que saber disso que elas têm que vir no dia da consulta, que não pode faltar, mesmo quem mora no interior e a gente tem que passar tudo isso para elas. Meu trabalho é esse, mas tem quem dá dança de salão, teatro, coral, tai chi chuan, biodança, tudo isso tem, que é um trabalho ótimo, tudo isso tem.

**Então, quer dizer que a senhora vive o seu cotidiano, o seu dia-a-dia após a reconstrução da mama assim....**

É vivo assim, procuro fazer esse meu trabalho e outros trabalhos também. Eu sou da Pastoral da Paróquia Social da minha igreja, da Paróquia de Ondina, também trabalho com o pessoal daquela favela lá, o que me pedem para fazer eu faço, mas eu vivo a minha vida assim, eu saio muito, eu passeio muito, eu danço muito, porque é uma das coisas que eu mais gosto de fazer na minha vida é dançar. Então, eu faço dança de salão de segunda a quinta e chega sexta, sábado e domingo eu saio para dançar. Às vezes, eu não saio os três dias, mas um dia eu saio no final de semana para dançar. Aí saio para dançar, quando posso viajo, passeio, conheço muita gente porque eu participo de vários grupos, então me chamam para uma festa daqui, dali, então eu vou eu vivo saindo. Minha vida é assim ótima, eu não tenho o que dizer da minha vida. Moro sozinha, mas isso não mexe comigo em nada, acho ótimo, porque onde eu moro eu me dou com todo mundo, eu sou muito comunicativa, então tenho muitos amigos, muitas amigas, o pessoal lá da dança, é um pessoal ótimo, todo animado, tudo de senhoras. Mas tem os jovens também que faz parte da escola que eu faço dança, então eu saio com os jovens, saio com gente da minha idade, vou dançar com jovem, não tem problema. A maioria que eu saio para dançar é tudo jovem, é o pessoal que é todo do grupo de dança lá da escola aí a gente sai para dançar eu saio direto com eles. Então eu não tenho que me queixar da vida. Mas eu acho que a gente quando chega na minha idade, a gente tem que ter um trabalho desse, a gente tem que, ter um trabalho direcionado para as pessoas mais carentes, porque até uma palavra que a gente leva é um ânimo, imagine um trabalho mesmo. Então, eu acho que todo mundo tem que, porque você se aposenta, tudo bem que você viaje, passeie, dance, seja de grupo de melhor idade, ótimo, mas tem que ter um trabalho para um irmão que precise mais, né? E há tanta necessidade disso, né? Agora mesmo foi inaugurado o centro de oncologia pediátrica daqui, ah, eu tinha tanta vontade de trabalhar, mas a gente não pode, já tem esse trabalho, não pode fazer outro aqui dentro. Se não fosse isso, eu já tinha me inscrito lá que dever ser um trabalho que eu ia gostar muito, né? Mas não posso. Quando a gente é do grupo GAMMA, não pode fazer outro tipo de trabalho lá, no mesmo hospital. Mas é isso, a minha vida é isso, eu não tenho o que me queixar da vida (risos) graças a Deus.

**Tem alguma coisa mais que a senhora queira falar?**

Não. Falei da minha vida mesmo, o que eu faço na minha vida como mastectomizada e a mim nunca me prejudicou em nada. Eu tenho namorado, e a mim nunca me disse nada, eu nunca tive nada de vergonha, nada porque eu tenho a prótese, para mim a minha vida é normal. Dirijo, faço tudo. Das coisas ruins a gente tem que tirar o lado bom, então tudo que eu tenho direito como mastectomizada eu corro atrás. Carro eu mesmo compro com isenção, porque eu só posso dirigir carro automático, porque eu fiz a mastectomia do lado direito, né? Porque quando é do lado direito a gente só pode dirigir carro automático, né? Então eu tenho isenção, eu não pago também o IPVA, porque eu também estou inserida na lei. Eu passo também porque tem muita gente que não sabe, porque eu fui saber disso fazendo uma consulta no consultório do mastologista, foi que eu fui saber que eu tinha esse direito. Apesar que, hoje em dia não, hoje em dia quando eu visito minhas pacientes mastectomizadas, quando vou fazer esse meu trabalho, elas recebem um livrinho que o próprio hospital dá falando de tudo que elas têm direito. Uma cartilha, de tudo que elas não podem fazer mastectomizadas e de todos os direitos que elas têm dentro da lei. Então, mesmo assim elas recebendo, a gente fala, porque as pessoas às vezes não sabem ler, às vezes lê pouco, às vezes não memorizam, e a gente falando elas têm aquela lembrança que aquela pessoa veio e falou naquele dia aquelas coisas, faz parte do nosso trabalho passar essas informações todas para elas. E eu vivo normal, graças a Deus, sem problema nenhum (risos). Graças a Deus.

**Entrevista nº 8 – Depoente: Vitória****Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama?**

Depois da retirada da mama, foi ruim, né, porque ficou...ficou assim aquele negócio estranho, aquela coisa diferente assim se sentindo mal, não me sentindo inválida, mas me sentindo assim mutilada, uma coisa ruim que aconteceu na vida da gente, aí fica aquilo ruim. Eu me sentia muito mal sem a mama, sentia mal, me achava estranha, não conseguia me ver, eu não conseguia me ver no espelho. Eu levei dois anos, aliás, três anos para poder reconstruir, e até lá eu nunca me olhei no espelho, eu não tinha coragem de me ver no espelho, eu só de olhar me sentia mal, me ver no espelho me dava aquela sensação ruim...Eu nunca conseguia, eu não me sentia bem sem a mama, eu não aceitava ficar sem a mama, foi uma coisa que buliu muito comigo. Se eu ia usar roupas, eu achava estranho, botava a prótese (externa), achava que não estava boa, não botava uma roupa, eu só queria blusa que cobrisse até aqui (mostrou o pescoço), blusa de manga porque fechava aqui, a de botão, aí minha vida mudou porque eu não queria mais sair, eu não queria ir mais à praia, eu me sentia mais à vontade quando estava aqui com o grupo, mas lá na ilha...porque é assim, lá na ilha é um lugar que não tem casos como esse. Só conhecia duas pessoas que teve esse problema que eu tive que teve que retirar a mama, mas uma era uma senhora já de idade e morava em outro arraial e com pouco tempo faleceu. E em outro lugar também, que não é aonde eu moro que também fez a mastectomia mas também veio embora para Salvador depois disso. Então lá na ilha não tinha, aí aquilo, porque as pessoas não convivem com esse problema, aí reparam muito, isso causa uma revolta, é uma coisa ruim, a gente se sente mutilada, se sente mal. Eu não me sentia bem depois da retirada da mama, eu fiquei assim. E o que é que aconteceu de melhor, aí foi o que ficou de ruim, e o que ficou de bom, o que eu achei que melhorou, porque antes de eu passar por essa situação, eu só vivia mais para casa, para os filhos, eu não olhava muito para mim. Daí em diante, eu passei a olhar que eu tinha que dar mais um pouquinho de atenção a mim, porque eu tinha que cuidar mais de mim, tinha que olhar mais o meu lado, viver só para filho, eu tinha que viver também para mim, tinha que procurar sair, me distrair, tirar um pouquinho dessas coisas. E aí foi que surgiu o GAMMA. Eu entrei no GAMMA e aí foi tirando mais aquele complexo de inferioridade, aquela coisa ruim que aconteceu depois da retirada da mama, aí fui melhorando, melhorei um pouquinho, mas não aceitava ficar sem a mama, não aceitava. Logo depois de um ano, o médico, o mastologista me orientou a fazer a reconstrução, mas eu, quando vim aqui para o Aristides, eu vim pelo IPS (Instituto de Previdência do Salvador), só que o IPS tem convênio aqui. Mas só quando pediu a autorização

para a cirurgia eles não liberaram porque disseram que era uma estética, e que o IPS não liberava estética. Aí eu vim para aqui e elas disseram que eu tinha que correr atrás porque isso era uma estética de necessidade, não era uma estética por vaidade. Eu voltei lá, eles disseram a mesma coisa e não me deram a autorização. Eu larguei, não procurei mais, fiquei revoltada, aí fiquei mais revoltada ainda, eu não tinha condições de fazer por fora, e aqui a minha ficha era pelo IPS. Eu não podia fazer pelo SUS. Aí ficou nisso, levou um tempo, mais um ano nisso, aí eu não fiz, veio que o IPS cortou o convênio aqui, tirou o convênio, mas eu não podia sair daqui porque eu era paciente daqui, meu caso era caso daqui. Aí eu fui conversar com a assistente social e ela mudou a minha ficha para o SUS. Aí, logo que ela mudou para o SUS, eu providenciei fazer a cirurgia e consegui fazer. E melhorou muito depois, melhorou cem por cento. Só isso de eu não ter mais...de olhar e ver vazio, não fica cem por cento igual, não fica, mas só o vazio que preenche o lugar (toca na mama reconstruída) já é uma coisa bem melhor para o inconsciente da gente, tudo melhorou. Eu podia usar a minha roupa como eu queria, já podia vestir maiô, aí eu já diminuía esse complexo. Na época, quando eu fiz mastectomia, eu tava separada, meu marido tinha abandonado a casa, tinha saído antes de fazer a mastectomia. Ele tinha saído, eu tava com meus filhos, fiquei só com os meus filhos, aí daí depois da mastectomia, ele já tinha saído antes da mastectomia, porque eu acho que, na cabeça das pessoas, passa assim, porque as pessoas passam por um câncer e tá com câncer e já vai morrer, eu acho que é isso que passa na cabeça das pessoas. Porque, na verdade, isso é um baque que vem na vida da gente quando acontece, a gente acha que isso é o fim, mas depois que a gente passa pela cirurgia e começa a fazer os procedimentos, a gente passa a ver que não é bem assim, que a vida não acabou aí, que a gente ainda pode viver muito e pode fazer muita coisa, mas assim como passa na cabeça da gente, passa na cabeça das pessoas que convivem com a gente. Eu acho que é isso que passa na cabeça das pessoas. Primeiro que, quando a gente opera, fica uma coisa, uma papiricagem assim com a gente, tudo na mão, não querem que a gente faça nada e depois que a gente vai convivendo, vai fazendo as coisas, vai passando o tempo, aí vê que não acabou, que a gente não vai morrer porque tem muito para viver ainda, aí as pessoas esquecem, aí esquecem. Aí dificilmente as pessoas chegam e perguntam: *“como vai a sua vida, a sua saúde, como é que você tá? E como é que está o procedimento médico?”* Não tem mais esse tipo de conversa. Então, você vê que isso aí é porque achava que a gente já vai morrer. Mas viu que não aconteceu isso, que a gente tá vivendo bem, graças a Deus eu já tou com dez anos de cirurgia, então isso aí, eu acho que as pessoas mudam, aí acaba aquela onda de tudo na mão, aí acha que você já pode fazer tudo, não precisa mais tá fazendo nada pra você, ah ela já pode fazer tudo sozinha, pode se virar, e

esquece tudo isso. Então, isso é o que a gente passa, e é como eu me senti antes, mas agora eu me sinto melhor, mais livre para eu fazer o que eu quiser, tudo isso, até mesmo na vida da gente, na vida íntima, na vida sexual tudo muda, tudo muda. Pra mim mesmo, mudou muito, antes eu não me sentia bem. Agora eu tou me sentindo melhor porque agora eu já reconstruí, só de não ter mais aquele baque, agora já melhorou.

**Como foi para a senhora ter a mama reconstruída? Como foi para a senhora reconstruir?**

Depois que eu reconstruí, eu me senti bem, aí minha vida mudou, como eu tou dizendo a você, ah! , mudou porque tudo que eu não queria mais, as minhas amigas me chamavam para sair, e eu não queria ir, eu não me sentia bem, para ir para a praia e nada. Quando a gente tira, mesmo com a prótese, que a prótese podia molhar, porque eu tava com uma prótese de silicone externa, mas mesmo assim ficava diferente, o achava que o povo ficava reparando. E daí em diante, eu já tava com a minha mama no lugar, então já mudou a minha vida dentro de casa, já mudou, hoje eu já me olho no espelho, eu não fazia isso, mesmo vendo que está diferente, mas hoje eu já chego já me vejo, eu não tinha condições de fazer isso. Eu me sentia mal, toda vez que, só de pensar que eu ia me ver mutilada começava aquela tristeza, aquela angústia, eu não conseguia, e hoje eu consigo, hoje eu visto roupas decotadas, eu me sinto bem, depois da reconstrução, minha vida mudou, porque eu me senti melhor, muito melhor, muito melhor. Só isso, cada vez que a gente precisava elevar os braços (e eleva o braço) até no ônibus, e depois tinha que tá puxando (a prótese externa), hoje nem precisa isso, porque mudou, eu já posso fazer as minhas coisas, minha vida mudou. Até pra trabalhar, tudo pra mim ficou diferente, a minha reconstrução pra mim foi bom. Não foi muito fácil eu conseguir, foi fácil depois que eu passei para o SUS, mas consegui, graças a Deus e me senti muito bem, hoje eu aconselho quem tem vontade de fazer que faça, porque faz bem. A minha natureza mudou, o meu consciente mudou. Eu me sinto outra pessoa depois da reconstrução, mas, quando eu tirei, eu fiquei muito pra baixo, mas isso (a reconstrução) me fez bem, mudou muito.

**A senhora me disse que mudou a vida, mas o que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária? Como a senhora vive o seu dia-a-dia depois da reconstrução?**

Ah, mudou, mudou, foi bom. Hoje assim, eu não saio, eu não sou muito de sair, eu tenho um bar, eu tenho um barzinho na beira da praia, eu trabalho no meu bar com clientes, eu faço refeições, e eu só consegui fazer isso tudo depois que eu reconstruí. Eu já atendo as pessoas

numa boa, porque, quando eu tava pra baixo, eu não consegui mais, aí eu pude abrir meu bar de novo. Aí eu voltei a trabalhar, aí minha vida hoje é assim, eu venho para o GAMMA, eu saio, hoje, quando tem um passeio, eu vou. Eu abri o meu bar, eu trabalho com os clientes e já me sinto mais assim. Eu achava que eu já não podia mais fazer as coisas, ficava parada, hoje eu faço. Surgiu também a oportunidade de que a gente acha aqui (se referindo ao GAMMA), porque aqui a gente faz uns cursos no SENAC, aqui a gente aprende a fazer alguma coisa. Tudo que eu aprendi eu passei a fazer, a vender, arranjar um meio de viver melhor, porque muita coisa a gente não pode porque é pesado, o que é leve eu vou fazendo, boto alguém pra me ajudar, aí faço. Então, minha vida hoje é assim, trabalho em casa, tou com meus filhos, quando tem uma oportunidade de sair, e meu bar, os clientes no final de semana. E trabalho também porque eu sou funcionária, trabalho na prefeitura, na escola, aí eu trabalho de segunda a sexta, dois dias na semana eu saio para a fisioterapia, os outros dias de manhã eu tou em casa com meus filhos, de tarde eu tou na escola, minha vida ficou assim, eu trabalho assim, a vida é essa aí. E hoje, quando tem a oportunidade de sair, eu saio, de passear, eu não saía, sempre me ligando, mas eu não me sentia bem, não vou não. Por quê? Porque não gosto, não vou. E agora eu vou, eu saio, minha vida mudou, porque eu não fico naquela vida aprisionada, achando que estava inútil e inválida. Mas hoje eu não tenho mais isso comigo não, eu mudei, também com o convívio daqui (se referindo ao GAMMA). Aqui no GAMMA, eu me sinto como uma família. Em casa eu digo aos meus filhos que eu aqui eu tenho uma outra família. Porque o GAMMA para mim eu considero uma família. Porque o povo se preocupa com a gente, a gente se sente bem quando está no meio de pessoas que convivem com o mesmo problema, aí ninguém repara nada de você, não tem aquela curiosidade que o povo de lá de fora tem. Porque aqui todo mundo convive do mesmo jeito, tem o mesmo passado, passa pelo mesmo problema. Então aqui eu me sinto bem. Aqui, se você fica uma semana sem vir, eles ligam pra mim: “*por que não veio?*”, e em casa não acontece isso, “*tá acontecendo alguma coisa com você?*” Então, é uma preocupação que o povo tem com a gente, aqui as oportunidades que dão para a gente, a gente tem muitas oportunidades com eles. Porque só esses trabalhos manuais que ensina muita coisa que a gente pode fazer pra gente ter como viver, um meio de ganhar um dinheiro, de trabalhar, eles ensinam. E eu só tiro proveito disso porque as coisas que eu faço aqui, que eu aprendo aqui eu faço lá, e aí eu consigo fazer alguma coisa. Então, aqui o GAMMA é bom em tudo, as coisas, o convívio que as pessoas têm o mesmo passado e também porque me ajudou muito, na fase financeira que ensina muita coisa, e a preocupação que eles têm, o amor, o carinho que o GAMMA deposita na gente, então isso é tudo. E às vezes, tem muitas que não sabe nem retribuir. Só essa boa



vontade que elas têm, elas largam o trabalho delas pra vir fazer um trabalho voluntário com a gente, aí então isso é tudo. Quando chegam os finais de ano, você presenciou o que elas fazem pra gente (se referindo a uma festa de Natal e encerramento das atividades do ano de 2008 na qual eu participei), tudo com todo carinho, com todo amor, a gente só vai lá participar, porque a gente não tem despesas nenhuma com isso. Tudo isso são coisas que não dá para esquecer e deixar pra lá, é uma coisa que a gente fica sempre lembrando, é uma outra família que a gente tem aqui fora, se preocupa com a gente. Quando a gente precisa de alguma coisa aqui dentro do hospital, se a gente tá tendo dificuldades vai conversa com Fulana, com Beltrana, elas no que puderem ajudar, elas ajudam de alguma forma, então isso é uma coisa que ajuda muito na recuperação da gente. Primeiro tinha o grupo de auto-ajuda com Dr.<sup>a</sup> X, mas o grupo acabou, ela disse que deu uma parada, mas depois pode voltar, um grupo de auto-ajuda que também era muito bom. Porque o GAMMA trata mais do psicológico, e o grupo de auto-ajuda com Dr.<sup>a</sup> X era pra tirar as dúvidas, porque a gente passou pela mastectomia, ficava com medo do que podia acontecer, como vai ser o tratamento, como ia ser isso, o que é que a gente ia passar, e aí Dr.<sup>a</sup> X tirava essas dúvidas que a gente tinha. Ela é clínica e cirurgiã daqui, ela faz trabalhos fora, e Dr.<sup>a</sup> X acompanhava a gente. Se a gente tinha um assunto que não era da área dela, ela consultava um colega da área que viesse pra dar uma palestra com a gente, eram as quartas-feiras. Então, isso também ajudou muitos porque muitas dúvidas que a gente vai tirar com outras colegas é ruim demais, porque cada caso é um caso, o caso de uma não é o de todas e, às vezes, a gente ia se informar de uma pessoa que passou muito mal, fez um tratamento horrível. Já no meu, eu não tenho muito que reclamar, porque muita gente que faz uma quimioterapia tem pessoas que ficam na cama com as reações. Eu, graças a Deus, não tive isso, é pra ver que cada situação não é igual, é diferente. Então, quando a gente ia se informar de outro paciente, ficava muito...aquela coisa na cabeça. Se pegasse uma que foi tudo muito bem e que fosse otimista, tava tudo bem. Mas, quando pegava uma que é pra baixo, aquilo botava você mais pra baixo ainda. Então quando surgiu o auto-ajuda aqui e eu achei o convite pra participar através de fulana eu fui para o auto-ajuda também. Então, tive o apoio de Dr.<sup>a</sup> X no grupo que tirava as dúvidas, também foi uma ajuda muito grande pra minha recuperação e hoje, graças a Deus, eu tou com dez anos de cirurgia e eu me sinto bem, me sinto muito bem. E peço muito a Deus que dê forças a elas pra trabalhar e continuar fazendo com que as pessoas se sintam como eu me sinto, eu me sinto muito bem no grupo. Com Dr.<sup>a</sup> X era bom porque você não precisava ficar tirando informações de terceiros. Fez um tratamento hoje, sentiu isso, aí voltava na quarta-feira dizendo o que aconteceu e ela explicava como era o procedimento, como tinha que ser, ia tirando aquela dúvida pra gente

não ficar assustada, preocupada. Porque você sabe, quando a gente se submete a isso, fica muito preocupada, acontece qualquer bobagem a gente acha que já é grave. E, conversando com ela, esclarecia e aí tirava aquelas dúvidas. Era muito bom também esse grupo de auto-ajuda que acontecia aqui no auditório toda quarta-feira, era muito bom e eu participava também. E o GAMMA nem se fala mais, tem tudo, eu nem posso participar de tudo. Eu tenho uma colega que tem teatro aqui e ela trabalha também com teatro fora, devido a uma apresentação que foi feita no Campo Grande que assistiram e gostaram, entraram em contato com ela, e hoje ela tá trabalhando. Tinha duas, uma, depois de uma recaída que teve após uma cirurgia e faleceu, mas ela facilitava demais. Mas essa menina tá até hoje trabalhando. Ela não pode participar das atividades daqui, mas ela sempre agradece, ela sempre vem porque foi daí que ela começou. É uma maneira de a gente ver como aqui ajuda a gente, né? O que a gente pode conseguir através daqui, muita coisa.

**Tem alguma coisa que a senhora queira falar?**

Não, acho que não, a minha vida é isso aí mesmo.

**Entrevista nº 9 - Depoente: kika****Como tem sido o seu dia-a-dia após a retirada da mama?**

Olhe, para mim foi o seguinte: quando eu retirei a mama, eu já tinha uma história de câncer de mama na família, entendeu, não é que pra mim eu achei bom, não é nada disso, eu já tinha aquele “quê”. Foi ruim porque a mutilação pesa bastante, né? E assim, no sentido de você depois encarar o seu corpo...e essa mama era muito especial para mim...por ser mulher, por ter amamentado, por ser uma peça fundamental no ato sexual, e uma das coisas que mais pesou foi isso, a retirada da mama me afastou, tá entendendo, do sexo. E o meu marido, que até hoje ele está comigo, ele também se afastou. E eu obedeci, eu não enfrentei, eu achava que eu tinha que ficar na minha, e isso me prejudicou bastante, entendeu? Tentei levar a minha vida, vim para o grupo e foi muito bom porque, em termos de fortalecimento, quando a gente se junta com mais pessoas com o mesmo problema, isso ameniza um pouco a situação. E daí a gente ia vendo quem era mais quem era menos, quem estava atrás, quem estava na frente, a gente se posicionam mais essa questão. E depois ver que não era só eu que tinha esse problema, né? Então, eu comecei a tocar a minha vida. Na minha família, eu tive muito apoio, meu marido, as minhas filhas eram muito jovens na época, o sentimento bem diferente ter uma menina de 12 e 13 anos, sentir o que é isso aí, é bem diferente. Mas eu já tinha minha mãe que tava com problema, a minha irmã que teve problema, e aí as outras duas irmãs e os irmãos começaram, já sabiam como era a situação, a barra. Graças a Deus, não fiz tratamento quimioterápico, em radioterapia, tomei o remédio e assim fui passando, e procurando algo sempre que preenchesse isso aí. Agora, um fato aconteceu: eu tive assim, mais liberdade...porque assim, antes eu era muito caseira, vivia para as minhas filhas, o meu marido...a partir daí, tudo mudou. Porque eu tinha que vir fazer tratamento, eu tinha que vir fazer fisioterapia, aí eu comecei a despertar. Não que eu era presa por não poder sair, nada disso...era uma acomodação. Aí eu deixei de lado isso, por ter um problema de visão, a acomodação fazia com que eu ficasse mais acomodada ainda. E aí foi que eu vi que eu tinha condições de sair, de me desenvolver e assim aconteceu, entendeu? Houve assim um aceleração, um desenvolvimento muito grande no sentido de ver a vida de uma forma diferente e buscar essa forma diferente como fonte de força, de coragem, de superação, de tudo isso, entendeu? Foi algo bem estranho que me aconteceu com relação à liberdade, entendeu? Eu me senti muito mais em liberdade para agir. Tudo que passou, na sua grande maioria, o que ia acontecer a gente já pensava né, de uma forma diferente para que essas coisas não envolvessem muito, se fosse uma coisa ruim pra gente, se fosse uma coisa que não fizesse bem...aí foi que eu passei a

ver uma vida de forma bem diferente. Viver intensamente todo dia como se fosse o único da sua vida, ou o último da sua vida. E aí eu procurei viver esse tempo assim, cada dia eu procurava viver mais intensamente, procurava aproveitar o máximo que podia, assim com uma coisa meio estranha mesmo, tá entendendo, uma força... às vezes a gente não sabe nem explicar o porquê. Mas tem a explicação: quando você passa por aquele impacto, aí você sofre aquilo e aí é como se fosse um choque térmico, você sai do calor para o frio, ou do frio para o calor, aí as coisas ficam assim totalmente diferentes. E para mim eu saí do frio e fui para o calor, porque as coisas ficaram bem diferentes do que eram antes na sua grande maioria. Continuei a ser mãe, continuei a ser mulher, esposa entre aspas por causa que aconteceu esse problema, tá entendendo? Mas assim com a relação mesmo ao meu marido, eu antes acatava muitas coisas, não é que eu passei a desrespeitar. Eu passei a ver as coisas e não era bem assim, do jeito, ele não impunha, mas assim tinha aquele jeitinho de absorver aquela coisa e, nesse absorver, a gente termina envolvendo, ficando envolvida, ficando cada vez mais, assim só saía com ele, só fazia as coisas com ele, tudo com ele. Aí eu passei a ver amigos, pessoas diferentes, conheci muita gente. Na maioria das vezes, eu fico pensando: *“meu Deus do céu, se não tivesse acontecido tudo isso comigo, como seria a minha vida hoje?”* Eu me sinto bem, apesar do problema, eu me sinto bem como eu estou, como eu faço, eu me sinto bem, com certeza. Os problemas sempre existem, nunca deixam de existir, mas eu me sinto bem melhor do que antes até, entendeu? É uma página virada na vida da gente, você vira uma página e começa a ler outros textos, você começa a escrever novas idéias, tudo isso vai surgindo de uma forma bem legal mesmo, porque tem que tornar legal mesmo.

### **E como foi para a senhora ter a mama reconstruída?**

Bom, aí foi que quando eu tirei a mama, que eu comecei a freqüentar o GAMMA, aí eu comecei também ter a idéia de trabalhar como voluntária no hospital para poder ajudar aquelas pessoas que estavam lá no hospital, e aí eu comecei a conviver mais com os outros pacientes, pacientes novos, pacientes antigos. E aí nem todos que estavam aí, estavam lá. E aí eu conheci pessoas que começaram a mostrar para mim que tudo era possível, inclusive a reconstrução. Apesar de que Doutor X quando eu tinha dois anos que eu tinha feito a retirada, ele me convidou para fazer a reconstrução. Mas eu não tinha visto ninguém e aí eu achei assim algo estranho em fazer uma cirurgia. Na família, lhe digo, meu esposo não apoiava, achava que era uma coisa assim absurda eu me submeter a uma cirurgia grande, com anestesia e tal para reconstruir a mama, pra que se eu tinha tudo...como se assim eu fosse completa e não precisasse mais de nada. E aí foi que eu comecei a conhecer, e conheci Helena. Helena foi

uma pessoa assim muito, muito marcante pra que eu chegasse a uma reconstrução. Porque ela era uma, é, porque ela é viva ainda, e de vez em quando eu encontro com ela aqui no hospital. Assim, aquela pessoa super positiva e que passou assim como eu passei por um problema mais trágico ainda porque o marido abandonou e aí ela reconstruiu a mama e viu que tudo mudou para ela. Aí ela conversava muito comigo: *“oh Kika, faça!”*. Olhe, eu tinha engordado muito com o tratamento do Tamoxifeno, e aí eu fiquei bem gorda. Tive um problema uterino também em consequência das medicações, e aí era possível fazer a retirada do útero. E Dr.º X quando fez a de Helena, juntou. E aí foi que eu joguei com a cabeça, disse oh, se eu tenho que fazer o útero, eu vou reconstruir minha mama. Aí eu fui para ele e disse, e aí dá pra fazer? Ele fez assim: *“prontamente, a gente combina com a ginecologista, e ela só faz tirar, o resto eu faço tudo, ela tira a parte dela e o resto eu faço tudo, vamos fazer.”* Pronto, aí imagine, em doze semanas, tá entendendo, em dez semanas que eu fiz o vigilante do peso, eu perdi quase treze quilos, entendeu? E aí eu digo: *“bom eu precisava fazer uma parte do corpo para poder resolver a outra”*. E assim fiz. Quando aí me preparei para fazer as cirurgias, o médico maravilhoso, Dr.º Y, assim ele que tirou, ele colocou. Então, a gente tinha assim uma amizade muito grande porque ele já me acompanhava, e a gente se dava muito bem, porque ele era um médico que se dava bem com todos os pacientes. As pacientes dele tinham esse laço íntimo com ele de confiança, que ele deixava a gente sempre à vontade. Bom, aí eu me preparei mesmo, e assim, me preparar para o bem: *“vai dar tudo certo”*. Ai, você não imagina: deu tudo mais do que certo (com muita ênfase e bastante sorridente). Minha cirurgia foi um sucesso, eu tive uma recuperação maravilhosa e é outra coisa. Poxa, é como se você nascesse de novo! Porque, antes, eu só usava roupas de manga, tinha aqueles preconceitos com tudo. Era uma prótese que incomodava bastante, e ela sai do lugar e a gente sabe que não é da gente. E também, assim, eu nunca tinha me olhado no espelho depois que eu tirei, eu nunca encarava o espelho. E aí foi uma coisa assim maravilhosa, comecei a usar alcinha, podia até tá mais gordinha mas, seja lá como for, eu criei alma nova também. E para mim foi muito bom! Muita coisa mudou, muita gente diz assim: *“Quem te viu e quem te vê, e quem te ver, não conhece que é você”*. Entendeu, assim, a liberdade maior ainda, e aí comecei a viver uma fase muito legal da minha vida. E aí comecei a estimular as pessoas, quando eu via as pessoas que vinham para fazer a cirurgia, aí elas se decaíam muito, jovens, aí eu dizia: *“olhe, não por agora, porque para tudo tem jeito. Aí futuramente você pode pensar se é o querer, faz e dá certo”*. Muita gente fez, como continua fazendo, é ótimo. A minha foi uma prótese natural tirada da musculatura do abdome, e aí eu fiz tudo, fiz plástica de abdome, fiz plástica de mama, tá entendendo? Só não fiz consertar o outro porque era do tamanho certo, mas foi algo

assim maravilhoso, foi ótimo para mim a reconstrução, não me arrependi, é claro, eu nunca me arrependeria, e sempre aconselho as pessoas que queiram pensar no bem e que tudo vai dar certo. Não pensar em rejeição, não pensar nas coisas ruins e tudo flui de uma forma legal, e flui mesmo, entendeu? E aí uma vai servindo de espelho para a outra, de estímulo para a outra, e é muito bom viver nessa casa assim ajudando o outro.

**E o que veio a ser o seu cotidiano após a reconstrução mamária? O que veio a ser o seu dia-a-dia após a reconstrução?**

É isso assim, eu acho assim que a beleza, né, a beleza que cada um, você pode não ser linda, mas eu acho que o dia-a-dia foi assim mais completo. Porque, como eu disse para você antes, a coisa me incomodava, eu não me olhava no espelho. Hoje eu me olho no espelho, passo a mão (toca na mama reconstruída). Ela não é perfeita que nem a que Deus nos deu, mas é bem...ela chega bem, você tá entendendo, ela chega bem lá. E aí a gente já pode se palpar, se pegar, você tá entendendo, assim para mim, como eu digo, hoje eu me visto de forma diferente, comecei a usar vestidinhos de alcinhas, justinhos, decotados, não muito decotados, mas assim, mais ousados. Então, assim a gente já pensa em ser igual ou parecido com o outro, não tão diferente como era antes. Porque a gente se torna diferente quando se tira uma mama, né? Quando você reconstrói a mama, você se iguala a outra mulher. Ela não trouxe para mim o sentido da mama, você pegar e sentir (toca na mama reconstruída novamente), o sentir do outro é uma coisa mais prazerosa, mais gostosa, ela não, ela é uma coisa mias mortinha, mas assim em termos de vestir um maiô, como você se comporta, é bem melhor. E o meu dia-a-dia é esse como eu disse para você: eu procuro mostrar para o outro que, por acaso, vem não só com a mama como qualquer outro tipo de mutilação, que você pode tirar um braço, você pode tirar uma perna, então para tudo tem jeito, e esse jeito a gente procura passar para o outro, né, de uma forma bem aberta, como é que se diz assim, bem à vontade por você ter uma experiência própria para você falar de algo que você sente, que você passou, porque você vivenciou ou você vivencia, é diferente de você supor, ah eu suponho que seja assim...Não, você fala o real que é. Então, isso é muito bom, é muito legal. E eu me sinto muito bem, vivenciando o cotidiano com a minha mama reconstruída do que se eu tivesse a mesma e se eu tivesse uma prótese artificial substituindo, você tá entendendo? Então, é bem melhor a minha natural, é gostoso.

**Tem alguma coisa que a senhora queira complementar?**

A pesquisa é algo bem importante, porque na pesquisa você passa algo para mim, eu passo algo para você, e o que eu tenho que é isso, que a vida foi feita para a gente viver intensamente, como ela é, buscando as coisas boas, as coisas que dê prazer. Existem coisas que vêm e bagunça tudo, mas aí você centraliza, você volta, como é que se diz, a pensar de uma forma diferente. Porque as coisas acontecem todo dia, né? Mas você não ficar encucada com uma coisa, pessimista com um certo tipo de coisa. Não, eu acho que isso é uma coisa que a gente tem que buscar o melhor pra você, o que é ideal pra você, o que é bom pra você, enfim, tudo que for prazeroso entra com mais facilidade e flui bem, e assim eu passo para as outras pessoas.



LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER  
ANEXO - Ofício de Aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa 173

06/08

Salvador, 1º de abril de 2008.

Sra. Rosana Freitas Azevedo

Senhora,

Informamos a V.S.<sup>a</sup> que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltez, analisou e aprovou sem restrições o Projeto de Pesquisa Intitulado **"A COTIDIANIDADE DO SER MULHER MASTECTOMIZADA APÓS A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA"** Protocolado no CEP sob n.º 207/08, em reunião ocorrida na data de 31 de março de 2008.

Atenciosamente,

  
Presidência do CEP

/fsj



# 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](#)