

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Sexualidade e câncer de colo de útero: o corpo feminino
adoecido na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty

LÉLIA MARÍLIA DOS REIS

RIBEIRÃO PRETO –SP

2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Sexualidade e câncer de colo de útero: o corpo feminino
adoecido na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty

Lélia Marília dos Reis

Orientador (a): Prof^a Dr^a Maria Alves de Toledo Bruns

Tese apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto da USP, como parte das exigências
para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia

RIBEIRÃO PRETO – SP

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Reis, Lélia Marília dos

Sexualidade e câncer de colo de útero: o corpo feminino adoecido na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty. Ribeirão Preto, 2010.
216p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Bruns, Maria Alves de Toledo

1. Sexualidade. 2. Feminino. 3. Câncer. 4. Fenomenologia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

REIS, Lélia Marília dos

Sexualidade e câncer de colo de útero: o corpo feminino adoecido na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aconteceu que certa mulher, que, havia doze anos, vinha sofrendo de uma hemorragia e muito padecera à mão de vários médicos, tendo despendido tudo quanto possuía, sem, contudo, nada aproveitar, antes, pelo contrário, indo a pior, tendo ouvido a fama de Jesus, vindo por trás dele, por entre a multidão, tocou-lhe a veste. Porque, dizia: Se eu apenas lhe tocar as vestes, ficarei curada. E logo se lhe estancou a hemorragia, e sentiu no corpo estar curada do seu flagelo.

Jesus, reconhecendo imediatamente que dele saíra poder, virando-se no meio da multidão, perguntou: Quem me tocou nas vestes?

Responderam-lhe seus discípulos: Vês que a multidão te aperta e dizes: Quem me tocou?

Ele, porém, olhava ao redor para ver quem fizera isto.

Então, a mulher, atemorizada e tremendo, cônica do que nela se operara, veio, prostrou-se diante dele e declarou-lhe toda a verdade.

E ele lhe disse: Filha, a tua fé te salvou; vai-te em paz e fica livre do teu mal. (Marcos, 5: 25-33)

Dedico este trabalho a todas as mulheres, adoecidas ou não, que, em sua trajetória existencial, percebendo possibilidades de modificá-la, não foram dissuadidas pelas dificuldades. Ao contrário, transformaram-nas em sentido de ser-no-mundo, apropriando-se de seu corpo feminino.

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.

A Profª Drª Maria Alves de Toledo Bruns, pela orientação criteriosa e apoio ao longo de toda a confecção deste trabalho.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto e à Universidade de São Paulo, pela oportunidade em desenvolver esta pesquisa.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação da FFCLRP/USP. Sem o auxílio e orientações de vocês, este trabalho não seria possível.

À Márcia Regina da Silva, da BCRP/USP, corretora das referências deste trabalho.

Aos profissionais de saúde que, gentilmente, me acolheram nas instituições que foram contatadas para esta pesquisa.

Aos membros do Grupo de Pesquisa SexualidadeVida-USP/CNPq, liderado pela Profª Dra. Maria Alves de Toledo Bruns.

À Verônica Coelho, cuidadosa revisora de meus escritos.

Aos amigos Eduardo Bigelli, Guilherme Costa, Lucas Dantas e Rafael Félix pelas importantes colaborações.

À minha mãe, meus irmãos e amigos queridos, pessoas que dão significado à minha existência e possibilitam os sentidos da minha trajetória, além do apoio e compreensão ao longo da confecção desta pesquisa: Guilherme e Marco Túlio dos Reis, Ana Maria Ricci Molina, Carolina Ramos, Daniel Ghizzi, Daniela Brandi, João Thiago, Letícia de Mello Marques, Lúcia Quintino, Maria Fernanda Lopes, Monica Pinchemel e Nilton Milanez.

RESUMO

REIS, L. M. **Sexualidade e câncer de colo de útero: o corpo feminino adoecido na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty**. 2010. 216f. Tese (Doutorado) Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2010.

Atualmente, a saúde da mulher é considerada foco de ação e diretrizes de políticas governamentais de todo o mundo, em especial em agravos de saúde que possuam alta possibilidade de estratégias de prevenção e controle, visando a garantia de acesso à serviços, a cidadania e melhoria das condições de vida.

O câncer de colo de útero, embora apresente prevenção simples e alta eficácia no tratamento, quando diagnosticado em fase inicial, ainda acomete considerável número de mulheres, em países em desenvolvimento, como o Brasil. Nosso propósito foi compreender como a mulher vivencia o processo de adoecimento do corpo na interface com o câncer de colo de útero. Para realizar tal intento, serão apresentados os depoimentos de 07 mulheres na faixa etária entre 30 a 59 anos, usuárias do serviço público de saúde, sem escolaridade ou com escolaridade mínima do ensino fundamental.

Todas as colaboradoras conviveram com o câncer de colo de útero por pelo menos 18 meses, e elegemos para esta compreensão as vivências durante o tratamento e a cura.

Os depoimentos foram mediados pela questão: *Fale-me sobre sua história de vida afetiva e sexual, em especial a partir do diagnóstico de câncer de colo de útero.*

sendo gravados e transcritos e, posteriormente, submetidos ao processo da análise da pesquisa fenomenológica que nos possibilitou criar cinco categorias assim nomeadas: Infância e adolescência: vínculos e afetividade; Sexualidade: primeiras experiências, relacionamentos e vida sexual; Corpo adoecido: impacto e familiaridade; Feminilidade e relações afetivo-sexuais e Projeto de vida.

Essas categorias foram interpretadas pela perspectiva do fenomenólogo Maurice Merleau-Ponty e nos revelaram que o ser-no-mundo com um corpo feminino não é percebido como produtor de sentidos existenciais pelas próprias mulheres.

Embora para existir, seja fundamental a coexistência, para estas mulheres, a produção de significados e sentidos sobre seu corpo passa pela apropriação do mesmo em relações de gênero, estereótipos e papéis sociais rígidos e naturalizados ao feminino. Submetido ao controle e desautorizado ao prazer, estas mulheres não se apropriam de seu corpo, não o legitimam os significados acerca de si e de seu corpo e tão pouco os sentidos advindos de suas percepções e vivência sobre o feminino, o que reflete em negligenciar o cuidado do mesmo, acarretando em adoecimento. É, no entanto, a partir deste adoecimento que, em uma atitude reflexiva diante da iminência de finitude, que retomam sua historicidade, resignificando a si mesma e seu corpo em uma experiência única, apropriando-se dele e compreendendo seus sentidos de ser-no-mundo.

Palavras- chave: Sexualidade. Feminino. Câncer. Fenomenologia.

ABSTRACT

REIS, L. M. **Sexuality and uterine cervix cancer: sick women's body in Maurice's Merleau-Ponty's perspective.** 2010. 216f. Thesis (Doctoring) Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2010.

Nowadays, women's health is considered focus of action and directives of the government politics worldwide, especially in health damages that have greater possibility of prevention strategies and restraint, aiming the guarantee of access to services, citizenship and an increase in quality of life. Although uterine cervix cancer has simple prevention and highly effective treatment when early diagnosed, it still affects a considerable number of women, in developing countries, such as Brazil. Our objective was to understand how women go through the process of body sickening on interface with uterine cervix cancer. In order to perform that, it will be presented the testimony of seven women ranging 30 to 59 years old, users of public health service, with no scholarship or minimal scholarship of elementary school. All the contributors had had uterine cervix cancer for at least 18 months, and we elected for this study the experience of living during the treatment and the cure. The statements were mediated by the inquiry: *Tell me about your affective and sexual life, especially after the diagnosis of uterine cervix cancer.* They were recorded, transcribed and, afterwards, submitted to the process of analysis of phenomenological research that made it possible for us to create five categories named as: *Childhood and Adolescence*: bonds and affectivity; *Sexuality*: first experiences, relationships and sex life; *Sick body*: impact and familiarity; *Femininity and affective-sexual relationships* and *Life projects*. These categories were interpreted by the perspective of the phenomenologist Maurice Merleau-Ponty and they revealed to us that the being-in-the-world with a feminine body is not noted as a producer of existential senses by women themselves. Although in order to exist the coexistence is essential, to these women the production of meanings and senses about their bodies passes through the appropriation of them related to gender, stereotypes and social roles that are strict and naturalized to the feminine. Submitted to control and unauthorized to pleasure, these women do not appropriate themselves of their bodies, they do not legitimate the meanings about themselves and their bodies nor their senses that come from their perceptions and from their feminine living, what reflects in neglecting the care of their own bodies, resulting in the sickness. It is, nevertheless, from this sickening that, in a reflexive attitude in face of the imminence of finitude, that they go back to their life history, resigning from themselves and their bodies in an unique experience, appropriating from them and understanding their senses of being-in-the-world.

Keywords: Sexuality; Feminine; Cancer; Phenomenology.

LISTA DE SIGLAS

- DST Doenças Sexualmente Transmissíveis
- DIU Dispositivo Intra-uterino
- HPV Human Papilom Virus/Papiloma Virus Humano
- INCA Instituto Nacional do Câncer
- INSS Instituto Nacional de Seguridade Social
- MS Ministério da Saúde
- OMS Organização Mundial de Saúde
- OPAS Organização Pan-americana de Saúde
- PSF Programa de Saúde da Família
- SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
LISTA DE SIGLAS	iv
SUMÁRIO	v
PRÉ – REFLEXIVO	i
Capítulo 1 - ONTOLOGIA E PÓS-MODERNIDADE	5
1.1 PÓS-MODERNIDADE E POSICIONAMENTO EXISTENCIAL.....	6
1.2 O TEMPO, O ESPAÇO E A ONTOLOGIA.....	10
Capítulo 2 - CORPO: SIGNIFICADOS E SENTIDOS	14
2.1 CORPO E SEXUALIDADE	15
2.2 SABER SOBRE O CORPO: DISCURSO MÉDICO E CONTROLE.....	16
2.3 ADOECIMENTO: PRENÚNCIO DA FINITUDE	20
2.4 MAURICE MERLEAU-PONTY E O CORPO COMO CAMPO DE SENTIDOS ..	24
Capítulo 3 – O CORPO FEMININO	30
3.1 O FEMININO E A SEXUALIDADE.....	31
3.2 O FEMINISMO E O CONCEITO DE GÊNERO.....	35
3.3 SAÚDE DA MULHER NO BRASIL	38
Capítulo 4 – CÂNCER: HISTÓRICO E REFLEXOS NO BRASIL	444
4.1 A ONCOLOGIA NO BRASIL	455
4.2 CÂNCER: INCIDÊNCIAS E HISTÓRICO NO BRASIL	499
4.3 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	51
4.3.1 Diretrizes, programas e métodos de detecção e tratamento.....	53
4.3.2 Exame Citopatológico do colo do útero	54
4.3.3 Tipos de Câncer do Colo do Útero	55
4.3.4 Métodos de Diagnóstico	56
4.3.5 Tratamento: procedimentos e intervenções	57
4.3.6 Procedimentos cirúrgicos	59
4.3.7 Seguimento	61
4.3.8 Benefícios e direitos	61

Capítulo 5 – PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA	65
5.1 O MODELO FENOMENOLÓGICO DE PESQUISA	66
5.2 ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA: ESTRATÉGIA DE ACESSO AO VIVIDO	67
5.3 ETAPAS DE ACESSO AO FENÔMENO	68
5.4 Acesso às colaboradoras	69
5.5 Eleição das Categorias	71
Capítulo 6 – ANÁLISE COMPREENSIVA	73
6.1 PERFIL DAS COLABORADORAS	74
6.2 COLABORADORAS VIVENCIANDO O TRATAMENTO	75
6.3 COLABORADORAS CURADAS	125
6.4 CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS DOS SENTIDOS DO CORPO FEMININO NA PERSPECTIVA DE MERLEAU-PONTY	191
HORIZONTES	203
REFERÊNCIAS	206
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	212
ANEXO B – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP, 2008)	215

PRÉ- REFLEXIVO

Em busca da compreensão do fenômeno da sexualidade de mulheres com câncer de colo de útero, considero relevante retratar minha própria trajetória de estudo e construção de significados e sentidos que propiciaram essa indagação.

As relações e o comportamento humano, em especial o feminino e seu modo de estar no mundo, fazem parte de minhas indagações, ao longo de minha trajetória pessoal. A literatura era a fonte na qual bebia buscando compreender e apreender novos significados e sentidos para os meus questionamentos. Mais tarde, buscando a compreensão de tais fenômenos a partir de um paradigma científico, ingressei na graduação em Psicologia em 1995, na Universidade Estadual Paulista (UNESP) Júlio de Mesquita Filho - Campus de Assis.

Durante minha graduação, pude conhecer distintas teorias acerca das relações e comportamentos humanos e minhas percepções foram sendo sedimentadas. Porém, foram a Psicanálise e a Fenomenologia que delinearam um direcionamento para mim, por se traduzirem em maior produção de significados e sentidos a partir dessas minhas percepções e do meu posicionamento no mundo.

Esses paradigmas refletiram em meus estágios, especialmente em Psicologia Clínica, e o direcionamento para o feminino mostrou-se mais presente, pois a indagação acerca do ser mulher, do que é o feminino permeava toda a minha reflexão acerca dos casos acompanhados. O encontro com esse modo de subjetivação no mundo, suas múltiplas nuances e facetas, levaram-me ao encontro deste fenômeno.

Elegi a histeria como tema do meu trabalho de conclusão de curso, a partir de um caso clínico por mim acompanhado, no estágio em Psicologia Clínica Infantil. O trabalho, intitulado *A histeria na análise: um caso clínico*, orientado pela Prof^a Dr^a Heloísa Maria Heradão Rogone, foi apresentado através de comunicação oral no **III Seminário Clínico – A Clínica Psicanalítica com Crianças**, ocorrido entre 30 de novembro e 03 de dezembro de 1999 na UNESP/Assis-SP, resultando em publicação nos anais do evento (p. 33 -39).

No início do ano 2000, após minha graduação em 1999, retornei a Ribeirão Preto- SP, cidade onde atualmente residem meus pais, e ali se delineou a maior parte de minha trajetória profissional.

Iniciei, naquele mesmo ano, como psicóloga voluntária na instituição Nosso Clubinho, uma casa-abrigo para crianças e adolescentes em vulnerabilidade social. Desenvolvia um trabalho conjunto com uma psicóloga psicodramatista – terapia de grupo com mães que

havia perdido seu direito sobre os filhos e procuravam retomar sua função materna. Nesse grupo, entrei em contato com mulheres que não vivenciaram o amor materno romancizado; cujas histórias repletas de abandono, negligência e violência reproduziam significados e sentidos de um papel aprendido em suas próprias vidas, repletos de dor e sofrimento. Permaneci nessa função por um ano.

Paralelamente, no segundo semestre de 2000, iniciei um projeto de intervenção em saúde e cidadania na ONG Vitória Régia que atua com profissionais do sexo. A proposta era desenvolvermos estratégias de prevenção em DST/AIDS e oferecermos suporte psicológico a essas mulheres, uma vez que, por não ser socialmente legitimado como profissão o seu ofício, elas sofrem inúmeros preconceitos, além da violação de uma série de direitos, que repercutem em suas vivências. Durante o período em que ali atuei, agosto de 2001 a março de 2003, estive diretamente envolvida com essas profissionais, acolhendo suas histórias – de mulheres que vivenciam uma sexualidade considerada proibida, mas que são, também, histórias de uma sexualidade feminina exercida com seus parceiros, seus vínculos e afetos.

A partir dessa experiência, passei a refletir sobre as funções e condições do trabalho exercido por mulheres. No final de 2000, me matriculei como aluna especial da disciplina *Organização, Processo e Relações de Trabalho no Brasil e sua Relação com a Saúde do Trabalhador*, ministrada pela Prof^a Dr^a Vera Lucia Navarro, sob cuja orientação ingressei no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, em 2001, desenvolvendo minha dissertação de Mestrado, intitulada *O trabalho a domicílio no contexto da terceirização: um estudo do trabalho das costuradeiras manuais da indústria de calçados de Franca (SP)*.

Pude, assim, conhecer a mulher trabalhadora, excluída do trabalho formal. Percebi que ao feminino são relegadas tarefas precárias, monótonas, repetitivas, além de, é claro, o exercício da função doméstica, configurando sua jornada dupla e incessante e, conseqüentemente, um contexto que se torna mais adoecedor para a mulher. Nesse processo, chamou a minha atenção a simbiose corpo- trabalho. O cuidado com o corpo e a saúde era preterido em relação ao trabalho, ainda que com sintomas persistentes ou, simplesmente, sem a realização de exames de rotina, especialmente os ginecológicos.

Tendo finalizado o Mestrado ainda em 2003, iniciei uma de minhas especializações, em Psico-Oncologia, no Instituto Ribeirão Pretano de Combate ao Câncer. Tive, dessa forma, a oportunidade de compreender os aspectos vivenciados pelo paciente oncológico e fui me direcionando especificamente aos cânceres ginecológicos, em especial o câncer de colo de útero. Já então eu indagava acerca da vivência do adoecimento para a mulher – refletia acerca

de como ela imprime significados e sentidos a esta vivência e de que modo vivenciar um câncer impacta em sua percepção acerca do seu corpo e de sua sexualidade.

Ao longo de minha especialização, realizei uma pesquisa bibliográfica sobre mulheres e cânceres ginecológicos e percebi que poucas relatavam os aspectos emocionais desta vivência e como percebiam a si mesma e o seu corpo. Basicamente, os relatos estavam centrados nos fatores etiológicos do câncer, associados, normalmente, a uma maior vulnerabilidade social e a fatores relacionados a práticas sexuais.

Então, decidi-me por investigar a sexualidade de mulheres com câncer de colo de útero. Em 2006, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo – Campus de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) e desenvolvi a pesquisa **Sexualidade e câncer de colo de útero: o corpo feminino adoecido na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty**, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Alves de Toledo Bruns. Esse fenômeno me instigou por ser ainda um câncer de alta incidência no Brasil apesar da prevenção simples. Além disso, quando presente, representa uma marca do adoecimento no corpo da mulher, impactando diretamente em sua sexualidade.

Portanto, é a mulher enquanto ser no mundo e sua sexualidade que constituem minhas indagações; mais precisamente como confluem na vivência de um câncer em um órgão oculto – o útero – em especial, seu colo, receptor e interlocutor físico da vivência das práticas sexuais femininas e por representar, em grande medida, o “ser mulher”. Interessa-me conhecer as formas como ela se revela e reflete sobre si mesma, partindo da condição de doente para relatar sua história de vida. Por ser oculto, foi que eu quis desvelar.

Neste percurso, delimitamos em cada capítulo, espaços reflexivos e de contextualização do fenômeno, articulando essas partes para que ao final ele se mostre para o leitor como se mostrou para nós.

No Capítulo 1, intitulado *Ontologia e pós-modernidade*, nos propusemos a contextualizar o ser no mundo na pós-modernidade, seus paradigmas, modos de pensar sua realidade, seus modos de subjetivação na contemporaneidade;

No Capítulo 2, intitulado *Corpo : significados e sentidos*, tratamos das questões do corpo e da sexualidade como base da formação social, posturas e discursos, por meio de um retrospecto histórico do modo como a estes fenômenos se apresentam e de seus mecanismos de vigilância e controle. Elegemos, assim, Maurice Merleau-Ponty como nosso interlocutor;

No Capítulo 3, *O corpo feminino*, pontuamos aspectos do corpo feminino ao longo da modernidade, estratégias de controle e medicalização sobre ele, e aspectos que a partir do século XX possibilitaram a reflexão sobre um novo posicionamento feminino, bem como

estratégias que garantam o direito á saúde e cidadania;

No Capítulo 4, *Câncer: histórico e reflexos no Brasil*, traçamos um panorama da história da Oncologia no Brasil e das estratégias dispensadas à mulher que desenvolveu o câncer de colo de útero – a vivência a partir da qual buscamos compreender o fenômeno da sexualidade no âmbito desta pesquisa;

No Capítulo 5, *Pesquisa qualitativa na modalidade fenomenológica*, apresentamos o método de nossa pesquisa e delineamos nossa trajetória de acesso às colaboradoras, bem como os passos da análise fenomenológica;

No Capítulo 6, *Análise Compreensiva*, apresentamos o perfil de cada colaboradora com base na prévia estruturação dos eixos de significados em seus aspectos divergentes e convergentes, desenvolvemos nossa análise, desvelando o fenômeno.

Por fim, refletimos sobre os *Horizontes*, que se delineiam a partir da construção da trajetória do feminino, bem como os impactos da vivência desse câncer e da sexualidade para a mulher, além de sua repercussão social. Finalizamos com os aportes bibliográficos.

CAPÍTULO 1
ONTOLOGIA E PÓS-MODERNIDADE

1.1 PÓS-MODERNIDADE E POSICIONAMENTO EXISTENCIAL

Entendendo como pós-moderno uma temporalidade para além da modernidade, de seus paradigmas e construções ideológicas, científicas e sociais que entraram em conflito a partir do final do século XX, mas que ainda não se reestruturaram totalmente, não recriaram novas possibilidades enquanto novos modelos, apenas se fez uma releitura e novas propostas com base nos já existentes, tais como a família, as questões de gênero, entre outros. Lipovetsky (2004) e Bauman (2007) propõem-se a discussão deste novo paradigma do tempo e espaço e das relações sociais. Lipovetsky (2004, p. 26), inclusive, nomina este contexto de *tempos hipermodernos*. “Uma sociedade liberal, caracterizada pelo movimento, pela fluidez; indiferente como nunca antes se foi aos grandes princípios estruturantes da modernidade, que precisaram adaptar-se ao ritmo hipermoderno para não desaparecer”.

Não há, portanto, como discutir este conceito sem uma reflexão acerca da estruturação da sociedade que conhecemos nos últimos séculos e que se estabeleceu no paradigma moderno até este posicionamento atual de nossa sociedade.

Na modernidade é delegado ao homem a possibilidade de intervenção direta em seu mundo, livre da dependência de compreensão e interação com o sobrenatural. Um homem que não é somente criatura, mas criador de suas potencialidades. É, portanto, possível o surgimento do homem cartesiano, que pensa e existe porque constrói, porque utiliza sua razão para a intervenção e para a construção de novos paradigmas e conceitos sobre si e o mundo, ou seja, a ciência. (GIDDENS, 1991; HALL, 2005)

Giddens (1991) ainda ressalta que a consolidação da ciência, a lógica capitalista reproduzida nas relações sociais e a criação das instituições de vigilância e controle para manutenção da ordem e moral social e a distinção público e privado, trazendo em si o conceito de intimidade são cruciais na estruturação deste momento histórico e que, é a partir deste contexto que produz sentido o conceito de subjetividade, identidade e intimidade. O homem passa então de ser da natureza para ser da consciência, centrado na razão.

Pensando, então, os conceitos de subjetividade e identidade como conceitos construídos a partir da modernidade, interessa-nos refletir como foram estabelecidos.

O autor enfatiza ainda que as transformações ocorridas no processo produtivo a partir do final do século XIX geraram alterações determinantes nos valores e normas sociais para o século XX, em especial nas relações do indivíduo com a Família, o Estado e a Igreja – os três grandes pilares de sustentação do mundo ocidental. A partir destes novos paradigmas, podem-

se questionar os papéis sexuais, antes determinados pelo sexo biológico; sendo significativo o surgimento do movimento feminista. Ele possibilitou a reflexão sobre a “naturalização” de certos modelos e condutas, imprimindo um novo discurso e posicionamento, trazendo a mulher para fora do lar, com seu potencial criador, sua força de trabalho e seus desejos próprios, independente de um modelo social imposto.

A modernidade é inseparável da ascendência da razão, no sentido de que se supõe que a compreensão racional dos processos físicos e sociais substitui a regra arbitrária do misticismo e do dogma. A razão não abre espaço para a emoção, que simplesmente fica fora do seu domínio; mas na verdade a vida emocional passava a ser reordenada nas condições variáveis das atividades cotidianas (GIDDENS, 1993, p.51).

Hall (2005) nos traz um retrospecto da compreensão sobre a identidade através da História, basicamente, em três grandes fases da constituição do sujeito: 1) o Iluminismo, que concebe um homem racional, composto por uma identidade matricial e imutável, independente dos ciclos e ocorrências da vida; 2) o sujeito sociológico, que surge a partir das teorias do campo social como um sujeito que interage, que interfere no mundo externo e é por ele transformado; 3) a concepção pós-moderna, fragmentada, do homem, que aponta para não somente a perda de uma referência única, mas para o convívio ou conflito com as inúmeras possibilidades do sujeito sem repressão, sem a interdição de nenhuma delas, amplamente flexível, variável, ambíguo e volátil. Não existe nem mais a cisão dentro-fora, público-privado; tudo é uma massa indivisa, uma totalidade indissociada do sujeito com o mundo.

Refletindo sobre a subjetividade no contexto da pós-modernidade Bucci; Kehl (2004) pontuam que nenhum poder existe se não sustentar um discurso e uma prática que perpassem o imaginário e a subjetividade, sendo que na pós-modernidade ele é cada vez mais presente, embora, sutil, não menos normativos. Ao contrário, como não são claramente delineados, personificados, trazem maior dificuldade de enfrentamento. Vivemos, portanto, na cultura do excesso e não da falta, do agora e não do ontem. O amanhã só surge como uma possibilidade de prolongamento do prazer ou de alívio da dor do hoje.

Lipovetsky (2004) faz uma leitura deste sujeito “hipermoderno”, objetificado, plástico, pautado nas tendências do mercado, no individualismo, modificando seu modo de olhar para o mundo. As insatisfações geradas pelo viver, a busca da cura das dores do presente e das insatisfações do passado, torna o futuro, ainda que apenas uma projeção, o centro das relações, passa a deter a redenção da angústia gerada pelo vazio existencial, respaldado pelo avanço científico e tecnológico. Porém, o eterno vir a ser, que jamais se concretiza, por estar

sempre como o ideal.

O coletivo é inexistente, só emerge para responder e compactuar com a lógica do indivíduo. Um ser efêmero, dinâmico, virtual, intolerante à frustração, que cria uma sociedade de vampiros: não se relacionam, não envelhecem, negam seu fim para a morte e, conseqüentemente, deixando de lado seu projeto existencial. Este posicionamento diante do mundo gera uma postura pouco reflexiva, sem produção de significados e sentidos, visando o prazer imediato a todo e qualquer custo, especialmente pela aquisição concreta dos objetos do desejo, através do consumo.

Fridman (1999) aponta a mídia, o canal de expansão, de construção de um sentido existencial sendo um universo paralelo ao real, um mundo sedutor e ilusório, criando novos paradigmas de interação com o mundo e, portanto, de constituição da identidade do ser.

Segundo Lévy (1999), a imagem se constrói a partir do contato com os objetos e com o outro, nas interrelações, permitindo a inserção deste sujeito que emerge na linguagem e na cultura, no campo das significações, sendo que a mídia e as tecnologias produzem novos modos de interação e subjetivação, a partir de um discurso efêmero e de um tempo e espaço virtuais

Para Bucci; Kehl (2004), a subjetividade é industrializada, sujeita à exposição televisiva, pautada em um fetiche comercializável, tudo se torna produto, inclusive o corpo, ou melhor, a imagem que se vende dele. Neste sentido, para relacionar-se, o outro não interessa enquanto forma de subjetivação e produção de significados e sentidos a partir de minha interação com ele, mas sim como um corpo-objeto idealizado a ser consumido.

Já não é mais com a imagem do outro que o sujeito tenta se identificar, mas com uma espécie de imagem de si mesmo apresentada pela televisão como uma **imagem corporal**. Se a publicidade, a telenovela, o jornalismo/espetáculo e o cinema dirigem-se a um sujeito que deve ser 'todo mundo' e não é particularmente ninguém; se a imagem capaz de convocar a multidão de homens genéricos é a imagem mais abrangente, e portanto mais vazia possível; se o gozo dessa imagem vazia é elevado à condição de experiência subjetiva (e de experiência estética) para os sujeitos da sociedade do espetáculo; se, finalmente, a eficácia dessa experiência depende do apagamento de todas as outras dimensões da vida que não caibam no puro tempo presente do acontecimento como aparecimento; então, só a imagem do corpo próprio – tornado o mais parecido possível com um corpo Outro, sem história, sem sofrimento e sem falhas – pode servir de suporte para a construção de uma ilusão de identidade para os sujeitos da sociedade do espetáculo (BUCCI; KEHL, 2004, p.158 – 159).

É, portanto, o objeto e não o sujeito que passou a mediar as relações e interações com o mundo. Com isso, temos, além da fragmentação do pensamento devido a ausência de

significados e sentidos, uma vez que as relações se dão no plano idealizado e ali se fixam, cerceando a reflexão e a comunicação e pautada no consumo.

Quando não é reduzido a mais um competidor na massa o 'indivíduo' é tratado como 'consumidor'. A operação consiste em apelar para a dimensão do desejo, que é singular, e responder a ela com fetiche da mercadoria. A confusão que se promove, entre objetos de consumo e objetos de desejo, desarticula de certa forma, a relação dos sujeitos com a dimensão simbólica do desejo, e lança a todos no registro da satisfação de necessidades, que é real. O que se perde é a singularidade das produções subjetivas, como tentativas de simbolização. (BUCCI; KEHL, 2004, p.51)

Um sujeito que não interage com o mundo em termos de produção de significados e sentidos, não constrói uma linguagem acerca de si e do outro, não estabelece limites de sua percepção corpórea e existencial. Por isso, passa a estabelecer esta postura voraz, consumidora em suas relações.

Bauman (2007) reflete que o consumo materializa a existência em concretude, como estratégia de sentir-se um ser relacional, com o objeto a mercê de suas demandas. De certa forma, a validade destes objetos demarcam a temporalidade, seja pela data de consumo, seja pelo tempo já, pré-estabelecido de convívio com o mesmo por sua durabilidade e funcionalidade. Esta relação se estende não só as coisas, mas às pessoas. Tudo é *fast*, rápido, imediato; porém, efêmero como um trailer, um vídeo-clipe de uma vida imaginada. Desse modo, o burlar regras tornou-se regra, resgatando formas conservadoras e reacionárias como meios de respaldar e assegurar referências perdidas. “Quando a norma não é mais fundada sobre a disciplina e a culpa, e sim sobre a responsabilidade e a iniciativa, aqueles que não conseguem ser responsáveis e ter iniciativa são considerados insuficientes” (SANT’ANNA, 2001, p. 26).

A cultura do corpo, segundo Ortega (2008, p. 49), produz a individualização, a desconfiança e a insegurança para com o outro, levando a comportamentos essencialmente reativos, obedientes e submissos. Sair deste lugar é tornar o outro objeto e submetê-lo, segundo Sant’anna (2001). As relações individualizadas desenvolvem um não pertencimento ao mundo, uma vez que o outro é também ameaçador e, ao mesmo tempo, sem a interação com o outro, não há o reconhecimento de si, de seu corpo.

Para se apropriar deste lugar, torna-se público, desprotegido, sem limites, estende-se ao outro a sua particularidade – a vida está ali, exposta na vitrine. O corpo torna-se objeto de consumo e de desejo, não de interação, mas um canibalismo simbólico e, logicamente, é um corpo infinito, não de possibilidades, mas de negação da morte, ou seja, de significação da

existência; um corpo insignificante.

Portanto, amparados na estética idealizada que pesa sobre o corpo, o ônus da imutabilidade, da imortalidade e da sedução, impregnado em cada gesto, observamos que o corpo passa a ter lugar central e determinante na sociedade e manifesta-se em comportamentos extremos de cuidados com o corpo, mas pela quase negligência nas relações com o outro, refletindo em manifestações de violência ou de adoecimento, consigo mesmo e para com o outro. O controle sobre o corpo, através do discurso da qualidade de vida e do sexo desmedido e prazeroso marginaliza quem foge ao padrão, repercutindo em sua percepção de si, do outro, de seu próprio corpo.

Dor e prazer em nossa sociedade têm, portanto, um caminho comum de controle, sujeição e imposição de limites que acabam por se encontrar ainda mais na negação da finitude, no tempo e espaços idealizados tão presentes nos conflitos da pós-modernidade.

1.2 O TEMPO, O ESPAÇO E A ONTOLOGIA

A compreensão de tempo e espaço é fundamental para a compreensão da trajetória do ser, impregnado nele através das representações nas quais ele está inserido, e em seu próprio corpo, pelas experiências vividas, pelas marcas, simbólicas ou não, deixadas nele inscritas no corpo.

Para Augras (1978, p.27) “[...] o tempo é extensão e criação da realidade humana. É paradoxalmente condição de sua existência e garantia da sua impermanência”.

Logo, perceber o tempo em si é perceber-se existindo, é perceber o corpo no mundo, sua finitude e possibilidades numa interlocução entre o tempo percebido no corpo e o tempo construído na coexistência com o mundo, o tempo social, logo, ser no mundo; construtor de seu espaço.

Bachelard (1993) pontua uma reflexão poética e existencial para com a construção da lógica do espaço: espaço de si, espaço no mundo. Para Merleau –Ponty (2004) o corpo é nosso espaço no mundo, a dimensão da existência e a partir das experiências no corpo que o ser fala sobre si que corrobora com Augras (1978) refletindo que é a partir da descrição do mundo que o ser se descreve; assim, sendo necessário apreender e dar significações ao que percebe.

É através desse processo que desenvolve recursos e estratégias para sua inserção e interação com os objetos, e para seu posicionamento no espaço, a partir de seu próprio corpo

– primeiro território explorado e sempre protegido. O sentido do pertencer passa pela territorialização do próprio corpo e ao sentir-se invadido em seu corpo, seu espaço naturalmente há defesas e um corpo não existe sem movimentos, pois não se direciona, não experimenta, não indaga. Um corpo estático é um corpo sem sentido.

Logo, estar no mundo, interagir com ele e com o outro é configurar para si um espaço de alcance e delimitação do próprio corpo e é nessa interação com o mundo e com os demais objetos que se dá a relação com o ser, que se reconhece e se territorializa, ordenando-os, pois nunca se tem a totalidade de si mesmo, mas a noção de todo a partir do outro. Conhecer o outro é antes de tudo interagir com ele e reconhecê-lo enquanto coexistência.

Na pós-modernidade, no entanto, a alteridade é ameaçadora, como nos traz Lipovetsky (2004) e Bauman (2007). O tempo é volátil, solto, fragmentado, descontínuo, fluído as construções e idealizações humanas buscam a negação da finitude. Esta confrontação com o tempo no próprio corpo reposiciona o ser frente ao mundo e a si mesmo. A contagem do tempo tornou-se também virtual, perderam-se os referenciais ritualísticos das datas comemorativas, das etapas da vida, pois o passado é considerado desnecessário e descartável, logo descarta a trajetória pessoal até então, uma das tentativas de controle do tempo. Por isto, o presente passa a ser mais valorado, pois, no agora, tem – se a impressão de controle, a impressão de existência.

O futuro não aparece mais como projeto, como a finitude visibilizada, mas sim como a morada do prazer que, se não encontrado no presente, estará sempre um passo adiante, negando limitações, negando a morte. Logo, tanto o envelhecimento quanto o adoecer são combatidos ferozmente.

Desse modo, as possibilidades de construção de significados e sentidos de identificação com algo, com o seu entorno, são inexistentes, uma vez que a própria sociedade também tem partido dos referenciais flexíveis, pois também não há referência espaço-temporal concreta, tudo é virtual, permanecendo sempre no plano da fantasia e da imagem. Logo, sem o passado como sustentação de trajetória existencial e sem o futuro como perspectiva de projeto para a finitude, o tempo e o espaço, inerentes a construção dos sentidos existenciais não se consolidam, os sentidos não se constroem, não havendo posicionamento no mundo nem a lógica de existir.

Nossa apreensão do mundo se dá a partir da percepção, na interação do ser com o mundo e com o outro e é desvelada pela forma como ele traz à tona aquele objeto. É a partir da percepção do mundo e seus objetos que o ser se percebe, como nos mostra Merleau-Ponty (2006). Este ato é constante, produzindo sentidos, resignificações e possibilitando novas

interações ao longo da trajetória existencial, ao longo do desenvolvimento humano e nos reporta a construções e interações com o mundo.

A existência é um processo em construção contínua a partir da interação indivíduo-mundo, através de uma gama de objetos identificados como parte do mundo e de si, produzindo assim a experiência e seus sentidos. Existir, portanto, pressupõe interação, coexistência. (AUGRAS, 1978). Coexistência com o outro e coexistência consigo mesmo e com seu corpo no mundo.

Observando como o corpo é nosso modo de ser/estar no mundo bem como, em nossas sensações através dele em nossas experiências doamos significados e sentidos ao mundo, vale destacar como as etapas do desenvolvimento humano modificam nossa percepção e apreensão do mundo durante nossa trajetória existencial.

Segundo Santos (2009), a infância é pautada nas expectativas e aspirações dos adultos e é a partir disso que a criança se forma, pois ela necessita voltar-se para o outro, como modelo de comportamento, como forma de estabelecer sua existência. A alteridade é condição essencial no desenvolvimento infantil e, conseqüentemente humano. Um corpo necessita cuidados, proteção, acolhimento e isto repercute em seu modo de interação com o mundo e o outro, em sua existência a partir e na dependência do outro.

Na adolescência, a alteridade é questionada, não apenas pela busca do outro em si mesmo, na estranheza de si, mas, pelo questionamento das regras aprendidas nesse coexistir, na interação com um mundo que agora se rompe, mas se renova na produção de sentidos pela experiência. Portanto, o adolescente é aquele que, ao questionar o outro, questiona o existir, questionando-se a si mesmo, uma vez que, seu corpo se reconstrói também, na finitude do corpo infantil, na experimentação de novas dimensões do mundo através deste corpo que se expande e, conseqüentemente, se reposiciona em novas configurações diante do mundo e do outro. (SANTOS, 2009)

Mas, é na vida adulta, já com as mudanças corporais estabilizadas que a reflexão e compreensão sobre o ser, sobre o mundo, seus objetos e a questão ontológica se mostra reconhecida na linguagem, nas produções de sentido, doação de significados, no delinear da trajetória do ser que agora se encaminha para seu projeto e, conseqüentemente, para sua finitude.

O corpo é, portanto, o lócus da percepção inerente a condição do sujeito no mundo, o espaço da produção de sentidos, aliado da consciência e, a partir das vivências de prazer e desprazer que experiencia em seu trajeto, reconhece e reflete sobre seus limites e finitude, e redimensiona as possibilidades de existir. Sendo assim, a sexualidade surge em uma dialética

constante, assim como a doença. Para Augras (1978), tanto a doença como a sexualidade são experiências que confrontam o homem com a finitude, as perdas e ganhos, anunciando a limitação do tempo e do espaço no próprio corpo e pelo outro, seja no contato, seja no afastamento.

Delinearemos na seqüência este corpo no mundo, seus significados e sentidos ao longo da existência do homem.

CAPÍTULO 2

CORPO: SIGNIFICADOS E SENTIDOS

2.1 CORPO E SEXUALIDADE

Buscando ampliar a compreensão da sexualidade de mulheres com câncer de colo de útero por nós indagada, consideramos relevante retrazar as formas como a sexualidade e a percepção de corpo têm se apresentado historicamente e como produzem sentidos e significados para o sujeito, tanto sobre seu próprio corpo quanto em suas relações.

Para Merleau-Ponty (2006a), é a partir do corpo que temos a percepção de existência. É pelo corpo que percebemos o mundo, vivenciamos nossa existência e a ela damos significados e sentidos. Toda e qualquer experiência, ainda que seja abstrata, passa pelo corpo, pois as sensações são nele registradas e percebidas, memórias e marcas, ao longo de nossa trajetória. Desse modo, controlar os corpos é uma estratégia fundamental na regulação social e manutenção do poder.

Foucault (1993) aponta que sempre houve, em qualquer período histórico, um discurso acerca do corpo e da sexualidade. Sustenta o autor que tanto o discurso produzido como seus significados, sentidos, e, até mesmo, silêncios podem ser estratégias de controle ou formas de miná-lo, numa relação dialética entre o sujeito, as forças de controle e relações de poder sob as quais ele está submetido. O autor nomeia de dispositivos de controle.

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. (...) um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 1993, p. 244).

Controlar, pois, os corpos e suas relações – questões que se refletem na produção de sentidos e significados e, conseqüente, nas manifestações acerca da sexualidade – é uma estratégia de dominação e controle historicamente construída e sustentada.

Foucault (2001a, p. 100) ressalta que a sexualidade é uma ideologia criada enquanto conceito para a regulação dos corpos, ou seja, é pensada por ele também como um dispositivo de controle a partir de estratégias de saber e poder. A sexualidade não é o principal ponto de controle, mas é o mais estratégico, pois o corpo é o que posiciona o ser no mundo e dão sentido à sua existência através das experiências vivenciadas.

Assim, a lógica de interditar ou mesmo proibir as manifestações da sexualidade, bem

como de estudá-la e construir um discurso sobre ela são manifestações interdependentes, de uma mesma lógica e não de lógicas antagônicas – se a reprimíssemos exclusivamente, não se conseguiria mante-la operante. O corpo fornece a este discurso suporte para continuar operando e manter a estrutura social tal como é, e o discurso, por sua vez, mantém formas de gratificação, ainda que não factualmente identificáveis (FOUCAULT, 1993; 2001a).

2.2 SABER SOBRE O CORPO: DISCURSO MÉDICO E CONTROLE

Antes da modernidade, o poder sobre os corpos e, de certo modo, sobre a vida e a morte era delegado ao rei, àquele que exercia o controle sobre quem estava debaixo de sua autoridade ou ao clérigo, representante de Deus sobre os homens.

A Medicina, que não havia até então sido estabelecida como prática social legitimada, tinha como função a observação dos processos físicos no corpo, identificando-os e intervindo quando se fizesse necessário, mais como forma de compreensão do adoecimento que de combate a doença. Era, portanto, uma intervenção no desprazer.

Segundo Foucault (2001b), há uma delimitação social e institucional, pautada nos discursos do saber da modernidade, em especial, da Medicina e do Direito, que passam a regular as práticas sociais, e, conseqüentemente, o controle sobre os corpos. Tal controle sendo exercido fundamentalmente na patologização ou imoralidade de comportamentos que fugissem à norma destes discursos, mas, especialmente à norma familiar. A família é também uma reprodutora dos discursos de controle e, portanto, um lugar de vigilância e coerção.

Portanto, os modos de subjetivação da modernidade passam por estratégias para além de um discurso externo, mas internalizado, produz-se pela regulação dos corpos e do prazer, pelas instituições sociais e familiares, as quais nos referimos anteriormente.

Acrescentamos que para Del Priori (1999) as bases de nosso imaginário sobre o corpo como o vemos hoje se deram através da Medicina como saber instituído sobre o corpo físico, a partir do século XVII e da noção de corpo social, no século XIX.

Esta lógica social pauta-se também na instituição do modelo capitalista de produção, em que os corpos passam a ter um valor de troca e consumo, uma vez que se constituem enquanto força de trabalho e valores distintos devido à detenção ou não do valor monetário (FOUCAULT, 1993).

A ciência tem, então, a função de construir uma verdade legitimada acerca dos corpos e da sexualidade, decifrando-os e decodificando-os em uma linguagem específica, para além

da experiência do corpo em sua produção de sentidos e significados. Constrói um “saber sobre”, não relacional, mas técnico e normativo, aliado às estratégias sociais de poder e controle social.

Esse saber disciplinar incide, inclusive, sobre os moldes de relações, em especial, sobre as relações familiares – legitimadas nesse contexto apenas como heterossexuais e monogâmicas, garantindo assim os exercícios de reprodução e higiene em vigor. A família e as instituições disciplinares (escola, judiciário) serão, portanto, espaços de manutenção das normas sociais vigentes e de reprodução delas através de discursos normativos que estabelecem o lícito/ilícito, o normal/anormal, inculcando em seus membros os padrões sociais estabelecidos.

O casamento passa a ser visto como condição de gratificação essencialmente pela complementaridade homem/mulher e as práticas sexuais vêm-se legitimadas apenas neste contexto, com fins reprodutivos. O prazer, por sua vez, é deslocado para a afeição do amor romântico e, para a mulher, do amor materno (GIDDENS, 1993). O casamento é, portanto, um espaço de muitas obrigações, mas de pouco erotismo (BATAILLE, 2003; FOUCAULT, 2001b).

Sendo assim, a produção de sentidos e significados sobre sexualidade acaba não manifestada a partir das experiências nos corpos, mas nos discursos acerca dela e nas formas de controlá-la. Da mesma forma, se estabelece o controle sobre o prazer. O culto à racionalidade tem em si a apreensão de sentidos produtores de subjetividade que refletem sobremaneira na vivência e na lógica da sexualidade, especialmente no feminino.

Os hospitais, lugares legitimados do saber médico em nossa sociedade, até este momento tinham por função prestar cuidado aos desassistidos e evitar o alastramento de epidemias, dado o risco social que estas acarretavam. Havia também embuído nessa prática uma lógica espiritual, de atitude altruísta, que elevava a condição da salvação da alma de ambos – daquele que era acolhido estando doente e daquele que lhe prestava cuidados. Neste contexto, a figura do médico era coadjuvante ao papel dos religiosos (FOUCAULT, 1993).

Com a perda do poder clérigo, na pós-modernidade, e o desenvolvimento do saber científico, a Medicina ganha status social e produz um discurso de saber sobre o corpo, bem como desenvolve estratégias e técnicas para sua preservação. O controle sobre o corpo já não é mais estabelecido por uma figura real, nem pelos aspectos metafísicos da religião, mas a partir de um discurso científico que lhe dá sentido.

A confissão, prática religiosa para controle dos atos e atitudes humanas, transforma-se agora em escuta clínica, na qual em vez das penitências têm-se as prescrições médicas para

aquilo é considerado nocivo, mas não mais à alma, agora, somente ao corpo. Toda intervenção e prescrição sobre o corpo passa a ser codificada, mensurada, registrada e controlada pela presença e discurso médico.

A partir de então, o hospital passa a ser o espaço de legitimação da prática médica, servindo de suporte para seu discurso e acumulação de conhecimento sobre os corpos – agora com suas mazelas isolados e mantidos em contínua observação. É um espaço para a interdição do prazer, observação do desprazer e anulação de si, tendo vigilância total sobre o corpo em todas as instâncias possíveis, isolando-o do convívio social e de seus hábitos de vida, especialmente os considerados nocivos.

É, portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica (FOUCAULT, 1993, 107-108).

Os dispositivos de controle da sexualidade têm, agora, neles embutido também o saber médico e se pautam fundamentalmente no modelo de família nuclear monogâmica como forma de preservação da saúde. Igualmente, exercem controle sobre os aspectos da reprodução, tendo o sexo estritamente este fim, pois o corpo deve ser sempre preservado.

Foucault (2001a) pontua quatro estratégias de controle da sexualidade: o corpo feminino, a sexualidade infantil, as práticas sexuais consideradas desviantes e a reprodução. Neste sentido, o dispositivo de controle da infância é bastante funcional para a manutenção do controle social. Ao invés de se cercear apenas as práticas, cerceia-se diretamente o corpo, desde o início, antes que o indivíduo se perceba potencialmente capaz de exercer seus desejos. Então, nada melhor do que a própria família para executar esta tarefa. Precocemente, somos inseridos em um contexto e discurso que interdita a reflexão e a livre expressão sobre a sexualidade, que associam as questões sexuais a simbologias negativas, enquadrando-as em regras e práticas sociais que, se desviantes, devem ser tratadas ou excluídas.

Em nome deste medo foi instaurado sobre o corpo das crianças – através das famílias, mas sem que elas fossem a sua origem – um controle, uma

vigilância, uma objetivação da sexualidade com uma perseguição dos corpos. Mas a sexualidade, tornando-se assim um objeto de preocupação e de análise, como alvo de vigilância e de controle, produzia ao mesmo tempo a intensificação dos desejos de cada um por seu próprio corpo [...] O corpo se tornou aquilo que está em jogo numa luta entre os filhos e os pais, entre a criança e as instâncias de controle (FOUCAULT, 1993, p. 146-147).

Nesta lógica, percebemos que sobre o corpo feminino pesa o maior ônus, não apenas porque na figura materna centra-se este lugar de controle dos filhos, através da educação, mas também porque o corpo feminino foi o mais controlado, principalmente com relação à sexualidade, sempre associando seu exercício aos papéis de mãe e esposa e não de mulher, barrando a ela a experiência do prazer. Este cerceamento do corpo feminino passa a ser reproduzido pela própria mulher que passa a ser vigilante consigo mesma, e sentindo-se inapta a controlar seu corpo, identifica-se com o lugar do adoecimento. (ORTEGA; SOHN, 2008).

Ou seja, a mulher considerada incapaz de cuidar de si é tida como incapaz de cuidar do outro, isto é, de constituir uma família, pois é nesse espaço que ela, enquanto mãe e esposa legítima transmite seus conhecimentos acerca dos mecanismos de controle e vigilância internalizados em sua vivência.

Desse modo, o que não conseguiu ser controlado pela lógica familiar e social será diagnosticado e medicalizado:

A medicalização aparece como um processo dotado de certa complexidade, colocando em ação os saberes médicos e psiquiátricos, as recomendações práticas e difundidas sobre a família, as disposições permanentes desenvolvidas com os pais e um controle exercido do exterior sobre a família (GIAMI, 2005, p. 262).

Devido a estas estratégias de controle, o corpo não mais é visto como integrado. Passa a ser visto como fragmentado, constituído de partes, que, inclusive, dissociam aspectos físicos de questões psicossociais, como se o primeiro tivesse supremacia sobre os demais. Deste modo, descaracteriza ainda mais as produções de sentidos e significados na interação do sujeito com o mundo.

Segundo Levy (2003), o corpo que nos apresentam é um corpo modificado através das ciências, que tornou-se medicalizado e é descrito, explicado e normatizado. O discurso ou o saber médico é instituído como discurso da saúde: se apresenta como cuidador e facilitador da cura, mas destitui o indivíduo de um saber próprio. Intimida questionamentos e discordâncias quanto a encaminhamentos e prescrições e, na maioria das vezes, culpabiliza o doente por sua

atitude ou pela falta dela.

Tal discurso é reforçado em nosso contexto atual, especialmente a partir do século XX, quando, segundo Moulin (2008), o desenvolvimento da medicina – iniciado pelo controle do externo e da etiologia de doenças a serem evitadas, especialmente as doenças infecciosas e que pudessem interferir na norma social vigente – com o desenvolvimento farmacotecnológico no pós-II Guerra, amplia sua compreensão para o interno e crônico, pautando-se na classificação das doenças psiquiátricas bem como no controle da dor, reforçando o diagnóstico, a fragmentação do corpo e seu adoecimento.

2.3 ADOECIMENTO: PRENÚNCIO DA FINITUDE

Como podemos observar em nossa trajetória histórica sobre o corpo, a Medicina lhe trouxe um lugar de diagnóstico e vigilância, usurpando do sujeito sua produção de sentidos e significados para além dos sintomas relatados em um processo de adoecimento.

De acordo Castro et. al. (2006), as explicações humanas para o adoecimento, até o estabelecimento da Medicina, eram puramente empiristas, baseadas em observações e na percepção que o homem tinha do meio no qual estava inserido. Da compreensão de Hipócrates, que entendia a doença como um desequilíbrio do organismo, passando por Galeno, que estabelece o interior humano como potencial produtor de doenças, até chegar-se a Paracelsus, na Idade Média, que pontuou a existência de agentes externos, o adoecimento era compreendido com punição divina em desobediência aos princípios de Deus. A lógica de compreensão do corpo era, até então, unicista, pautada na indissociabilidade do corpo e da alma.

Com o desenvolvimento das bases científicas entre os séculos XVI e XVII, pautado num discurso positivista, ou seja, baseado em fatos que podem ser observáveis, mensuráveis e quantificáveis, dualista – separando corpo e alma, começam a emergir questionamentos acerca do mundo; dentre os quais o corpo e o adoecimento, agora pautados nesta lógica.

Conforme já discutimos no tópico anterior, a partir do surgimento da Medicina, estes aspectos passam a ser constituintes de um arcabouço teórico de um saber assim determinado. Saber este que vai gradativamente causando impactos sociais – o controle das populações, os ambientes ascéticos e a medicalização no controle do adoecimento passam a fazer parte do cotidiano das pessoas.

Ariés (1990) relata que após o século XVIII tanto a doença quanto a morte perderam

gradativamente seus rituais e espaço social como uma estratégia de ocultação e percepção de si. De acordo Vieira (2002), no entanto, é a partir da Revolução Industrial, quando ocorre uma reordenação das populações devido à migração do espaço rural para os centros urbanos, que muitas instituições sofrem reformas a fim de dar continência a esse rearranjo social.

Paulatinamente, a manifestação de sentimentos sobre o adoecer e a morte passa ser patologizada, a partir de uma lógica da alma em detrimento do corpo. Segundo Ariés (1990), o luto, antes elaborado junto aos familiares e ao corpo social, recluso e ao isolamento e a decisão sobre o corpo adoecido não mais compete ao doente, mas sim ao hospital, à família, ao judiciário.

Já no século XX, com o avanço tecnológico, o corpo ganha destaque: o adoecer deixa de ser percebido apenas em decorrência das doenças de contágio ou quando o mal já se manifesta externamente. O adoecimento passa a ser reconhecido como processo interno. O morrer agora tem números, prognósticos e o corpo não volta ao pó tão rapidamente.

O tempo da morte prolongou-se e se subdividiu ao mesmo tempo. [...] Os sinais antigos, como a parada do coração e da respiração, já não bastam. São substituídos por uma medida da atividade cerebral [...] O tempo da morte pode ser prolongado à vontade do médico: este não pode suprimir a morte, mas pode regular-lhe a duração, de algumas horas, como antigamente, para alguns dias, semanas, meses, ou mesmo anos. Tornou-se realmente possível retardar o momento fatal; as medidas tomadas para acalmar a dor têm como efeito secundário prolongar a vida (ARIÉS, 1990, p. 639).

De acordo Levy (2003), além da questão do determinismo genético, há um novo conceito até dos metabolismos celulares, também baseados nos modelos de relações sociais e nas modernas tecnologias, que redimensionam a imagem corporal. O mais profundo no corpo agora são os genes, que representam estruturas fixas, pré-estabelecidas, praticamente imutáveis, reduzindo-nos a uma facticidade existencial, referendado pela verdade científica. Segundo Ortega (2008, p. 63) passamos da *desincorporação da subjetividade para a virtualização e objetivação da corporeidade, tornando obsoleto o corpo*.

Temos, então, a construção de uma relação persecutória com o próprio corpo: sou o estranho em mim mesmo e dele só posso me defender parcialmente, uma vez que o risco pode estar dentro de mim mesmo.

O interior do corpo me provoca uma angústia básica de algo que não posso controlar, que escapa à minha apreensão e, no entanto, me habita. A medicina tenta negar, dominar, controlar a dimensão fenomenológica do visceral, por meio das tecnologias do imageamento. Essas tecnologias, no entanto, apenas fornecem um conhecimento objetivo, um modo de auto-

apreensão indireta do ulterior do corpo, o qual retrocede da percepção direta, da experiência subjetiva... (ORTEGA, 2008, p. 81).

Adoecido, o ser depara-se com sua finitude, com a liberdade condicionada de sua existência, pois a doença o remete à experiência da morte, à experiência última, à sua finitude. Impacta com a onipotência e necessidade de controle do homem de tal forma que o imobiliza, o estagna, pois ele se percebe impossibilitado de controlar o tempo.

Antes de ser algo apontado pelo diagnóstico, a doença é um estado dialético, subjetivo, percebido, que produz sentidos e significações para aquele que a vivencia. Segundo Augras (1978), a doença é uma manifestação do estereótipo, um modo padronizado e único de conduzir a própria trajetória e historicidade, independente das diferentes possibilidades que lhe oferece o estar-no-mundo; é, portanto, um estar-no-mundo, sem ser-no-mundo.

A autora ainda destaca que doença não é o oposto de saúde, mas partes coexistentes em um mesmo processo; porém, o adoecer é vivenciado como um “divisor de águas” e, muitas vezes, após vivenciá-lo é que se tem a dimensão real da existência, da interação do ser com o mundo e com o outro.

Adoecer é ver-se impossibilitado de viver sua existência plenamente, em sua amplitude de escolhas, implica sentir-se desapropriado de seu próprio corpo, que necessita da intervenção ou dos cuidados de alguém. O ser-doente delega sua existência como se não mais coubesse a ele decidir sobre si: existe a partir da fala e da percepção do outro sobre ele. O saber médico é o discurso instituído como o arauto deste cuidado, posto como discurso da saúde, a partir da doença, destitui o indivíduo de um saber sobre si mesmo. O ser-doente objetifica-se e passa a ser um número, um caso, um tumor, um órgão.

Ao transtorno de viver dependente dos cuidados alheios, pode-se somar aquele provocado pela quebra da conexão entre práticas que, na vida do indivíduo fora do hospital, possuem alguma continuidade: o corpo do hospitalizado transforma-se no principal lugar para manifestações descontínuas e fragmentadas; ele é frequentemente tratado por partes e abstraído através de exames e fichas de cadastramento; a subjetividade do paciente é reduzida à identificação de elementos corporais [...] O indivíduo se torna divisível na medida em que a intimidade de seu organismo é exposta dia e noite (SANT’ANNA, 2001, p. 32).

O corpo é, então, significado pelo outro, materializando-se em sua fala através da doença, pelos significados de desprazer, de dor, de desconforto. Tanto a sexualidade como o adoecer são fenômenos em voga na sociedade atual, ambos por seu valor mercadológico, baseado na expectativa do sujeito por sua aquisição: a sexualidade, para vivê-la em plenitude hedonista; a doença, negá-la, paradoxalmente, até a morte.

O indivíduo se constitui como autônomo e responsável, interiorizando o discurso do risco. O corpo e o *self* são modelados pelo olhar censurador do outro que leva à introjeção da retórica do risco, resultando na constituição de um indivíduo responsável, que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o afastamento dos riscos. Ao mesmo tempo podemos observar o crescimento dos comportamentos de risco, de uma subcultura e de um mercado de risco, especialmente na juventude, tais como os esportes radicais, sexo sem proteção, entre outros, uma resposta à obsessão por comportamentos e estilos de vida sem riscos (ORTEGA, 2008, p. 33).

De fato, o sujeito passa a ser culpabilizado por sua condição existencial de ser-para-morte e induzido compulsivamente a sentir-se vivo; porém, arriscando sua condição existencial, uma vez que se isola pelo medo do risco.

Merece destaque outra estratégia de negação da finitude: o culto à beleza e à longevidade, que impõe um peso maior também sobre o corpo feminino.

A Medicina na atualidade preocupa-se não apenas em delimitar os riscos do adoecimento, mas também em desenvolver estratégias de estagnação do envelhecimento e prolongação da vida, pois o envelhecer, igualmente, remete à finitude do corpo.

A ambição de limitar a morte é o outro lado da moeda da vontade de tornar a vida ilimitada, eterna, crônica. E quando a naturalidade do envelhecimento do corpo desaparece, a frenética busca pela conservação da juventude já se transformou em equivalente geral da riqueza. Conservação antes concebida como virtude ou vício, hoje transformada em objeto de consumo, através da medicina, da higiene, das técnicas de embelezamento (SANT'ANNA, 2001, p. 27).

Em decorrência desses fatores, temos o adoecimento inclusive na tentativa maníaca de manter-se jovem, belo e magro – padrão estético associado à saúde, ao prazer e ao exercício de uma sexualidade adequada. Adoecimentos esses manifestados através de transtornos alimentares e de imagem, cada vez mais frequentes em nossa sociedade.

Até mesmo a espiritualidade, antes um aspecto de conforto diante da finitude, vem sendo utilizada hoje como mais um aliado no combate à morte e até mesmo ao adoecer, delegando aos deuses o poder da cura que a ciência não alcança.

Vivemos, portanto, num momento de negação da finitude, a partir da qual não é possível se pensar o existir. O ser no mundo é um ser para a morte, o que lhe permite estabelecer seu próprio projeto de vida em sua trajetória, atribuindo-lhe sentidos e significados.

Assim, somos levados a refletir acerca das consequências de não se atingir o padrão de

corpo estabelecido, de se adoecer e mesmo da morte – são consideradas fracassos, inicialmente, do próprio sujeito e posteriormente da equipe de saúde.

No contexto pós-moderno, o adoecer tem sido visto como a imagem manifestada da angústia existencial. O sujeito cinde-se de si mesmo, transformando-se no órgão, na lesão, na disfunção, a fim de que suas fragilidades não se desvelem em público. A somatização surge da inadmissível incapacidade do ser de lidar com suas fraquezas e dificuldades no trato com o outro e em seu próprio corpo. Paradoxalmente, parece ser a linguagem possível encontrada em nosso contexto para o reencontro com nossa condição existencial e com nossas experiências de afeto e cuidado.

2.4 MAURICE MERLEAU-PONTY E O CORPO COMO CAMPO DE SENTIDOS

Partindo da contextualização histórica do corpo, importa-nos dialogar com a reflexão de Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), teórico eleito por nós como interlocutor, acerca do corpo como base da interação do sujeito com o mundo e de produção de significados e sentidos.

Filósofo francês¹ é considerado uma das principais referências da Fenomenologia. Resgata a base da discussão husserliana acerca das essências, aliando-a à percepção como modo fundamental para a interação com o mundo.

Com efeito, o mundo natural se apresenta como existente em si para além de sua existência para mim, o ato de transcendência pelo qual o sujeito se abre a ele arrebatando-se a si mesmo e nós nos encontramos em presença de uma natureza, que não precisa ser percebida para existir. Portanto, se queremos pôr em evidência a gênese do ser para nós, para terminar é preciso considerar o setor de nossa experiência que visivelmente só tem sentido e realidade para nós, quer dizer, nosso meio afetivo (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 213).

Delineou a construção da trajetória existencial do homem, pontuando que os objetos percebidos no mundo a partir de nossa interação com eles são parte inerente de nossa experiência.

¹ De acordo com Coelho (2003), Maurice Merleau-Ponty foi um dos filósofos que, numa ponte com a Psicologia, a Lingüística e a Psicanálise, estabeleceu como foco de seus estudos a intersubjetividade, as interações do ser com o mundo e os objetos que o compõe e contextualizando-os possibilitou a reflexão acerca de “*como o outro surge para mim*”.

[...] o objeto nada tem de envolto, ele está exposto por inteiro, suas partes coexistem enquanto nosso olhar as percorre alternadamente, seu presente não apaga seu passado, seu futuro não apagará seu presente. Portanto, a posição do objeto nos faz ultrapassar os limites da nossa experiência efetiva, que se aniquila em um ser estranho, de forma que para terminar crê extrair dele tudo aquilo que ela nos ensina. É este êxtase de experiência que faz com que toda percepção seja percepção de algo. [...] Considero meu corpo, que é meu ponto de vista sobre o mundo, como um dos objetos desse mundo (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 108).

A percepção da coexistência dos objetos que apreendemos no mundo ocorre essencialmente no corpo, uma vez que é através dele que nos colocamos no mundo e a partir dele que sentimos a repercussão de nossas experiências, assim, atribuindo a elas significados e sentidos. É no corpo que se demarca e se delinea as experiências transcendentais, pois é só através dele que podem ocorrer as interações humanas. Logo, é a visão e o movimento que nos direcionam aos objetos, ou seja, o corpo está intrinsecamente ligado ao meu modo de ser e perceber o mundo.

A coisa nunca pode ser separada de alguém que a perceba, nunca pode ser efetivamente em si, porque suas articulações são as mesmas de nossa existência, e porque ela se põe na extremidade de um olhar ou ao termo de uma investigação sensorial que a investe de humanidade. Nessa medida, toda percepção é uma comunicação ou uma comunhão, a retomada ou o acabamento, por nós, de uma intenção alheia ou, inversamente, a realização, no exterior, de nossas potências perceptivas e como um acasalamento de nosso corpo com as coisas. Se não se percebeu isso mais cedo, foi porque os prejuízos do pensamento objetivo tornavam difícil a tomada de consciência do mundo percebido (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 429).

Segundo o autor, o corpo é o veículo do ser-no-mundo, e possuir um corpo é juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles (MERLEAU-PONTY, 2006b, p.122).

O corpo é o ato em si, existe na sua totalidade com o mundo. Desse modo, ele é a convergência de toda a temporalidade existencial, que congrega e materializa para o ser sua existência enquanto ser-no-mundo.

[...] não me é essencial apenas ter um corpo, mas até mesmo ter este corpo-aqui. Não é apenas a noção do corpo que, através da noção do presente, é necessariamente ligada à noção do para si, mas a existência efetiva de meu corpo é indispensável à existência da minha “consciência” (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 577-578).

A singularidade surge a partir da vivência do corpo em sua relação com o mundo e com outros corpos. Nossas intensidades e experiências é que dão sentido ao contato e nos fazem perceber existentes. Constantemente, há um reordenar do espaço do corpo no mundo: o ser se reorganiza e se reconhece enquanto produtor de sentido a partir das trocas e interações, aproximando-se e afastando-se dos objetos para os quais se direciona através do corpo e da consciência.

Esse constante reordenar é o paradoxo do existir (MERLEAU-PONTY, 2006b, p.122-123), pois nossa intencionalidade dirige-se constantemente ao mundo e o reordena a partir de nossas percepções acerca do mundo e de marcas de experiências apreendidas anteriormente.

Moreira (1997, p. 41) destaca a interação entre a percepção da consciência e do movimento do corpo, pois ambos nos direcionam ao mundo: o corpo deslocando-se até o objeto e a consciência percebendo-o, apreendendo-o e compreendendo-o. Como ressalta Merleau-Ponty (2006), a consciência apenas ocorre na percepção do sensível, na apreensão do que foi percebido em nossa intencionalidade ante o mundo. E nessa interação, significamos a nós e aos objetos do mundo, e a partir disso lhes damos sentidos, do mesmo modo, damos sentidos ao nosso corpo – este que nos permite estar presentes no mundo.

O movimento é, portanto, uma decisão pela existência – colocar-se na experiência do contato com os objetos e com o outro, expondo o corpo às possibilidades do mundo. *Ir em direção a* incorpora o mundo ao homem e o faz compreendê-lo. O tempo e o espaço são também aspectos inerentes da compreensão do modo como o corpo habita no mundo, uma vez que no corpo e seu movimento pelo mundo, demarca-se a trajetória através destes aspectos, situando o homem como ser-no-mundo.

O que importa [...] não é meu corpo tal como de fato ele é, enquanto coisa no espaço objetivo, mas meu corpo enquanto sistema de operações possíveis, um corpo virtual cujo ‘lugar’ fenomenal é definido por sua tarefa e por sua situação. Meu corpo está ali onde ele tem algo a fazer (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 336).

O presente é o momento da observação, mas traz em si toda a vivência de nossa interação com o objeto e com o outro, uma vez que minha trajetória existencial, que me faz percebê-lo está presente no momento em que o vejo. Ao vivenciar algo concretamente ou rememorar-lo, é no presente que vivencio as sensações e sentidos a ele atribuídos; é na vivência no corpo, congregando os significados e sentidos, que estabeleço toda a minha trajetória existencial. O corpo está no presente, é a própria presença no mundo; porém, traz

em si a totalidade da vivência existencial, através das experiências do passado, que dão sentido ao agora e às projeções de futuro, enquanto perspectivas.

[...] posso, afastando-me do futuro, remeter ao passado imediato a primeira investida do mundo em meus sentidos, e orientar-me em direção ao objeto determinado assim como em direção a um futuro próximo [...] meu corpo atua em conjunto um presente, um passado e um futuro, ele secreta tempo, ou antes torna-se este lugar da natureza em que, pela primeira vez, os acontecimentos, em lugar de impelirem-se uns aos outros no ser, projetam em torno do presente um duplo horizonte de passado e de futuro e recebem uma orientação histórica. [...] Meu corpo toma posse do tempo, ele faz um passado e um futuro existirem para um presente, ele não é uma coisa, ele faz o tempo em lugar de padecê-lo (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 321 – 322).

O espaço é a delimitação concreta dos limites do corpo e também se estabelece pelo contexto sócio-cultural no qual o homem está inserido. Sob este aspecto, os modos de interação do corpo com o mundo bem como o modo como este será percebido, compreendido e significado estão, também, delimitados pela lógica de espaço e a consciência se projeta neste mundo e no corpo, adquirindo os traços culturais, hábitos, práticas que se tornam constituintes de nossa subjetividade e dão significados e sentidos ao nosso lugar no mundo e ao existir (MERLEAU-PONTY, 2006b).

[...] o espaço é existencial; poderíamos dizer da mesma maneira que a existência é espacial, que dizer, que por uma necessidade interior ela se abre a um 'fora', a tal ponto que se pode falar de um espaço mental e de um 'mundo das significações e dos objetos de pensamento que nelas se constituem'. (Id. 2006a, p. 394)

O corpo é também uma forma de expressão e comunicação com o mundo que demarca o campo da linguagem a partir da percepção do sujeito, uma vez que dar sentidos ao mundo é também comunicá-los e a relação com o outro só ocorre à medida que se estabeleça estratégias de compreensão.

A fala se dá na manifestação de significados e sentidos, que só são possíveis através da experiência existencial. O próprio pensamento só é possível a partir da fala instaurada. Se o homem não vê sentido em sua linguagem, não está ali representado, não é o ser que habita no mundo – não produz significados e sentidos se não o percebe. A fala, então, também passa pela percepção.

[...] o corpo converte uma certa essência motora de vociferação, desdobra o estilo articular de uma palavra em fenômenos sonoros, desdobra um panorama do passado a atitude antiga que ele retoma, projeta uma intenção

de movimento em movimento efetivo, porque ele é um poder de expressão natural [...] a fala é a existência exterior do sentido (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 247).

Vale destacar que não há distinção entre as manifestações de significados e sentidos no aspecto psíquico ou físico, pois estes estão entrelaçados na própria experiência.

Portanto, significar é apreender e comunicar um sentido e o pensamento, a expressão e a linguagem se dão no corpo através da aquisição cultural e do contexto histórico no qual o sujeito está inserido.

A própria percepção de prazer/desprazer, mais que uma resposta fisiológica, é uma construção do ser em sua interação com o mundo e emerge na dialética das relações do homem com o mundo e com o outro.

Desse modo, entendemos que a sexualidade e o adoecimento são partes de um processo de experiências e significações presente em toda a trajetória humana e para o qual o ser dá sentido.

A sexualidade, segundo Merleau-Ponty (2006a), traça a história do homem, a intersecção do corpo com a historicidade e o coexistir humanos, uma vez que não há dissociação mundo-sujeito e que sua transcendência permite os sentidos deste ser-no-mundo.

O filósofo destaca que a sexualidade no adoecimento obedece a outra percepção, o contato físico para o doente é de outra ordem – mais uma experiência concreta do presente no corpo. Seu corpo enquanto representação erótica não é autorizado, torna-se um corpo asséptico, inibido de coexistir, de ser tocado que não para observação do adoecimento. O corpo doente torna-se um corpo dessexualizado.

O adoecimento surge então, como um corte em sua trajetória e coexistência, a proximidade da finitude. O corpo agora doente passa a implicar limitações à sua interação com o mundo e com o outro, em muitos casos antes mesmo da manifestação sintomática real.

O tempo e o espaço do doente são estabelecidos em outra ordem, devido às limitações ou a vivência de um órgão/parte do corpo como a dimensão a que agora se remete, permanecendo concretamente no presente, no que lhe é efetivo na vivência do adoecimento. Logo, a negação do adoecimento é a recusa do próprio limite do corpo, nunca apreendido totalmente pela consciência e a recusa da finitude e da finalização de todo o projeto humano. Diante das limitações do adoecimento, o ser deixa aquilo para que já produzia sentido e passa a ocupar-se de uma reapropriação do mundo, de um reconhecimento dos objetos – do resgate de sua trajetória até então.

O ser doente reapropria-se do mundo como um corpo que o desconhece, que se reposiciona diante do mundo e dos outros, pois já não tem em seu corpo a experiência legitimada anteriormente, como corpo integral no mundo. Ele, a partir da experiência do adoecimento, posta-se como aquele que se põe a conhecer e perceber seu corpo e mundo, e por isso, o resignifica. “um doente sente uma segunda pessoa implantada em seu corpo (MERLEAU-PONTY, 2006b, p.131).

Desse modo, podemos compreender o papel da doença na experiência do ser, a visualização de seu corpo e posicionamento no mundo a partir do órgão afetado. A dialética do fechar-se e abrir-se para o mundo é presente em todo o tempo da existência no corpo, muitas vezes permeada pelos hábitos. A existência se dá no corpo que habita no mundo e, portanto, se reconhece como limitado e finito.

O corpo é, portanto, o limite do ser no espaço, que lhe dá a percepção dos objetos externos a este e o integra em sua totalidade existencial através das sensações que o mobilizam como um todo, ainda que estas ocorram em uma parte específica do corpo, como no adoecimento.

A seguir, apresentaremos o corpo feminino e como ele, sendo o mais cerceado e medicalizado, se posiciona no mundo.

CAPÍTULO 3
O CORPO FEMININO

3.1 O FEMININO E A SEXUALIDADE

Considerando a lógica do corpo, não nos é possível seguir sem uma reflexão acerca do posicionamento do corpo feminino, uma vez que a discussão sobre o feminino permeia construções teóricas e posicionamentos sócio-culturais ao longo da modernidade. É apenas a partir do século XVIII que o feminino, antes tido como um masculino invertido, passa a ser percebido em suas características e particularidades (NERI, 2005).

Segundo Foucault (2001b), toda descrição científica do corpo feminino baseava-se na contraposição inferiorizada do corpo masculino, sendo desprovido de prazer. O prazer do corpo feminino era capaz de adoecer a mulher caso ocorresse, pois, além de não ser lícito, poderia causar a destruição e loucura.

Portanto, o conceito de feminino sempre esteve submetido à normatização masculina, partindo do aspecto biológico, das características próprias de cada sexo e da moral cristã instituída, justificando ações e comportamentos, naturalizando-os a partir de uma referência anatômica e religiosa.

De acordo Del Priore (1999), devido à mitologia cristã, a mulher é interpretada como a responsável por males quando não se comporta como tal, responsável pela queda do homem. Após Eva, vieram as bruxas, as histéricas, as feministas – responsabilizadas, cada uma em sua época e contexto, pelo caos e desordem social. A mulher é retratada como o ser frágil, inconstante, suscetível às intenções malignas – arma da luxúria e sedução, devendo ser contida e controlada.

A única forma de gratificação da mulher deveria ser a maternidade, que, ainda, a resgataria de seus pecados, uma vez que o útero era responsável pelos males do corpo feminino. Este representado principalmente por sua capacidade “regenerativa”, através do sangue mensal lançado pelo útero, período no qual a mulher deveria ser afastada do convívio com os demais.

De acordo Giddens (1993), o controle sexual dos homens sobre as mulheres, instituído há séculos e corroborado pelas principais instituições sociais – Estado, Igreja e Família – cria a conceituação de que o feminino só pode ser construído em oposição ao masculino e não na interação entre ambos. Assim, permanecendo a mulher num posicionamento estático e estereotipado, de comportamento pré-estabelecido; se não obedecido, estaria esta transgredindo um padrão.

Assim como o pênis tira do contexto social seu valor privilegiado, é o contexto social que faz da menstruação uma maldição. Um simboliza a

virilidade, a outra a feminilidade. E é porque a feminilidade significa alteridade e inferioridade que sua revelação é acolhida com escândalo. A vida da menina sempre lhe apareceu como determinada por essa impalpável essência a que a ausência do pênis não conseguia dar uma figura positiva: é esta que se descobre no fluxo de sangue que lhe escorre entre as coxas. Se já assumiu sua condição é com alegria que ela acolhe o acontecimento. . . "Agora, és uma mulher." Se sempre a recusou, o veredito sangrento a fulmina; o mais das vezes ela hesita: a mácula menstrual inclina-a para a repugnância e o medo: "Eis então o que significam estas palavras: ser mulher!" A fatalidade que até então pesava confusamente sobre ela, e de fora, escondeu-se em seu ventre; não há mais meio de escapar; ela sente-se acuada. Em uma sociedade sexualmente igualitária, ela só encararia a menstruação como sua maneira particular de atingir a vida adulta [...] (BEAUVOIR, 1967, p. 56).

Segundo Vieira (2002), o corpo feminino é o mais medicalizado e controlado, justamente porque o conceito de feminino, construído a partir de dados biológicos relacionados ao ciclo gestacional (menstruar, gestar, parir, amamentar), baseava-se na idéia de ‘natureza feminina’.

É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais, aos cuidados individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar idéias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e conseqüente intervenção nesse corpo como estratégia social (VIEIRA, 2002, p. 24).

Desse modo, os comportamentos femininos passam a ser associados à lógica do cuidado e da sujeição ao corpo de outrem – seja marido, seja filho –, impondo a este corpo valores e condutas que originam os conceitos de instinto maternal, a caracterização de tarefas e habilidades destinadas à mulher e seus atributos ‘naturais’ e ‘essenciais’. Não por acaso se “feminizou” as áreas científicas do cuidado, pois algumas delas estariam mais ligadas aos cuidados do interno, das emoções, que seriam do âmbito feminino.

As vivências sexuais e o prazer eram cerceados ao feminino e, como ressalta Giddens (1993), o prazer sexual na maioria das vezes estava ligado à renúncia, pois a fêmea com desejos sexuais não correspondia à figura materna. Até então, a vida sexual deveria ser uma ação de controle, limitada ao casamento. A contracepção era desencorajada e supunha-se que o controle da dimensão da família devesse emergir espontaneamente da busca disciplinada pelo prazer.

Logo, o início da vida sexual, que para os homens marca seu “debut” social – o assumir seu papel de masculino e viril –, para as mulheres, se configuraria na gestação e consequente exercício da maternidade. Por isso, através da associação do ideal romântico com a subordinação feminina ao lar e a interiorização das relações, para a maioria das mulheres a sexualidade se aparta de sua vivência cotidiana, estando a ela associada apenas na maternidade, através de um ciclo crônico de gravidez e parto.

Tal afirmação ainda hoje permeia o imaginário social, mas é inegável considerarmos que, a partir do século XX, as transformações sociais que impulsionaram o capital e o desenvolvimento científico permitiram à mulher ascender a um novo espaço social. Destacamos, pelo impacto que promoveram na percepção do feminino e seu posicionamento no mundo, alguns acontecimentos históricos relevantes, tais como: a inserção da mulher no mercado de trabalho, que permite a ela agora manter-se financeiramente sem a necessidade do casamento; o desenvolvimento do contraceptivo oral, que permitiu a vivência da vida sexual da mulher sem o risco de uma gestação não planejada; e a ascensão do movimento feminista, que colocaria em discussão temas antes inquestionáveis com relação à mulher.

O avanço inigualável da situação das mulheres no século XX está intimamente relacionado ao controle que ela adquiriu sobre seu próprio corpo e sobre a maternidade. Contribuíram de forma decisiva para isso o advento dos métodos contraceptivos e os avanços da medicina, que propiciaram uma maior expectativa de vida. As mortes precoces e as mortes em consequência dos partos, que atingiam as mulheres antigamente, passaram a ser mais controladas permitindo a elas não só o acesso à vida profissional como sua continuidade nessa área de atuação, após a maternidade. Da mesma forma, os movimentos feministas contribuíram para o acesso das mulheres à educação e ao mundo do trabalho (REIS, 2002, p. 17-18).

Desse modo, a sexualidade passa a ser também compreendida como parte da existência feminina, uma escolha, um posicionamento diante do mundo e do outro, construído e não apenas dado como condição pela natureza. Para Foucault (1993),

(...) o objeto sexualidade é, na realidade, um instrumento formado há muito tempo e que se constituiu como um dispositivo de sujeição milenar. O que existe de importante nos movimentos de liberação da mulher não é a reivindicação da especificidade da sexualidade e dos direitos referentes à esta sexualidade especial, mas o fato de terem partido do próprio discurso que era formulado no interior dos dispositivos de sexualidade (FOUCAULT, 1993, p. 268).

Nesse contexto, o exercício da autonomia e da reflexão se fez possível. No entanto, mesmo após essas transformações sociais, uma nova forma de controle sobre o corpo feminino fica patente: o culto à beleza e à estética, que, como afirma Reis (2002), coloca a mulher no lugar de objeto.

Se por um lado, o corpo feminino deixou de submeter-se à antiga servidão a determinadas regras, fosse elas do âmbito da sexualidade, da procriação ou mesmo da moda do vestuário, por outro, ele se encontra submetido a coerções estéticas mais regulares e imperativas, o que resulta numa ansiedade maior do que a vivida antigamente [...] As transformações da identidade social da mulher, advindas principalmente dos progressos contraceptivos e das novas aspirações profissionais, desvincularam a corpulência feminina da associação com a fecundidade – ou seja, da antiga posição materna no epicentro da identidade feminina. Por outro lado, a primazia da beleza feminina passou a obedecer aos mecanismos do mercado e à mercantilização do mundo (REIS, 2002, p. 82).

Corroborando essa reflexão, Natansohn (2005) nos traz a visão do corpo feminino na atualidade, não apenas pela ótica médica, mas também da perspectiva da mídia. Ela ressalta que a mídia, em parceria com o saber médico, tem tido um papel de certa forma disciplinador sobre os corpos.

Em nosso contexto atual, saúde é associada a um determinado padrão estético e de conduta. Fora dele tudo é disfunção e patologia, o prazeroso torna-se obrigatório e a saúde e a sexualidade continuam monitoradas. Agora, padronizadas em “cadeia nacional”, com consultas virtuais transmitidas “ao vivo” pelos programas de TV femininos recheados de especialistas, mas, que não levam em conta as possibilidades existenciais de cada sujeito.

O corpo toma lugar de garantias de acessos ao outro e à sua interação no mundo; se não está “adequado” ao padrão estabelecido, está excluído desses acessos. A mulher passa a ser fragmentada em partes idealizadas do seu corpo, em uma busca desenfreada pelo corpo idealizado, até como forma de inclusão social. Para a maioria das telespectadoras desses programas, no entanto, o acesso a esse corpo nunca chegará.

Definir um corpo como homem ou mulher, como sujeito de gênero e de sexualidade significa, pois, necessariamente, nomeá-lo segundo as marcas distintivas na cultura – com todas as conseqüências que esse gesto acarreta: a atribuição de direitos e deveres, privilégios e desvantagens. Nomeados e classificados no interior de uma cultura, os corpos se fazem históricos e situados. Os corpos são ‘datados’, ganham um valor que é sempre transitório e circunstancial. A significação que se lhes atribui é arbitrária, relacional e é, também, disputada. Para construir a materialidade dos corpos e, assim, garantir legitimidade aos sujeitos, normas regulatórias de gênero e de

sexualidade precisam ser continuamente reiteradas e refeitas. Essas normas, como quaisquer outras, são invenções sociais (LOURO, 2004, p. 89).

Assim, temos a mulher ainda cerceada pela sociedade, que massifica e só acolhe pela via do consumo, incluindo no critério de aceitação necessidades e direitos básicos com os quais ela ainda não é totalmente contemplada.

Outro aspecto sobre o qual consideremos importante refletir é que a mulher já não é mais exclusivamente a provedora afetiva do lar; agora, muitas vezes é o arrimo de família. Inserida no contexto de trabalho, ela transforma o adoecer em denúncia de sua condição limitada e humana, antes não aparente em seu exercício de mãe e esposa, o que se dá especialmente porque o cônjuge masculino, quando existente, não tem como função social o papel do cuidador.

Assim, discutiremos as questões de gênero e do movimento feminista no intuito de refletir acerca de como a mulher continua sujeita a certas normatizações na pós-modernidade, apesar das escolhas femininas tornarem-se mais flexíveis tendo em vista sua trajetória histórica.

3.2 O FEMINISMO E O CONCEITO DE GÊNERO

Conforme já pontuamos, com o controle social e a institucionalização da família baseada em regras e papéis estabelecidos, o papel social feminino foi sendo delimitado, tendo como respaldo e instrumento de coerção a ciência médica e jurídica e seus equipamentos estatais. A partir das transformações sócio-culturais do século XX é que as reivindicações feministas passam a emergir.

O feminismo, movimento que surge na década de 60 e se consolida a partir da década de 70, teve papel fundamental nas reivindicações e conquistas da mulher na redefinição do papel social feminino, do direito à apropriação de seu corpo e sexualidade. Foi fundamental no reposicionamento do feminino em nossa cultura e sociedade, inclusive através do desenvolvimento de pesquisas científicas que até então eram realizadas sempre sob a perspectiva masculina.

Esse movimento, ao lado da crescente entrada das mulheres no mundo público, questionou categorias de significação e explicação sociais amplamente aceitas, mostrando sua dimensão falocêntrica, e provocou uma profunda desestabilização das referências sexuais e culturais ao longo do

século XX, em várias partes do mundo. Nas quatro últimas décadas, forçou a incorporação das reivindicações colocadas na agenda pública e obrigou a sociedade a perceber e discutir a "questão feminina". Desestabilizou as tradicionais definições das identidades de gênero – que destinavam rigidamente o espaço público para os homens e o privado para as mulheres –, revelando a hierarquização, as relações de poder e a misoginia nelas contida. Assim, se de um lado abriu novas perspectivas para um amplo setor da humanidade, de outro suscitou profundas angústias e medos em outros setores sociais (RAGO, 2001, p. 61).

O feminismo permite que venham à tona discussões do âmbito feminino, como a sexualidade feminina, até aquele momento considerada inexistente. Criou a possibilidade de a mulher transitar por lugares antes restritos ao homem, e fazê-lo com desenvoltura e propriedade. A mulher não está mais aprisionada a padrões pré-estabelecidos pelo masculino, ou seja, as condutas e normas sociais foram também impactadas por essas novas possibilidades de se pensar as relações.

De acordo com Rago (1996), o feminismo sempre esteve presente enquanto sugestionador de comportamentos femininos; a princípio, e posteriormente, como arauto dos desfavorecimentos em relação à mulher, enveredando por lutas e questionamentos acerca da sociedade da época, tais como as imposições e os limites determinados a ela pela definição de seu sexo e de seu comportamento, que a tornaram minoria, sem direitos e sem potencial de expressão pelo fato de ser mulher.

Foi então, a partir dessas reflexões e reivindicações, que se buscou investigar e compreender a produção de um discurso histórico, criando novos conceitos baseados na lógica da linguagem e do pensamento bem como se buscou problematizar questões que persistem na dinâmica social nas relações entre o masculino e o feminino.

Segundo Scott (1990), o movimento feminista trouxe, dentre suas inúmeras reflexões e contribuições, a formalização do conceito de gênero, que instrumentalizou as reflexões e discussões acerca das interações masculino-feminino, indo além das diferenças naturais entre os dois sexos, discutindo as relações de poder e a significação social de tais posicionamentos.

Beauvoir (1967) já apontava que a condição feminina é pontuada pelos modos de relações sociais e de poder, muito além do fato da ausência do pênis que a caracteriza enquanto um corpo feminino.

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto

intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um Outro (BEAUVOIR, 1967, p. 9).

Gênero é, portanto, é a caracterização de uma relação de poder, socialmente estabelecidas, a partir das diferenças sexuais biológicas, que as naturalizam como inerentes ao corpo e possibilitaram a construção social do masculino e do feminino e das características ressaltadas em cada um – sejam elas validadas ou depreciadas –, geram a dominação de um sobre o outro; em nossa cultura, historicamente, o masculino sobre o feminino (SCOTT, 1990).

Segundo a autora, essas relações também se estruturam e se reproduzem socialmente a partir de outras formas de dominação tais como discrepâncias sócio-culturais e preconceitos étnicos, numa constante dialética permeada pelas mais diversas representações simbólicas, construídas historicamente.

Nesse sentido, percebemos que os modos de existir manifestam-se de várias formas, especialmente, através do papel que foi instituído socialmente à mulher. A ela não eram concedidos direitos – estava sujeita ao domínio familiar, paterno ou do cônjuge, normalmente por interesses de ambos, sem direito a sua própria voluntariedade. Assim, ficando mais simples sua docilização e adequação às normas sociais. A sexualidade feminina sendo associada ao adoecimento.

As conquistas do movimento feminino trouxeram, especialmente para as mulheres, novas possibilidades de construção de sua identidade bem como uma nova práxis, ambas corroboradas pelo discurso técnico-científico e teórico-filosófico, que permitiu o empoderamento de sua condição feminina até então submetida e condicionada pelas padronizações do código de conduta masculino, o qual tinha como respaldo as características biológicas, visíveis e inferidas, da mulher, gerando estereótipos e repressões, pautados na moral religiosa.

Na verdade, os homens parecem ainda despreparados para o enfrentamento dessa nova postura feminina frente a sua própria sexualidade. As dificuldades e ansiedades masculinas relativas à sexualidade não eram questionadas devido ao ocultamento da sexualidade feminina. Agora tais dificuldades tornam-se manifestas (GRASSI, 2004).

O masculino tem estado em crise, descaracterizado com a perda de um lugar determinado por séculos. A questão é que o homem e a mulher, ao invés de serem complementares, tornam-se excludentes, em um jogo de poder no qual se contrapõem, anulando e desqualificando um ao outro, gerando lacunas na produção de sentidos de

existência, que, muitas vezes, resultam em sequelas de adoecimento físico ou psíquico para ambos.

Observamos, então, que as mudanças sociais ao longo da história possibilitaram à mulher este reposicionamento existencial, não apenas pela aquisição de direitos, mas também pela possibilidade de maior autonomia. Processo permeado pelos estudos e discussões sobre o papel feminino – o desenvolvimento dos métodos contraceptivos e a possibilidade de planejamento familiar. Questões estas importantes para o ingresso de mulheres no mercado de trabalho e para que estas possam usufruir sua existência de forma mais tranquila e com mais propriedade, o que Giddens (1993) chama de “sexualidade plástica”. Para o autor, a sexualidade dissociada dos fins reprodutivos e ligada à saúde, antes só possível para o sexo masculino. Um corpo antes recluso emerge e passa a produzir seus sentidos.

As reflexões sobre a saúde da mulher são agora associadas a um corpo feminino – historicamente, o mais controlado e medicalizado, como já pontuamos. Porém, a partir dessas mudanças sociais, o corpo feminino não mais associado ao corpo materno-infantil, passa a ser visto como um corpo que vivencia suas possibilidades enquanto ser no mundo, ou seja, um corpo que necessita de cuidados porque existe.

A seguir, vamos nos ater aos cuidados em saúde com corpo feminino no Brasil.

3.3 SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

O Brasil, por sua extensão, possui um panorama diversificado com relação às condições e demandas em saúde da mulher. Atualmente, a maioria da população é composta por mulheres, bem como é a mulher que compõe a maioria de usuários dos serviços de saúde.

Inúmeras pesquisas apontam que as mulheres vivem em condições mais precárias de vida devido a condições socioeconômicas inferiores à dos homens, ao baixo grau de escolaridade, a violência doméstica e ao pouco acesso a serviços de saúde. Contudo, a sobrevivência feminina é maior, o que representa, portanto, maior adoecimento (BRASIL, 2004).

As mudanças de hábitos, aliadas ao stress gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem para que as doenças crônico-degenerativas estejam entre as principais causas de morte na população feminina. Alguns fatores, como o tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, a sobrecarga de responsabilidades – aumento considerável do número de mulheres chefes de família –, a competitividade, o assédio moral e sexual no

mundo do trabalho, têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico das mulheres (BRASIL, 2004, p. 46).

Refletindo acerca das desigualdades de gênero ainda existente em nossa sociedade, importa-nos delinear a trajetória da saúde da mulher no Brasil para melhor compreendermos o fenômeno aqui em pauta.

Segundo Bodstein (1987), é a partir da consolidação da República – aparecimento do Brasil no cenário mundial, intensificação do movimento migratório, expansão econômica e social – que “(...) *a saúde emergiu como questão social* (...)” (Bodstein, 1987, p. 17).

Mandú (2002) destaca que até o final do século XIX as intervenções em saúde no Brasil eram baseadas em técnicas estrangeiras, uma vez que os profissionais de saúde eram formados em universidades européias. A assistência médica era particular e os menos favorecidos recorriam às iniciativas filantrópicas.

Com a consolidação de um estado nacional através da República, começam a ocorrer intervenções mais diretivas na comunidade, como imunizações em massa e adequação de medidas sanitárias. São criados também os institutos de pesquisas nas áreas sanitárias e de controle de vetores. Essas intervenções passam por uma lógica de controle populacional, que vê as estratégias em saúde com base em aspectos morais e de vigilância da ordem social. Permanece o corpo feminino ainda o mais controlado.

Temos, assim, a atenção à mulher baseada em intervenções e práticas voltadas para cuidados materno-infantil, ou seja, a mulher associada ao seu papel socio-maternal, desprovida de um corpo seu, corpo que é delegado a outrem, relacionando saúde à moral e ordem social ao controle do corpo feminino – correlacionando reprodução e sexualidade (BRASIL, 2004; VIEIRA, 2002).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitada, porém, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Este modelo traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares (BRASIL, 2004, p. 57).

Nas décadas de 20 e 30, o movimento higienista consolida práticas de maior controle sobre a sociedade e, conseqüentemente, sobre o corpo feminino. Nesse período é que se instituem os exames pré-nupciais como procedimentos de saúde. Em decorrência do impacto dessas ações, cresce o número de investimentos em hospitais públicos e privados. Contando

com este recurso, já nos anos 40, firmam-se políticas voltadas para a questão materno-infantil e todas as ações ligadas à maternagem, a partir do Departamento Nacional da Criança.

Segundo Vieira (2002), sob o foco da educação sanitária e do modelo preventivo, a reprodução e a sexualidade passam a ser compreendidas como métodos educativos e de controle populacional e como base de comportamentos considerados inadequados para a família, lócus da reprodução legitimada.

Na década de 70, evidenciando-se ainda uma série de transformações sociais, que beneficiavam em especial a mulher, como resposta às lutas encampadas pelo movimento feminista em todo o mundo, o Ministério da Saúde estabelece bases e cria o Programa Materno-Infantil (PMI). Nesse momento, inclui-se o fator risco, vulnerabilidade e contracepção, mas a ação e a ideologia são basicamente as mesmas das décadas anteriores (MANDÚ, 2002).

Consolida-se, então, uma política de planejamento familiar, movida por questões internacionais de controle de populações menos favorecidas. O uso do método contraceptivo é difundido entre as mulheres, ainda que nem todas as fossem contempladas.

O número de partos bem como o de esterilizações aumenta e o olhar para a sexualidade, centrado em suas disfunções, torna-se especialidade médica. Os homens não eram incluídos ou sequer percebidos como participantes do ciclo reprodutivo e da sexualidade, sendo a mulher a única responsabilizada pela concepção e cuidados com a criança. Também não se levava em conta os aspectos socioculturais e de gênero, ambos bastante pertinentes para o enfoque da reprodução e da sexualidade, conforme evidenciados mais tarde.

No início dos anos 80 é que esses aspectos são revistos, especialmente pela luta feminista em prol dos direitos da mulher, e as questões de gênero e relações de poder às quais as mulheres estão condicionadas passam a ser questionadas. As feministas se organizam para as tradicionais reivindicações, agregando de forma mais contundente questões ligadas à saúde reprodutiva e à sexualidade e o enfrentamento das relações de gênero em setores considerados “pensadores” de estratégias de oposição (partidos, sindicatos, universidades). Buscaram então, construir um discurso ainda mais independente, mais próprio, procurando desvincular-se de qualquer tipo de subjugação, ainda que ideológica, buscando uma legitimação concreta para sua luta (MANDÚ, 2002).

Através da articulação com outros setores da sociedade e órgãos ligados à luta por direitos humanos, concomitante com discussões mundiais sobre o papel da mulher, seu lugar na sociedade e seus direitos, foi possível a contribuição das mulheres no estabelecimento de

algumas políticas sociais, tais como a criação dos Conselhos Estaduais da Condição Feminina, que culminaram em propostas para a implementação do PAISM – Plano de Assistência Integral à Mulher. Como enfatiza Osís (1998), este significou um marco nas políticas públicas em saúde da mulher.

O PAISM propunha a implementação nacional de medidas clínicas e educativas com base em dados epidemiológicos para acompanhamento da gestação, do parto, do puerpério, da contracepção e da infertilidade, bem como do controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e do câncer ginecológico. Foi precursor da descentralização de ações, preconizada posteriormente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e seu modelo educativo para a saúde visava à prevenção como estratégia principal ao mesmo tempo em que enfocava o diagnóstico, o tratamento e a recuperação em todos os aspectos da saúde da mulher, inclusive nas neoplasias (BRASIL, 2004).

Posteriormente, na década de 90, surge o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de relação direta entre o usuário e a equipe de saúde em seu contexto sócio-cultural, o que repercute de modo efetivo em ações para a saúde da mulher.

Essas transformações são possíveis devido à intensa mobilização social que questionava as formas de olhar social e propunha novas intervenções, gerando legislações concernentes a essas questões. A promulgação da Constituição de 1988, que garantiu, entre outras aquisições de direitos, o estabelecimento do SUS, assegurou o acesso mais igualitário e integral à saúde e suas especificidades. Além disso, uma série de conferências internacionais sobre o tema traçou as bases para estratégias, intervenções e conceituações reposicionadas desses fenômenos.

Entram nesse debate o enfrentamento às violências contra a mulher, a atenção a sua saúde mental, a valorização de seu saber e de suas práticas e a qualidade dos serviços prestados – condições ao acesso, adesão e sua eficácia.

Percebe-se que a luta pelos direitos da mulher remonta há anos, mas ainda há muito que caminhar. Normalmente, as ações partem do coletivo, do macro, esquecendo-se das particularidades de cada mulher, das representações que estas fazem de sua história e dos comportamentos que repercutem em seu cuidado consigo mesmas, na vivência de sua sexualidade.

O relatório do Banco Mundial (2003) traz as ações com foco em gênero como imprescindíveis em qualquer área de atuação ou programa implantado. Entre elas estão as ações em saúde reprodutiva que priorizam a redução da taxa de mortalidade materna; o acesso ao planejamento familiar para os mais pobres, sem a utilização contínua da esterilização; a

regionalização de ações, com enfoque cultural da localidade; e a participação de homens em programas de reprodução e de sexualidade.

Ações essas que ocorrem em consonância com a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007 – de cujas diretrizes destacamos: a garantia e promoção da saúde sexual e reprodutiva; a redução de morbimortalidade por DST/AIDS e câncer, com aumento de 30% da cobertura do exame preventivo na faixa etária entre 35 e 49 anos, por ser esta considerada de maior risco; e a ampliação da atenção à saúde feminina em grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2004).

O acesso a serviços e atenção de qualidade são aspectos essenciais para que a saúde da mulher seja amplamente assistida em toda sua especificidade, levando em conta seus direitos como mulher e cidadã, aspectos étnicos, sócio-econômicos e específicos de suas vivências, e o acolhimento necessário para que ela se sinta segura e responsável na busca de suas demandas.

A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões. A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável (BRASIL, 2004, p. 60).

Para tal, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004, p. 60-62), deve-se buscar:

- acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- captação precoce e busca ativa das usuárias;
- disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
- disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;

- estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

Portanto, as diretrizes de controle e combate aos cânceres que acometem as mulheres devem pautar as estratégias e ações na busca da saúde integral, humanizada e igualitária. E é exatamente este o tema que discutiremos a seguir.

CAPÍTULO 4

CÂNCER: HISTÓRICO E REFLEXOS NO BRASIL

4.1 A ONCOLOGIA NO BRASIL

A saúde pública desenvolve-se no Brasil no começo do século XX, destacando o processo de adoecimento como algo externo que deve ser combatido, principalmente em ambientes considerados mais inóspitos – os locais de moradia dos menos favorecidos. Naquele momento, a Medicina, longe ainda de ser supervalorizada, era considerada pouco eficiente para o controle dos fatores adoecedores (MERHY&QUEIROZ, 1993).

Mirra (2005) aponta que o câncer passa a ser controlado a partir do início do século XX, com ações voltadas para diagnóstico e tratamento e não para prevenção.² As políticas sanitárias vão ocorrer a partir da Primeira Guerra Mundial. Como reflexo do que já vinha ocorrendo em países desenvolvidos, o Brasil implanta o enfrentamento ao câncer em suas políticas sanitárias.³

A partir da década de 20, com o movimento higienista, torna-se ainda mais real o conceito de controle sanitário do coletivo, com a detecção de situações ou grupos sociais de maior risco de epidemias. Surge nesse período a atenção à saúde regionalizada e permanente, por profissionais que antes estavam mais focados nas pesquisas e identificações dos fatores nocivos e predisponentes às epidemias (MERHY&QUEIROZ, 1993; VIEIRA, 2002).

Definem-se, então, algumas estratégias tais como o Decreto nº 14.354 de Carlos Chagas, um código específico para casos de câncer e notificação compulsória; a coleta de dados para definição de estratégias de intervenção e apresentação de pesquisas científicas correlacionando o câncer à exposição a certas substâncias (BRASIL, 1996-2010). Na década de 30, o governo federal define uma política nacional de controle do câncer, é promulga o decreto-lei nº 378 que cria o Centro de Cancerologia, o qual vem a ser o Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Segundo Bodstein (1987), por ter um caráter nacionalista e intervencionista, o governo da década de 30 possibilita que várias ações sociais e de saúde sejam promulgadas, viabilizando a institucionalização de campanhas, programas de atenção continuada e serviços

² Segundo Mirra (2005), a primeira referência de registros sobre câncer no Brasil data de 1904, em uma revista científica intitulada Brasil-Médico, e relata um estudo de correlação entre o sul do país e alta incidência de câncer de útero.

³ Segundo Bodstein (1987), na década de 20, o câncer era a sexta causa de morte no Rio de Janeiro, na época, capital da Federação.

assistenciais a toda a população, além da criação de departamentos específicos para a área da saúde.

Na década de 40, cria-se o Serviço Nacional do Câncer que visava estruturar a campanha de câncer (Decreto-Lei nº 3.643), a partir da redefinição do conceito de saúde com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946. O foco do serviço passa a ser, então, a prevenção, que leva, na década de 50, a investimentos do governo brasileiro e instituições internacionais de estudos do câncer em capacitações, pesquisas e implementações de serviços no Brasil visando à prevenção e o controle e não mais apenas a identificação de sintomas e o tratamento, ainda que, internacionalmente, tanto o desenvolvimento técnico-científico quanto a classificação de doenças se consolidassem a cada dia, permitindo intervenções mais efetivas (MIRRA, 2005; BRASIL, 1996-2010).

Neste período, a introdução da medicina clínica como prática ambulatorial nos centros de atenção à saúde possibilitou consolidar a prática de multicausalidade no processo de adoecimento e o planejamento passa a fazer parte das estratégias de saúde. (MERHY&QUEIROZ, 1993).

Outro fato relevante da década de 50 é o desmembramento do Ministério da Saúde do Ministério de Educação, possibilitando autonomia para projetos na área de saúde além de maiores investimentos em procedimentos médico-hospitalares e medicações, devido à expansão da rede de atendimento à saúde, do desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares (UICC, 2001).

Mirra (2005) aponta que se iniciam as primeiras mobilizações para a implantação de um registro nacional de dados, visando a uma padronização dos registros para análise e estratégias mais efetivas do câncer. Em 1963, através da Associação Paulista de Combate ao Câncer⁴, é efetivado o Serviço de Registro Geral de Câncer, em São Paulo.

Na década de 60, constrói-se a crença de que o desenvolvimento econômico melhora a vida da população. Desse modo, além do investimento econômico no país, passam a se refletir estratégias de atenção básica continuada e a discussão sobre a medicina privada e sua

⁴ O Serviço Nacional do Câncer publicou dados estatísticos sobre casos de câncer no ano de 1968. Instituiu-se a criação da Fundação de Oncologia de São Paulo (FOSP), visando pesquisas e registros. Foi um dos primeiros centros a realizar pesquisa sobre câncer ginecológico na periferia da capital do estado. Lei nº 195, de 25.04.1974, decreto lei nº 4182 de 08.08.1974, inicialmente chamada de Fundação Centro de Pesquisas de Oncologia. Buscando maiores critérios nos estudos sobre adoecimento e criação de parâmetros para tal criou-se também o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português Atualmente, Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais, com sede no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (MIRRA, 2005).

prestação de serviços. Após o golpe militar de 1964, esse modelo se consolida e a saúde pública passa a receber menos investimentos, inclusive do próprio governo. Em contrapartida, criava-se uma nova lógica de discussões com relação à saúde coletiva, pensando-se uma reforma sanitária que pudesse, de fato, atender às necessidades sanitárias do país (MERHY&QUEIROZ, 1993).

Apesar do decreto nº 61.968, de dezembro de 1967, que regulamenta a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Iniciavam-se, então, os ganhos com a saúde privada – o processo de saúde-doença sendo entendido não mais como uma política pública, mas sim privada e a denominação da referida doença como ‘*crônico-degenerativa*’ (BRASIL, 1996-2010).

A partir da década de 70, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (1975), a atenção à saúde focou-se nas estratégias clínicas individuais, restringindo-se a saúde coletiva aos menos favorecidos economicamente. Porém, pela forma como se estruturou a operacionalização dos serviços, ocorreu um ônus aos cofres públicos, sendo necessário repensar o modelo de atenção em saúde no Brasil, focando-se a iniciativa privada apenas em casos específicos e ampliando a atenção básica de modo regionalizado.

Este foi um período de importantes transformações para a Oncologia, em especial com relação aos registros, que são fundamentais no desenvolvimento de pesquisas e implementação de políticas públicas. Além disso, o desenvolvimento dos métodos para diagnóstico e tratamento se aperfeiçoam e ocorrem investimentos no desenvolvimento de projetos de prevenção e detecção precoce dos diversos tipos de neoplasias. Dentre outras mudanças, extinguiu-se o Serviço Nacional do Câncer em 1980, suas ações passando a ser gerenciadas pela Previdência Social e o Ministério da Saúde, agora também visando à criação de programas de controle do câncer, tais como o Pro-Onco (BODSTEIN, 1987).

Estas reflexões e discussões acerca da operacionalização do sistema de saúde no Brasil, juntamente com as mudanças no panorama sócio-econômico brasileiro na década de 80, culminariam no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS).

A década de 80 foi um momento histórico na conquista da luta por direitos e garantias legais para sua efetivação. Temos a Constituição Federal de 1988 e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90), em 1990, que vêm a ser a base da implementação do sistema SUS e do PSF, alternativas ao até então modelo privado de assistência, além de garantir a descentralização de gestões em saúde, bem como os níveis de atenção.

Em consonância com a constituição, entende-se a saúde como direito fundamental e dever do Estado, sendo um de seus objetivos do SUS é a assistência, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Apesar do estabelecimento do SUS, o empobrecimento da população a partir do modelo neoliberal traz conseqüências drásticas ao sistema público de saúde, que, mesmo remodelado, nem sempre consegue atender as demandas de uma população que o requisita em larga escala. Além disso, com o afastamento do Estado das políticas públicas, o usuário dos serviços têm sido cada dia mais responsabilizado por sua deterioração.

A privatização e terceirização dos serviços de saúde comprometem, em muitos casos, os serviços prestados ao usuário, repercutindo na inadequação do sistema de saúde à proposta estabelecida constitucionalmente (NORONHA & SOARES, 2001).

De modo geral, percebemos que no Brasil, historicamente, a saúde pública teve sempre como base o enfoque para ações em população de baixa renda, dispondo de pouco investimento governamental e com uma prática preventiva voltada para doenças infecciosas, de agentes externos.

Tendo como referências que as neoplasias apresentam de 16 a 21% de incidência na população adulta, e ainda que o índice de mortalidade por esta mesma condição masculina (70%) seja superior ao feminino. A maior causa de morte entre mulheres no intervalo de 30 - 49 anos é a neoplasias – sendo os cânceres de mama e de colo do útero os de maior incidência (OPAS, 1998).

Em 1999, cria-se o Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco. Desde 2000, foi autorizada a portaria nº 3.535/MS, que regulamenta o "*Projeto Expande*", um *Projeto de Expansão da Assistência Oncológica*, que visa ampliar para hospitais gerais de alta complexidade o tratamento oncológico, também em acordo com as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde.

Programas específicos vêm sendo criados desde então, tais como o Programa de Controle do Tabagismo, devido à sua correlação direta ao surgimento ou agravamento de quadros de câncer e o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.

Em 2002, foi publicado o Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil (1979 – 1999), um compêndio das últimas décadas de principais avanços no acompanhamento do câncer e a implementação cada vez mais comum de novas tecnologias. Anualmente é lançado pelo Instituto Nacional do Câncer a Estimativa Nacional de Incidências de Câncer.

A mais recente ação é a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009), buscando controle amplo do câncer no Brasil,

atingindo os distintos níveis de atenção – básica, média e alta complexidade – estruturando uma rede de atenção ao câncer, com objetivos de diminuir a incidência e a mortalidade por acometimento a este mal (BRASIL, 1996-2010).

Da história da Oncologia no Brasil e suas ações, sabe-se que a maioria delas existiu desde o início ou mesmo foram pioneiras nos estados que detinham o capital e a força política do país, basicamente os estados da região sudeste, o que delimita desde precocemente a concentração de tratamentos e maiores expectativas de vida à população desta região bem como favorece o fluxo migratório de tratamento e especialidades presente até hoje na realidade brasileira.

Porém, segundo relatório da OPAS (1998), proporcionalmente, as mulheres encontram-se mais acometidas desta doença – de toda a incidência de câncer, 02 tipos acometem exclusivamente as mulheres.

Para a discussão de tantas interfaces, é necessário explorarmos conceitos pré-estabelecidos e buscarmos a essência, visando compreender sua construção, seus sentidos e significações, que contemplem as inúmeras possibilidades de interação da mulher consigo, com o outro e com o mundo e os reflexos para com sua existência, inclusive, enquanto portadora de uma doença que atinge essencialmente o seu órgão símbolo de seu existir feminino: o útero.

4.2 CÂNCER: INCIDÊNCIAS E HISTÓRICO NO BRASIL

Nos itens que se seguem, procuramos nos ater essencialmente aos dados obtidos pelas fontes de informação médica, sem alterações e que poderiam configurar em modificações drásticas do sentido e proposta de uma reflexão sobre o câncer, nos baseamos nos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde/ Instituto Nacional do Câncer.

Para tal, definimos:

[...] câncer é um crescimento rápido e desordenado de células, que por algum motivo sofreram alterações em sua programação genética (mutação), ativando genes que aceleram o crescimento e metabolismo celular, expandindo-se para seu redor e desenvolvendo formas de irrigação e nutrição, criando um sistema independente que prejudica o órgão de origem (BRASIL, 2002a, p.17).

Posteriormente, podem se desprender células desse aglomerado, migrando para outros órgãos através dos sistemas linfático e sanguíneo, gerando, então, as chamadas metástases.

Segundo Guerra, Moura-Gallo & Mendonça (2005), o câncer é responsável por seis milhões de mortes anualmente, sendo 12% de todas as causas de morte no mundo e dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento.

A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados a alto status sócio-econômico - câncer de mama, próstata e cólon e reto - e, simultaneamente, a presença de taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza - câncer de colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral.⁸ Esta distribuição certamente resulta de exposição a um grande número de diferentes fatores de risco ambientais relacionados ao processo de industrialização - agentes químicos, físicos e biológicos - e de exposição a outros fatores relacionados às disparidades sociais. (GUERRA, MOURA-GALLO & MENDONÇA, 2005, p.227 - 228).

O câncer é uma das maiores e mais antigas epidemias, de acordo com a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, órgão ligado à Organização Mundial de Saúde, estimam-se 12 milhões de novos casos e 7 milhões de óbitos, anualmente, principalmente nos países em desenvolvimento, sendo a estimativa de prevalência de 25 milhões (BRASIL, 2009).

No Brasil, as estimativas de adoecimento por câncer para o ano de 2010, que se estendem também para o ano de 2011, indicam 89.270 novos casos, com maior incidência em mulheres - cânceres de mama e do colo do útero. Em termos gerais, as mulheres serão mais acometidas do que os homens, com estimativa de 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino - desses, 18 mil novos casos de câncer de colo do útero (BRASIL, 2009, p. 24).

Há, ainda, segundo OMS (2008), uma estimativa de aumento de mortalidade para aproximadamente 09 milhões em 2015 e 11,4 milhões em 2030. Em 2005 o câncer levou a óbito 190.000 pessoas no Brasil, sendo, 113.000 de pessoas com idade inferior a 70 anos. A OMS estabelece algumas ações e intervenções como medidas de controle e promoção de saúde com relação ao câncer, uma vez que este é um dos graves problemas de saúde pública do mundo.

O ambiente sócio-cultural, hábitos e exposição a fatores externos podem estar associados ao seu desenvolvimento, bem como idade e pré-disposições genéticas, em alguns casos. O câncer de maior incidência e mortalidade entre homens no mundo é o de pulmão. Este também é alto entre as mulheres, em decorrência do tabagismo, porém o câncer de mama

leva a mais óbitos. O câncer de colo de útero é de baixa mortalidade em países desenvolvidos; porém, nos países em desenvolvimento é a terceira causa de morte entre mulheres acometidas.

A maior incidência de câncer ocorre nas regiões mais industrializadas e, conseqüentemente, mais populosas. Pode-se pensar em várias hipóteses para justificar tal dado: maior número de exames e notificações realizadas; acesso mais facilitado aos serviços de saúde; maior exposição aos fatores exógenos desencadeantes; ritmo de trabalho intenso adiando cuidados com a saúde e o próprio ritmo de vida estressante, que produz no corpo manifestações emocionais não elaboradas. O ritmo de vida nos grandes centros modificou-se nas últimas décadas, transformando hábitos alimentares e comportamentais, principalmente sexuais, em especial para a mulher, que alterou seus padrões reprodutivos a fim de poder inserir-se no mercado de trabalho (BRASIL, 1993).

De acordo com Guerra, Moura-Gallo & Mendonça (2005), considerando-se 10 registros de câncer de base populacional do Brasil, o câncer de colo uterino detém o segundo lugar. Estudos citados por estes pesquisadores comprovam que o maior rastreamento de fatores de risco bem como a ampliação da cobertura do exame ginecológico diminui a mortalidade de mulheres por câncer de colo de útero.

A detecção precoce é um fator positivo para o tratamento do câncer, porém em muitos casos ela não ocorre, agravando o quadro e dificultando um bom prognóstico. Especificamente no diagnóstico do câncer colo uterino isto se agrava de forma injustificada, pois sua prevenção é muito simples e o tratamento é rápido e não oneroso quando identificado precocemente, com altas taxas de cura e não apenas paliativos ou mais danosos à saúde feminina, como nos casos de diagnóstico tardio.

Os gastos com o diagnóstico, tratamento, medicações, internações e consultas freqüentes são altos e tornam-se maiores quando o estadiamento do câncer é avançado. Outros gastos, não diretamente computados, também causam impacto na economia do país através do sistema previdenciário – pagamento de afastamentos para tratamento e aposentadorias. Certamente, menos oneroso seria se houvesse mais investimentos em prevenção efetiva e diagnósticos precoces.

4.3 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O colo de útero ou colo uterino, no fundo vaginal, é a porção do órgão que tem o primeiro contato do interior do útero com o exterior da mulher, é ele que comunica o útero com a vagina. Na hora do parto, é esta porção que se dilata, permitindo passagem para o feto

nascer. É, portanto, o contato com o interior da mulher e o receptor dos agentes externos e vice-versa.

No Brasil, o número de novos casos de câncer do colo do útero esperado em 2010 é de 18.430, com um risco estimado de 18 casos para cada 100 mil mulheres acometidas (BRASIL, 2009, p. 32)⁵.

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais freqüente entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. (BRASIL, 2009, p. 33)

Embora seja, como o câncer de pele, daqueles que apresentam maior possibilidade de prevenção e cura com diagnóstico precoce⁶, a faixa etária de incidência deste câncer é extensa, atualmente, concentrada entre os 20 e 29 anos, com risco aumentado por volta dos 45 aos 49 anos.

Ele é responsável por 10% de todos os tumores malignos em mulheres e, através de dados do Registro Hospitalar de Câncer, sabe-se que mais de 70% dos casos que chegam aos hospitais já estão em fase avançada da doença (BRASIL, 2009).

A contaminação com o Papilomavírus Humano (HPV) é condição para o desenvolvimento da lesão de alto grau, mas a infecção pelo vírus sozinha não faz com que se manifeste como câncer. Outros fatores associados são comportamentos sexualmente vulneráveis como: início precoce de vida sexual, não-utilização de métodos preventivos, multiparidade de parceiros de qualquer dos cônjuges, multiparidade filial, baixa ingestão de vitaminas, infecção de DSTs e HIV, tabagismo e a alguns tipos do vírus HPV, adquirido por via sexual. (BRASIL, 2009, p. 33).

Existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero em que a detecção de possíveis lesões precursoras se dá através da realização periódica do exame preventivo. Os sintomas relacionados ao desenvolvimento de câncer de colo de útero são: secreção vaginal incomum – podendo conter sangue fora do período menstrual normal – e dor durante o ato sexual, seguido, algumas vezes, de sangramento. (BRASIL, 2009).

⁵ A incidência do câncer do colo do útero é o maior na Região Norte (23/100.000). Nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000), ocupa a segunda posição mais freqüente e nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000), a terceira posição. (BRASIL, 2009, p. 32)

⁶ Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49%. (BRASIL, 2009, p. 33)

4.3.1 Diretrizes, programas e métodos de detecção e tratamento

A Conferência Mundial Sobre a Mulher (Pequim/1995) definiu diretrizes de estratégia para o enfrentamento de inúmeras questões que vulnerabilizam ou expõem a mulher a altos índices de mortalidade, tais como adoecimentos como o câncer de colo de útero. A criação pelo Ministério da Saúde do **Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**, em 1996, se deu com o objetivo de combater as altas incidências e mortalidade por este tipo de câncer no Brasil.

O VIVA MULHER – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama vem sendo estruturado para atender essa expectativa, tendo como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e o tratamento e reabilitação das mulheres. Desta forma, as diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede formada para o controle do câncer. (BRASIL, 2001, p. 10)

A partir da implantação do Programa, iniciado como Projeto Piloto em algumas capitais⁷ (1997-1998), buscou-se o estabelecimento e a consolidação de ações para a eficácia da disponibilidade e acesso aos serviços e do rastreamento do câncer de colo de útero, estendendo-se nessa implantação até 2002. O foco do Programa são mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos que nunca haviam realizado o exame (Id., 2001, p. 10).

A partir de 2003, consolida-se uma importante base de dados e a interlocução entre os distintos níveis de atenção à saúde, pensando ações continuadas, além de protocolos padronizados para os exames citopatológicos.⁸ Em 2005, estabelece-se uma rede de atenção nacional com importante participação do MS/INCA em discussões e capacitação de profissionais de saúde, com amplo apoio ao desenvolvimento de ações e pesquisas⁹ (BRASIL, 2006a).

⁷ Curitiba, Brasília, Recife e Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe.

⁸ Publicação do livro “Nomenclatura Brasileira Para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas” e desenvolvimento do Sistema de Monitoramento do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO) (BRASIL, 2006a).

⁹ Duas portarias são publicadas, referentes a ações no controle e rastreamento do câncer de colo de útero: SAS/MS n. 287 / 2006: estabelece fluxo para envio, avaliação e atualização da base nacional de dados do Siscolo

Conforme mencionado acima, como medida preventiva, identificam-se alguns comportamentos ou condições que podem predispor a mulher ao desenvolvimento do câncer de colo de útero: sexo desprotegido; deficiências nutricionais; uso de álcool e tabaco; ausência às consultas clínicas. De modo geral, doenças crônico-degenerativas ou infectocontagiosas associadas também são fatores de maior vulnerabilidade à mulher, como co-morbidade com os fatores supracitados.

É fundamental informar e incentivar mulheres à realização do exame preventivo de câncer de colo de útero. A faixa etária de 25 a 59 é preconizada como rastreamento, mas considera-se que às mulheres acima dos 35 anos que nunca realizaram exames estejam mais vulneráveis. Outro aspecto a ser incutido na mulher é a valoração do retorno ao médico e a busca dos resultados, pois é alto o índice de mulheres que não comparecem à consulta de retorno (40%). Muitas vezes, isto se deve a baixa qualidade do atendimento, que resulta em falta de acolhimento da usuária que, devido a especificidade da demanda, necessita de atendimento diferenciado por se tratar de questões de gênero, sexualidade e privacidade (BRASIL, 2002, p. 86).

Além disso, o acesso a serviços de qualidade, exames laboratoriais confiáveis e agendamentos contínuos e ágeis, indubitavelmente, garantiriam a adesão das mulheres e, conseqüente redução desses altos índices.

4.3.2 Exame Citopatológico do colo do útero¹⁰

O exame citopatológico (Papanicolaou)¹¹ é o exame preventivo do câncer do colo do útero que analisa as células internas e externas desta parte do órgão, obtidas através de raspagem no local. É um método facilmente aplicável, rápido e de baixo custo, perfeitamente adequado à realidade de países em desenvolvimento, como é o Brasil. (BRASIL, 2001).

e SAS/MS n. 3212 / 2007: institui um Comitê Permanente para acompanhar e monitorar a implementação de ações relativas à vacina contra o HPV (BRASIL, 2006a).

¹⁰Segundo Greenwood (2006), a técnica da coleta de material surgiu em 1941, George Papanicolaou desenvolveu uma forma de coletar as células que se desprendem do colo uterino, principalmente, porque as células cancerígenas desprendem-se com maior facilidade.

¹¹ Até a década de 1990, o teste Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI), são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero (BRASIL, 2009, p. 33- 34).

O Ministério da Saúde publicou um documento em 1988, através do Instituto Nacional de Câncer, que culminou no documento de Normas e Recomendações acerca da periodicidade do exame preventivo.

[...] definiu que, no Brasil, o exame colpocitopatológico deveria ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou que já tivessem tido atividade sexual mesmo antes desta faixa de idade, uma vez por ano e, após 2 exames anuais consecutivos negativos, a cada 3 anos. (BRASIL, 2002a, p. 13)

O procedimento, portanto, é realizado em consulta ginecológica anual ou trienal¹² (a depender dos resultados dos exames anteriores) mediante abertura do canal vaginal por meio de espécuro e sem utilização de lubrificante. Algumas mulheres por ansiedade e/ou constrangimento contraem o canal vaginal e relatam dor e incômodo, o exame, porém, não é doloroso. Para a realização do exame, a mulher não pode estar em período menstrual, fazendo uso de medicamento ou qualquer substância no local, nem ter tido relações sexuais no dia anterior, pois a presença de esperma e alterações do PH vaginal alteram seu resultado (BRASIL, 2006).

As vacinas contra o HPV, já em estudo há alguns anos, foram aprovadas e regulamentadas, constituindo-se em uma possível nova estratégia no controle e combate ao câncer de colo de útero, porém ainda não entraram em vigor no Programa Nacional de Imunizações. Serão administradas em mulheres de 10 a 19 anos (BRASIL, 2009, p. 34).

4.3.3 Tipos de Câncer do Colo do Útero

O manual do INCA, no qual nos baseamos, tem como referência a categoria Bethesda (2006;1996)¹³. Destacamos suas principais distinções.

O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão pré-invasiva, curável em até 100% dos casos (anormalidades epiteliais conhecidas como displasia e carcinoma *in situ* ou diferentes graus de neoplasia intraepitelial cervical [NIC]), que normalmente progride lentamente, por anos, antes de

¹² Em 2008, os serviços de saúde registraram aumento na procura do exame, o que equivale a cerca de 49 milhões de exames preventivos realizados, representando 84,6%, um crescimento de 25,0% em relação a 2003 (BRASIL, 2009).

¹³ Desde 1993, a Sociedade Brasileira de Citopatologia e o Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, preconizam a adoção da classificação do MS/SBC, que corresponde à de Richard, modificada por alguns critérios de Bethesda” (BRASIL, 2002, p. 48).

atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, quando não impossível (Figura 1). Barron e Richart (1968) mostraram que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de uma displasia leve (HPV, NIC I) e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para as displasias moderadas (NIC II) este tempo é de 38 meses e, nas displasias graves (NIC III), de 12 meses. Em geral, estima-se que a grande maioria das lesões de baixo grau regredirão espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos (Sawaya et al., 2001). Por outro lado, o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos (NCI, 2000) calcula que somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto que 30% a 70% terão evoluído decorridos 10 a 12 anos, caso não seja oferecido tratamento. (BRASIL, 2002b, p. 13)

Atipias de Significado Indeterminado em células escamosas (ASCUS) e/ou glandular (AGUS): sem alterações celulares, porém com alterações citopatológicas;

Efeito citopático compatível com Vírus do Papiloma Humano (HPV): alterações celulares pela presença do HPV. Para identificar o tipo do vírus, deve-se utilizar métodos moleculares;

Neoplasia Intra-Epitelial Cervical I - NIC I (displasia leve): alterações presentes, mas em baixo grau e pouco invasivas;

Neoplasia Intra-Epitelial Cervical II - NIC II (displasia moderada) e Neoplasia Intra-Epitelial Cervical III - NIC III: (displasia intensa ou carcinoma *in situ*): alterações celulares importantes e já em grande parte do colo do útero, chamadas lesões de alto grau;

Carcinoma Escamoso Invasivo e Adenocarcinoma *in situ* ou Invasivo: muito próximo dos NIC II e III, sendo diferenciado apenas por exame histopatológico. (BRASIL, 2006, p. 19 - 21).

4.3.4 Métodos de Diagnóstico

O **exame histopatológico** se dá por biópsia prévia a partir de curetagem ou procedimento cirúrgico e tem como objetivo a identificação de células cancerígenas não identificadas por colposcopia. É a partir deste exame que se define o tipo, sua extensão e as margens cirúrgicas (AMARAL, SOUZA & TAVARES, 2006, p. 79).

A **colposcopia** é uma técnica de visualizar o órgão sexual feminino externa e internamente (vulva, vagina), estendendo-se até o colo do útero por um aparelho que, a partir de substância aplicada no local, provoca contraste nas células cancerígenas, tornando-as visíveis (BRASIL, 2001, p. 9). O Brasil foi um dos primeiros países a utilizar tal método. É

categorizada como **normal** (sem alterações), **anormal** (com alterações) e **insatisfatória** (sem possibilidade de visualização) (BRASIL, 2006).

4.3.5 Tratamento: procedimentos e intervenções

O tipo de tratamento dependerá do local, do estágio da lesão encontrada, da idade da paciente e das condições clínicas. É fundamental avaliar o estágio do tumor, para que o prognóstico seja estabelecido, e o comportamento biológico do tumor, para se definir o tipo, qualidade e quantidade de administração das drogas.

O resultado do exame citopatológico é que indicará o tratamento mais adequado, bem como a localização da lesão, quadro clínico geral da paciente e resposta a tratamentos prévios. Nos casos de lesão simples do HPV e NIC I a resposta é positiva com a conduta de repetição do exame a cada 06 meses. Havendo necessidade, procede-se a cauterização física das lesões (corrente elétrica de baixa amperagem, congelamento da lesão) ou química (medicamento e substâncias aplicados pela paciente ou em consulta com a finalidade de cauterização), não sendo realizado, porém o exame histopatológico (BRASIL, 2000b, p. 355).

Seguem abaixo as principais estratégias de tratamento:

Radioterapia: é um procedimento muito comum no câncer do colo do útero devido à área afetada. Consiste na aplicação de radiação no local afetado na tentativa de inocular as células cancerígenas e evitar o reprodução de novas pela morte do tecido local.

A radioterapia é um recurso terapêutico largamente utilizado no câncer do colo do útero e que se beneficia da capacidade de penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados, ou raios gama, emitidos pelo radium ou outro material radioativo, em um alvo, reduzindo e, por vezes, eliminando o tumor (BRASIL, 2002a, p. 53).

Tem como conseqüências a perda da função ovariana e de lubrificação vaginal, sendo um dificultador para as práticas sexuais e para a fecundação mesmo com o fim do tratamento; porém, é reversível. Pode ser utilizada para qualquer estadiamento do câncer, pré e pós-cirúrgico ou mesmo como procedimento isolado, sem adjuvantes e em casos onde não haja indicação ou mesmo possibilidade de sujeição da paciente à cirurgia. Em alguns casos, se faz a Radioterapia de Contato ou Braquiterapia nos tumores ginecológicos, havendo necessidade de hospitalização de pelo menos três dias. Há casos em que é necessário receber primeiro a Radioterapia Externa e depois a Braquiterapia.

Nos estágios iniciais, I e II A, os resultados da cirurgia e da radioterapia são os mesmos em relação à sobrevida; sendo que a cirurgia é mais vantajosa na possibilidade de manutenção da função ovariana e em relação à qualidade da atividade sexual, por manter a vagina elástica. A partir do estágio II B, a radioterapia oferece maior sobrevida do que a cirurgia (70% contra 59%). A radioterapia é um recurso terapêutico largamente utilizado no câncer do colo do útero, sendo indicada como terapia exclusiva nos estágios II B, III A e III B, ou nos estágios iniciais, quando a paciente apresenta contra-indicações para o tratamento cirúrgico. Nos estágios IV A e IV B também pode estar indicada.

Como recurso a ser usado após a cirurgia, está indicada quando houver invasão profunda do estroma, linfonodos acometidos ou se houver recorrência pélvica do tumor. Como recurso pré-operatório, está indicada nos adenocarcinomas de grande volume e nos tumores barrel-shaped (tipo especial) (Id., 2002b, p. 53).

A Radioterapia, quando há esta possibilidade, é um método comumente inicial, pois auxilia na diminuição do tumor e, conseqüentemente, das seqüelas decorrentes dele (dor, hemorragias). A radioterapia pode até mesmo extinguir o tumor, evitando um tratamento mais extenso e agressivo.

Ela é realizada com a delimitação da área de abrangência – literalmente marcando no paciente o local que receberá a radiação com traços que não podem ser deletados até a finalização do tratamento.

Quimioterapia: é um tratamento a base medicamentos, podendo ser aplicados de várias formas (endovenoso, oral, intramuscular, subcutânea, etc), não sendo indicado em todos os casos de câncer de colo de útero; normalmente, apenas quando já há invasão importante do tecido (NIC III e IV)

A quimioterapia não é o tratamento de escolha para o carcinoma escamoso, mas vários protocolos atuais têm recomendado o uso concomitante com a radioterapia, aumentando a resposta individual à terapêutica. Quando usada como recurso que antecede a radioterapia, pode induzir seleção de células resistentes à radioterapia, piorando os resultados finais. Quando utilizada antes da cirurgia, pode melhorar o resultado final por redução volumétrica da massa a ser operada. Pode ser utilizada como recurso nos casos de doença recorrente após a cirurgia ou radioterapia, mas os resultados são precários. (BRASIL, 2002a, p. 53)

Em caso de desejo de gravidez, a mulher deve aguardar a alta após 02 anos de acompanhamento citológico e colposcópico, ou seja, 04 encontros com o médico após o tratamento, desde que, obviamente, o útero tenha sido preservado de modo a sustentar uma gestação.

4.3.6 Procedimentos cirúrgicos

A cirurgia pretende ser um método pouco invasivo, no sentido de minimizar os efeitos da disseminação do tumor, retirando não apenas o próprio como também áreas adjacentes. Além disso, conhecer a etiologia do tumor a partir de retirada de amostra para análise citopatológica é essencial (BRASIL, 2000b, p. 355-357).

O objetivo do tratamento cirúrgico é promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, modulando assim o tratamento adjuvante. (BRASIL, 2002a, p. 51)

Cirurgia de alta frequência (CAF): comum em lesões precursoras de câncer ou iniciais – é a retirada e cauterização, evitando tratamentos subseqüentes para este fim. Tem como vantagens incisões pequenas e a preservação da fertilidade e possibilidade de gestação, a posteriori.

Atualmente, a cirurgia de alta frequência (CAF) é considerada um bom método para o tratamento das lesões precursoras do câncer cervical. Os aparelhos de CAF geram um tipo de onda que produz simultaneamente corte e hemostasia e substituem o tratamento por meio da cauterização ou de substâncias corrosivas, com a vantagem de obter fragmento para estudo histopatológico. Além disto, possibilita o tratamento das lesões precursoras do câncer com cirurgia conservadora da fertilidade, não mutilante em nível ambulatorial, permitindo inclusive a opção de diagnóstico e tratamento na mesma consulta¹⁴ (Id., 2002a, p. 51).

Após o procedimento, são comuns algumas manifestações somáticas, consideradas incômodas por muitas mulheres

Após o procedimento, é importante se ter noção que uma descarga serossangüinolenta pode ocorrer durante as duas primeiras semanas após a cirurgia. Recomenda-se à cliente evitar o uso de tampões vaginais, duchas e relações sexuais por 4 semanas. A mulher retorna em 4 semanas para revisão, e o controle citopatológico e colposcópico dependerá do resultado do exame histopatológico [...] (Ibidem, 2002a, p. 51)

Cone a frio – indicado para NIC II e III, é um procedimento que necessita internação. É uma incisão que pretende alcançar ao máximo a área afetada e suas adjacências, sendo neste

¹⁴ método Ver e Tratar.

formato devido à estrutura do colo do útero. É um método precursor a histerectomia, em muitos casos.

Método clássico indicado tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica de lesões precursoras de alto grau do câncer de colo uterino (NIC II e III). A grande desvantagem deste método reside no fato da paciente necessitar ser internada para a realização do procedimento. A complicação mais frequente é o sangramento e a estenose cervical (BRASIL, 2002a, p. 51).

Histerectomia: é a retirada de parte ou da totalidade do útero. Indicado na tentativa de preservação de órgãos internos que podem ser afetados pela disseminação das células cancerígenas. Por ser uma cirurgia de alta complexidade e devido à existência de métodos menos agressivos e mutilantes para a mulher é realizada como última possibilidade terapêutica.

Histerectomia abdominal ou vaginal - É o tratamento de escolha para as pacientes com prole definida e com carcinoma do colo do útero no estágio IA1 (microinvasor). É necessária a realização de um cone a frio ou por alça para a confirmação do diagnóstico de microinvasão, antes da indicação da histerectomia. Apesar da histerectomia ser o tratamento de NIC com a menor taxa de recidiva, deve-se ter em mente que existem, hoje em dia, intervenções menos mórbidas (tais como a CAF), menos custosas e que não levam a mutilações nas mulheres, tendo taxas de cura bastante aceitáveis, sendo recomendadas pela experiência internacional, e que devemos ter sempre como a primeira opção (Id., 2002a, p. 51).

Como o útero é um órgão potencialmente regulado por hormônios, é provável que algumas alterações ocorram, uma vez que seja extraído total ou parcialmente. Por exemplo, a retirada dos ovários pode causar sensações próprias do climatério (calores, perda de libido, irritabilidade). Com a retirada do útero apenas não ocorrerá mais a menstruação, ou seja, qualquer outra alteração será de fundo emocional.

As reações, em todos os tratamentos, dependerão da intensidade, da dose, da parte afetada, da extensão de irradiação. Comumente, sente-se cansaço, inapetência, reações cutâneas. Estas reações desaparecem algumas semanas após o término do tratamento, devendo a paciente informar ao médico qualquer alteração ininterrupta que cause lesão ou febre persistente, não devendo utilizar-se de automedicação ou qualquer produto não comunicado ou recomendado por ele (BRASIL, 2002a).

Zeferino e Galvão (1999) ressaltam alguns aspectos desfavoráveis à prevenção e o controle do câncer de colo de útero que ainda estão bastantes presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Segundo os autores, não há ainda uma percepção efetiva do problema e, conseqüentemente, as soluções não tem se mostrado eficazes, sendo insuficientes para impactar as taxas de morbi-mortalidade deste câncer.

O impacto social do câncer é drástico para o doente, a família e a sociedade, seja pela representação social da doença seja pelos custos com diagnóstico e tratamento que aumentam consideravelmente quanto mais evoluído o estágio do câncer. No câncer de colo de útero estes fatores são alarmantes, pois se sabe que a prevenção e o controle são extremamente eficazes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o câncer de colo de útero, nos países em desenvolvimento, como uma das prioridades na criação, manutenção de políticas e ações de prevenção e controle, tendo como foco a redução de morbi-mortalidade da população atendida. Porém, percebe-se, através das taxas de incidência e de mortalidade, que essas políticas não têm atendido de forma satisfatória e abrangente a população a qual se destina.

4.3.7 Seguimento

São fundamentais exames de seguimento posteriores ao tratamento e procedimentos interventivos, tais como o

Exame físico geral; Exame ginecológico, inclusive especular, com coleta de material para exame citopatológico; Toques retal e vaginal.; Exames laboratoriais e de imagens (RX de tórax, US abdômino-pélvica, TC abdominal e pélvica, de acordo com a indicação clínica). (BRASIL, 2000a, p. 354)

O tempo e a duração do seguimento dependerá dos procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas em seu tratamento. Ou seja,

Pacientes submetidas à histerectomia total abdominal dos tipos I e II - revisão de 6 em 6 meses, durante 2 anos, seguindo-se de controle anual, até completar 5 anos quando é dada alta; Pacientes submetidas à histerectomia total abdominal do tipo III, com ou sem RT complementar - revisão a cada 6 meses, durante 2 anos, e, depois, anual até 5 anos, quando é dada alta.; Pacientes submetidas à RT - revisão em 3 meses, seguindo-se de controle a cada 6 meses, durante 2 anos. Posteriormente, revisão anual até completar 5 anos (Id., 2000a, p. 354).

4.3.8 Benefícios e direitos

De acordo com manual do MS/INCA para portadores de câncer, (BRASIL, 2004), atualmente, o paciente oncológico pode requerer benefícios e auxílios governamentais durante e posterior ao seu tratamento, dependendo das condições em que se encontre após sua

realização. Através da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, está garantido o Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente, e, devido à especificidade do acometido por câncer, este é também incluído neste benefício.

De acordo com a lei, é o benefício que garante um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais, que não exerça atividade remunerada, e ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho e para uma vida independente. Para obtenção do referido benefício, outro critério fundamental é de que a renda familiar, dividida pelo número destes, seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Esse cálculo considera o número de pessoas que vivem no mesmo domicílio: o cônjuge, o (a) companheiro(a), os pais, os filhos e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos. O critério de renda caracteriza a impossibilidade do paciente e de sua família de garantir seu sustento.

O paciente de câncer tem direito ao benefício desde que se enquadre nos critérios de idade, de renda ou na condição de deficiência descritos acima.

Nos casos em que o paciente sofra de doença em estágio avançado, ou sofra conseqüências de seqüelas irreversíveis do tratamento oncológico, pode-se também recorrer ao benefício, desde que haja uma implicação do seu estado de saúde na incapacidade para o trabalho e nos atos da vida independente.

O requerente também não pode estar vinculado a nenhum regime de previdência social ou receber quaisquer benefícios. Mesmo quando internados, tanto o idoso como o deficiente possuem direitos ao benefício. O amparo assistencial é intransferível, não gerando direito à pensão a herdeiros ou sucessores. O beneficiário não recebe 13º salário. (BRASIL, 2004b, p. 6)

Período de usufruir do benefício

A renda mensal deverá ser revista a cada dois anos. Depois desse período de tempo serão avaliadas as condições do doente para comprovar se ele permanece na mesma situação de quando foi concedido o benefício. O pagamento do benefício cessa no momento em que ocorrer a recuperação da capacidade de trabalho ou em caso de morte do beneficiário. Os dependentes não têm direito de requerer o benefício de pensão por morte. (BRASIL, 2004b, p.8)

O paciente pode, ainda, solicitar, junto ao INSS, o Auxílio-doença ou a aposentadoria por invalidez

Auxílio-doença é o benefício mensal a que tem direito o segurado, inscrito no Regime Geral de Previdência Social (INSS), quando fica temporariamente incapaz para o trabalho em virtude de doença por mais de 15 dias consecutivos. [...] desde que seja considerado incapacitado temporariamente para o trabalho. Não há carência para o doente receber o benefício, desde que ele seja segurado do INSS. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada através de exame realizado pela perícia médica do INSS (BRASIL, 2004b, p. 10)

A aposentadoria por invalidez é concedida ao paciente de câncer desde que sua incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do INSS. Tem direito ao benefício o segurado que não esteja em

processo de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência (independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença).

O portador de câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado, isto é, que seja inscrito no Regime Geral de Previdência Social (INSS).

Caso o segurado esteja recebendo o auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez começará a ser paga a partir do dia imediato ao da cessação do auxílio-doença. Quando o doente não estiver recebendo o auxílio-doença, o benefício começará a ser pago a partir do 16º dia de afastamento da atividade. Se passar mais de trinta dias entre o afastamento e a entrada do requerimento, o beneficiário será pago a partir da data de entrada do requerimento. Para os trabalhadores autônomos, o benefício começará a ser pago a partir da data da entrada do requerimento. (BRASIL, 2004b, p. 9)

Para tal, é necessário:

[...] o doente deve fazer exame médico pericial no INSS e conseguir o Laudo Médico que comprove sua deficiência. Também deverá encaminhar um requerimento à Agência da Previdência Social com a apresentação dos seguintes documentos:

- Número de identificação do trabalhador - NIT (PIS/PASEP) ou número de inscrição do Contribuinte Individual/ Doméstico/ Facultativo/ Trabalhador Rural;
- Documento de Identificação do requerente (Carteira de Identidade e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF) do requerente, se tiver;
- Certidão de Nascimento ou Casamento;
- Certidão de Óbito do esposo(a) falecido(a), se o requerente for viúvo(a);
- Comprovante de rendimentos dos membros do grupo familiar;
- Curatela, quando maior de 21 anos e incapaz para a prática dos atos da vida civil;
- Tutela, no caso de menores de 21 anos filhos de pais falecidos ou desaparecidos (BRASIL, 2004b, p. 7).

Há também, garantidos por Lei:

- Isenção de impostos

Os pacientes com câncer estão isentos do imposto de renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão, inclusive as complementações. (RIR/1999, art. 39, XXXIII; IN SRF nº 15, de 2001, art. 5º, XII). Mesmo os rendimentos de aposentadoria ou pensão recebidos acumuladamente não sofrem tributação, ficando isento o doente de câncer que recebeu os referidos rendimentos. (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV) [...] Se após a solicitação e realização da perícia médica o pedido for aceito, a isenção de imposto de renda para os doentes aposentados é automática. Só têm direito ao pedido de isenção os pacientes aposentados (BRASIL, 2004b, p. 11-12).

- Quitação de débitos e financiamentos

O paciente com invalidez total e permanente, causada por acidente ou doença, possui direito à quitação. Para isso deve estar inapto para o trabalho, e a doença determinante da incapacidade deve ter sido adquirida após a

assinatura do contrato de compra do imóvel. Ao pagar as parcelas do imóvel financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH), o proprietário também paga um seguro que lhe garante a quitação do imóvel em caso de invalidez ou morte. Em caso de invalidez, o seguro quita o valor correspondente ao que o paciente deu para o financiamento. A entidade financeira que efetuou o financiamento do imóvel deve encaminhar os documentos necessários à seguradora responsável (BRASIL, 2004b, p.19).

- Saque do PIS e FGTS

O PIS pode ser retirado na Caixa Econômica Federal pelo trabalhador cadastrado que tiver neoplasia maligna (câncer) ou o trabalhador que possuir dependente portador de câncer. [...] O FGTS pode ser retirado pelo trabalhador que tiver neoplasia maligna (câncer) ou por aquele que possuir dependente portador de câncer (BRASIL, 2004b, p. 20-21).

- Passe livre em transportes

Têm direito a passe livre pessoas com:

Deficiência física - Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física. (BRASIL, 2004b, p. 22)

Compreendemos que, mesmo com acesso a serviços, evolução diagnóstica e de tratamento, o câncer é ainda marcado pelo estigma de dor, sofrimento, mutilação e morte – eventos significativos que se refletem na vivência do paciente, de sua família e até mesmo dos profissionais de saúde.

Portanto, pensar a sexualidade e o adoecimento é pensar na condição humana de um corpo, muitas vezes limitado em suas ações cotidianas, mas que é detentor de sua história, linguagem e saber, que possui desejos e anseios, não necessariamente limitados ao seu quadro clínico. Além disso, é muitas vezes nestes momentos que o sujeito pode olhar para si e descobrir-se como criativo e autor de sua própria história. Para tal, apresentaremos na seqüência nosso método de acesso aos depoimentos de nossas colaboradoras.

CAPÍTULO 5

PESQUISA QUALITATIVA NA MODALIDADE FENOMENOLÓGICA

5.1 O MODELO FENOMENOLÓGICO DE PESQUISA

Para delinear nosso percurso em direção ao fenômeno indagado por nós: *O que é a sexualidade da mulher com câncer de colo de útero e como ela se manifesta?*, nos pautamos nas considerações de Bruns (2007) acerca da eleição do método de pesquisa. A autora destaca que a escolha do método, a postura diante das colaboradoras, a análise a ser realizada bem como a eleição das bases epistemológicas para reflexão são pautados pela própria subjetividade do pesquisador, refletidas em seu olhar sobre o mundo e sua construção de conceitos, significações e sentidos.

A partir de nossa intencionalidade diante do mundo e de nosso pré-reflexivo acerca do fenômeno indagado, consideramos, então, que o caminho da pesquisa qualitativa fenomenológica nos possibilitaria a melhor percepção de aspectos da vivência humana, compreendendo seus sentidos.

Turatto (2003) aponta que a pesquisa qualitativa surge a partir da demanda científica em compreender para além de mensurações e dados objetivos do método positivista. Pontua, ainda, que ela permite que se estabeleça uma relação intersubjetiva entre colaborador e pesquisador.

Bruns (2007, p. 69), corroborando o autor, destaca que a Fenomenologia permitiu o estudo do comportamento para além do que é observável, possibilitando o acesso às suas vivências e significados, não pautados na dicotomia sujeito-objeto, mas na relação sujeito-mundo-objeto, pois o homem é o ser da consciência e é através dela que ele percebe, vivencia o mundo e lhe atribui significados e sentidos.

Segundo Merleau-Ponty (2006a), a Fenomenologia é a ciência das essências e tem como questão a compreensão do homem no mundo, o modo como este o vivencia doando-lhe sentidos e significados, através da consciência e da percepção.

Portanto, a Fenomenologia se apresenta para nós como paradigma, método e arcabouço teórico no percurso e acesso ao fenômeno estudado.

Holanda (2007, p. 46) pontua que fenômeno é o vivido que emerge, estando, portanto, situado e circunscrito em uma vivência. Acessá-lo pressupõe uma atitude fenomenológica do pesquisador, que implica em colocar-se este em suspensão, despindo-se de pressupostos enquanto significados e sentidos de suas experiências e a partir de seu pré-reflexivo e da intencionalidade – que o direciona e o indaga sobre o fenômeno – constrói um estatuto científico e filosófico. Atitude do pesquisador é portanto uma descrição direta e da compreensão da vivência tal como ela é e se apresenta.

Este mesmo autor ressalta três elementos fundamentais no percurso de acesso ao fenômeno: a *redução fenomenológica* ou *epoché*, a partir da qual nos desprendemos de pressupostos teóricos e vividos, indo ao encontro dos sentidos do sujeito; a *intersubjetividade*, fundamental para a percepção dos sentidos que emergem na relação ali estabelecida; e o *retorno ao vivido*, apreensão e descrição do tal fenômeno assim como ele se mostra.

A redução fenomenológica é, portanto, uma postura do pesquisador, uma mudança de atitude diante do mundo, à medida que se dirige e se aproxima do fenômeno que indaga. Ele, então, coloca em suspensão seus pressupostos e conceitos, possibilitando o acesso ao vivido e às coisas mesmas. Este reposicionamento o move da atitude natural, não reflexiva, para a atitude fenomenológica (GOMES, 1997; BRUNS, 2007), uma vez que, como já apontamos no início do texto, a busca pela compreensão do fenômeno que o indaga tem no próprio pesquisador sua construção e significação. Sem a redução e a suspensão fenomenológicas, atitudes fundamentais ao pesquisador, o fenômeno não se mostra tal como é, assim, inviabilizando a pesquisa.

Dessa forma, é a partir e da postura do pesquisador diante do fenômeno do rigor descritivo do vivido que se dá a análise compreensiva do fenômeno, pelo delineamento dos significados e sentidos que emergem no acesso ao vivido a partir do depoimento da colaboradora, onde ele desvela-se tal como é em sua essência.

Consideramos importante descrever, agora, nossa estratégia de acesso ao vivido de nossas colaboradoras.

5.2 ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA: ESTRATÉGIA DE ACESSO AO VIVIDO

O encontro com os colaboradores é uma etapa fundamental no acesso ao fenômeno, uma vez que se entende que a construção de sentidos é relacional e intersubjetiva, sendo importante uma postura empática do pesquisador que possibilite a fala livre e espontânea daquele que decide conceder seu depoimento (Moreira, 2004).

Segundo AmatuZZi (2007), no acesso ao vivido através da entrevista é importante que o pesquisador aja como um facilitador, possibilitando que a vivência dos colaboradores, possivelmente rememorada em outros momentos, possa pela primeira vez estar sendo acessada e expressada enquanto um depoimento.

Nesse sentido, entendemos que a estratégia de entrevista mais adequada ao objetivo de nossa pesquisa e a técnica eleita por nós é a entrevista aberta, mediada por uma questão

simples e abrangente a respeito de toda a trajetória existencial da nossa colaboradora, o que nos dá a possibilidade de acessar os significados e sentidos manifestos em seu depoimento, permitindo-lhe a narrativa livre; com interrupções da pesquisadora unicamente para retomada da temática da entrevista, no caso da colaboradora se perder em seu depoimento.

Diante disso, imbuídas da atitude fenomenológica mediante o estabelecimento da epoché, elegemos a História Oral de Vida Temática como estratégia para o acesso ao depoimento das colaboradoras que fazem parte da pesquisa, pois, segundo Moreira (2004), esta técnica permite a aproximação dos sentidos existenciais de modo realmente subjetivo, trazendo a narrativa de vivências tais como as colaboradoras os percebem.

Nesse contexto, a gravação e transcrição do depoimento fazem-se relevantes e pertinentes, na medida em que nos permitem captar não apenas sua verbalização explícita, mas também suas modulações de voz, entonações, pausas e silêncios, ou seja, captando a essência de sua percepção, dos significados e sentidos de seu retorno ao vivido.

A seguir, para compreender o fenômeno que nos é concedido acessar através do depoimento, o submetemos às etapas de acesso e aos passos da análise compreensiva, conforme se segue abaixo.

5.3 ETAPAS DE ACESSO AO FENÔMENO

Para eleição destes depoimentos, levamos em consideração os distintos momentos do método fenomenológico apresentadas por Moreira (2004) e nos pautamos nos passos delineados por AmatuZZi (2001) e Bruns (2007):

1. leitura geral da descrição (entrevista transcrita), para se ter uma compreensão do todo colhido no depoimento;
2. retorno ao depoimento transcrito e sua releitura, apreendendo e delimitando as unidades de significados;
3. expressão do conteúdo das unidades de significados, em especial, daquelas que se aproximam mais do desvelamento do fenômeno;
4. síntese das unidades de significados, suas convergências e divergências e construção de sentido de acordo com o referencial teórico, na busca da compreensão do fenômeno.

Dessa forma, nos pautamos em alguns aspectos ressaltados por Rezende (1990) para a compreensão do fenômeno em sua estrutura. Este deve:

Ser significativo: englobar o maior número de sentidos e significações possível acerca do fenômeno, para sabermos que fenômeno é este;

Ser pertinente: contemplar todos os aspectos significantes do fenômeno;

Ser relevante: delimitar sua presença e significação no mundo em que o qual se mostra;

Ser referente: estabelecer relações nos mais diferentes aspectos: enquanto fenômeno em si e no contexto no qual se mostra;

Ser provocante: evidenciado em seu sentido enquanto sentido para o sujeito que o indaga e procura desvelá-lo;

Ser suficiente: alcançar os seus sentidos em toda sua amplitude, sem, no entanto, esgotá-lo.

5.4 ACESSO ÀS COLABORADORAS

Para o acesso às colaboradoras contatamos e encaminhamos cópia do projeto de pesquisa a três hospitais públicos de um município do interior do estado de São Paulo que prestam atendimento e fazem seguimento em Oncologia, além de a três clínicas ginecológicas particulares.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC – FMRP/USP) em 31/8/2006. Após sua aprovação (CAAE - 0292.0.004.000-06), encaminhei cópia do documento às instituições de saúde contatadas, comprovando a adequação da pesquisa às normas e procedimentos éticos estabelecidos pela resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96.

O critério para a participação na pesquisa foi: a) ter recebido o diagnóstico de câncer de colo de útero nos últimos 18 meses, estando curada, porém ainda em consultas de seguimento, ou em tratamento; b) residir no município de execução da pesquisa; e c) ter de 25 a 59 anos de idade. Elegemos esta faixa etária por ser considerada como a de maior incidência e vulnerabilidade para o câncer de colo de útero, segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2009).

Em dois dos hospitais públicos contatados (aqui nomeados H2 e H3), assim como nas clínicas particulares, não me permitiram o acesso direto às colaboradoras para convidá-las a participar da pesquisa. O contato foi, então, mediado pelos médicos responsáveis nas clínicas

particulares e pela enfermeira-chefe nestes dois hospitais públicos, os quais informavam às mulheres com câncer de colo de útero que ali faziam seguimento a respeito da pesquisa e perguntavam sobre seu interesse em colaborar. No entanto, não obtivemos nenhuma resposta por este canal de acesso.

Optamos, então, por realizar a pesquisa exclusivamente em um dos hospitais públicos contatados (aqui nomeado H1), que nos permitiu o acesso livre e direto com as colaboradoras assistidas em sua unidade de Ginecologia e Obstetrícia.

É um hospital de referência para atendimentos de alta complexidade, que atende a demanda do próprio município e da região, bem como de várias partes do Brasil. A unidade de Ginecologia e Obstetrícia presta assistência médica e hospitalar a pacientes internados e ambulatoriais, incluindo mulheres em tratamento com câncer de colo de útero.

Inicialmente, visitamos a referida unidade e fizemos contato com a enfermeira responsável pelo setor, para esclarecer possíveis dúvidas com relação à pesquisa, bem como para conhecer a rotina e os procedimentos necessários para nossa permanência no local.

Tais procedimentos incluíam nossa adequação às mesmas normas sanitárias e aos cuidados exigidos dos profissionais de saúde enquanto no local – uso de jaleco, lavagem das mãos, etc.

Além do acesso direto a essas mulheres na referida unidade, a Central de Dados Médicos do hospital nos forneceu uma listagem com contatos telefônicos de mulheres que obtiveram diagnóstico de câncer de colo de útero no período de março de 2006 a abril de 2007.

Os contatos foram realizados entre abril de 2007 e maio de 2008.

Na listagem fornecida constavam 121 mulheres, apenas 53 residentes no município de realização da pesquisa. Estabelecemos a prerrogativa de 03 ligações consecutivas, não havendo retorno ou adesão, era acionado o número seguinte.

Nesse processo, identificamos que metade das mulheres contatadas não residia no local do número fornecido. Infelizmente, mesmo diante de solicitação, não nos foi informada outra forma de contato com essas mulheres. Dentre aquelas com quem conseguimos contato telefônico através da listagem e que se enquadravam no critério de faixa etária estabelecida, apenas 05 se dispuseram a colaborar com a pesquisa. Eram mulheres já curadas, mas em seguimento de rotina.

Diante da aceitação em colaborar, foi agendado o encontro em local e horário por elas estabelecidos, quando o convite era reiterado e os esclarecimentos sobre a pesquisa, já brevemente descritos no contato telefônico, eram retomados, ressaltando-se a preservação de

sua identidade e assegurando-as de que sua participação não acarretaria nenhum ônus pessoal ou para seu seguimento.

Após a plena compreensão acerca da pesquisa e aceitação em colaborar, foi oferecido a cada uma o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução CNS 16/96 – ANEXO I). Tendo concordado em assiná-lo para formalizar sua decisão, eram, então, colhidas as informações sócio-econômicas com base no questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008) e realizado um cadastro de identificação pessoal, com nome, idade, ocupação, estado civil, número de filhos e religião.

As mulheres em tratamento foram convidadas a participar da pesquisa no próprio hospital – no ambulatório ou na enfermaria – durante a espera pela consulta, durante aplicações quimioterápicas ou no pré/pós-operatório. Nesse contexto, além de ter o cuidado de convidar para a pesquisa mulheres não muito debilitadas física e emocionalmente, em decorrência do tratamento, procuramos um espaço mais reservado para a realização da entrevista e gravação do depoimento, mediado pela seguinte questão: *Fale-me sobre sua história de vida afetiva e sexual, em especial, a partir do câncer de colo de útero.*

O número total de colaboradoras foi de 10 mulheres: 05 com a experiência da cura e 05 vivenciando o tratamento. Todavia, na trajetória de acesso ao fenômeno, encontramos 07 depoimentos nos quais consideramos que o fenômeno se delineava de forma mais evidenciada a partir das categorias de análise.

Não houve limite de tempo pré-estabelecido e as colaboradoras puderam discorrer sobre o seu vivido livremente. Algumas vezes, apenas, retomamos alguns aspectos verbalizados no depoimento para melhor compreendê-los.

5.5 ELEIÇÃO DAS CATEGORIAS

De posse dos depoimentos, a partir dos passos já apresentados anteriormente para o acesso ao fenômeno e da análise compreensiva que nos permitiu o encontro de convergências e divergências, elegemos as seguintes categorias:

Categoria 1 – Infância e adolescência: vínculos e afetividade

Identificamos, nessa categoria, os vínculos familiares ou com pessoas da convivência da colaboradora desde seus primeiros anos de vida até a adolescência, momento de importantes transformações e adaptações sociais. Ambos os grupos se constituem como base das primeiras experimentações e percepções da colaboradora acerca do mundo e do outro.

Aqui, temos 01 subcategoria – **Vida familiar**

Categoria 2 – Sexualidade: primeiras experiências, relacionamentos e vida sexual

Analisamos, nesta categoria, aspectos do início da vida sexual da colaboradora, seus relacionamentos afetivos, suas primeiras percepções das suas primeiras experimentações com o feminino e a sexualidade adulta.

Temos, aqui, 04 subcategorias – **Menstruação, Companheiros, Maternidade, Práticas sexuais, Fidelidade e Violência doméstica**

Categoria 3 – Corpo adoecido: impacto e familiaridade

Nesta categoria buscamos analisar o impacto do diagnóstico, a vivência do adoecimento, as mudanças, as dores, as experiências concretas e simbólicas vividas no próprio corpo e as percepções da colaboradora acerca do adoecimento.

Aqui, temos 02 subcategorias: **Procedimentos e intervenções no corpo e Equipe de saúde, Familiares e apoio**

Categoria 4 – Feminilidade e relações afetivo-sexuais

Nessa categoria, analisamos o significado, para cada uma das colaboradoras, de ser mulher antes e após o adoecimento, de suas experiências sexuais e de seus relacionamentos afetivos após a vivência do adoecimento.

Não há aqui nenhuma subcategoria.

Categoria 5 – Projeto de vida

Buscamos, nesta última categoria, identificar perspectivas, projetos e ressignificações existenciais das colaboradoras a partir do adoecimento.

Aqui, temos 02 subcategorias: **Fé e Incertezas**

A partir do estabelecimento das categorias, segue-se a interlocução destas com as reflexões teóricas das quais nos aproximamos na compreensão do fenômeno, particularmente, da fenomenologia existencial de Maurice Merleau-Ponty.

CAPÍTULO 6
ANÁLISE COMPREENSIVA

6.1 PERFIL DAS COLABORADORAS

Col.	Idade	Est. Civil	Ocupação	Escolaridade	Filhos	Estadiamento
Berenice	42	Casada	jornalista	ens. superior	01	III – em tratamento
Constanza	45	Amaziada	trab. informal	ens. fundamental	04	III – em tratamento
Dinorá	42	Casada	do lar	não-alfabetizada	04	III – em tratamento
Eleonora	59	Viúva	do lar	ens. fundamental	01	II - curada
Flora	53	Amaziada	doméstica	ens. fundamental	04	III - curada
Gonçala	30	Amaziada	representante comercial	ens. médio	01	I - curada
Hera	45	Viúva	trab. informal	ens. fundamental	01	III - curada

As colaboradoras estão, em sua maioria, acima dos 40 anos, são heterossexuais, de classe sócio-econômica C – E, e escolaridade ensino fundamental, com algum tipo de relação afetiva estável (comumente de estado civil casado ou amasiado), e pelo menos um filho. Todas são usuárias dos serviços públicos de saúde e não possuíam o hábito de segmento contínuo ao médico especialista.

Elegemos 04 mulheres com a vivência do câncer que já haviam recebido alta médica, sendo clinicamente consideradas curadas e outras 03 mulheres ainda em tratamento, buscando compreender seus discursos em etapas distintas desta trajetória.

Como já enfatizamos anteriormente, compreendemos a sexualidade como modo de reconstruir a trajetória do sujeito, sendo fundamental a retraçarmos. Buscamos apresentar as colaboradoras de nosso estudo de modo a compreender inicialmente o contexto de cada uma, como se delinearam suas trajetórias individuais, dialogando com autores que visem à compreensão de aspectos sócio-histórico-culturais para, seqüencialmente, compreendermos as categorias convergentes e divergentes sob as considerações teóricas de Merleau-Ponty.

6.2 COLABORADORAS VIVENCIANDO O TRATAMENTO

BERENICE

Casada, 42 anos, jornalista, atualmente afastada devido ao tratamento do câncer. Sua profissão e nível sócio-cultural são valorizados e destacados por ela ao longo de todo nosso contato.

Nosso encontro foi bastante amistoso, Berenice falou de forma clara, espontânea e tranquila sobre sua vida, especialmente acerca de si mesma.

De origem italiana, teve uma formação tradicional, amparada por questões de gênero rígidas, com uma visão bem delimitada dos papéis femininos e masculinos.

Mesmo se dizendo “*muito namorada*”, casou-se ainda muito jovem e permaneceu casada por 04 anos. Atualmente, está no segundo casamento, com um homem aproximadamente 10 anos mais jovem do que ela, fato que faz questão de ressaltar.

No primeiro casamento, teve seu único filho, hoje com 28 anos. Afirma que a maternidade não foi algo positivo, pois descobriu que não se sentia disposta a ser mãe cumprir com obrigações de educação e cuidado com filhos. Neste sentido, delegou a maior parte dos cuidados e formação do filho a seus pais, tendo se mantido como provedora.

Relata intensa vida sexual após o término de seu casamento, enfatizando bastante os relatos de suas vivências sexuais, sua feminilidade e seu potencial sedutor. Em contrapartida, relata relações efêmeras e superficiais, com pouco envolvimento afetivo.

Essas relações são parte de sua justificativa para os abortos realizados em outras ocasiões nas quais esteve grávida, posteriormente ao nascimento de seu filho.

Sempre acreditou no extremo controle sobre sua vida, e por isso o diagnóstico de câncer chegou como algo inesperado, ainda que não costumasse ir freqüentemente ao médico, apesar do relato de intensa vida sexual. Ao falar sobre o tratamento, apresenta dificuldades de adesão e certa negação com relação à gravidade do diagnóstico, recusando-se a comprometer-se com regularidade das consultas e a adesão a alguns tratamentos e procedimentos. Considera-se curada, mesmo não tendo recebido alta do acompanhamento e age visando essencialmente o prazer imediato, sem refletir acerca das seqüelas que estes comportamentos impõem ao seu corpo, mesmo diante do adoecimento.

Categoria 1 – Infância e adolescência: vínculos e afetividade

Eu acho que eu fui a criança mais feliz do mundo: sou filha única, sempre

tive tudo o que eu quis, em relação a sexualidade, minha mãe não pôde me ajudar muito, porque ela foi criada sem mãe, ela perdeu a mãe aos 02 anos, foi criada em colégio de freiras, então ela não tem nem muita... eu acho que eu tenho mais experiência que ela.

Segundo Merleau-Ponty (2004), o mundo percebido é, antes de tudo, o mundo captado por nossos sentidos a partir de nossa experiência, e por isso, esta experiência parece-nos, de forma imediata, a mais bem vivenciada, por ser acessível diretamente pelos nossos sentidos.

Dessa forma, a percepção infantil é inerente à experiência sensível, pois, como afirma Merleau-Ponty (2006a), as percepções da criança são tomadas como referência a priori – ela tem o olhar sem significados pré-estabelecidos, devido a sua vivência com o mundo estar em construção. É na infância que estão as descobertas que embasam nossos sentidos e significados, pois é a partir destas primeiras experiências que o mundo se delineia para nós.

As vivências desta colaboradora remetem-na, de imediato, a um mundo sem privações, de infinitas possibilidades de atendimento a suas expectativas diante deste mundo e do outro. Ela apreende esse mundo como algo ilimitado e à disposição de suas vontades e gratificações. Seu sentido de ser-no-mundo foi assim consolidado

Percebemos a vivência de Berenice como o oposto da de sua mãe, que não desfrutou da convivência familiar por ter perdido sua própria mãe aos dois anos e ter, assim, sido criada em um ambiente religioso. Seus valores e vivências de vínculos foram experienciados em um ambiente sem contatos afetivos diretos, sem individualização e sem a vivência do cuidado materno, ou seja, permeado por privações. Sabemos, pois, que a religiosidade, de modo geral, tem regras de subjugar o corpo aos preceitos que lhe permita o alcance da espiritualidade.

Nos preceitos judaico-cristãos, especialmente, há aspectos baseados na submissão e no cerceamento do que é chamado “vontades da carne”, subjugando o corpo e suas vontades captadas pelos sentidos, ou seja, inocula-se a possibilidade de ser-no-mundo, o corpo encarnado deixa de existir, e desse modo, o sentido da existência. Logo o toque, as percepções dos sentidos, vivências que promovem o desenvolvimento da sexualidade são praticamente inexistentes de maneira prazerosa. São, ao contrário, associados ao desprazer e ao pecado, sendo o corpo feminino nestas condições o mais controlado, uma vez que se associa o pecado original do homem à atitude feminina de ter se disposto a seguir a vontade de seus sentidos, contrariando uma ordem divina.¹⁵

Neste sentido, além do controle feminino a partir da sexualidade, como nos pontuam Reis (2002) e Vieira (2002), houve um mundo apresentado a esta mulher de valorização de

¹⁵ Gênesis 3 - Bíblia Sagrada

outros aspectos em detrimento da sexualidade: a visão religiosa do sexo como sendo sujo, pecaminoso, escondido, devendo a mulher acatá-lo enquanto estratégia de procriação. Para isso, estabelece-se a valorização de outros atributos, também associados ao feminino: a submissão, o recato, a aceitação do ser mulher apenas como mãe e esposa. Logo, para a colaboradora, o acesso a esse conteúdo ficou restrito às suas próprias experiências, uma vez que para sua mãe, este fio um campo inacessível, do não-dito.

Vida Familiar

(pai) Italiano turrão... o italiano ele acha que para ser homem, ele tem que ser fechado. Então, também, liberdade de falar sobre sexualidade, tudo, não tive com ele. O relacionamento muito bom, meu pai me pegava no colo até quando eu tinha 18 anos para levar no quarto para dormir. Então, o relacionamento sim, a parte de sexualidade que eles eram muito fechados, inclusive, entre eles.

Meu pai era um homem bonito, então, desde meus 13, 14 anos, eu vi, cheguei a ver ele ter outras, muita mulher dando em cima dele desde essa época, minha mãe com muito ciúmes [...]

Como destaca Reis (2002), até a primeira metade do século XX as relações de gênero eram muito mais marcadas por papéis femininos e masculinos bem estabelecidos. Este foi o contexto em que os pais da colaboradora foram criados

Tendo como base a educação religiosa da mãe e a ascendência italiana do pai, os modelos familiares de Berenice pautam-se na tradicional família nuclear de mãe resignada e assexuada em oposição ao pai provedor e autorizado a exercer suas práticas sexuais prazerosas fora do casamento. A mulher, parideira os filhos, não pode estar associada ao prazer sexual e é por esta razão que a figura feminina só é valorada enquanto santa e pura, desatrelada ao sexo por prazer, que é associado ao pecado. Diante dos sentidos buscados no feminino como algo positivo, algo com que se identificar, ela produz, ao contrário, um aspecto aversivo, buscando o extremo oposto, ou seja, o modelo de sexualidade vivenciada pelo masculino.

Merleau-Ponty (2006a) aponta que a produção de sentidos se dá para além da experiência ingênua, na interação com o mundo e o outro, colocando-se ali, vivenciando no corpo a experiência.

[...] é preciso que minha primeira percepção e meu primeiro poder sobre o mundo me apareçam como a execução de um pacto antigo concluído entre X e o mundo, em geral, que minha história seja seqüência de uma pré-história da qual ela utiliza os resultados adquiridos, minha existência pessoal seja a retomada de uma tradição pré-pessoal. Há portanto um sujeito abaixo de mim, para quem existe um mundo antes que ali eu estivesse, e que marcava lá o meu lugar.

Esse espírito cativo ou natural é o meu corpo, não o corpo momentâneo que é o instrumento de minhas escolhas pessoais e se fixa em tal ou tal mundo, mas o sistema de 'funções' anônimas que envolvem qualquer fixação particular em um projeto geral. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 342)

Neste sentido, os pais da colaboradora apreenderam seus papéis sociais em um contexto de controle do corpo e de suas emoções, o que lhes cerceou as possibilidades de interação com o mundo e o outro, pautando-se em reproduções de modelos e não em experiências que lhes produzam sentido.

Para Berenice, que identificou no pai o modelo forte, com o qual decide identificar-se, a relação é de admiração e dependência, em especial afetiva, uma vez que o lugar feminino não é suficientemente representativo para ela, é mais um lugar de distanciamento. A relação com a figura feminina é de desqualificação, uma submissão reconhecida como fraqueza; portanto, identificar-se com este modelo é ter que assumir para si este lugar, moldar-se a algo com o qual ela não se identifica e nem quer daquele modo se posicionar.

De qualquer forma, dita a lógica social que o exercício dos papéis sociais do homem e da mulher é mais pautado por padrões do que por percepções das mensagens emitidas pelo corpo a partir da experiência e, como ressalta Merleau-Ponty (2004), quando há a desarticulação da experiência e das reações corporais, não há produção de sentidos, apenas a reprodução de comportamentos observados, mas não percebidos, pois são naturalizados sem reflexão.

Categoria 2 – Sexualidade: primeiras experiências, relacionamentos e vida sexual

As vivências da colaboradora, em um contexto no qual para ela não houve cerceamentos, ao contrário das vivências de seus pais, lhe permitiram outra percepção do mundo, das relações e de seu corpo, como veremos na seqüência.

Menstruação

Foi super natural, porque o médico já tinha avisado a minha mãe que pelo meu desenvolvimento eu iria menstruar muito cedo. Mas, nunca gostei de menstruar [...] você ter que se privar de uma série de coisas [...]

A menstruação é um rito de passagem social que delimita o ser mulher, por ser o marco inaugural da reprodução feminina. Para muitas mulheres, uma ameaça simbólica, como já enfatizava Beauvoir (1967), às livres experiências femininas, em especial no exercício de

sua sexualidade, fato bastante claro na fala da colaboradora.

Através de um discurso médico foi prenunciado seu desenvolvimento sexual precoce, como que um prenúncio de que o controle sobre seu corpo deveria se iniciar também precocemente, o saber médico tem, como já nos apontou Foucault (2001b), o papel deste controle sobre os corpos e de produzir sobre eles um discurso.

Em contrapartida, o discurso médico também a autoriza a se reconhecer como mulher mais precocemente do que os padrões comumente estabelecidos pela sociedade neste período. O corpo, após a menstruação passa a não ser apenas a sede de seus prazeres, mas também do desprazer, porque, após a menstruação, um limite é imposto sobre este corpo: um limite real, respaldado pelo saber médico, do fluxo mensal que a remete a esta condição da falta de controle sobre si mesma e sua vida, bem como a limitação social, imposta à menina que menstrua e agora está apta para assumir seu papel social de esposa e mãe.

A colaboradora, no entanto, não relata desprazer no início da vivência da adolescência e primeiras percepções do exercício de sua sexualidade e de seu corpo como algo que atrai o outro. Sua sexualidade e seu corpo, no entanto, não são percebidos pela família nuclear (como relatou anteriormente, o pai a pegava no colo até os 18 anos), mas, por pessoas externas a ela, demonstrando que não havia percepção de seu desenvolvimento sexual, ou, pelo menos que isso não era algo esperado até então para uma menina de sua idade levando-se em conta a época de sua adolescência.

Papai tinha um supermercado [...] E as moças que trabalhavam, por eu ser muito grande, com 10 anos, eu tinha 1,69m, então elas me achavam, praticamente da mesma idade delas. E elas eram todas moças, 18, 20 anos e elas conversavam muito comigo. Eu descobri minha sexualidade nesta época, e, por ser muito grande, eu comecei a namorar muito cedo, talvez eu nem soubesse o que era namorar, mas eu comecei a namorar muito cedo.

Berenice se deixa levar pela experiência afetiva de outras mulheres, pautada apenas numa lógica de inserir-se em um modelo de feminino que lhe parece mais interessante; oposto ao modelo aprendido na família, no qual a mulher se sujeita ao homem, apesar do sofrimento (ciúmes, violências). De certa forma revela que uma mãe que não conheceu os cuidados de maternagem e teve seu vínculo materno rompido precocemente não pode passar a filha certas vivências do cuidado e do feminino.

Logo, ao identificar-se com as funcionárias do pai, Berenice busca uma mulher não do âmbito privado, mas do público – uma nova postura do feminino ante ao mundo e ao outro, especialmente ao homem –, utilizando seu corpo como forma de subjugação, omitindo sua

idade uma vez devido à sua altura, seu corpo não denuncia sua idade real; apresenta-se já como um corpo sexuado e sexualizado.

Segundo Rago (2001), após o movimento feminista, as mulheres tomam proporção de escolha e não mais de condição. Passam, então, a ter projetos de vida, parte da construção de sentido existencial, fato observado no relato desta colaboradora e com que ela elege conviver, estando em meio a mulheres solteiras, que trabalham e vivenciam possibilidades de relações afetivo-sexuais. É nessas mulheres que ela, já no início da adolescência, vai buscar suas referências do feminino, estabelecendo uma desqualificação do universo feminino, que, amparado pelo modelo tradicional patriarcal é visto como algo aprisionante, cerceador do exercício de seus projetos de vida individual e de sua sexualidade.

Merleau-Ponty (2006b) destaca que o homem se define em sua capacidade de ir além das estruturas impostas a si, recriando o mundo e recriando a si mesmo.

Berenice traz em seu relato a transição de um modelo institucionalizado como tradicional – a formação familiar padronizada de mulher dependente do marido afetiva e financeiramente – para uma quebra de paradigma: rompe com o modelo para o qual foi criada, indo a busca de novas experiências, novos sentidos, renunciando o modelo feminino tradicional, passivo, recluso, pouco sexualizado. Não por acaso, buscou esta referência em um espaço de trabalho, espaço masculino, espaço do pai, através de um marco na história da liberação da sexualidade feminina que é a inserção no mercado de trabalho. É neste espaço que ela busca novas possibilidades de ser mulher; um novo olhar para o feminino.

No entanto, observamos que, ela recria o modelo para o qual foi criada, mas assume esta nova postura de modo a tornar-se rígida, não assumir outras possibilidades do feminino que não o de controle e subjugação, ou seja, uma postura tão limitada quanto à submissão.

Primeiras experiências

[...] a primeira vez que beijei na boca eu vomitei o dia inteiro, porque eu achei horróroso... eu vomitei até... eu lembrava e vomitava[...] E ele sabia muito mais do que eu, e eu acho que não gostava dele, não sei... eu acho que por ele ser mais velho, eu ser muito nova, ele estar no cursinho... acho que ele chegou a se interessar por mim, mas, eu acho que ele não sabia minha idade, eu acho foi isso[...]

Pautada na imagem que seu corpo transmitia aos outros, devido ao seu desenvolvimento físico acima da média para sua idade, Berenice passa a experienciar relacionamentos para os quais não se mostra ainda com maturidade física e emocional. Não

tendo significados e sentidos para lidar com eles, com o outro, ela apresenta inclusive manifestações somáticas, como o vômito relatado após o primeiro beijo. De certa forma, diante do exercício do contato sexualizado com um homem, emerge o aprendizado a respeito da sexualidade como algo asqueroso, sujo, pecaminoso.

Mesmo se construo toda a minha vida sobre um incidente de puberdade, esse incidente conserva seu caráter contingente e é minha vida inteira que é “falsa”. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p.506)

Ou seja, Berenice era estimulada pelos contextos aos quais estava exposta, porém, sem maturidade sexual para dar continência aos aspectos mobilizados e à compreensão dessas vivências. De certa maneira, participar ativamente com práticas similares era uma forma de pertencer ao seu modelo de feminino eleito e manter-se naquele grupo com o qual passou a identificar-se e que a autorizava a vivência de sua sexualidade. A partir deste modelo ela constrói suas relações futuras, buscando o controle para não se encontrar exposta e a mercê do outro, nem tampouco surpreendida por reações com as quais não saiba lidar.

Relacionamentos afetivo-sexuais

Minha mãe namorou, noivou e casou com o primeiro namorado, então, eu sempre fui muito namorada. Por eu ser bonita, sempre fui muito extrovertida, eles achavam que namorar muito, no português claro, a mulher não prestava, este tipo de problema. Foi um dos tabus que eu acho que enfrentei. [...] Minha mãe falava que eu trocava de namorado como quem troca de roupa [...] eu realmente eu não sei aquele negócio do amor, aquela paixão... se eu vivi, foi uma vez só e não deu certo, não gostei. Eu sempre fui muito volúvel... eu acho que gostar assim... eu não sei se eu já gostei... eu gosto de muita gente... eu não sei se eu sei o que é amor, ou se existe realmente aquele amor incondicional.”É... eu acho que eu gosto mais do controle da situação [...]

Tem que ser bonito, beleza não se põe na mesa, mas eu nunca comi no chão (risos), tem que ser inteligente, detesto homem burro... Também não adiantava ser bonito se falava “nóis fumo e vortemo” aí não ia me sujeitar, mas acho que a primeira impressão realmente é visual.

Nesta fala, percebemos que, de fato, Berenice assume o papel da mulher livre, que abdica do papel social feminino, indo contra o modelo familiar estabelecido por sua mãe. No entanto, indo também contra os sentimentos produzidos em suas experiências, mostrando-se desapegada de afetos para com o outro, como se esta estratégia fosse uma forma de manter controle sobre sua vida, sobre o outro. Ou seja, ela não vai ao encontro do outro com uma indagação, buscando uma troca de intersubjetividade, mas sim já com o pressuposto do controle sobre o outro como objeto concreto e imutável.

De certa maneira, Berenice busca a renúncia de uma postura feminina tradicional, valorizada por sua mãe, que ressalta seu número de namorados, como que reprovando tal postura e associando-se ao modo de se relacionar do pai – múltiplas parceiras, sem apegar-se a nenhuma, mantendo o casamento por convenção. De certo modo, seu comportamento de manter a filha como criança, na forma de tratamento e cuidados, impede que ela exerça sua sexualidade para outros homens.

Merleau-Ponty (2006b) aponta que o mundo percebido não é apenas meu mundo, mas o mundo da minha interação com o outro e nessa interação se dá a consciência de si, do outro e do mundo. Quando Berenice recusa-se a esta interação com o outro, mantendo-se resoluto a exclusivamente experimentar o corpo do outro, ela nega a consciência de si; suas ações e comportamentos mecanizam-se e tornam-se não o que ela é, mas uma imagem do que gostaria de ser.

Se o sujeito está em situação, se até mesmo ele não é senão uma possibilidade de situações, é porque ele só realiza sua ipseidade sendo efetivamente corpo e entrando através deste corpo, no mundo. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 547)

A erotização visual é o campo de atração para Berenice, algo que suscita encontros, que a mobiliza em direção ao outro. A única coisa em questão é o corpo do outro, mas apenas enquanto corpo físico, sem espírito, onde tanto ela quanto o outro estão ali, mas não no mundo – apenas a carne e não o corpo encarnado. A beleza é um aspecto ressaltado por esta colaboradora como potencializador do encontro e relacionamento, e é, portanto, um impeditivo caso não exista, assim como a fala do outro que ela espera ouvir. Não sendo como ela supõe, não se estabelece a interação e a linguagem. Este é um aspecto comumente associado a práticas de aproximação masculina.

Sendo assim, a aproximação com o outro, o estabelecimento de vínculos é para esta colaboradora algo desconhecido e, por isso, ameaçador. Aparentemente ameaçador de sua própria identidade, desintegrador, como se ela estando com várias pessoas de modo fugaz, fosse uma maneira de preservação, de não ser um com o outro, de manter-se na postura do controle do mundo e das relações.

Apesar de demonstrar extrema segurança, a forma como Berenice lida com seus sentimentos é fluída, reconhecendo, por vezes, certa inabilidade no trato com o outro, demonstrando certa fragilidade nos vínculos afetivos. A própria estratégia de controle sobre o outro é uma forma de assegurar sua integridade, a apropriação de seu corpo de sua individualidade.

Sobre seu primeiro marido relata:

Ele era namorado de uma amiga minha e eu namorava um amigo dele. Aí, a gente viu afinidades: meu namorado gostava mais de conversar com a minha amiga e ele mais de conversar comigo, e a gente trocou de namorado. Continuava saindo os quatro juntos, só trocamos as parcerias. Ficamos casados quatro anos.

(primeira relação sexual) Rapidíssima, foi com meu ex-marido. Foi tão rápido, mas deve ter sido bom, porque eu quis outras vezes. Então, eu acho que foi interessante, eu devo ter gostado muito, porque eu quis repetir, se eu não tivesse gostado, não ia querer. Acho que foi mútuo, ele era mais velho que eu, não muito, [tinha] 23 anos. Não foi uma coisa que eu provoquei, nem ele insistiu, foi decorrência do próprio relacionamento. Quanto mais liberdade você vai adquirindo, mais você vai querendo.

Apesar de seu discurso e postura com relação à sua sexualidade precocemente percebida, assim como em seu primeiro beijo, a primeira relação sexual aparece como que dissociada de seu corpo, como se não estivesse presente, um relato quase que totalmente feito em terceira pessoa, o que, de certa forma, apresenta um traço de conflito, uma experiência vivenciada sem estar ali, logo, sem produzir nela nenhum sentido.

[...] não me é essencial apenas ter um corpo, mas até mesmo ter este corpo-aqui. Não é apenas a noção do corpo que, através da noção do presente, é necessariamente ligada à noção do para si, mas a existência efetiva de meu corpo é indispensável à existência da minha “consciência”. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 577-578)

Mesmo com uma postura considerada liberal, o sexo é, para esta mulher, percebido como consequência, e não como escolha, estando ela à mercê do outro, da inevitabilidade de se estar em um relacionamento e não poder fazer suas escolhas, como mulher que cumpre seus deveres femininos de uma relação, não necessariamente os domésticos, mas o dever de, estando em contato com o outro, não poder recuar, sem conexão direta com seu corpo e seu prazer.

É fato pensar que, pelo contexto sócio-histórico que Berenice vivenciava no momento de sua adolescência e espelhando o modelo familiar no qual foi criada, dificilmente ela teria iniciado suas primeiras experiências afetivo-sexuais de outro modo, uma vez que a transição social do papel feminino, até que se torne, concretamente, uma nova postura, ainda aprisiona as mulheres em algumas práticas.

De certo modo, ela rompe com estes padrões quando, por exemplo, vai a busca daquilo que a interessa, identificando que tem mais afinidade com o namorado da amiga do

que com o seu próprio namorado e ‘fazendo a troca’. No entanto, na vivência da relação, observa-se que ela repete padrões de comportamento comuns entre homens e mulheres.

O encontro com este homem que veio a ser seu marido também é dotado de uma dessexualização, que, talvez, justifique sua postura quanto ao sexo – o que a moveu em direção a ele não foi o relato da atração física, mas sim a conversa, a linguagem, uma atração por algo para além do corpo.

Outro tabu, mulher separada. Eu muito nova, com 20... 21 anos... eu me separei, então eu acho que meus pais queriam que eu comesse e rezasse, pelo meu pai e pela minha mãe, eu não iria nem trabalhar fora. Eu iria ficar em casa, cuidando do meu filho, talvez indo para uma missa, alguma coisa assim, e eu não fiz isso. Eu tomei a rédea da minha vida, saí pra trabalhar, tive namorados, saía à noite que eu gosto muito de passear, de badalação adoro gente, e isso eles não aceitavam muito. Sofri, mas se tem uma coisa que eu não ligo na minha vida é pro o que os outros pensam de mim. Então, eu não... a minha mãe fala que eu tenho excesso de confiança, mas, não é isso. Eu acho que ninguém paga minhas contas, então, eu sei o que sou.

Basicamente, a mulher era agradecida por se casar a poder exercer sua sexualidade enquanto práticas sexuais para a reprodução. Por isso, também, uma única parceria afetiva, para assegurar uma única gênese à prole.

Beauvoir (1967) já ressaltava o casamento e seus pressupostos como formas de dominação e controle da sexualidade feminina, amparado pelo discurso médico que associou durante muito tempo a saúde feminina à lógica materno-infantil e no controle reprodutivo.

Berenice relata toda a pressão social sofrida por ter ido de encontro às expectativas dos pais, assumido a postura de uma mulher que vai a busca de algo que lhe produz maior sentido existencial, que lhe produza um sentido de pertencimento ao mundo e não ter reproduzido um modelo socialmente esperado, sendo uma mulher não recatada que prefere o público ao privado, que interage com o mundo.

Quando o casamento se desfaz, seus pais, reproduzindo este lugar de provisão, tentam novamente atrelá-la a esta lógica da mulher dependente, que necessita ser cuidada, provida pelo marido, a qual o marido assume após o casamento. Berenice, apesar das dificuldades de assumir este lugar da independência, da quebra de paradigmas vigentes.

Este posicionamento sofre um impacto maior devido à importância da religião na família e a postura de sua mãe, ilustrando que em sua família a sexualidade feminina não era autorizada, a não ser no casamento e dentro de todo o protocolo exigido para ele. Ela se recusa a esta sujeição, buscando o extremo oposto, mesmo contra a vontade dos pais, desconsiderando o julgamento familiar e social.

A separação se dá como forma de retomar sua postura diante ao mundo e recusar o lugar feminino, como era esperado familiar e socialmente. Agora, como uma mulher que já esteve com um homem, mas optou por deixá-lo, pretendia consolidar-se neste paradigma, fato que não se configuraria estando ela novamente solteira e sob o olhar do pai.

Para tal, cria, então, uma independência extrema do outro, como se, para existir, bastasse sua presença no mundo. Conforme nos esclarece Merleau-Ponty (2006), “existir é coexistir”; porém, Berenice constrói o sentido de que relacionar-se é prender-se e subjugar-se e, para ela, havendo limites, há frustração e incômodo.

Merleau-Ponty (2006a) afirma que a ilusão é justamente o que se faz passar por percepção – temos a convicção de aquilo sentido é, de fato, o vivido, e por isso ele ganha significação que se transforma em uma verdade na qual nossa existência se pauta. Porém, por não ser uma experiência concreta, baseada na experiência sensível, engessa-se a experiência em um conceito, impedindo o livre fluxo do ser-no-mundo.

De certa forma, em alguns momentos, o sofrimento decorrente da separação narrado por ela hoje revela seu aprendizado do que deveria ser uma mulher casada e com filho.

Eu era muito imatura e acho que mais foi por culpa minha, tenho amizade com ele até hoje.[...] não estava preparada para tomar conta de uma casa, de uma criança, gostava de sair e, aí, quando ele casou ele não queria mais sair, eu acho que foi mais imaturidade minha, ele não queria se separar, ele demorou dois anos pra assinar o desquite na época, eu acho que foi mais imaturidade minha, se dependesse dele, talvez eu estivesse casada até hoje.

Em alguns momentos, fica patente uma postura reflexiva Berenice, de questionamento acerca de sua atitude frente ao outro, reconhecendo suas limitações. Até emerge em sua fala certo pesar pela dificuldade de perceber o outro nas relações, por não conseguir exercer o papel feminino socialmente esperado, o papel de cuidadora – que inclui a renúncia de suas necessidades e vontades em prol do outro –, modelo apreendido por ela através de sua mãe.

Pode-se pensar que muito da harmonia familiar de sua infância e adolescência relatada por Berenice pode não ter sido o contexto, de fato, vivenciado. Como seu discurso baseia-se no controle e na negação do desprazer, a colaboradora pode ter criado um contexto do que lhe foi possível perceber e vivenciar a partir de seu olhar e significados.

A expectativa de que a mulher assumisse um compromisso a partir de determinada idade pressupunha que estivesse pronta para assumir atitudes, posturas e comportamentos associados ao universo feminino. As dificuldades de exercer sua sexualidade no núcleo familiar em uma cidade do interior numa época em que a emancipação feminina não era

questão já socialmente aceita, são marcantes em sua fala em relatos e conceitos estabelecidos na interação com os demais membros de sua família e o olhar social, entendido como imaturidade, inabilidade para o exercício do feminino.

Maternidade

Eu descobri que não sirvo pra ser mãe, eu não gosto de criança, gosto de cachorro. [...] a gente sempre teve um relacionamento muito bom, muito bom mesmo. Tive ele, não me arrependo de ter tido, mas, não teria outro. A parte de cuidar de criança, minha mãe quis assumir, porque como eu sou filha única e ele é um menino, e o sonho do meu pai acho que era ter um filho, então, praticamente eles assumiram. Eu cuidava assim, eles ajudavam financeiramente, mas eu tinha a parte financeira também, praticamente era eu que fazia, e eu cuidava da diversão, eu não gostava de cuidar da educação. E hoje nosso relacionamento é fantástico.

Assim como as demais funções esperadas da mulher, a maternidade para Berenice não foi exercida com prazer, contrariando o ideal de amor materno instituído como parte essencial da mulher. Sua renúncia ao modelo feminino vivenciado pela mãe estende-se, inclusive, aos cuidados para com o filho.

A mulher quando se torna mãe, comumente, renuncia a si mesma e a seu corpo, deixando, muitas vezes, de vivenciar sua sexualidade em prol dos cuidados com o filho, estando agora, seu corpo não apenas subjugado às vontades do esposo, mas também às necessidades da criança. Não sendo esta a postura que elegeu para estar no mundo, ela renuncia ao papel dos cuidados e da educação do filho, delegando-os à sua mãe, esta sim, tendo o papel feminino exercido à risca dentro dos parâmetros socialmente esperados. Berenice, então, assume o papel de provedora financeira e da diversão com o filho, um papel esperado do masculino, com o qual ela se identifica mais, pois ao homem-pai não é relegado o lugar de renúncia, mas de prazer.

Desse modo, o papel do dinheiro está presente na criação do filho, como uma forma assumir este lugar de controle sobre a decisão de ser independente, de assumir sua sexualidade; ou seja, este fato é autorizado, uma vez que, não assume a maternagem, mas, assume a provisão das necessidades materiais, mostrando que o dinheiro tem um lugar social de barganha e transição de afetos na sociedade capitalista.

Para ela, conforme verbalizou, ser mãe não é algo que produza sentidos e significados. Ao contrário, é uma visão bastante feminista de que o filho é parte das amarras sociais impostas ao feminino, e que ser mãe deve ser uma decisão da mulher sobre seu corpo, assim como a decisão de não o ser materializada pelo aborto.

As escolhas com relação ao seu corpo foram sempre pensadas de uma forma racional, mas descompromissada. A relação com o outro sempre mediada pela sujeição da vontade

alheia à sua.

Tive dois abortos decididos, depois do meu filho, em clínica, foi tranqüilo. Eu acho que a pessoa que mais sairia magoada... porque, o filho é da mãe. Então, tudo que você... toda a ocorrência de um filho, afeta o pai? Muito pouco, o que mais afeta é a mãe. Então, eu decidi, eu não queria. [...] eu acho que filho prende muito. É bonitinho, é gostoso, mas se acontecer de você se separar, não é o pai que vai tomar conta, a mãe que tem que deixar de fazer uma série de coisas pra tomar conta do filho, então, quando eu fiz (aborto) foi bem consciente.

Assim, a decisão do aborto é algo amparado em seu discurso de independência, de autonomia, apropriação do seu corpo e sexualidade fato que nos esclarece sua fala.

Sentindo-se cerceada no exercício de sua liberdade pela obrigação de cuidar do filho e pela imposição para a maternagem enquanto algo constitutivo da condição feminina, destaca outros projetos como prioritários para sua vida, decidindo pelo aborto.

No entanto, contrário ao que aponta a colaboradora, o exercício de sua liberdade sexual não apresenta a responsabilidade, liberdade, independência e controle de sua vida, conforme verbalizados por ela, tanto que a ausência de cuidados e prevenção em suas práticas sexuais repercutiu em dois abortos.

Chama atenção como Berenice se expôs a uma situação arriscada e dolorosa pelo simples fato de não se impor limites ao prazer, como se, o desprazer de limitar-se à condição da frustração às suas vontades fosse maior que o desprazer no corpo na realização de um aborto. Da mesma forma, mesmo diante da imposição do corpo feminino como associado à maternidade, para justificar seus abortos ela ampara-se no discurso de que filho pertence à mãe, retomando um conceito legitimado no discurso masculino e social. Ela gera o bebe em seu corpo e pode decidir tê-lo ou não, como um objeto de sua criação, onde, novamente, o outro não é incluído.

Merleau-Ponty (2006a, p. 287-288) aponta que o ser da consciência nunca poderá apreender a totalidade do corpo e que a idéia da apreensão total do corpo é ilusão dos sentidos:

Dizer que sou eu ainda que me penso como situado em um corpo e como provido de cinco sentidos evidentemente é apenas uma solução verbal, já que eu que reflito não posso reconhecer-me nesse Eu encarnado, já que portanto a encarnação permanece por princípio uma ilusão e já que a possibilidade dessa ilusão continua incompreensível.

Logo, esta convicção de controle sobre si e seu corpo não passa de ilusão de Berenice – sofreu duas gravidezes indesejadas, devido à convicção ilusória de poder vivenciar sua vida

sexual apenas baseada em seus impulsos desconsiderando os cuidados necessários com seu corpo para evitar situações como estas.

Seguindo nesta lógica de controle sobre sua vida e sobre o outro, a colaboradora conhece seu segundo marido, reproduzindo alguns padrões na busca por seduzi-lo e na forma de condução da relação:

Ele tinha namorado uma amiga minha e estava saindo a primeira vez com uma outra amiga minha e a gente saiu, eu queria conhecer um rapaz, eu não podia ir dirigindo e ele acabou indo em casa me buscar, com essa amiga que estava saindo com ele a primeira vez e a ex dele, tava todo mundo junto. Aí, a gente se conheceu, ele desinteressou da minha amiga, partiu pra cima de mim... eu achei ele muito bonito... assim, talvez um pouco imaturo na época, eu já tinha vivido um monte de coisas. Hoje ele está com 36., há 16 anos atrás ele estava com 20... bem imaturo, mas, isso é bom, você molda do jeito que você quer.

No trecho acima, apresentam-se novas configurações das relações afetivas da colaboradora. O senso prático para com a forma de encontrar seus parceiros, o modo de operacionalizar os encontros, destoa do amor romântico típico feminino, aparentando uma banalização do outro em função de seu próprio desejo.

Trata de seus afetos sempre como algo ocasional, inesperado, desprendida da intencionalidade em direção ao outro, como se ela nunca estivesse em busca, mas fosse surpreendida pelo direcionamento do outro até ela. Um ato despretenso e não refletido que se consuma à medida que corresponde às suas expectativas de prazer e controle, mas como que cindido dos sentidos do corpo.

Suas experiências afetivas passam pela lógica da disputa, do provar sua capacidade de seduzir, de ser interessante e atraente ao outro, e ter aquilo que não lhe pertence, mas a instiga a obter, sempre através do o controle e manipulação dos envolvidos, pelo menos é desse modo que Berenice relata encontrar os parceiros com os quais ela teve vínculos mais significativos.

A busca de seu prazer pessoal está presente na relação com o outro. Apesar de relatar a preocupação com o prazer do parceiro, tal fato não se evidencia em sua fala. Seus relatos são espontâneos, rápidos, pautada na imagem do corpo do outro, mas não na relação com ele em si, tanto que ignora possíveis conseqüências em sua relação de amizade e aproveita-se de sua maior experiência para conseguir um parceiro mais jovem, que, como ela mesma afirma, possa moldar de acordo com o que considera ideal.

Sua postura é esclarecida por Merleau-Ponty (2006) quando este afirma que a partir de nossa atitude frente a determinadas situações e comportamentos já não conseguimos mais apreender em totalidade nossa experiência, uma vez que em nossa trajetória na interação com

o mundo e o outro passamos a reproduzi-los a partir de experiências anteriores, fazendo com que nem sempre haja uma postura reflexiva, sem que a experiência seja clara a quem a vive, ou seja, é reproduzida sem a consciência total da implicação.

Toda vez que experimento uma sensação, sinto que ela diz respeito não ao meu ser próprio, aquele do qual sou responsável e do qual decido, mas a um outro eu que já tomou partido pelo mundo, que já se abriu a alguns de seus aspectos e sincronizou-se a eles. Entre minha sensação e mim há sempre a espessura de um saber originário que impede minha experiência de ser clara de si mesma. Experimento a sensação como modalidade de uma existência geral, já consagrada a um mundo físico e que crepita através de mim sem que eu seja seu autor.[...] Aquele que vê e aquele que toca não sou exatamente eu mesmo, porque o mundo visível e o mundo tangível não são o mundo por inteiro (IDEM, 2006a, p. 291-292).

Berenice, portanto, seguiu sua trajetória buscando a partir da renúncia vivenciar os sentidos diretos de seu corpo e a manifestação de seus sentimentos, dando um significado único às relações, abdicando da interação com o outro, a não ser que ocorresse em seu paradigma pré-estabelecido. A segurança neste modelo acaba, de certa forma, por ser rompida no adoecimento, como veremos a seguir.

Categoria 3 – Corpo adoecido: impacto e vivências

Diagnóstico

O engraçado é que quando eu fui pro médico eu acho que eu já sabia. Antes de consultar o médico eu comentei com ele, não sabia o tamanho, a gravidade, mas eu sabia o que era, mas eu enfrentei bem, porque não adianta você ficar chorando e falar: “por que aconteceu comigo?”. Não adianta muito você querer se preocupar. [...] a coisa tá aí, não tem o que você fazer! Ou você faz o tratamento, ou vai viver sua vida com o problema, até quando você conseguir, então, eu parti pro... eu não quero morrer! Não tenho medo de morrer, mas não quero! Então, vamos partir pro tratamento.

Berenice é extremamente bem informada, conhecia os fatores predisponentes ao câncer de colo de útero e sabia que muitos de seus comportamentos estavam diretamente associados ao desenvolvimento da doença. Há uma negação tão presente deste corpo adoecido que mesmo diante das limitações impostas, ela racionaliza seu prazer, limitando-se a relatos das vivências da doença em seu corpo como a fala do médico e não como uma vivência sua.

Quando relata o diagnóstico, sua fala é racionalizada, pouco emotiva, mais uma vez apresentando sua necessidade de controle sobre a situação vivida, do afastamento dos afetos; antecipando o diagnóstico, antecipa também sua reação e o encaminhamento de sua vida a

partir dele, distanciando-se de sua própria dor.

Merleau-Ponty (2006a, p. 84) ressalta que “*O sentir é esta comunicação vital com o mundo que o torna presente para nós como lugar familiar de nossa vida. É a ele que o objeto percebido e o sujeito que percebe devem sua espessura.*”

Diante do diagnóstico do câncer, doença estigmatizada, vemos que Berenice usa seu modo de controle para evitar o desprazer, na tentativa de lidar com o impacto. A fala de antecipação do diagnóstico é uma estratégia de lidar com a incerteza do porvir, o choque ante ao inesperado, ante algo que lhe escapa no alcance do vivido, pois, essencialmente, o tempo da colaboradora é o presente e, como nos mostra Merleau-Ponty (2006a), o presente desassociado da temporalidade é inexistente, não produz sentido ao sujeito.

A limitação de vida implícita no diagnóstico de câncer traz uma reorganização, uma reflexão sobre as possibilidades a serem vivenciadas a partir de então, há a necessidade de bloquear as possibilidades de expressão ou perda de controle, pois iriam de encontro com seu modo de viver até então. Uma nova temporalidade se instala a partir da rotina de consultas, procedimentos, intervenções e, conseqüentemente, da nova percepção do corpo.

Procedimentos e intervenções no corpo

A pior coisa foi a braquiterapia, eu tive uma crise de pânico e mesmo porque, eu acho, eu na minha concepção, se eu não tivesse feito a braquiterapia, apesar dos médicos falarem que não, que as fístulas que tiveram iriam ocorrer de qualquer forma, mas eu acho que... foi a braquiterapia. Eu não queria fazer, fui convencida, mas eu ia contrariada. Fiz 4 ou 6 sessões, eu ia e voltava sozinha.

A vivência do câncer traz consigo uma série de intervenções no corpo que são bastante desgastantes e dolorosas, algumas geradoras de efeitos colaterais imediatos, que apesar de desaparecerem com o término do tratamento, muitas vezes impõem às pacientes a convivência com eles ao longo dos anos seguintes e acabam por interferir em seu cotidiano e em suas relações.

As intervenções no corpo são marcas que registram parte da história vivida e parte de uma história de finitude que esteve ali tão próxima.

Como já havíamos pontuado, a colaboradora delega ao outro os cuidados e a responsabilidade sobre seu corpo, não se implicando na vivência do câncer por ela experienciada, pontuando as conseqüências dolorosas e de desprazer de sua vivência como responsabilidade do outro, sempre externa a ela. O outro é o risco constante do desprazer, por

isso é necessário controlá-lo.

Berenice vivenciou todos os principais sintomas do câncer. No entanto, ela não reconhece nenhuma implicação sua no processo do adoecimento, como se o outro fosse o responsável não apenas por suas escolhas, mas pelo encaminhamento das situações de sua vida. O próprio tratamento, fator sempre associado à possibilidade de cura, foi por ela associado às complicações e piora de seu estado físico e ao prognóstico.

Sendo a braquiterapia um procedimento ao qual ela não desejava se submeter – talvez até pelo fato de ser este um procedimento interno, não sendo possível observá-lo e controlá-lo, apenas sofrer suas conseqüências – causa nela maior ansiedade e desconforto.

Como o comportamento do doente adere, muito mais estritamente que o do sujeito normal, às relações concretas e imediatas do meio, o distúrbio fundamental poderá ainda ser definido como ‘a incapacidade de captar o essencial de um processo’ ou enfim como a incapacidade de circunscrever nitidamente um conjunto percebido, concebido, ou apresentado, a título de figura, em um fundo tratado como indiferente (MERLEAU-PONTY, 2006b, p. 98).

Para alguém que sempre buscou a independência, a liberdade de seu corpo, vê-lo agora cerceado e submetido a procedimentos os quais não pode controlar é insuportável. Assim, Berenice precisa canalizar tudo isso para algo externo a si mesma.

Eu tenho uma colostomia e eles queriam colocar uma outra bolsinha pra urina, aí eu não quis fazer a cirurgia, hoje eu uso absorvente geriátrico, e isso me inibe muito a sexualidade, apesar de que sempre se dá um jeito, mas, não é tão prazeroso, é discômodo mesmo. A penetração, realmente, nunca tentou, eu fiquei com medo, principalmente porque tem a fístula (intestino e bexiga), e pelo problema da perda da urina, eu acho que não seria nem agradável pra ele. Então, a gente vai tentando outras formas.

Como se pode perceber, sua vida sexual ficou comprometida após a vivência do câncer. O sexo, grande parte de seu prazer de viver, foi uma das primeiras áreas nas quais ela sentiu os limites impostos ao seu corpo pela doença e pelas inúmeras seqüelas por ela deixadas. Percebemos que é a partir de sua limitação no corpo que ela consegue entrar parcialmente em contato com suas limitações emocionais. Este trecho denota uma das poucas falas em que ela reconhece suas limitações físicas e emocionais diante do vivido, diante da vida.

Ao longo de sua história, sua vida sexual foi parte importante de seu modo de se relacionar, de sentir-se mulher e perceber-se atraente. A colaboradora costumava delinear sua trajetória de vida a partir de suas conquistas e suas relações afetivo-sexuais eram os marcos

em sua história de vida, fato que a partir do aparecimento do câncer mudou com a imposição do deslocamento deste foco – Berenice já não pode mais vivenciar sua vida sexual como antes. Sua vida sexual agora, para além da impulsividade, passa a ser refletida, repensada, até mesmo porque seu corpo não é mais o que ela reconhece, agora possui seqüelas do adoecimento, tais como a bolsa de colostomia e a fistula vaginal que impedem a ocorrência do coito sexual com naturalidade.

Hoje, o ato sexual envolve também situações de desprazer e desconforto, situações que ela tanto procurou negar ao longo de sua vida – estão o tempo todo demarcando a vivência da doença, suas limitações, aspectos desagradáveis do existir, inclusive as incertezas.

Eu tenho que fazer uma cirurgia de correção, é uma cirurgia grande... Teve um [médico] que disse que eu já ia começar a fazer os exames pra fazer a reversão e outro que vai ficar [levar] 02 anos, então não sei, mas eu também não estou preparada pra fazer uma nova cirurgia. Eu acho que você tem que estar segura do que você vai fazer e eu estou com medo de fazer uma nova cirurgia... eu tenho medo de agulha. ... e lá no hospital eles adoram espetar, né? Então, eu não gostei, eu fui uma paciente muito rebelde, eu não queria ser enfermeira minha não (risos).

É interessante ressaltar que ao ser contatada para participar da pesquisa, Berenice se disse curada e sem seqüelas. O observamos em seu relato, porém, é que existem não apenas seqüelas, mas também uma série de procedimentos aos quais ela ainda deverá se sujeitar. A própria rotina de exames e consultas que delimitam a ela seu lugar no mundo, um outro mundo – do desprazer, lugar de paciente, lugar de ser cuidada, de certo modo, cobrada e contida em seus anseios, limites e imposições necessárias a um bom prognóstico, que, no entanto, ela se recusa a aceitar. Como traz Merleau-Ponty (2002), o corpo é entreposto na relação com o outro e o modo como meu corpo se coloca, é o modo como emirjo, como minha existência ali se configura.

A mesma enfermidade sensorial ou constitucional pode ser causa de escravidão, se impuser ao homem um tipo monótono de visão e de ação, do qual ele não poderá sair, ou ser a ocasião de uma maior liberdade, se ele dela se servir como instrumento. [...] Para um ser que vive no nível simplesmente biológico, ela é uma fatalidade. Para um ser que adquiriu a consciência de si e do seu corpo, que ascendeu à dialética do sujeito e do objeto, o corpo já não é causa da estrutura da consciência, tornou-se objeto da consciência (MERLEAU-PONTY, 2006b, p. 315).

Recusar-se a ir às consultas é recusar a doença, recusar-se aos cuidados, recusar-se a enfrentar aos limites da própria vida. Adiar seus procedimentos é uma forma de não entrar em

contato com estes limites tão dolorosos para ela, no corpo e, simbolicamente, é como se adiando o procedimento controlasse o tempo e sua dor.

Equipe de saúde

Eu internei uma vez pra fazer quimioterapia, depois internei e fiz a cirurgia, foi tudo muito bem, aí começaram os problemas: eu perdi o rim esquerdo, tive que por um dreno, internei e tive que por um dreno no rim direito. Depois eu internei pra fazer a colostomia. Antes de fazer a colostomia eles me deixavam de segunda a quinta no hospital, porque eu não ficava de fim de semana nem amarrada no hospital.

Eles me davam uma alta que eu tinha que voltar na segunda-feira, porque ninguém me segurava no hospital, foram 2 vezes internadas assim, e fiz a colostomia.

Eu procuro nem passar perto do médico pra ele não saber que eu existo. Eu vou de vez em quando à consulta, a última eu faltei eles já mandaram me chamar, mas, eu, me finjo de morta... mas, eu acho o seguinte, se eu não estiver bem, eu vou lá e procuro eles (risos). Ele não precisa ficar olhando pra minha cara todo dia.

Para Merleau-Ponty (2006b), não há sensação que não seja espacial, logo a percepção de espaço está diretamente ligado ao sensível. Além disso, destaca o autor que a ilusão e a percepção do mundo devem apresentar uma diferença estrutural, senão tudo se confunde e há a traição dos sentidos, para além da consciência, que é o que nos posiciona como ser-no-mundo.

Este corpo que a põe no mundo e que é sua fonte de prazer torna-se contraditório quando, mesmo diante do adoecimento, ela resiste aos cuidados a ele. Ir ao médico, ao hospital é ter limites, renúncias, frustrações, ouvir aquilo com o que não quer lidar ou que teme. A frequência da consulta ginecológica, fato crucial na saúde da mulher com vida sexual ativa e em especial à prevenção de lesões cancerígenas, não aparenta ser para esta colaboradora uma preocupação – o acompanhamento não ocorria rotineiramente, sendo tratado com certo descaso, como se ela pudesse também ir além das questões de seu corpo, do protocolo médico, ainda que reconheça suas limitações após o câncer – é como se cindisse o próprio corpo em detrimento de sua necessidade de controle.

Os cuidados consigo, com seu corpo, e o tratamento além de negligenciados são carregados de fantasias com relação à real possibilidade dos procedimentos e seus resultados, fato bastante contraditório diante da lógica racional que fundamenta o discurso da colaboradora. Muitos de seus medos e inseguranças – que ela dificilmente revela diretamente – aparecem expressados através da descrição dos procedimentos e das falas dos médicos. A manipulação do outro transparece também no relacionamento com a equipe médica; ou seja, o

outro sujeito à sua lógica e sua percepção do mundo.

Ao falar sobre o esquecimento dela pelo outro, sobre o não ser vista, percebida pelo médico, por exemplo, Berenice traz o corpo como representativo de sua existência – ali delimitada em seu corpo, o corpo que sofre as intervenções, este mesmo corpo que luta contra a morte, que foge do estigma do adoecimento, mas, que, também, estabelece uma cisão, uma fuga que se concretiza nas ausências aos eventos no hospital, na recusa pela internação, ainda que seja negando sua condição, negando os procedimentos que levariam à sua melhora, recusando-se ao cuidado – cuidados necessários para que possa, de fato, preservar-se existindo.

É interessante o jogo de palavras “finjo de morta”, ou seja, fora do campo de visão do outro, Berenice anula seu lugar existencial, bem como não necessita depender do outro, sua existência não passa pela presença do outro e, ao “fingir”, de certa forma, controla a morte, lida com ela de forma jocosa, como se ir ao hospital remetesse, de forma mais concreta, à sua finitude, suas limitações.

O médico é evitado como figura de controle sobre este corpo, pois é ele quem delimita as intervenções, as marcas dos procedimentos que ali ficarão impressas.

Familiares ou apoio

Minha mãe não ficou sabendo que eu estava doente, hoje, ela joga verde pra colher maduro, mas eu nunca falei pra ela que eu tive câncer, então, eu procuro fazer tudo sozinha. Meus maiores apoios: meu filho, minha nora, meu marido e a Lilica. Eu acho que sem ela (cachorrinha), eu não teria conseguido passar, o que eu passei.

Ela era novinha na época, tanto é que hoje ela está com 02 anos e pouquinho, na época, ela tinha 4 – 5 meses, quando aconteceu, eu falo que eu passei por tudo, quem me deu mais apoio, conseguia me distrair, eu deitava, ela ia deitar comigo, acho que é por isso que eu tenho tanto carinho por ela. Ela não sabe que ela é cachorra, ela ganha café na cama, ela não tem essa consciência, e eu acho que o animal... pra pessoa que tá doente é muito bom, porque aí você sabe que tem alguém que você tem que depende de você, então você esquece um pouquinho dos problemas. E hoje já foi mais do que provado que o animal faz... Aí tem a parte mística que fala que cada animal canaliza um tipo de problema: os peixes o estresse, gato, coração, o cachorro, depressão, né?

Berenice verbalizou ao longo de todo o seu relato a dificuldade de se adequar aos modelos familiares, a manutenção de vínculos com pessoas próximas, destacando como maior companheira a sua cachorrinha, para ela um núcleo afetivo fundamental no processo de sua cura.

Diante da situação de fragilidade vivida por esta colaboradora ao longo do

adoecimento, ela encontra forças em pessoas com as quais sente ter mais afinidades, escolhidas por ela para manutenção de relações afetivas, exclui, no entanto, a mãe, com quem nunca se identificou ou sentiu-se respaldada. Não pode mostrar seu corpo adoecido, pois revelaria em si a fragilidade que sempre a incomodou na mãe. Sentir-se frágil é, para ela, sinal de fracasso e, mesmo contando com o suporte afetivo de pessoas com as quais se sente próxima, não consegue dividir com eles as dificuldades do tratamento, não permitindo nem mesmo que a acompanhem.

Sua relação com a cachorrinha Lilica se fundamenta também em uma situação de controle, na qual ela cuida, trata a cachorra como humana, mas canaliza para ela todo seu desprazer. Ainda que não assuma este fato diretamente, é o modo simbólico que ela encontra de entrar em contato com suas limitações, uma vez que o cachorro não cobra um corpo sadio, mas o mínimo de afeto, que é o que Berenice poderia oferecer.

Merleau-Ponty (2006a) destaca que outras coisas e objetos e nossas preferências afins, que fazem parte do nosso mundo, são parte de nossas escolhas e provocam em nós reações boas e ruins que acabam por refletir a nós mesmos.

O peso de seu lugar de independência, de assumir o posto de “dona” de sua vida é revisto na vivência da doença, uma vez que esteve sozinha o tempo todo, de certo modo, amparando-se em sua condição de independência até então, não conseguindo admitir, sequer requisitar a presença de alguém, permitindo-se apenas estabelecer um vínculo com a cachorrinha; novamente, estabelecendo uma relação de dependência do outro para com ela, e não dela para com o outro.

Categoria 4 – Feminilidade e sexualidade

*Mesmo a parte de sexualidade estando afetada pelos problemas que eu tenho, eu não deixei de ser mulher. A moda tá me ajudando muito porque os vestidos são todos folgadinhos, gosto de me vestir bem, gosto de me maquiar. Pelos problemas que eu tenho, não deixo de ir à praia, não deixo de me maquiar, voltei a dirigir. Teve uma época que eles me pediram pra não dirigir, mas voltei a dirigir, viajo dirigindo e, então eu acho que eu não deixei de ser mulher. Me limitou na parte sexual, a sexualidade em si, não... (...) eu parei de trabalhar, eu era jornalista. Pretendo voltar a fazer alguma coisa, mas não sei o que. Então, eu tô assim: quero fazer alguma coisa, mas tô estudando, tô vendo, não sei se eu espero pra já fazer a reversão, porque tudo que eu for começar, eu tenho que parar pra fazer uma outra cirurgia, não sei se eu agüento ficar um ano esperando pra fazer a cirurgia, não sei se eu agüento ficar parada esperando... então, eu não sei! Tenho projeto de voltar a trabalhar, só não sei o que vou fazer.
(dependência) Nunca, é horrorosa, apesar que papai faleceu, me deixou um seguro, eu não estou sendo assim sustentada, o cigarro ele compra pra mim,*

eu não parei.

Para Berenice, ser mulher e os aspectos de feminilidade foram afetados diretamente pelo adoecimento, mas foi em outros aspectos do seu corpo que ela encontrou respaldo e ganhos para amenizar suas limitações e desprazer. Merleau-Ponty (2006) relata a importância do corpo como constituinte da percepção de mundo e do outro, sendo, assim, a sexualidade inerente à condição de existência, que passando pelo corpo.

Sua própria reflexão traz este fortalecimento do feminino através de manifestações em seu corpo, seja pelas vestimentas ou pela maquiagem. Nada mais é do que uma estratégia de realçar aspectos da feminilidade, associada diretamente a uma prática exclusiva da mulher. Ela recusa o lugar de mulher fragilizada e dependente, o que lhe remeteria a um aspecto considerado negativo do ser mulher.

A limitação imposta pelo tratamento em decorrência do adoecimento altera toda a sua rotina de vida e a sua própria percepção de força e capacidade produtiva. O lugar feminino de dependência é algo impensável para a colaboradora e, talvez, uma de suas maiores dificuldades em lidar com o adoecimento. A condição feminina de dependência, traço antes naturalizado pela condição do ser mulher, é questionada por ela, é relatada na verdade, como algo aversivo, aprisionador.

Em sua fala Berenice traz essa resistência à ocupação do lugar feminino da dependência financeira e também da provisão de afetos, invertendo, de certa maneira, os papéis antes estabelecidos para o homem e a mulher. A manutenção da provisão financeira paterna faz com que ela renuncie ao vínculo social de mulher casada e coloque o atual companheiro no papel de provê-la apenas de suas vontades e caprichos, ainda que o capricho do cigarro tenha uma conseqüência imediata no agravamento de seu quadro clínico.

Desse modo, Berenice acaba por negligenciar seu prognóstico, uma vez que as seqüelas físicas do adoecimento são para ela menos intensas do que sentir-se dependente, sem a condição de trabalhar, pois o trabalho lhe garantia a sensação de liberdade, o não aprisionamento dentro de casa, fato que a situação de necessidade de repouso em casa a remete ao lugar temido do feminino tradicional.

Recusar a cirurgia corretiva e manter o marido como provedor de seu hábito tabagista é, antes de qualquer coisa, romper com o padrão feminino tradicional, assumindo, simbolicamente, a autonomia sobre seu corpo.

Categoria 5 – Projeto de vida

Fé

Não tenho religião, eu acredito em Deus. Eu sou da crença espírita, acho que a doutrina espírita explica muito mais do que a católica. eu acho, talvez, meu erro... que você vem com carma, isso tem. Mas, talvez, eu pudesse ter evitado a gravidade que foi, porque quando foi descoberto, meu câncer estava bem grande.

Eu acredito em Deus, eu fiz uma troca com Ele. Eu falei: não me deixa, eu sempre tive cabelo curtinho, eu chegava a raspar; eu falei: você não deixa eu ficar careca, que eu vou deixar meu cabelo crescer 2 anos, vou cortar fazer uma peruca e doar pra quem precisa. Então, agora, fez um ano, falta mais um.

Até quando fala de sua relação espiritual, Berenice manifesta uma tentativa de manipulação, buscando obter ganho e controle.

De acordo com Kübler-Ross (2002), a barganha é uma das estratégias de enfrentamento do adoecimento, uma forma de se sentir menos a mercê dos fatos, menos impotente diante da incerteza futura de um diagnóstico.

A barganha é comumente uma tentativa de negociação com alguém ou algo considerado superior. Neste momento, tanto Deus quanto a equipe médica ocupam o mesmo lugar, dependendo do sentido e proximidade que a paciente se sente de cada um.

É a tentativa de um trato, uma troca para se manter íntegra, inabalável, parecer irrepreensível e a partir de então se redimir de uma possível culpa ou responsabilidade pelo acometimento da enfermidade, tentando, assim, não sofrer as consequências do adoecimento.

Muitas vezes na recusa de sentimentos negativos prévios, tais como a raiva, o descontentamento ou a depressão, a barganha surge como uma tentativa de se mostrar disponível a agir do modo como se acha que o outro gostaria, buscando dele, então, a aprovação, a benção, a cura.

Eu acho que a única coisa que você tem que fazer é não chorar. O problema tá aí, chorando ou não chorando e manter o bom humor, é a alma do negócio.

Não adianta ter o problema e brigar com mundo, o mundo não é o culpado. Dependendo da sua crença, ou por carma, ou por descuido, ou qualquer coisa, o problema táí, você tem que sentar e tentar viver sua vida, não perder a normalidade das coisas.

E eu até com o dreno, eu chamava de Totó, porque era meu cachorrinho, não me abandonava, mas, eu ia pra barzinho, eu nunca tive problema. Se alguém olhasse torto, saísse do local (risos) [...] e eu usava daquilo lá, porque eu cortava fila de banco, todo mundo deixava eu passar na frente, se eu chegava num restaurante muito lotado, todo mundo se compadecia e deixava você sentar, arrumava uma mesa pra você, então acho que você tem q tirar proveito da sua vida do jeito que dá. Tem perdas, mas também tem ganhos. E levar na maciota tudo o que você puder conseguir.

Ao finalizar a entrevista, ela demonstra que consegue refletir sobre seu modo de estar-no-mundo e de perceber a doença e seu corpo. Traça um panorama de suas defesas, negação da realidade, estratégias de enfrentamento da vida e da forma como o adoecimento se manifestou para ela também como uma estratégia manipuladora, um ganho secundário, diante do outro, diante da vida.

Ao longo de toda sua fala, busca os recursos destas estratégias, relatando seus ganhos e manipulações.

Berenice acaba por buscar um lugar de significação desarticulado do afeto, da dor, do sofrimento, como se isso desse lugar a um novo sentido de uma dor tamanha, que não poderia ser nominada sem a leveza do aspecto lúdico e é só desse modo que consegue verbalizá-la, como por exemplo, quando apelida seu dreno de Totó, animalzinho de estimação.

Aliás, a eleição por este tipo de postura remonta sua fala anterior a respeito da relação com sua cachorrinha, a única por quem se sentiu apoiada durante o tratamento, sendo sua fonte de acolhimento e apoio.

Além disso, no mecanismo do chiste a escuta do outro é fundamental, o que implica a constituição de uma relação, aparentemente desconexa, mas que denota a dependência do outro – uma dependência modulada pelo lúdico, que permite a dissolução da dor.

O prazer aparece, então, na fala. Ainda que não totalizado, é uma forma efêmera de apreensão dele, de vivenciar o ganho concreto de algo que traz tamanha dor, e neste caso, especificamente, a dor é concreta, materializada no câncer e nas sequelas do tratamento.

Ao falar desse modo sobre a colostomia, a colaboradora emite um sentido para sua dor e burla a censura impressa no peso da palavra, aproximando-a de seu vínculo afetivo por animais de estimação, o único possível de ser vivenciado em sua totalidade, sem disputa, na troca afetiva das relações por ela estabelecidas.

CONSTANZA

Amasiada, 42 anos, ensino fundamental incompleto, coletora de recicláveis. Quando não se encontra nos atendimentos e tratamento no hospital, continua exercendo seu ofício,

pois, o trabalho é para ela um espaço de produção de sentidos da vida. Foi a única colaboradora que nos abordou querendo participar da pesquisa. Por encaixar-se no perfil definido, foi incluída entre nossas colaboradoras e ficou muito sensibilizada ao relatar sua história de vida, emocionando-se várias vezes.

Mulher simples aparenta mais idade do que tem. Chegou ao hospital já com diagnóstico de câncer de colo de útero avançado, tendo que se submeter a procedimentos bastante invasivos de imediato, como a quimioterapia e as cirurgias.

De origem cigana, foi criada pela avó, após ser abandonada pela mãe. Submissão e violência são traços culturais do ambiente no qual foi criada, bem como a migração constante, fixou residência já mais velha.

Casou-se muito jovem, aos 17 anos, e o marido foi seu principal algoz. Relata ter sofrido todo tipo de violências, separando-se dele quando descobriu, anos depois, que ele era amante de sua irmã.

Durante o período em que esteve casada, teve 04 filhos. Um deles faleceu ainda bebe por falta de cuidados necessários e outro foi tomado pelo pai quando ocorreu a separação do casal. Convivem com ela 02 filhas, uma já casada e a outra adolescente.

Já separada, relacionou-se com um segundo homem, de quem se separou por incompatibilidade – ele buscava todo e qualquer tipo de práticas sexuais, situação difícil para ela que foi criada pela avó e teve seus aspectos sexuais e femininos extremamente reprimidos. Atualmente, vive com novo companheiro, mais jovem que ela, com quem considera ter, pela primeira vez, uma relação de parceria.

O diagnóstico de câncer chegou inesperadamente; porém, afirma não ter se abalado. Percebeu a doença durante um dia de trabalho, ainda que durante as relações sexuais já houvesse sangramento. É assídua nas consultas e nos procedimentos do tratamento, contando com o apoio integral do companheiro em todo o processo.

Apresenta-se confiante no tratamento e na equipe médica, evitando inclusive comentar o assunto do adoecimento com familiares e amigos, uma vez que não aceita os cuidados de outrem por sentir que é seu o papel cuidadora.

Categoria 1 – Infância e adolescência: vínculos e afetividade

Vida Familiar

Minha avó ela me criou sozinha, minha mãe separou do meu pai quando nós nascemos. Aí minha avó ficou comigo, e meu tio ficou com meu irmão, a

*gente se criou bem dizer junto, mas separado ao mesmo tempo.
Fui criada com a minha avó, não tive vínculo nenhum com a minha mãe...
mas sempre soube, minha avó nunca escondeu de mim.
Quando minha avó morreu eu tinha 13 anos, cuidei dela até o dia que ela
morreu... [...] quando eu tava com 14 anos, minha mãe apareceu e me levou
embora com ela, só que a gente não conseguiu conviver nem 3 meses junto,
porque ela tem um jeito difícil de ser, eu já tenho um jeito mais pacífico. Eu,
se puder ajudar, eu ajudo, ela já é ao contrário, ela é egoísta, ela não dá
nada pra ninguém.
Eu não tive adolescência, eu trabalhei muito, comecei trabalhar com 5 anos,
bater tijolo pra minha avó, fui cuidar de criança com 7 anos.*

Constanza pertence a um grupo étnico em que a produção de sentido sobre a infância é desarticulada da nossa lógica social ocidental, porém inserida em nosso contexto, produz a ela um sentido de desacordo, de deslocamento, o que traz o peso do abandono, da exclusão e da solidão de forma mais marcada.

Merleau-Ponty (2004) aponta que nossa percepção do outro e de nós mesmo passa pela percepção do corpo, ou seja, certamente não apenas pela visão do outro, ali, na situação da vivência, mas também, do contato, da troca de afetos.

Os outros homens nunca são puro espírito para mim: só os conheço através de seus olhares, de seus gestos, de suas palavras, em suma, através de seus corpos. Certamente, para mim, um outro está bem longe de reduzir-se a seu corpo. Um outro é esse corpo animado de todos os tipos de intenções, sujeito de ações ou afirmações das quais me lembro e que contribuem para o esboço de sua figura moral para mim. [...] Os outros são para nós espíritos que habitam um corpo, e a aparência total desse corpo parece-nos conter todo um conjunto de possibilidades das quais o corpo é a presença propriamente dita. (MERLEAU-PONTY, 2004, p. 43)

Desse modo, a percepção de corpo e os sentidos a ele atribuídos estão em consonância com os modos de subjetivações de nossa ascendência, os quais repercutem nos modos de relações e de se estar-no-mundo.

O corpo, na lógica da colaboradora, parece ser algo desprovido de sentidos, usado em favor do imediato, do que demanda a necessidade concreta, em especial através do dinheiro.

Por exemplo, um fato naturalizado neste contexto é o trabalho infantil, situação à qual a colaboradora se viu exposta precocemente. Sabemos que crianças expostas precocemente à situação de trabalho sofrem agravos físicos, psíquicos e sociais, repercutindo em seu desenvolvimento e percepção de mundo.

Observamos como Constanza relata uma série de vínculos precocemente rompidos (mãe e pai; pais e filhos) ou fragilizados (irmãos) devido a contingências de abandonos, separações e perdas. Há duas grandes perdas afetivas femininas: a mãe e a avó, uma por

abandono, outra pela morte.

Embora a avó tenha sido uma importante referência afetiva, conviver com ela demarcava constantemente o abandono materno, além da separação do irmão que passa a ser criado pelo tio. Neste aspecto, percebemos uma cisão entre masculino e feminino, pois, muito provavelmente, seus cuidados ficaram relegados à avó por ser ela uma mulher. A morte da avó reforça ainda mais o sentido de abandono, diante da inevitabilidade da vida, a finitude associada à ausência do cuidador, à solidão – estava, então, a mercê daquela que a abandonara, a mãe.

Sua percepção do feminino oscila entre o abandono e uma referência de vínculo, mas nesta referência demarca-se a constante ausência materna. Além disso, sendo a avó uma senhora, pauta-se em valores e regras muitas vezes descontextualizados para as demandas de uma criança ou adolescente.

Interessa também observar que, apesar da negligência dos cuidados para com ela, assume este lugar para com quem convive – ao longo de sua história, desde muito precocemente, assumindo o lugar feminino do cuidado. De certa forma, ao identificar-se com este papel feminino, Constanza distancia-se do modelo materno do abandono, algo de difícil elaboração para ela.

O cuidado com sua avó, mais do que uma lógica do afeto, representa uma lógica da retribuição de um favor, como se ser cuidada e cuidar de quem lhe cuida, abdicando de sua própria existência, da interação e percepção de seu mundo para que o outro possa existir, representasse a inoculação do incômodo causado.

Podemos recorrer ao discurso de Merleau-Ponty (2006) sobre a atenção – quando focada em um só objeto, desarticulado da percepção, não produz sentido, caindo no vácuo ou no sentido enrijecido, pautado por estereótipos e padrões.

Voltando a morar com a mãe, procura adaptar-se a estes estereótipos. Busca, agora, desvencilhar-se dos ensinamentos da avó para adaptar-se ao estilo de vida da mãe, como se o vivenciado anteriormente não lhe tivesse produzido sentido.

Quando eu acompanhei minha mãe, eu andei muito, porque ela só parou agora, com 74 anos [...]

No entanto, ela busca acatar tudo que a mãe lhe oferece, como se buscasse nessa interação a retomada da convivência de um passado que não houve.

(quebra do vínculo) Uma discussão de boca que a gente teve por causa de uma coisa besta, roupa velha: uma mulher me deu umas roupas pra vender e ela foi e queria também. Ela foi na minha casa, me maltratou, jogou um monte de praga, desejou que eu até pedisse esmola na rua. Eu chorei muito, fiquei sentida com as palavras que ela falou. Não deu um ano eu sai de casa... Eu vim parar de andar mesmo em 2002. [...] era assim, ficava 3 meses num lugar, parecia que dava uma coisa em mim, nunca nada tava bom. Ficava batendo cabeça, andando, sem rumo, ficava nos albergues, dormia em porta de hospital, porta de posto de saúde, rodoviária, pedia, trabalhava, sempre ali com as meninas do meu lado.

Merleau-Ponty (2006a, p.45) destaca que a ilusão se faz passar por uma percepção autêntica, esta sim, originada no campo da experiência. A ilusão, por sua vez, imita a experiência sensível, embargando as próprias recordações da trajetória de vida.

As lembranças da colaboradora produzem grande sofrimento e evidenciam a vivência do não pertencimento, de um desapropriar-se de si mesma, lugar que busca a partir do retorno da mãe, na sua adolescência.

Importa frisar que a vivência da adolescência é por si uma reterritorialização de seu lugar no mundo, que se dá pelas novas possibilidades instituídas sócio-culturalmente, mas essencialmente por este novo corpo que agora se configura. Constanza passa a vivenciá-las conjuntamente – sem referências constituídas como significações de seu existir, sofre tamanha ruptura que cola no modelo de vida materno, talvez na tentativa de, aproximando-se dele, compreendê-lo e, assim, entender seu abandono pela mãe.

Ao romper com a mãe, rompe também com a imagem que fazia da mesma – a imagem de si própria que se fazia ali presente –, buscando satisfazer aquela que a abandonou. Porém, ela busca repetir a mesma lógica de estar-no-mundo da mãe, uma lógica da passagem pelo mundo, do nunca estar, da ausência, da inexistência de raízes, lugares, pessoas ou sentidos. Por isso, os estereótipos se fazem presentes, pois constituem um lugar rígido onde se pode apoiar-se diante de tanta fluidez, especialmente para como feminino e os estereótipos do amor materno, produzindo apenas uma representação do mundo e do outro, porém, sem significação.

Ela busca, de certo modo, eximir a mãe da culpa pelo abandono, atribuindo a responsabilidade pela desarmonia familiar a outra figura feminina (de menor investimento afetivo para si): sua irmã.

[...] minha irmã mais velha é a pedra no sapato da família. Ela é estranha, ela gosta de ninguém, nunca ninguém é bom pra ela. Quando eu conheci o José, ela poderia ter me falado que era amante dele, nunca me falou, me enganou a vida inteira. Me magoou muito, sempre colocou minha mãe contra mim, nunca deixou minha mãe ser minha amiga. Eu me dou, não sou

de rancor das pessoas, só que ela é muito fria e calculista, se ela tiver que te prejudicar, ela não tá nem aí, acho que ela assiste muita novela, eu falo, que com aquelas novelas mexicanas ela combina demais.

Ela fez tudo pro meu pai separar da minha mãe, que teve eu, ela chegou a julgar meu pai, falou que ele tinha aproveitado dela, ele ficou preso um ano, mas uma senhora da nossa cidade contou a verdade pra minha avó, levou a senhora na delegacia, foi onde meu pai contraiu a tuberculose.

Constanza aponta a irmã como causadora dos males familiares; não percebendo, no entanto, sua responsabilidade nas escolhas feitas nas situações do mundo e do outro, revelando sua demanda infantil de cuidado, fase quando é o outro adulto que se responsabiliza pelos caminhos a serem tomados.

O fato de a irmã ser amante do seu primeiro marido, o que delinearemos melhor na próxima categoria, mostra o quanto Constanza acata o que lhe oferecido e não se atenta ao mundo à sua volta, apresentando, inclusive, uma visão simplista, colocando-se como antagonista da irmã, até no que concerne ao modo de estar-no-mundo.

Porém, esta não parece ser uma postura somente da colaboradora, mas também de seu pai que, diante da negativa do amor da companheira decide renegar a própria vida.

O pai, assim, ocupará um lugar de ausência – mas de uma ausência concreta devido à morte e associada também ao seu abandono pela esposa, a mãe da colaboradora.

Meu pai morreu eu tinha 21, morreu com câncer no pulmão, não se cuidava, [...] ele contraiu tuberculose com a idade de 18 anos, ele fumava, ele bebia, ele era alcoólatra. [...] Muita mulher gostou dele, mas, ele não quis outra mulher, ficou sozinho, minha mãe abandonou ele quando a gente nasceu. E meu pai era muito apaixonado por ela, ele morreu sentido, morreu de amor.

A busca por uma referência de cuidado, de familiaridade e pertença faz com que Constanza se exponha a situações nas quais negligencia a si mesma em prol de ter este sentido nela constituído. A convivência com o núcleo familiar que lhe foi negada em decorrência da separação dos pais e acarretou o sentido de não pertencimento da colaboradora, além de sua necessidade constante de cuidado e dependência do outro, construiu uma relação simbiótica onde a separação é vivenciada como abandono e solidão.

Desse modo, sua percepção de cuidado, uma vez que não se sente cuidada é nula, provocando a busca pela presença real do outro, mantendo inclusive pertences destes após a sua ausência para que sinta o outro presente em sua trajetória como parte de si. Ao relatar a morte do pai, Constanza mostra o risco a que se expôs na busca por senti-lo próximo a ela após sua morte, como forma de preservá-lo na convivência com ele.

Ele (pai) morreu e o colchão que ele ficou morto, [...] eu peguei o colchão pra mim.

Outro ponto que importa destacar é sua identificação com o lugar ocupado pelo pai, o lugar de abandono pela mãe necessitando também ser cuidado na doença e até justificando sua ausência, uma vez que se deixou morrer pelo abandono da mulher, sua mãe. Ou seja, mostra a ela um homem fragilizado, a mercê de alguém para que possa existir e dar sentido a sua vida, modo de interação com o mundo em que a colaboradora também opera. Diante das perdas vividas o risco de contaminação pela doença tornou-se uma forma de manutenção do sentido.

Como afirma Merleau-Ponty (2006a), a experiência da morte para muitos não é o fim, mas a passagem para o além da vida, não no sentido metafísico, mas em uma forma mais profunda de dar sentido à mesma.

Desse modo, identificamos que a morte do pai foi menos percebida e significada pela colaboradora do que seu abandono pela mãe. Sendo a morte do pai também justificada pelo abandono por ela é como se a figura materna fosse responsável pelos encaminhamentos da vida de todos. Além disso, a morte é um fato que justifica a partida, o abandono desqualifica o outro deixado, abandonado, colocando-o no lugar de não existência.

Categoria 2 – Sexualidade: primeiras experiências, relacionamentos e vida sexual

Menstruação

Quando eu menstruei a primeira vez eu achei que tinha me machucado num pé de goiaba. Eu tava catando goiaba, aí eu olhei assim, eu sempre usei roupa comprida, olhei assim e, ai, meu Deus do céu.

Falei: Vó, me rasguei tudo por baixo! Ela: Mas, como, que menina espírito de porco!

Ela olhou e falou: Sujou a bunda! E falou que eu não podia mais sentar onde homem sentava, que não podia deixar eles me encostar, que era perigoso, essas coisas assim, então eu sempre tive muito preconceito, tanto que meu marido nunca me viu nem sem roupa.

Percebemos neste trecho do relato da colaboradora os inúmeros tabus ligados à sexualidade feminina, a partir da menstruação e, assim, postos muito precocemente. É em especial na puberdade e na adolescência, devido às modificações no corpo que agora pode gerar filhos, que tais preconceitos se instalam.

Percebemos não apenas a problemática gerada pela discrepância geracional entre ela e a avó no modo como lhe é esclarecido o ocorrido, sem que haja nenhuma informação ou

construção de sentido acerca do evento, como também percebemos o desconhecimento de Constanza acerca do seu próprio corpo feminino, não havendo para ela nada que indicasse o que havia ocorrido naquele instante. As falas de esclarecimento da avó são todas no sentido de caracterizar o perigo, o sujo, impuro, que a tornam responsável pelas conseqüências advindas da aproximação com homens, devendo ela, portanto, esquivar-se deles. Isso sem mencionar que a menstruação é em muitos casos associada a um aspecto de dor, do machucar-se, ou seja, do corpo sujeito a algo desagradável, que é o ser mulher. Sendo a mulher subjetivada no mesmo molde social, temos, então, a reprodução da desqualificação e do tabu para com o feminino, pois menstruar é vergonhoso, mal visto, fétido e deve ser ocultado através do evitar-se o contato com o outro nestes períodos.

Outro aspecto que importa evidenciar acerca do relato da colaboradora sobre sua infância é a ausência de qualquer referência ou vínculo com alguma figura masculina que não o tio e o irmão, porém, sempre de modo distante.

Relacionamentos afetivo-sexuais

Primeiro Companheiro

Eu comecei com 17 anos, com o pai da minha filha... A gente ficou junto 8 anos, só que ele era viciado em cocaína, teve vários tipos de relacionamentos fora de casa, inclusive com homossexual, e foi daí que a gente se separou, aí durante 5 anos eu fiquei sozinha... eu era virgem, na primeira relação, ele me judiou, não precisava ele ter feito aquilo. A expectativa de moça, sempre tem ilusão... Ele foi bruto, me xingou, disse que eu era cheia de frescura, que eu era dondoca... (...) Posso falar que com ele nunca senti nada. Eu sabia que quando ele queria, ele me puxava, usava e largava, principalmente, quando ele tava drogado.

Percebemos em seu relato que suas vivências de práticas sexuais foram bastante violentas e seu corpo percebido apenas como um objeto do outro na busca da gratificação.

Como nos mostra Merleau-Ponty (2006), a percepção de si passa pelo contato com o outro e produz os sentidos e significados para nós mesmos, para o mundo e para o modo como interagimos com este outro que se mostra a nós.

Em seu relato, percebemos que o fato de ter gerado uma filha com seu primeiro companheiro justifica sua permanência com ele por um período longo, mesmo passando por inúmeras situações de violência e desrespeito a seu corpo, fato que ela vivencia, mas não busca se proteger.

A percepção de proteção e limites passa pela noção de cuidado, como nos mostra

Ortega (2008). Desse modo, fica evidente que Constanza não possui referências de proteção e cuidado, delegando ao outro o uso e o cuidado de si, estando ela, portanto, ainda mais exposta às situações vivenciadas.

Não podemos deixar de evidenciar que, o feminino em seu grupo étnico é marcadamente desfavorecido, estando a mulher mais exposta ao abuso da relação de poder e seu corpo desqualificado em relação ao masculino.

As práticas sexuais em situações de violência são comumente usadas como meio mais torpe de submissão do outro, uma vez que o corpo é usado pelo violentador como sendo seu e destinado à sua gratificação, independente da vontade do outro, que está a mercê de uma relação de poder cruel e arbitrária.

Ainda hoje é comum, devido ao matrimônio estabelecido, homens considerarem mulheres como sua propriedade, incorrendo em práticas abusivas de violência, especialmente, sexual. Por outro lado, muitas mulheres recebem uma criação pautada no discurso social engendrado no paradigma do amor romântico e na manutenção da família e da prole, que mantém o feminino no papel de propriedade masculina, e, assim, ainda não conseguem construir novas maneiras de relação, considerando legítima esta forma como são percebidas – seu corpo a serviço do homem ou dos filhos –, conforme nos traz Giddens (1993).

Segundo Companheiro

Eu separei, já não tava dando certo... ele achava que eu tinha que ser mulher dele em todos os termos, era anal, oral, então pra mim ficava muito difícil. E também depois eu vim descobrir, que a cidade lá, minha cidade é pequena, eu descobri que ele tinha um caso com um homossexual.

Eu fui pegando um certo receio dele, já não era mais aquela alegria que eu sentia, porque eu fui criada com aqueles preconceito antigos, eu achava estranho o jeito dele me tratar.

Uma vez cheguei a concordar, (sexo anal) mas me machucou muito aí eu não quis mais, nunca mais eu deixei, porque é uma coisa que machuca muito e ele falou que a esposa dele aceitava numa boa, como de fato ela falou pra mim que ele só queria sexo anal com ela, fora isso não. Foi onde eu vim descobrir através de outras pessoas que ele teve relacionamento homossexual, talvez, por isso ele tinha tanta fissura por esse lado.

Mesmo com a experiência anterior de um casamento permeado pela violência e desconsideração do parceiro a ela e ao seu corpo, Constanza encontra um novo parceiro com quem busca relacionar-se na expectativa de um ideal de amor romântico de sentir-se cuidada e acolhida. No entanto, seu segundo casamento também foi marcado pelo mesmo desrespeito e desconsideração de si mesma em prol do outro e das práticas sexuais dele, que devido à sua

criação, não lhe foram autorizadas a vivenciar e nem mesmo aceitar com naturalidade.

Merleau-Ponty (2006a) ressalta que nossas primeiras experiências são vivenciadas no corpo que as delimita e promove a elas um sentido. Como a trajetória de Constanza neste contexto foi permeada por privações, ela espera do outro o que sente não possuir.

Pode-se pensar que até mesmo por lhe ser inviabilizado o contato com o outro, especialmente o outro masculino, ela não perceba alguns sinais do interesse dele sobre seu corpo, colocando-a em relações onde suas expectativas não se concretizam e acabam em atitudes e práticas de submissão, inclusive as sexuais. Constanza parece sempre buscar nas relações com o outro, o cuidado e a atenção que não sentiu ter ao longo de sua vida, especialmente na infância e adolescência.

O fato de não sentir-se realizada na relação não é para ela justificativa para deixar o outro, sendo sempre necessário que algo externo aconteça que justifique a separação por conta de seu preconceito, tal como ela descobrir que ele tem práticas homossexuais.

De certo modo, o comportamento deste outro – seu segundo marido – revela que o corpo buscado na relação com a colaboradora, mais uma vez não é o dela. Ela estaria a serviço do outro na satisfação de uma *outra* vontade, na relação com outrem, que não poderia ser assumida publicamente, mas ela se sujeita a isso na expectativa de que o outro a aceite e acolha.

Terceiro Companheiro

Ele é homem, posso falar que ele é homem, ele é companheiro, ele é amigo, ele entende meu problema.

[...]ele me respeita demais, me respeita como mulher, tá acompanhando meus problemas, tá vindo aqui comigo. O dia que a gente foi ter relação saiu sangue, ele se assustou, eu também.

[...] é aquela coisa serena, calma, sabe? Ele é tranquilo que nem eu, se tem tem, se não tem tá bom. Brinca, conversa bastante, não tem cara feia, sempre a mesma pessoa.

(sexo) Pra ser sincera... Eu não faço questão... Eu sou tranquila. [...] é um pouco prazer e um pouco de obrigação porque ele é uma pessoa boa pra mim, então eu vejo meu lado como mulher pra ele, mas, também não faço questão, e ele também é sossegado, a gente se entendeu nesse ponto. Ele é prazeroso ele é uma pessoa boa pra mim.

Percebemos em sua fala, a associação do prazer à condição do cuidado do parceiro, cuidado que ela busca em suas relações afetivas para se sentir aceita e, conseqüentemente, sentir prazer. Ao relatar sua vivência sexual com este parceiro, Constanza se atém muito mais ao prazer de uma relação afetiva baseada no companheirismo e amizade do que no prazer

sexual, inclusive relatando que sexo não é algo que lhe faça falta.

Não podemos deixar de destacar que sua experiência com seu corpo não só foi praticamente inexistente ao longo de sua trajetória, como também que o pouco que foi vivido aconteceu de forma violenta. Assim, a possibilidade de vivência prazerosa lhe foi negada também em outras experiências posteriores.

Pode-se pensar que, talvez para evitar o sofrimento das experiências vivenciadas previamente, ela nega esta prática como forma de proteger-se, mas, ainda sujeita seu corpo ao outro para manter os cuidados e atenção que recebe, sujeita-se a algo que não lhe agrada para que ele permaneça com ela, pois de certa maneira, consegue este cuidado e reconhecimento do outro, algo que sempre buscou e, pela primeira vez, encontrou nesta relação.

Ela percebe neste parceiro um masculino diferente do modelo tradicional, um modelo de homem vivenciado como cuidador e não como provedor, com constrói uma relação mais fraterna do que afetivo-sexual.

Basicamente, a construção da relação afetiva na vida da colaboradora passa por 3 diferentes fases. Primeiro, ela assume o papel esperado dela enquanto mulher: o casamento, a subserviência ao marido, inclusive sexual, sujeitando seu corpo ao usufruto deste, inexistindo na relação com ele enquanto ser-no-mundo.

Após desvencilhar-se da primeira relação e buscando o cuidado, o afeto, ela estabelece um novo vínculo que se fragmenta à medida que este vai de encontro aos seus sentidos atribuídos ao relacionamento: o conflito na área sexual. Porém, até que este fato ocorra, foi possível conhecer o prazer sexual, antes não experienciado.

Finalmente, já com o terceiro companheiro, ainda que se sujeite também ao papel socialmente esperado de satisfazer as vontades afetivo-sexuais do esposo, na busca por acolhimento, cuidados, amparado emocional, dessa vez ela o faz como gratidão ao afeto encontrado,

Violência doméstica

Ele (primeiro companheiro) quebrou meu nariz, tenho costela quebrada, minha cesariana ficou deformada, porque ele me bateu quando eu tava com 30 dias de operada. Me batia muito, eu tenho cortes na cabeça, marca de revólver, tenho facada na mão que ele me deu. Então, ele era assim, estúpido, violento, grosso, já com as outras pessoas... Tinha mulher que falava pra mim: não sei como você consegue, ele é tão bom de cama, tão boa pessoa, mas, pra mim nunca foi.

Ele falava muito que eu não era mulher, que eu era feia, quando ele me bateu que ele quebrou tudo meus dentes, meu cabelo era na cintura, perto

do joelho, ele botou no fogo no meu cabelo, então, ele botava muito defeito em mim.

Minha mãe arrumou ele pra mim casar, ele já era amante da minha irmã. Depois que minha madrinha me contou, que o filho que ela tem é dele, a gente se separou. Fui eu que saí de casa. Ele roubou meu filho, porque o filho é dele, eles não aceitam o filho homem sair atrás da mãe, nunca aceitou.

Eu sofri muito... Com o tempo fui deixando dentro de mim acalmar, mas... (chora)

O feminino sempre esteve historicamente subjugado à lógica da soberania masculina, exposto inclusive a situações de violência que implicam controle sobre o corpo da mulher – muitas vezes através da aplicação de violência física ou no desmerecimento de corpo do outro como algo desqualificado, desprovido de sentidos para aquele que o tem como objeto Reis (2002).

Por não sentir-se apropriada de seu corpo e sua vida, Constanza nunca reagiu, aceitando os agravos sofridos com resignação, sequer questiona a atitude do companheiro ante as outras pessoas, completamente avessa a postura que tinha com ela.

A condição de a mulher sujeitar seu corpo à violência de outrem, considerado seu parceiro afetivo, implica uma desqualificação de si mesma, de seu lugar no mundo, de sua possibilidade de interação de modo saudável consigo mesma e com este outro. Sendo a existência pressuposta pela interação com o outro e o modo como se percebe esta relação, resulta que a doação de sentidos ao mundo e às relações pauta-se mesmo apenas pela violência, o que repercute no modo como a mulher se vê e como vê seu corpo na falta de cuidado.

Maternidade

A gente ficou 04 meses sem ter relação depois disso, eu achava que quando ficava grávida, não podia ter relação. Minha tia falou, o certo seria não, se for pensar mesmo como ser humano, mas mesmo assim...

Ao relatar sua primeira experiência sexual estando grávida, percebemos o desprender-se de seu corpo e sua sexualidade, renunciando sua condição de prazer não mais pela violência, mas pela maternidade, algo que Reis (2002) nos aponta quando mostra que a mulher divide seu corpo entre o marido, nas práticas sexuais e os filhos, nos cuidados com eles.

Especialmente reforçada pela fala de uma mulher mais velha, sua tia, que, provavelmente, já havia vivenciado esta experiência, Constanza constrói que não apenas o sexo é para ela desprovido de sentido, mas também seu próprio corpo. Por este motivo, ela

demanda a fala do outro sobre si, principalmente sobre uma experiência vivenciada pela primeira vez, uma experiência que demanda agora um espaço de cuidadora.

É interessante ressaltar que diante da gravidez, o companheiro resigna-se de sua propriedade sobre seu corpo e não impõe a ela rotinas sexuais. Provavelmente, como ela mesma verbaliza, busca em outras mulheres o prazer sexual, corroborando um discurso social de que o corpo que gera filhos não é o corpo do prazer sexual.

Neste sentido, estar grávida é para ela uma trégua das violências sofridas, modo de manter-se íntegra com seu corpo por um período. No entanto, como não percebeu em sua trajetória o ser cuidada, não consegue proteger-se e conseqüentemente proteger o outro inicialmente, pois ainda não apresenta sentidos com significados para esta experiência.

Ele (pai) morreu e o colchão que ele ficou morto, acho que eu errei nisso [...] eu peguei o colchão pra mim, eu tava grávida do menino e não sabia. E meu nenê morreu com a mesma bactéria do meu pai. Eu tive um nascido aqui [...] veio a falecer, eu perdi ele com 6 meses de vida, nunca fui de procurar médico nada, só quando ficava grávida, mas nem em pré-natal eu fui.

Eu tenho um filho que meu marido tomou de mim quando tinha 3 anos e nunca mais eu vi...

(filhas) Uma casou muito cedo e foi embora cuidar da vida dela, bem casada, tem um marido muito bom, 2 filhas maravilhosa, e eu fiquei com a outra, e nós se apegou muito uma na outra.

Sua vivência na maternidade, conforme se evidencia no trecho acima, também foi um lugar de muitas dores e perdas, tendo ela sofrido a morte de um de seus filhos e a separação do outro. Fala com grande sofrimento das vivências de separação e morte, porém, ao mesmo tempo, é como se aceitasse esta condição de sofrimento como algo familiar, natural para ela.

Por outro lado, na vivência com suas duas filhas, ela pode experimentar o lugar do cuidado para com o outro.

A culpa é algo que permeia suas recordações acerca da perda dos filhos, pois, mesmo sentindo-se subjugada à autoridade masculina, ela reflete sobre a condição de ter podido fazer algo, mas se resigna, como se não lhe fosse autorizado, uma vez que ambos eram filhos e para o cigano o filho homem é propriedade do pai.

Neste sentido, ser mãe lhe foi autorizado quando começa a estabelecer outras relações com homens e apoiar-se no cuidado das filhas como suporte à ausência do cuidado do outro.

Como não houve referências da maternidade de uma forma prazerosa, conforme já explicitamos, apropriar-se deste lugar foi para Constanza uma construção na interação com o outro, quando sentiu que poderia assim construí-los.

No entanto, como revela sua fala transcrita abaixo, sua expectativa com relação ao outro é maior do que de fato pode se dar em uma relação.

Quando eu tenho uma amizade eu me dou muito pra pessoa, eu gosto de ser muito companheira, e é por este motivo que eu sofro, porque ninguém é assim...

Eu tenho um cachorro que é cego, onde eu vou ele ta junto... hoje mesmo de manhã ele foi comigo pegar o ônibus, ele ta caindo aos pedaços, mas é um pedaço de mim.

Observamos de forma clara sua necessidade do cuidado, buscando-o, por exemplo, não nas pessoas das quais aprendeu a desconfiar, a não se ver como igual, mas nos animais, pois estes, de certo modo, criam com os donos uma relação de dependência e fidelidade que dão conta de satisfazer seus anseios de cuidado e de afeto.

Sua expectativa com relação ao outro é de que possa satisfazer suas necessidades e demandas de afeto ao longo de toda a sua vida, para tanto doa-se de tal modo que se coloca ainda mais desprotegida e não no intuito de interagir com o outro, mas sim de usufruir do que supõe que este pode lhe dar. Desse modo, Constanza não apenas não se percebe, como não percebe o outro e suas possibilidades. Frustra-se por acreditar em sua verdade sobre o mundo e não no que de fato ele lhe mostra, o que denota que ela não estabelece relações, mas sim bases de troca de afeto, onde, ao que parece, nunca se sente favorecida.

Acaba por buscar este afeto em algo não-humano, mas que tem para ela um investimento afetivo e de cuidado essenciais em sua vida. Busca um cachorro doente, rejeitado para cuidar. De certo modo, quando fala sobre o cachorro, sua fala remete à sua própria condição.

Merleau-Ponty (2004, p. 24) aponta que

Nossa relação com as coisas não é uma relação distante, cada uma fala ao nosso corpo e à nossa vida, elas estão revestidas de características humanas (dóceis, doces, hostis, resistentes) e, inversamente, vivem em nós como tantos emblemas das condutas que amamos ou detestamos. O homem está investido nas coisas, e as coisas nele.

Por isso, a relação com o cachorro doente representa para ela uma forma de se sentir superior e acolhida, numa relação onde o animal depende totalmente dela, estando numa condição de objeto de sua satisfação, satisfação da sua convicção de que é fundamental para a sobrevivência do outro e de se sentir amada por aquele a quem se doa.

Além disso, é um representante afetivo a partir de sua interação, a partir do que ela pode oferecer enquanto um ser-no-mundo, evidenciado por sentir-se parte do animal, visto

como algo já em processo de finitude, assim como ela, ao saber de seu adoecimento.

Categoria 3 – Corpo adoecido: impacto e vivências

Diagnostico

Eu aceitei na boa. No primeiro dia que a doutora falou eu fiquei meio assim, mas seja o que Deus quiser. (câncer) Eu já sofri tanto, que com a doença eu to emocionalmente tranqüila.

A vivência do adoecimento coloca Constanza em numa situação de resignação diante de um outro que sabe sobre ela, não apenas o médico, mas Deus. Não se torna uma questão para a colaboradora, talvez porque seja uma forma de chamar e receber atenção e cuidado, por mais que em sua fala ela afirme não gostar disso, que prefere cuidar.

Este tipo de discurso pode ser explicado pelo medo de repetir o abandono da mãe, da possibilidade do vínculo somente com o debilitado, que não pode de fato ir embora, devido sua relação de dependência.

De certa maneira, é através da doença e do diagnóstico que ela se apropria, de fato, de seu corpo, percebendo-o como algo inadequado e preocupante, necessitando ser controlado por outrem, por isso lhe faz sentido.

[...] trata-se, pois de descrever, no momento da experiência, seja ela precoce, seja ela tardia, interna ou externa, motora ou sensorial, a emergência de um significado indecomponível. (MERLEAU-PONTY, 2006b, p. 266)

A sensação de ser um peso, de não incomodar pode, talvez, explicar a necessidade de resignar-se no diagnóstico, de delegar a outro o seu corpo adoecido, um corpo já sem valor reconhecido e aceitar mesmo os sofrimentos impostos sem queixas, para que possa ser acolhida, além da própria resignação física.

Procedimentos e intervenções no corpo

Vim aqui fazer a biópsia, o doutor falou: É câncer, vamos ter que operar. Eu vou fazer quimioterapia, pra ele diminuir porque ta muito grande, ela que ta aqui me orientando.

O inesperado diagnóstico, já concedido de imediato devido ao estágio de desenvolvimento do tumor, faz com Constanza resigne-se, além do fato de sempre colocar-se

na fala do outro como modo de existir. A partir do diagnóstico, ela estabelece agora um lugar no mundo, o lugar do ser doente, onde, de certa forma opta por entregar-se a uma equipe de saúde que cuidará dela, renunciando os cuidados familiares, como se cuidar passasse pela vivência do técnico, mas não do afeto. E, como seu corpo é para ela um objeto do uso do outro, delegá-lo aos cuidados médicos não é para ela uma questão de apegar-se, muito pelo contrário.

Familiares ou apoio

Eu aceitei, a única pessoa que eu poupei foi minha filha, eu acho que emocionalmente eu to bem, se fosse outra pessoa, não estaria. [...] Eu gosto de cuidar, não gosto de ser cuidada, nem de manicure eu gosto.

Eu já falei que não quero ninguém socado aqui em casa, vai ser muito difícil, porque eu gosto muito de cuidar. Até então, ela acha que é mioma, eu gosto muito de cuidar, se eu tiver esse poder de cuidar de um de outro, eu não gosto de dar trabalho.

A presença dos familiares em sua vida se configura após a maternidade, pois com os filhos, tem a possibilidade de cuidar do outro e, assim, sentir-se mais do que um objeto na inter-relação, podendo lhe produzir sentidos.

Desse modo, precisar ser cuidada devido a sua doença, faz com que não consiga se expor, pois é como se perdesse seu lugar de cuidadora. Ao poupar a filha, poupa-se de não ser cuidada, poupa-se de reviver sentimentos de abandono vivenciados precocemente quando necessitou de cuidados.

O relato de Constanza revela também que ela não sente seu corpo como algo que possa ser cuidado, que se sente um incômodo para o outro quando demanda suas necessidades e que não sente este corpo como um espaço de prazer, evitando inclusive a proximidade.

Estar próximo do outro, receber seus cuidados significa também lidar com a finitude deste encontro. Ao longo de sua vida, Constanza lidou muitas vezes com situações de finitude, sem a vivência do prazer, tendo que administrar apenas as limitações às quais esteve sujeita, sentindo-se preterida pelo outro, não se expondo à situação novamente, como forma de se proteger.

Categoria 4 – Feminilidade e sexualidade

O cigano ele olha muito pra ele, ele não pensa no próximo, no dia de amanhã, em alguém, ele pensa nele e acabou, o resto pra ele não tem importância.

A minha bisavó abandonou 5 filhas no mato, porque não criava filha mulher,

minha mãe não gosta de filha mulher também. Então a gente tem aquela coisa de ser assim, já ruim, a ruindade vem já no sangue, passa de um pra outro, isso aí vem tipo de uma tradição o homem fala a mulher abaixa a cabeça. ... geralmente a mulher não pode falar diante do homem, sempre a cabeça baixa, tem que respeitar o homem, andar debaixo dos pés dele. O homem sempre tem direito de ter alguma coisa fora de casa com quem ele quiser, do jeito que ele quiser e a mulher tem que ficar em casa, mãe dos filhos tem que ficar calada. ... a gente não tem liberdade pra nada, até pra ir no médico eles não aceitam. Minha mãe acha q estudo é coisa de gente louca, mulher tem que saber lavar, passar e cozinhar, livro é coisa de gente que não tem o que fazer.

A percepção do feminino para esta colaboradora está intrinsecamente associada a sua ascendência e passa por relações de gênero fortemente marcadas pelo controle, submissão e violência. O feminino, mesmo pelas mulheres que são modelos dessa vivência, foi para ela muito mal percebido, devido a suas posturas e atitudes diante de situações de cuidado e do que lhe foi passado para ser valorado. No entanto, é a própria mulher quem determina estes valores, ou seja, esta desvalorização acerca de si mesma, naturalizando a violência, principalmente a partir de atitudes, comportamentos e palavras que manifestam este caráter inadequado ao feminino.

Merleau-Ponty (2006a) aponta que para que se possa perceber um objeto, além das experiências vivenciadas, é necessário que se tenha constituído neste processo a existência de um sujeito que possa apropriar-se deste objeto como parte de seu mundo e perceber-se através dele.

Constanza não tem com seu corpo a construção de algo como parte de si mesma, pois o corpo, para dele nos apropriarmos, inicialmente, é um objeto a ser reconhecido, para depois podermos apreender através dele a percepção de identidade, subjetividade e sentidos.

O feminino para ela, como evidenciado em sua história de vida, vem anular seu corpo, excluindo-o de sua produção de sentidos, do próprio fato de ser um corpo feminino, de responsabilizar-se por ele e assumi-lo em sua especificidade. Isto lhe foi negado em prol da manutenção dominação masculina.

Desse modo, muitas atitudes e situações que vivenciou são justificáveis por conta de sua condição feminina, inclusive a falta de cuidados médico, a reprodução do discurso masculino como detentor da verdade.

Nesta fala, podemos compreender o quão difícil é para ela perceber-se como um corpo que necessita de cuidados, que pode ser valorado e cuidado, um corpo que tem seu lugar no mundo independente da autorização de outrem, especialmente masculino, para existir. O

feminino para ela não é legitimado, logo, não existe.

Categoria 5 – Projeto de vida

Hoje eu e o meu marido conseguimos conquistar o nosso terreno, fizemos uma casa pra gente, uma casa não, um cômodo grande, outra casa pra alugar e aos poucos a gente foi conquistando nosso espaço, que eu trabalhava no lixão, ele me tirou, não deixa mais...

Percebemos que após o adoecimento e a vivência de uma relação afetiva a partir dos sentidos do cuidado, Constanza consegue ressignificar-se em uma relação com o outro e com relação a sua própria percepção de mundo, conseguindo estabelecer projetos e se consolidar não apenas em uma relação onde se sente percebida, mas também estabelecer bases para isso, como ter uma casa, por exemplo, algo que é de fato seu, territorializado.

Consegue, após o câncer, perceber o cuidado do companheiro e fazer com ele planos, na percepção de que, de fato, ele está ao seu lado, e ela pode agora delimitar seu lugar no mundo, como corpo e aquisições de sentido para si.

Merleau-Ponty aponta em sua obra essa resignificação ante ao vivido que deixa de ser ilusão e passa á percepção, destacando:

A percepção não pode mais ser uma tomada de posse das coisas que ela encontra em seu lugar próprio; deve ser um acontecimento interior ao corpo e que resulte da ação dessas coisas sobre ele. O mundo se desdobra: haverá o mundo real tal como é fora de meu corpo, e o mundo tal como é para mim, numericamente distinto do primeiro: será preciso separar a causa exterior da percepção e o objeto interior que ela contempla. O corpo nele mesmo tornou-se uma massa material e correlativamente o sujeito dele se retira para contemplar em si mesmo suas representações. (MERLEAU-PONTY, 2006b, p.294)

Constanza vivenciava suas percepções dessa forma, dissociada de sua trajetória, tamanho o sofrimento vivido. No entanto, ante o sofrimento real no corpo, ela retoma os sofrimentos simbólicos e os ressignifica seu lugar no mundo através de cuidado e afeto, mas também de uma dor física – um lugar real diante da morte a ser evitada e um lugar simbólico através das relações que consegue estabelecer.

DINORÁ

Casada, 42 anos, não alfabetizada, migrante. Dispôs-se a nos conceder a entrevista ao ouvir as informações e instruções sobre a pesquisa sendo fornecidas a outra paciente.

De origem humilde, seu relato é o retrato típico do sertanejo: fome, seca, falta de

trabalho digno e acesso a serviços de saúde, fato que refletiu em seu quadro clínico de câncer.

Teve sua vida marcada pelo trabalho infantil, embora os pais fossem considerados muito presentes e afetuosos.

Na localidade em que vivia, o casamento precoce é parte da condição da mulher ao adentrar a adolescência. No casamento, Dinorá sofre violência doméstica intensa, inclusive através da privação de alimentos, fato que a levou a interromper a relação, como forma de proteger os filhos desta situação. Casou-se novamente, e na segunda relação se diz bastante compreendida e acolhida, tendo percebido este fato especialmente após o adoecimento.

As vivências sexuais, ainda relatadas prazerosas, são parte do contrato matrimonial, tendo proposto ao companheiro o fim do relacionamento quando adoeceu, pois não conseguia mais ter relações sexuais.

Nunca teve seguimento sequencial médico devido às limitações do local onde residia antes, o que, provavelmente, acarretou o desenvolvimento do câncer.

Tem 04 filhos com os quais diz sentir-se muito realizada. Hoje, com a doença têm se constituído sua maior preocupação – a distância evidencia a falta que sente da convivência com eles.

Bastante religiosa, tem em sua crença a base de seu tratamento – crê na cura milagrosa de Deus mais do que na própria ciência.

Categoria 1 – Infância e adolescência: vínculos e afetividade

Vida Familiar

Foi boa porque sempre assim, eu fui criada na roça, não cheguei estudar só cheguei a fazer até a terceira série, mas foi boa minha infância. Meu pai era lavrador; trabalhava na roça, ele era muito bom, não era bravo, meu pai já morreu, mas era uma pessoa excelente, meu pai, papricava mais a gente que a nossa mãe, era mais brava minha mãe, mas meu pai não, eles se davam bem.

As lembranças de sua infância são evasivas, pouco marcadas de afetos, soam como relatos de fatos cotidianos lembrados com certa dificuldade.

De modo geral, traz relatos de convivência positivas, apesar das privações financeiras, porém sem um sentido ou significação que possam sustentar sua fala ou servir-lhe de suporte de vida.

Merleau-Ponty (2006a, p. 24) ressalta que

O ‘algo’ perceptivo está sempre no meio de outra coisa, ele sempre faz parte de um ‘campo’. Uma superfície verdadeiramente homogênea, não oferecendo *nada para se perceber*, não pode ser dada a *nenhuma percepção*. Somente a estrutura da percepção efetiva, pode ensinar-nos o que é perceber. Portanto, a pura impressão não é apenas inencontrável, mas imperceptível e, portanto impensável como momento da percepção.

Ou seja, embora construa referências importantes das figuras parentais, elas não lhe trazem um sentido a posteriori, talvez pela própria privação concreta, em termos materiais.

Percebemos, por exemplo, que afeiçoa-se mais com o pai, por seu caráter mais afetivo, próximo ao seu modo de interagir e perceber o mundo. Talvez tenha buscado este masculino afetivo, porém, sem uma construção reflexiva, não sabendo defender-se em situações de frustração desta expectativa.

No entanto, o fato de seu pai ser mais afetivo é um traço incomum na lógica cultural na qual foi criada, um estado nordestino onde as relações de gênero são mais rígidas e o masculino se apropria do corpo feminino de forma intensa.

Categoria 2 – Sexualidade: primeiras experiências, relacionamentos e vida sexual

Práticas Sexuais

Ninguém me falou não, eu aprendi, acho que todas as pessoas aprendem, quando chega perto do tempo a gente já sabe. Foi com a idade de 15 anos, eu casei com 16, com ele.

Nesta fala percebemos o quanto, por mais que diga que sua família era afetuosa e acolhedora, este lugar se desfaz para Dinorá, pois narra não ter tido orientações básicas acerca da vida e de seu desenvolvimento.

Uma família onde cada um crescia e desenvolvia-se por si, onde as descobertas não eram partilhadas, mas vividas em sua individualidade, logo sem algo que produzisse interação e sentido. Conseqüentemente, a percepção de espaço neste ambiente e no mundo era limitada, ou até inexistente.

Toda sensação é espacial, [...] enquanto contato primordial com o ser, enquanto retomada, pelo sujeito que sente, de uma forma de existência indicada pelo sensível, ela própria é constitutiva de um meio de experiência, quer dizer, de um espaço. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 298)

Percebemos a partir da fala de Merleau-Ponty que Dinorá não constrói para si um espaço, pois as vivências e as sensações a partir dele não se transformaram em sentido para si, mas sempre através da demanda do outro, especialmente através de seu corpo, delegado à propriedade dos pais, marido e filhos e, posteriormente, da doença.

Primeiro companheiro

Eu fui casada, eu não tive um bom casamento, fui maltratada pelo meu marido, tive filhos, ele me judiava, me batia, me deixava passar fome. Separamos meu filho mais velho tinha 8 anos. Passava muita fome, num tinha como eu sustentar, vivia de lavagem de roupa, meus filhos passava fome. Eles ia pra escola e desmaiava de fome, eu sofri muito, bastante. Eu tinha medo de me separar, porque já tinha os filhos, 04 filhos, eu ficava com medo, nós somos pobres, como é que vou criar 04 filhos. Ele começou a arrumar mulher, ele me maltratou muito e eu suportei, [...]. Ele deu pra beber, deu pra fumar, deu pra sair e me largar só, e aí foi isso.

Apesar do relato de boa convivência do núcleo familiar, Dinorá acaba por se casar com um homem que a violenta de inúmeras formas, inclusive privando-a de alimentar-se.

Fica claro que não foi uma vivência de violência doméstica no núcleo familiar original que ditou o modelo o qual ela viria mais tarde a vivenciar, mas sim, a naturalização das relações sociais de gênero, nas quais o homem tem soberania sobre a mulher, devendo esta acatar suas decisões e atitudes, quaisquer que sejam, pois é propriedade dele, conforme nos aponta Scott (1990).

Neste sentido, o casamento se torna uma prisão psíquica, espaço para ser objeto do outro, acatando inclusive modificar o comportamento que tinha antes de casar-se e coexistir com outras mulheres, algo comum para que o homem ateste sua virilidade.

A mesma enfermidade sensorial ou constitucional pode ser causa de escravidão, se impuser ao homem um tipo monótono de visão e de ação, do qual ele não poderá sair, ou ser a ocasião de uma maior liberdade, se ele dela se servir como instrumento. [...] Para um ser que vive no nível simplesmente biológico, ela é uma fatalidade. (MERLEAU-PONTY, 2006b, p. 315)

Para o autor, perceber-se de um único modo é não se perceber no mundo, não se perceber em si, é uma existência não reflexiva, pouco doadora de sentido a si e ao outro, especialmente no caso de Dinorá, é pautada na lógica do que lhe é apreensível e palpável, transformando questões simbólicas em práticas rígidas que se configuram na manifestação da violência.

Ela parece só perceber seu corpo quando este se transforma em objeto e sente o outro

próximo através da dor. Muito desta vivência deve-se ao fato de a mulher depender financeiramente do homem, e por isso mantém-se nessa condição em prol dos filhos que, por sua vez, nesta lógica, estão atrelados à ela.

A mulher, então, sujeita-se às violências as quais está exposta, com o propósito de assegurar a manutenção econômica dos filhos, porém sem medir as conseqüências, como se, o fato de os filhos estarem próximo a um pai que os sustenta relativamente os fizesse mais protegidos.

Segundo companheiro

Depois de muito tempo aí arrumei um segundo marido que é esse que to vivendo agora... depois de... tem 20 anos já, depois de 20 anos de separada. Mas, graças a Deus que eu convivo bem, ele é uma pessoa compreensiva, ele é trabalhador, eu também trabalho, só não trabalho fora, mas faço meus trabalhos domésticos.

Após conseguir se separar, Dinorá não volta a se relacionar com outro homem imediatamente. Inúmeras questões podem estar postas aí.

Primeiramente, o fato de que ainda há uma expectativa de que o casamento se prolongue até a finitude, fato que não ocorreu. Com isto, ainda que não concretamente, muitas mulheres, especialmente aquelas em relações de gênero mais marcadas, como é seu caso, sentem-se estigmatizadas.

Outro aspecto é que diante das violências sofridas, Dinorá protege a si e a seus filhos de um novo companheiro, uma vez que, se o próprio pai lhes infligiu tamanhas penas, um outro que não é nem pai das crianças poderia expô-las a maior risco.

Há que se apontar, também, que, em prol dos filhos, é comum a mulher abrir mão de suas escolhas, inclusive da vivência de sua sexualidade, renunciando sua vida e seu corpo até que eles estejam apropriados de seus próprios corpos e menos dependentes da mãe.

Maternidade

Na separação, ele saiu de dentro de casa, ele entrava de novo de madrugada... aí, arrumei minha filha caçula. Eu sofri, quase morro, ela nasceu pelos pés, em casa, todos, só um que foi no hospital. Aí, eu fui lutando, criei meus filho tudo, botei pra estudar, casou. [...] crio um netinho, que é da minha filha mais velha. Logo que eu me separei ela casou, aí não deu certo viver com o marido, ele se separou dela. Ela foi trabalhar fora e deixou a criança, ele ta com 12 anos.

A maternidade para Dinorá não vem permeada pelos discursos de amor e afeto, mas

sim como um ofício feminino, uma vez que os filhos nascem como consequência da vida sexual do casal, sem nenhuma implicação de sentido ou escolha da colaboradora.

Uma situação em que este traço se evidencia é que, mesmo separada, o marido retorna a casa e ela, além de acolhê-lo, mantém com ele relações sexuais e engravida, correndo sério risco de morte em decorrência de um parto que se complicou.

Sua relação com os filhos é de renúncia de sua própria vida em prol deles. Ao que parece, surge em sua fala certa culpa por não poder propiciar-lhes melhores condições de vida a fim de poderem buscar condições socialmente aceitas de valoração, tais como o estudo e o casamento, ambas em ela não obteve sucesso.

Sua filha mais velha repete parcialmente sua história ao separar-se de seu companheiro, mas ao contrário de Dinorá busca no trabalho uma forma de assumir sua vida; no entanto, delegando a ela, que sempre se colocou no papel de mãe, os cuidados com o neto, que transforma-se em filho.

Categoria 3 – Corpo adoecido: impacto e familiaridade

Diagnóstico

*[...] Quando eu descobri mesmo, tem mais de uns 6 meses que eu não tenho relação, sente um pouco de falta, mas, eu quero cuidar da minha menina. Aí comecei assim, fiquei doente, sabe? ... eu descobri na relação sexual, sangramento. [...] eu comecei menstruando, só menstruando.
[...] quando ele pegou ele me disse. Aquela hora eu me abalei, fiquei ali, parada, entreguei na mão de Deus. Eu fui pra casa, chorei muito, não dormi, não comia, baixei a cabeça, mas depois foi, eu fui me apegando com Deus, tirei tudo aquilo da cabeça.*

É na prática sexual que a maioria das mulheres se percebe doente e com Dinorá não foi diferente. Este é um momento, para ela, já não muito prazeroso, mas de obrigações matrimoniais e é neste momento passa a sofrer o incômodo da dor, tornando o ato sexual ainda mais difícil se ser vivido.

É o sangue que atesta o adoecimento. A concretização do sangramento manifesta algo errado. Através dele visualiza a gravidade da sua condição e consegue apropriar-se de seu corpo, ainda que descrevendo-o como doente.

A menstruação é um marco inaugural do feminino que, como mostra Beauvoir (1967), serve para muitas mulheres, como prisão de sua sexualidade, devido à possibilidade de gravidez em decorrência de sua vivência sexual. Dinorá percebe-se doente, mas denomina seu sangramento também como menstruação, de certo modo é o mesmo sangramento incômodo,

escondido, estranho, que a acomete não mais mensalmente, mas diariamente, uma lembrança constante de sua condição feminina.

Com o diagnóstico vem com o estigma da doença e a ameaça da finitude ali presente, concretizada em seu corpo, através de uma manifestação semelhante à menstruação, que antes trazia com ela a vida. Porém, mesmo percebendo em seu corpo a falta das práticas sexuais, renuncia a este aspecto em prol do cuidado do outro, o exercício da maternidade, apontando esta questão como a razão pela qual deve se curar e não por si mesma, por seu corpo.

Desse modo, como destaca Merleau-Ponty (2006b, p. 98):

[...] o comportamento do doente adere, muito mais estritamente que o do sujeito normal, às relações concretas e imediatas do meio, o distúrbio fundamental poderá ainda ser definido como ‘a incapacidade de captar o essencial de um processo’ ou enfim como a incapacidade de circunscrever nitidamente um conjunto percebido, concebido, ou apresentado, a título de figura, em um fundo tratado como indiferente.

Percebemos que, imediatamente, sua manifestação remete à impotência, ante a condição da morte e a própria condição feminina, pois seu câncer remete a esta condição do ser mulher. É, então, que Dinorá, antes sujeita ao outro, está agora sujeitada ao seu próprio corpo, do qual ela não pode se separar e estabelece com Deus uma nova aliança, a aliança da cura e da vida.

Esta colaboradora busca uma lógica de sentidos não apenas no mundo físico, mas também no sobrenatural, pois é neste lugar que consegue circunscrever-se, devido a sua inapropriação de seu próprio corpo.

Ela se coloca como algo também metafísico que aparece apenas no corpo adoecido através da fala da equipe médica e do olhar dos familiares sobre ela ou do próprio Deus.

Esta postura da espera por algo sobrenatural reflete também uma postura de submissão a algo que considere autoridade, o que explica, de certo modo, sua sujeição à violência do primeiro marido e inexistência do conceito de cidadania e direitos que, em certa medida, podem ter contribuído para o aparecimento do câncer.

Eu tentei fazer um Papanicolau e não consegui, eu não tinha condição, porque eu sou pobre. Eu consegui, por muito pelear, com uma enfermeira de um postinho de saúde de onde eu moro, lá da região, foi uns 6 meses.

Dinorá estabelece um modo de estar-no-mundo a partir da deliberação de um outro

que está superior a ela, sentindo-se sempre incapaz do enfrentamento de situações adversas. Não sabe, por exemplo, que a consulta de acompanhamento ginecológico é um direito de toda mulher, independente da condição sócio-econômica e justifica sua negligência com o corpo por sua condição sócio-econômica, como um impeditivo ao exercício de seus direitos.

Seu caso não é incomum, muitas mulheres passam pela mesma situação por não reconhecerem seus direitos sexuais e reprodutivos e os cuidados com seu corpo como algo legítimo, como já afirmado, para além de um aspecto de saúde, um exercício de cidadania.

Outro aspecto que importa destacar é que ainda é insuficiente o acesso a serviços para mulheres. Em regiões mais favorecidas do país, tal não ocorre ou é menos percebido, devido à grande oferta de serviços e/ou acessibilidade.

No entanto, em áreas menos favorecidas, com menos recursos financeiros por serem pautadas numa lógica coronelista, sabemos haver menos investimentos para as demandas sociais, o que acaba por refletir em falta de acompanhamento ou em acompanhamento inadequado, suscitando maior vulnerabilidade a doenças.

Procedimentos e intervenções no corpo

Quando eu descobri, ela me passou pra fazer um exame e passou pra mim fazer a biópsia [...]

Fiz todo tipo de exame. A médica ia fazer um tratamento pra me operar, eu comecei menstruando, só menstruando. Ela passou me passou pra fazer a quimioterapia e a radioterapia. Eu pergunto aos médicos, e ele me falou, a senhora não se preocupe que seu caso não é grave, a senhora vai fazer a quimio e a senhora vai ficar boa, pra sugar o tumor.

Dinorá chega ao tratamento com um quadro avançado do câncer, sendo já necessária a aplicação de todas as possibilidades terapêuticas, conjuntamente. É um caso grave.

Em sua fala, no entanto, ela relata seu quadro a partir da fala do outro que sabe sobre ele – o médico, uma autoridade que, segundo Dinorá, diz a ela que seu quadro é menos grave do que realmente parece. Muito provavelmente, isto não se deu, mas é a forma como foi percebido por ela, o modo como ela precisa perceber para que se mantenha no processo, que é extremamente doloroso e invasivo.

Neste aspecto, ela equipara o médico a Deus, aquele que é o único que pode ajudá-la. Caso não se ampare neste discurso, sucumbirá pelos sinais que o corpo apresenta a ela.

Este fato é corroborado por sua fala sobre a quimioterapia e os efeitos colaterais do tratamento:

[...] sei que aqui vou ser curada, em nome de Jesus. Eu sou católica.

No início, quando eu descobri, eu quis entrar em desespero, eu chorei, eu não comia, eu não dormia... eu sou devota de Nossa Senhora de Aparecida. Eu pedi a ela que ela fizesse um milagre na minha vida: eu como, eu durmo, eu me alimento bem e não sinto nada, graças a Deus não sinto nada. Eu comecei (a quimioterapia), não to sentindo nada. Já fiz uma ontem e não to sentindo nada. (medo) Tive, mas eu pedi forças, quando eu cheguei aqui pra fazer já nem passava na minha cabeça. Eu sei que pode dar reação, que pode cair o cabelo... cabelo caindo vem outro, o que importa é minha saúde. No início eu fiquei, mas eu me apego muito com Deus que vai dar tudo certo.

Há em todo seu discurso uma negativa constante dos efeitos colaterais. Naturalmente, os efeitos colaterais não são tão percebidos logo após o início dos procedimentos, mas ao mesmo tempo em que relata não sentir nada fisicamente, revela seu medo do procedimento e apóia-se em sua fé em Deus, algo para além do físico para lhe dar suporte, pois vivência exclusivamente corpórea torna-se insuportável.

A **equipe médica** entra, portanto, como parte de sua fé em Deus, a fé materializada na terra, a fé através da palavra do médico como manifestação da vontade de Deus para sua cura, embora em seu corpo sinta o medo da morte, o medo do sofrimento.

É através da intervenção de uma santa, representante da maternidade, algo com o qual se identifica e lhe produz sentido que se sente amparada e segura para suas necessidades diárias (sono, alimentação), como se, de fato, uma mãe zelosa a estivesse protegendo de todo o mal.

Familiares ou apoio

Foi duro, eu não sabia, eu fazia todos os exames, mas eu não sabia. Minha irmã sabia, minha família, meus filhos, mas eu não sabia, e quando eu cheguei... eu passava nos médicos, eles diziam que não iam dar um diagnóstico que não sabe se você tá, já tinha feito tudo [...]

Inicialmente, sua família não quer que ela saiba seu diagnóstico de câncer e o médico que a diagnostica consente com o silêncio. Como na maioria dos casos, esta atitude é uma estratégia mais reconfortante para família do que para o paciente, pois é um grande gerador de angústias, medos e ansiedade, como podemos atestar em sua fala.

Como ressalta Merleau-Ponty (2006a, p. 318):

[...] para que o objeto possa existir em relação ao sujeito, não basta que este 'sujeito' o envolva com o olhar ou o apreenda assim como minha mão apreende este pedaço de madeira, é preciso ainda que ele saiba que o apreende ou o olha, que ele se conheça apreendendo ou olhando, que seu ato

seja inteiramente dado a si mesmo e que, enfim, este sujeito seja somente aquilo que ele tem consciência de ser [...] mas o pretense sujeito, por não ter consciência de si, se dispensaria em seu ato e não teria consciência de nada.

Desse modo, não conhecer seu diagnóstico inibe a apropriação de seu corpo, o corpo adoecido torna-se uma incógnita àquele que está sendo manipulado para os exames, porém, desconexo, pois não produz um sentido acerca das intervenções no corpo, caindo no silêncio, no vazio. Ela interage do seu corpo objeto do outro para o nada para si – um corpo sem significação, um corpo insignificante, um corpo vazio, em silêncio.

Apesar da intenção de apoiá-la inicialmente, sua família, ao contrário, piora seu confronto com a realidade do adoecimento e sua aceitação de ser doente no mundo, bem como do enfrentamento de sua impotência ante a finitude.

Categoria 4 – Feminilidade e relações afetivo-sexuais

Esta categoria não foi manifestada pela colaboradora, ela não soube responder a indagação, permaneceu em silêncio dizendo apenas: “*Não sei...*”.

Isso retrata a inexistência de uma percepção, uma reflexão acerca de si mesma, algo inexistente para ela até então, talvez a ser refletida a partir do adoecimento, no momento de apropriação de seu corpo, ainda através da dor, mas uma dor exclusivamente sua, onde o outro que aparece na relação é o outro do cuidado, da proteção e da cura.

Categoria 5 – Projeto de vida

Fé

Porque eu vejo tem tanta pessoa que tem casos piores que os meus, pra Deus nada é difícil, sei que aqui vou ser curada, em nome de Jesus.

Como já apontamos anteriormente, a fala de Dinorá é toda pautada em um outro que, ou a violenta ou a protege, e, para ela, nesta relação de proteção está Deus.

A espiritualidade é grande fonte de conforto quando o corpo físico, os sentidos materiais do cotidiano falham. Nesses momentos, é comum que o sobrenatural torne-se sustentação e aceitação da condição vivida.

Tudo nos reenvia às relações orgânicas entre o sujeito e o espaço, a esse poder do sujeito sobre seu mundo que é a origem do espaço. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 338)

A colaboradora traz essa correlação marcadamente em sua fala, delegando à sua

crença mais do que ao tratamento a possibilidade de cura. Esta associada à sua fé, uma fé cristã que ao mesmo tempo em que cura valoriza o sofrimento como forma de aprendizado.

Dinorá produz, então, toda uma narrativa pautada na resignação da “vontade de Deus”, mas também tem certeza de que no momento oportuno, ele a curará.

Logo, com este corpo impotente e enfraquecido pela doença, resta o sobrenatural como poder sobre o mundo, uma vez que a finitude e o sobrenatural caminham juntos; aliar-se a ele é estar mais próxima da evitação da finitude, como um pacto de devoção ao que a amedronta.

6.3 COLABORADORAS CURADAS

ELEONORA

Viúva, 59 anos, ensino fundamental, do lar, reside no município. Tem 03 filhos e marido falecido recentemente. A colaboradora encontra-se claramente em processo de vivência do luto, o que transparece ao longo de todo o seu relato. Não consegue perceber sua vida com sentidos após a morte do parceiro.

Com família nuclear tradicional e vínculos muito estreitos, Eleonora sente-se envergonhada de alguns episódios de sua vida, como ter tido relações sexuais antes de se casar.

Suas relações giram em torno do núcleo familiar e é nele que conhece seu marido, agora falecido. Até o momento da entrevista, não havia conseguido ainda elaborar o sentido de sua vida, uma vez que ser mãe e esposa foi sempre o seu único sentido e com a morte do marido e os filhos já adultos este sentido se perdeu. Relata sentir-se muito só, desqualificando sua trajetória.

Vivenciou o câncer de modo resignado, como se fosse um desígnio da própria vida colocá-la nesta condição e em seu relato ateu-se muito pouco às vivências relacionadas ao adoecimento.

Ao término da entrevista, já com o gravador desligado Eleonora, como que num momento de confissão, me fez revelações de práticas sexuais consideradas por ela inadequadas, mas às quais se submetia para agradar o marido.

Categoria 1 – Infância e adolescência: vínculos e afetividade

Vida familiar

Minha infância foi maravilhosa, muito boa, éramos 6 irmãos. Meus pais não eram de briga, a gente passava as férias na casa da minha avó na fazenda, a gente sempre foi muito unido e até hoje somos assim, estão todos vivos, nos damos muito bem, nunca teve nada que marcasse de ruim, meus pais se davam muito bem, graças a Deus, crescemos com muito carinho, não era de brigar mesmo, foi muito feliz a minha infância.

O espaço familiar e os vínculos ali estabelecidos são doadores dos demais significados que o sujeito atribui ao mundo ao longo da vida, pois ali se estabelecem (ou não) as primeiras experiências de afeto, balizadoras das demais relações a serem construídas. A colaboradora traz um relato de boas experiências sobre sua infância – vínculos bem estabelecidos e sentimento de pertencimento se deram de modo sólido e prazeroso para ela.

Uma família que promove boa interação entre os membros se constitui em campo facilitador de possibilidades de interação desses membros com o mundo também além da boa percepção de afetos e da sexualidade.

No entanto, sabemos que a partir do modelo nuclear os padrões e estereótipos do feminino também são mais rígidos. São padrões de comportamento a serem reproduzidos, em que os papéis são bastante delimitados, ou seja, as funções masculina e feminina assumem um lugar pré-estabelecido, não havendo, na maioria das vezes, o questionamento acerca destes papéis, mas sim sua aceitação naturalizada, sem significação alguma para quem a eles se sujeita.

Como afirma Merleau-Ponty (2006a), o estabelecimento de julgamentos, estereótipos, juízos únicos a um objeto faz com que ele se transforme nesta realidade para o sujeito, sem necessariamente uma reflexão sobre ele, sem amparar-se no aspecto fenomênico, devido à ilusão do real. Portanto, não necessariamente esta família é este lugar de afeto e amparo, mas é o que se pode verbalizar, uma vez que, este lugar dos pais é inquestionável.

Categoria 2 – Sexualidade: primeiras experiências, relacionamentos e vida sexual

Menstruação

Com quatorze anos, eu era um pouco complexada, eu não queria saber... não sei, eu tinha vergonha demais, tinha vergonha de tudo, sempre me achei feia e me acho até hoje. Eu não acostumava, não aceitava, depois a minha mãe me ensinou. Depois logo que eu descobri (menstruação) minha mãe me falou, comecei a me cuidar, esconder.

Eleonora rememora sua puberdade de forma evasiva, trazendo ainda para o momento

da fala certa dificuldade, o que evidencia a vivência intensa de aspectos negativos na adolescência.

Sua interação com um corpo sexuado que agora menstrua faz com que se retraia diante do mundo e do outro, até porque não se apropriou daquele corpo. Sentia-se estranha em seu próprio corpo e por isso se fechava às experiências que agora poderia viver, materializando nele sua dificuldade.

A menstruação demarca o início, não apenas da puberdade, mas do momento de confrontar-se com o novo corpo, da perda da vivência infantil tão prazerosa e do acesso a um corpo erotizado, já capaz de estabelecer vínculos de contatos sexualizados. Para Eleonora, no entanto, um corpo nada atraente ao olhar do outro.

Além disso, é na demarcação deste novo corpo a partir da menstruação que se configura o momento de romper ou, pelo menos questionar os valores antes tidos como únicos, como centro da vida; momento de sentir-se desprendendo, saindo do conforto do núcleo familiar.

Este novo corpo traz em si a vergonha, marcas da transformação, marcas da temporalidade passada e do projeto que se inicia pelo futuro e constrói lentamente uma mulher. O feminino emerge e é inaugurado pela menstruação como uma invasão no corpo, algo externo, sem controle ou opção, que modifica toda uma lógica de sentidos construída até então. A vergonha e o conseqüente afastamento do outro revela a negação do novo corpo, uma estratégia defensiva, um modo de o sujeito se afastar para reintegrar-se novamente.

Neste sentido, o espaço familiar de Eleonora talvez fosse percebido com acolhedor apenas para o corpo infantil e não para um corpo agora diferenciado que perde seu espaço no núcleo familiar.

É através da fala da mãe, ou seja, deste lugar feminino já legitimado no núcleo familiar que Eleonora pode ter acesso a este corpo e dar novo sentido a ele, porém ela o esconde, o rechaça.

Relacionamentos afetivo-sexuais

[...] meu pai era um pouco ignorante. Eu namorei com 18 anos, namorei 5 anos, fiquei noiva, mas aí não deu certo, terminei. Foi no dia que minha irmã casou que a gente terminou. Depois eu tive outro namorado e daí conheci meu marido eu tinha 29 anos, ele era desquitado...

A gente começou a namorar, em um ano a gente casou. [...] Meus pais eram cabeça aberta, não tive nenhum problema não. Fizemos a festa de casamento porque ele não tava desquitado ainda, e depois passou 7 anos aí

a gente casou. Não foi na igreja porque ele era desquitado não podia casar na igreja, o padre fez uma cerimônia simbólica em casa, com convidados e tudo e depois no cartório... os meninos já tavam tudo grandinho, teve o casamento.

Ao descrever seus pais como ‘cabeça aberta’, ela expressa a condição de aprovação deles do casamento da filha que, por já ter iniciado sua vida sexual, deve ser acolhida por um homem que também já tenha em sua história algo de excludente: o desquite.

Quando Eleonora remete o fim de seu noivado ao momento do casamento da irmã, parece remeter-se àquele lugar construído de fracasso ou de desqualificação de si mesma. Esta família que se mostra unida e sólida pode assim manter-se para camuflar aquilo que não se pode mostrar socialmente, como a filha ter sua vida sexual e não se casar.

Desse modo, ela parece buscar no outro este olhar que ateste ali seu corpo como algo atrativo e autorizado a vivenciar sua sexualidade.

Assim como iniciou suas práticas sexuais antes de casar-se, pôde casar-se oficialmente já com os filhos presentes, embora tenha buscando a benção de Deus diante a família, no privado, para apenas legalizar o vínculo apenas quando fosse possível socialmente, como de fato, aconteceu.

Práticas sexuais

Foi tumultuado, assim, porque não foi com ele (marido)... foi antes e depois com ele. Não com o que foi meu noivo, esse aí, nunca tivemos nada. Não vale nem a pena comentar, não era uma pessoa confiável, eu que caí na lábia dele, mas, aí conheci meu marido e também foi só, nunca mais. Foi uma experiência horrível. Mas, meu marido quando a gente se conheceu ele sabia de tudo, aí foi muito bom. Não tão intenso, mas, muito boa... no início era mais fogo, depois tava sempre cansado, nos últimos tempos, bem parado.

O início de sua vida sexual não foi vivenciado de modo agradável, havendo sempre nas relações de prazer o imperativo da culpa, como se algo não a autorizasse a este lugar de prazer, assim como nos demais momentos de sua vida. Depois, o papel de mãe e esposa é lugar imaculado, quase sagrado, apagando a possibilidade de prazer na relação sexual no casamento.

Inúmeros autores revelam a repressão sexual sobre a mulher, a condição de exploração de sua sexualidade e o controle sobre seu corpo. Controle como objeto de prazer sexual, cerceando a ela o direito a práticas sexuais saudáveis, incutindo valores morais que culpabilizam a vivência sexual feminina no casamento e, não raro, fora dele.

Corroborando esses autores, a colaboradora se recrimina pelo modo começou com um homem por ela desqualificado, que não vale nem à pena mencionar. Traída em sua confiança e seu amor, como se tivesse sido utilizada como objeto do prazer do outro, e todo o prazer obtido até então fosse desqualificado pela decepção do que esperava desta relação. Talvez, tenha buscado nele a percepção de um corpo atraente, corpo do qual não sentia pertencer a si, na expectativa de afeto e de construir com este homem um projeto de vida.

Neste aspecto, a vida sexual da colaboradora se expressa do seguinte modo:

[...] as sensações e as imagens que deveriam iniciar e terminar todo conhecimento aparecem sempre em um horizonte de sentido, e a significação do percebido, longe de resultar de uma associação, está ao contrário pressuposta em todas as associações, quer se trate da sinopse de uma figura presente ou da evocação de experiências antigas. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 38)

Sente-se, portanto, excluída deste lugar feminino no mundo, um espaço assexuado, intocado até que o casamento manifeste-se como outra possibilidade existencial, o lugar agora de esposa – autorizado ao exercício da sexualidade feminina. Para tal, busca um homem também a margem das expectativas sociais, desquitado, pois sente pertencer a este lugar excluído e lhe produz sentido.

No entanto, reconhece que, na relação com o marido o sexo não era assim tão gratificante quanto aquele vivido anteriormente. Porém, abre mão deste lugar para exercer o papel que lhe cabe, em que a sexualidade de mãe e esposa deve mesmo ser camuflada, velada. Assim, não está mesmo autorizada a manifestar seu prazer pelo sexo, além de recriminar-se pelo início de sua vida sexual, associando-a a aspectos negativos.

Segundo Beauvoir (1967), a expectativa com relação às práticas sexuais da esposa são diminuídas, espera-se que o prazer feminino venha do exercício doméstico, do cuidado com os filhos e não de suas vivências sexuais, por isso, é natural que Eleonora se resigne em sua vivência sexual, pois aquele não é mais o lugar de obtenção de prazer.

Violência doméstica

*Agora assim, eu e meu marido brigava, brigava feio mesmo, nunca desejei mal pra ele, saía com os meninos ia pra praça e ficava lá até ele se acalmar. A gente podia estar brigando mais que tudo, todo dia ele trazia café na cama pra mim ou eu pra ele, podia ser a pior briga, mas a gente mantinha esse negócio de um não esquecer do outro.
(brigas) A maioria por causa de bebida, né? No início eu também tomava*

junto com ele, quando os meninos eram pequenos, mas não assim muito, né? Agrediu com palavras, fisicamente não, mas nunca deixou de ir no serviço por causa disso, nunca deixou de trabalhar...”

Ele aposentou em 2000, e a nossa situação ficou bem mais... mas, nunca teve tempo de sair comigo pra passear, de jeito nenhum. Tivemos antes de casar, mas aí, depois que os filhos vieram.

Assim como faz com relação a sua família, Eleonora relata uma vida conjugal idealizada com o marido; contudo, ao relatar seu cotidiano, emergem as questões tradicionalmente atreladas aos papéis de gênero – violência e anulação de si em prol do outro.

Assim como grande parte das mulheres, Eleonora resigna-se na condição de esposa e acata situações de violência pelo marido. Ainda que não sejam agressões físicas, promovem tensão e pressões psíquicas para ela e os filhos, que são deslocados pelo efeito do álcool e não de postura ou escolhas próprias do marido-pai. Mais do que isso, ela as justifica e tenta entrecortar o relato delas com atitudes de afeto e respeito que amenizem a imagem do companheiro, inclusive, colocando-se na mesma condição que ele (usuária de álcool) como se este fato legitimasse sua ação ou a nivelasse a ele.

A percepção do papel masculino é baseada em estereótipos de comportamentos se não esperados pelo menos tolerados como constituintes do masculino, atitude que de certa forma acaba por naturalizar este comportamento como “atitudes de homem”, seja ao nobilitar os aspectos positivos – o cuidado com a família e a provisão financeira –, seja por evidenciar os negativos – a violência, por exemplo.

Desse modo, a justificativa para a violência praticada sob efeito do álcool acaba por ser uma estratégia de defesa diante do sofrimento, diante da impotência suscitada pela situação.

[...] que eu ficasse sabendo não, apesar que ele viajava, ele era um pouco assim safadinho... no quarto tinha um telefone, ele ligou e vou jantar com uma amiga e o marido, tudo bem. Arrumei a roupa, vim aqui no quarto, ele tava no maior ‘love’ com ela.

Eu falei pra ele: tão íntimos, hein? Aí ele foi de noite me procurar eu fiquei de cara feia uma semana, aí no dia do meu aniversário me mandou um buquê de flores, nunca fez isso! Aí também ele não saiu, nunca mais fiquei sabendo de nada.

A traição também passa por um processo de objetificação da relação na utilização do outro apenas como objeto de prazer e gratificação e colocando-o numa condição de posse, de prazo de validade vencido, devendo ser trocado por outro (corpo feminino) preferencialmente ainda não utilizado, ou com menor tempo de uso (mais jovem).

Isso se configura no comportamento de traição em nossa sociedade, uma vez que as relações matrimoniais foram historicamente pensadas dentro da lógica da propriedade privada, ou seja, não são apenas os bens, mas o corpo do outro que me cabe também. Logo, o interesse do cônjuge por outrem se configura, antes de tudo, numa quebra de contrato, violação de direito do uso do corpo do outro.

Uma vez que há a priorização do outro, da união com ele em detrimento das próprias vivências e escolhas, o interesse dele por alguém externo à relação suscitam no cônjuge traído atitudes e sentimentos de rechaço, esquiva diante da situação vivida, numa tentativa de proteção de si mesmo, mas também, gana de reavê-lo como parte de si, eliminando o terceiro, aquele externo ao vínculo.

De qualquer forma, no caso desta colaboradora o lugar da vivência sexual era um espaço autorizado a ela pelo masculino. Ainda que Eleonora tivesse estratégias de enfrentamento dessas atitudes: certo controle manipulador da prática sexual do casal utilizado para impor punição, recusando-se ao ato, por exemplo. Assim, E. manifesta sua desaprovação quanto ao marido relacionar-se afetivamente com outra pessoa, mesmo que não concretizando o ato sexual.

Categoria 3 – Corpo adoecido: impacto e familiaridade

Diagnóstico

Nunca senti nada... foi ano passado... não... não foi ano passado não... eles achavam que eu tava com infecção no colo do útero, que eu tinha que me cuidar.

Comprei uma pomada, usei a pomada uma semana, e falaram que não estava resolvendo, aí achou o colo do útero pra ver, porque eles achavam que não estava bom, não conseguiram. O moço de cara falou pra mim que era câncer já,... Então, eu fiz a cirurgia, foi tudo bem, um dia e uma noite, vim pra casa passei bem. Daqui uns dias me deu uma hemorragia fortíssima que eu tive que voltar e fiquei lá um dia inteiro e uma noite inteira.

A relação com seu corpo, a percepção de si mesma é algo que aparece para a colaboradora envolto em nebulosidade, dificuldade de acesso, uma vez que seu corpo está sempre a mercê e a serviço do outro. É como se ela não estivesse autorizada a sentir nem prazer, nem desconforto, tivesse que se mostrar forte o suficiente, agüentando as pressões do mundo, as pressões alheias. E. sustenta-se neste discurso na tentativa de se fazer forte, pois este o lugar que produziu sentido para o feminino.

Como afirma Merleau-Ponty (2006a, p. 431),

[...] só apreendemos a unidade do nosso corpo na unidade da coisa, e é a partir das coisas que nossas mãos, nossos olhos, todos os nossos órgãos dos sentidos nos aparecem como tantos instrumentos substituíveis. O corpo por ele mesmo, o corpo em repouso é apenas uma massa obscura, nós o percebemos como um ser preciso e identificável quando ele se move em direção a uma coisa, enquanto ele se projeta intencionalmente para o exterior [...]

A partir da afirmação do autor, identificamos que Eleonora não possui esta percepção de seu corpo, é um corpo sujeito à demanda do outro, quase que inerte no mundo, em sua função do cuidado do outro.

Logo, o diagnóstico inicialmente, produz um sentido de esgotar sua possibilidade existencial de cuidar do outro, por isso, o adoecimento do outro tem mais reflexos em seus sentidos, pois lhe dá lugar no mundo, ao contrário de seu próprio adoecimento, que lhe retira este lugar.

Por exercer este papel feminino de cuidadora, mesmo com todas as mudanças sociais e no núcleo familiar, Eleonora traz consigo um cuidado de manutenção da vida do outro, muitas vezes, em detrimento da sua própria. Não por acaso, a maioria dos cuidados maternos está associado à necessidades básicas, como alimentação, sono, higiene – todos indispensáveis à preservação da vida.

É também dispensado a ela os cuidados com um membro familiar adoecido – seja física ou emocionalmente –, a mulher é comumente o pilar de sustentação da família.

Por este motivo, estar no lugar do corpo adoecido, corpo que necessita de cuidados é tão difícil e assustador, um corpo que já não pode mais cuidar, é o corpo que não pode mais assumir sua função.

Tanto que aceita com a maior resignação o seu adoecimento do que o do marido. Mesmo tendo uma hemorragia que quase a leva a óbito, ela sente que pode suportar tudo, em prol do outro.

Familiares ou apoio

No final do ano, eu passei o Natal aqui e ele não quis ir (viajar) de maneira nenhuma no ano novo, ele passou aqui sozinho. Me dá um sentimento de culpa. Ele ficou aqui sozinho, sozinho... a irmã dele foi pra praia e ele não quis ir de maneira nenhuma. Depois que eu cheguei, fiquei uma semana com ele assim só, a gente nem teve tempo de conversar direito, logo ele já ficou doente, então... tive pouco tempo convivência com ele, porque a gente ia fazer 30 anos de casado agora, em dezembro. Nós fizemos a festa de 25

anos, ele tava super feliz, foi muito bom, marcou bastante. [...] dormir aqui (quarto), eu não vou mais dormir aqui, eu não quis mais dormir aqui, é muita saudade. Meu filho ficou aqui até o mês passado, tava ocupando o quarto, aí, tô muito triste e, ao mesmo tempo, ficou mais fácil porque eu tenho minha filha com um ano de casada que veio morar aqui e me faz companhia e outro filho solteiro, só que ele trabalha no, como é que fala, no velório... na funerária. Então tem semana que trabalha a noite, chega 11h da noite, eu não quero ficar aqui sozinha.

Eleonora sente culpa pela morte do marido, pela perda de seu lugar de esposa que ela associa a estar buscando algo que lhe trazia sentido – a comemoração do ano novo –, por vivenciar sua própria história sem estar entrelaçada com a trajetória de seu núcleo familiar, seu papel de esposa – ir para a praia sem o marido –, buscando seu prazer pessoal, como se não fosse autorizada a isso.

Voltar ao seu núcleo de origem, em especial nas festas de final de ano, um período tradicionalmente reservado ao núcleo familiar é reviver um lugar renunciado como o casamento. O sentimento de culpa expõe a sua negação quanto a se permitir assumir outros papéis, como se estivesse presa, fixada a sua escolha pelo matrimônio, prisioneira de sua própria existência, de seus afetos, de suas relações.

Para Merleau-Ponty (2006a), o ser necessariamente relaciona-se direta ou indiretamente com o mundo percebido, e este é percebido pela orientação espacial. Portanto, nossas percepções são fundamentais nesta interação com mundo, interage-se gradualmente, codificando e significando as diversas experiências a partir de nossas vivências iniciais, em um mundo previamente percebido e estabelecido por nós. O autor acrescenta ainda:

O juízo é para ela uma tomada de posição, ele visa conhecer algo de válido para mim mesmo em todos os momentos da minha vida e para os outros espíritos existentes ou possíveis; sentir, ao contrário, é remeter-se à aparência sem procurar possuí-la ou saber sua verdade (IDEM, 2006a, p. 62).

Busca apoiar-se em seus padrões do que é ser-no-mundo, dando-lhe sentido através deste lugar de cuidadora do outro e, na ausência dele, daquela que pode cuidar-se sozinha, embora sinta muita falta do outro – seu marido falecido e filhos adultos.

Os filhos agora vão buscar seu lugar no mundo, suas próprias relações e Eleonora enfrenta a dificuldade de separar-se de seu papel de cuidadora exercido até recentemente, sentindo-se sem o olhar e a percepção do outro acerca de si, não tendo construído uma apropriação de si mesma no mundo.

De certa forma, Eleonora conhece um único modo de estar-no-mundo e, afastar-se dele é como negar a si mesma uma existência cristalizada, rígida, ritualizada na vida, o que

promoveria o estado de adoecimento, da falta de interação com o mundo, com a essência das coisas e dos objetos.

O adoecimento do marido traz este mau presságio da independência, e sua morte da ausência para ela do lugar feminino. Ela agora está fora do lugar do cuidado, em especial, o cuidado ao doente que dela necessitava.

Categoria 4 – Feminilidade e relações afetivo-sexuais

[...] é ser uma pessoa forte, que sabe enfrentar todos os problemas, que além de ser mãe ela é companheira, amiga, criatura muito forte que sabe passar tranqüilidade pros filhos, pro marido. Fraquejar fraqueja, claro que fraqueja, mas ela não mostra.

A descrição de Eleonora acerca do que é ser mulher é um retrato de si mesma diante do outro e do mundo, reveladora da forma como ela construiu sua percepção do ser mulher, estando no mundo.

Mostra que, de fato, ela não é autorizada a manifestar o que considera errado, ou de menor valor, assim como seu próprio corpo, por isso ela o negligencia em favor do outro, não podendo mostrar-se como é uma vez que não se percebe, mas reproduz um modelo aprendido como validado.

Abre mão de suas sensações para que o outro possa alcançar o que espera do mundo.

Nossas intenções encontram nos movimentos sua vestimenta natural ou sua encarnação e exprimem-se neles como a coisa se exprime em seus aspectos perspectivos. (MERLEAU-PONTY, 2006b, p. 292).

A intencionalidade da colaboradora a direciona a este feminino que consegue perceber, baseado em um estereótipo do ser-mulher, que a aprisiona para além das possibilidades de existir, como alguém que recria seu próprio mundo e corpo, a partir do outro, mas que está à sua mercê, anulando-se em prol dele, suplantando seus limites como forma de se sentir no mundo.

Sua dificuldade em refletir sobre este feminino remete-nos à questão merleau-pontyana de que só há reflexão, e, conseqüentemente sentido parta algo com o que interagimos no mundo, se este conceito nos leva a transcender, modificando nossa percepção e estrutura do vivido.

Categoria 5 – Projeto de vida

Fé

Eu vou na espírita e vou na católica. Eu gosto dos 2, eu leio muito livro espírita, muito romance, mas eu vou na igreja quase todo domingo, principalmente, depois que ele faleceu, aí eu estou indo mais na igreja, no cemitério tudo, antes eu ia muito pouco, agora...

Caruso (1981) constrói uma reflexão a cerca das separações, das elaborações dos processos de separação, da morte das relações, seja através física ou metafórica. O autor expõe acerca de como, na tentativa de elaborar a morte, se estabelece mecanismos de defesa, regressões, tentativas de lidar com o fato de o outro ter ido, ou seja, o objeto da coexistência, que até então me permitia coexistir, se foi. Desse modo, a separação do outro é parte da perda de mim mesmo, perda de minha história, perda de sentidos que só correspondiam à vivência daquela relação. Ou seja, quando o outro se vai, parte de mim deixa de existir, e na tentativa de resignificação desta vivência, anula-se a si mesmo, regride-se, identifica-se, há o adoecimento.

A elaboração do luto pela colaboradora tem sido um processo doloroso, lento, algo com o qual ela tem convivido sofregamente, mais intenso até do que seu próprio adoecimento, uma vez que a perda do marido a destituiu de um lugar estabelecido e vivenciado ao longo de toda sua vida.

Seu foco era servir à família, assim construiu seus sentidos, sua identidade, em especial, na relação com o marido, pois é através do casamento que emerge o papel de mãe – cuidadora dos frutos dessa união. Agora, se instala em Eleonora a dificuldade de lidar com a realidade do fim de seu papel de cuidadora, ou seja, de sua percepção de ser-no-mundo.

Perder o companheiro é perceber-se para a morte, é rever a vida e notar as limitações, as escolhas, as decisões que configuraram o momento atual. Além disso, tendo vivenciado o câncer, ela retorna ao lugar da finitude, mas, agora, concretamente, com repercussões diretas, ou seja, a finitude de seu próprio corpo.

A elaboração viria na tentativa da construção de um novo sentido, porém, ela já se sente sem possibilidade de novas relações, novas construções existenciais na interação com o outro.

Incertezas

Sinceramente eu não sei... tô me sentindo perdida, eu vou tentar ver se eu aposento... eu não sei. Porque a minha vontade, minha vida toda até uns 5 anos atrás, a minha vontade era voltar pra lá, porque eu tenho 4 irmãos que mora lá, e eles não vêem aqui., e eu num vou lá porque é difícil. Mas, quando eu vou lá, a gente se reúne, os sobrinhos, é muito bom. Aqui eu só

tenho minha cunhada que mora do lado, não tenho mais ninguém, agora tenho meus filhos que estão grandes.

Eu fico sem saber o que vou fazer da vida. Tem muitas coisas que me faz não voltar, com estes problemas de saúde, aqui é bem melhor, o bairro... não sei o que é que eu faço. A única coisa que eu faço é ler, ver TV e arrumar a casa.

Você viu que não tem nada de interessante na minha vida, né? Tudo muito sem graça...

Para Eleonora, a morte do marido e a perda da relação, do lugar estabelecido a partir da interação com o outro, revelam uma ausência total de sentido. Sua relata desinteresse, desqualificação, ligadas à morte dos sentidos, uma forma de continuar em conexão com o marido, agora na morte, como se, ele, não autorizado a viver, não pudesse permitir a continuidade de sua vida.

Há uma dualidade em seu discurso: uma mulher que foi sempre o apoio, a base familiar em oposição àquela que agora encontra seu lugar no mundo ausente de sentidos. Tanto que mesmo podendo concretizar seus projetos de vida, encontra-se como se estivesse inviabilizada, pois não se sente legitimada a definir esses projetos – perdeu seu lugar até então estabelecido e com ele perdeu também seu lugar feminino, uma vez que ser mulher é não fraquejar e, assim, não tem mais conseguido sustentar este discurso, estes sentidos, este lugar.

Para Merleau-Ponty (2006a, p. 555):

O tempo é pensado por nós antes das partes do tempo, as relações temporais tornam possíveis os acontecimentos no tempo. É preciso portanto, correlativamente, que o próprio sujeito não esteja ali situado, para que ele possa, em intenção, estar presente ao passado assim como ao porvir. [...] a consciência desdobra ou constitui o tempo.

E complementa, em outro momento da obra:

Só pode haver tempo se ele não está completamente desdobrado, se passado, presente e porvir não *são* no mesmo sentido. É essencial ao tempo fazer-se e não ser, nunca estar completamente construído. (IDEM, 2006a, p. 456)

Desse modo, percebemos que a temporalidade da colaboradora estagnou no momento que seu lugar no mundo era pautado na existência e convivência com aqueles que considera parte de seu mundo: o marido e os filhos. Uma vez que estes se separam dela, pela morte, ou por estarem já crescidos, ela perde seu lugar de interação direta com o outro e o mundo, fixando-se no passado, como forma de sentir-se existindo e tendo um lugar de sentido.

(outro companheiro) Não, nunca mais... eu me sinto sozinha às vezes, os filhos... não assim, que eles me deixam sozinha! Procuram sempre me levar

pra passear, mas eu não quero, prefiro ficar aqui sozinha, não vou. Porque, às vezes, a gente sente necessidade de ficar assim sozinha, desde que ele faleceu eu não fiquei assim sozinha. Minha filha me chamou pra ir numa chácara, não vou. Uma coisa que me prende muito, a cachorrinha. Eu deixo de sair de viajar, por causa dela. Se ela morrer, eu já não vou ficar com tanto pesar, mas também não quero que ela morra. Meu marido também era muito grudado com ela, todos, é uma companhia e tanto.

Sinto muito a falta dele, mas é uma coisa que não tem como... nem idade pra isso eu tenho mais, não é que é cedo... E eu prometi pra ele que eu não ia arrumar outro de jeito nenhum... (desejo sexual) Vou parar, por enquanto não sinto nenhuma necessidade, minha mãe ficou viúva com 50 e poucos anos, nunca arrumou ninguém, então... não é que eu queira imitar minha mãe... mas, acho q não vou encontrar ninguém que seja como ele foi...

Vivenciar sua sexualidade após a morte do marido é tido como um impeditivo, algo que não lhe é permitido uma vez que estabeleceu com ele esta aliança. Sente-se traído não apenas o marido, mas o lugar assumido por ela, o lugar assexuado, o lugar sagrado de mãe e cuidadora. Assim, E. abre mão de seu próprio prazer, da possibilidade de interagir com outra pessoa e ressignificar sua vida.

A importância dos vínculos afetivos no adoecimento é já conhecida, no entanto, as dificuldades de relacionamento interpessoal têm colocado um importante lugar de canalização de afetos – os animais domésticos de estimação, que antes tinham um lugar externo e lúdico à lógica familiar, um lugar hierarquizado, abaixo dos seres humanos.

O que temos visto nos tempos mais recentes é que, com a reificação das relações tem havido uma inversão deste lugar: pessoas em lugar de objetos e animais e objetos inanimados no lugar de pessoas, canalizadores de afetos e relacionamentos mais permanentes e simbólicos.

De qualquer modo, pode-se pensar este fenômeno como certa inabilidade de algumas pessoas para lidarem com relacionamentos, onde se remodelam ou reconstróem os sentidos. Dessa forma, melhor é relacionarem-se com algo que esteja a sua mercê, especialmente pessoas que fazem de sua vida o cuidado com o outro.

No caso de Eleonora, resta o animal doente para ser cuidado. A colaboradora revela sua própria percepção de perda de sentido existencial quando verbaliza o desinteresse por sua vida e naturalmente o pouco interesse que esta suscita no outro. Prende-se, então, a algo já objetificado, como o animal, e transfere para ele seu afeto e sua solidão, materializa ali sua perda, uma vez que o animal também encontra-se bastante debilitado.

Em suma, E. busca retomar seu lugar de cuidadora e, assim, encontra no cuidado com o cachorro, que dela depende e não a deixará até a morte, seu lugar no mundo.

Como acrescenta Merleau-Ponty:

A verdade da percepção e a falsidade da ilusão devem estar indicadas nelas por algum caráter intrínseco, pois de outra forma o testemunho dos outros sentidos, da experiência ulterior, ou de outrem, que permaneceria o único critério possível, tornando-se por sua vez incerto, nós nunca teríamos consciência de uma percepção e de uma ilusão como tais. Se todo o ser de minha percepção e todo o ser de minha ilusão estão em sua maneira de aparecer, é preciso que a verdade que define uma e a falsidade que define a outra também me apareçam. Portanto, entre elas haverá uma diferença de estrutura (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 395).

FLORA

Amasiada, 51 anos, ensino fundamental, é migrante, mas já reside no município há mais de 30 anos e trabalha como doméstica. Sentiu-se gratificada com a participação na pesquisa. O contato foi bastante amistoso.

Esta mulher não tem boas lembranças de sua infância, tendo buscado precocemente em um parceiro a possibilidade de sair de seu núcleo familiar. Os laços familiares sempre existiram, mas marcados por muita violência física. Por este motivo, casou-se precocemente, com um homem mais velho, de quem teve vários filhos, mesmo sem experimentar o prazer sexual, ou seja, apenas como mera consequência do ato sexual.

Suas gestações não foram algo positivo devido a complicações nos partos; porém, sempre sentiu grande prazer na maternidade. No entanto, além da submissão matrimonial, submeteu seu corpo ao descuido por falta de acesso a serviços de saúde e informação por não percebê-lo com algo seu, mas como objeto do outro.

Até chegar ao atual relacionamento, passou por dois outros, considerados por ela como tempos de pouca percepção de si e do outro – foram relações baseadas não em respeito e cordialidade, mas sim permeadas por traições e brigas muitas vezes sob efeito do álcool.

Mesmo depois que descobriu o câncer, ainda agiu com negligência até chegar a sofrer de fato as seqüelas mais graves da doença. A partir desse ponto, repensou sua vida e suas relações. Considera o adoecimento um divisor de águas em sua vida, pois tomou consciência do sentido da vida, permitiu-se ser mais feminina e conseguiu experimentar o prazer sexual.

Categoria 1 – Infância e adolescência: vínculos e afetividade

*Eu comecei a trabalhar com uns 08 anos, [...] trabalhava na roça [...] a gente levou uma vida muito puxada, muito esquisita.
Foi muito ruim, a gente morava em fazenda, não tinha certos tipos de*

conforto... Meus pais eram muito assim violentos, brigavam muito. Eles não tinham certos ensinamentos pra dar pros filhos. Meus pais eram assim: trabalhavam em fazenda, tinham vida difícil, então aquilo tudo, trazia um tipo de judiação pros filhos, eles não tinham assim um bom ensinamento... não tinha [...] (pai) Ele batia de todo jeito, gritava, nossa! Hoje ele tá de idade, cansado, também! Hoje ele é bonzinho, minha mãe já faleceu, faleceu com 51 anos, era uma pessoa muito boa. Só que meu pai brigava muito com ela, pessoal de fazenda criado sem um carinho, uma conversa, então eles são muito rígidos. E nós... levamos essa vida aí, sei que criamos, que estamos aqui até hoje. Às vezes, ele batia nela, perdia a cabeça, vinha pra cima dela, a gente ficava tudo nervoso, então, isso é negócio de família. Já vem dos pais, dos avôs e começa essa desunião e, como se diz, quem tem a unha maior que sobe na parede (risos), como dizia minha avó. Ela queria dizer assim: quem agüentar passar... (risos) A minha? (risos) foi curta. (risos)

Nota-se na fala da colaboradora sua percepção acerca das privações sofridas na infância – tanto materiais quanto afetivas.

O modo como a família relaciona-se, justificado pela origem rural, é baseado em pouco afeto e apropriação do corpo do outro como objeto que sofre algum tipo de violência quando contraria a expectativa acerca dele.

Apontamos para a hegemonia masculina sobre o feminino e sua prole – os corpos frágeis na lógica familiar. Hegemonia esta descaracterizada quando o corpo masculino, ao envelhecer, também se enfraquece como os demais. No entanto, até que isto ocorra tanto a mulher quanto os filhos sofrem violência física e psicológica, segundo podemos evidenciar no relato desta colaboradora.

Flora relata sua percepção acerca das consequências da violência doméstica, durante sua infância: o medo, a irritabilidade, a falta de coesão familiar – reconhecendo, no entanto, que os pais não puderam oferecer aquilo que nunca vivenciaram: afeto, acolhimento, compreensão.

A violência doméstica é um grave processo de enfraquecimento e subjugação do outro, em especial da criança, pois esta tem no ambiente familiar o suporte para sua interação com o mundo. Desse modo, um corpo violentado através de castigos físicos ou excessos sonoros (gritos) é um corpo que se sente desqualificado, perdendo sua capacidade de valoração, o que reflete na autoestima do sujeito e em sua percepção de mundo.

Meu corpo é a textura comum de todos os objetos e é, pelo menos em relação ao mundo percebido, o instrumento geral de minha ‘compreensão’. É ele que dá um sentido não apenas ao objeto natural, mas ainda a objetos culturais como as palavras. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 315)

Mesmo desconhecendo os estudos sobre violência, Flora consegue perceber suas nefastas conseqüências e, até mesmo, sua transgeracionalidade, observando que seus pais reproduziram os modelos familiares aprendidos de seus próprios genitores e estes de seus antecedentes. De certa forma, acaba por aceitar a trajetória que viria a seguir como algo naturalizado, reconhecendo sua dificuldade em lidar com as situações de violência vividas, mas empreendendo o esforço necessário para agüentar, apesar de se dizer com “unhas curtas” (sic).

Na adolescência, Flora evidencia ainda mais as sequelas de sua experiência familiar, nem tanto através de sua relação com o outro, mas consigo mesma – o que seria o início do descaso para com seu corpo e sua sexualidade.

Aaaah! Lá foi só loucura! Ninguém entendia ninguém, era briga com primos, responder a mãe, às vezes saía, ia pras festas dançar, beber, [...] Ia pras farras, pros clubes, essas juvenzinhas sem cabeça. Meu pai batia, xingava cada nome, porque antigamente, né? Era aqueles nomes que eles falavam, mas gente também não tava nem aí.

Depois arrumou cada qual os seus namorados, já foi embora, aquela vida muito cansada, mas só que ninguém enxergava! Pra nós, tava tudo certo fazendo aquelas coisas e não via nada. Aí, quando ficou grande de 13-14 anos, já não tava nem aí pra nada! Hora que ele falava, já sentia era ira, nervoso. “Meu pai tudo fala, tudo reclama, agora que eu vou fazer isso! Desse jeito.”

A partir de modelos familiares rígidos e violentos, que não propiciavam a possibilidade de identificação ou de produção de sentidos considerados por ela positivos, *F.* vivencia grande desconforto no convívio com o outro e em sua percepção de mundo e de si mesma.

Flora traz consigo essas marcas – de uma infância sentida como desprotegida, exposta e de uma adolescência buscando o consumo de álcool e relacionamentos furtivos, como possibilidade de relação e toques afetivos.

Atualmente, consegue refletir acerca desse momento de sua vida como tendo sido extremamente vulnerável e, também, segundo ela, uma forma de confrontar o poder paterno sobre seu corpo. No entanto, apropriava-se dele de modo a permitir a invasão do outro, expondo-se ao contato indiscriminado com parceiros e aos abusos do álcool.

Seu relato nos revela que, assim como nos mostra Merleau-Ponty (2006a), de fato, enquanto o corpo está em si vivenciando as sensações da experiência, a consciência não é ainda passível de inscrever sentidos e significados e ela, uma vez que a experiência do corpo

não reflete diretamente na consciência.

Categoria 2 – Sexualidade: primeiras experiências, relacionamentos e vida sexual

Eu sai com 13 anos, fui morar com o namorado, foi essa loucura aí. Até os 13 namorei bastante, comecei a namorar com 10 anos... homens mais velhos, rapazinhos, eu era desse jeito, mas fui perder a virgindade com 13 anos. Antes alguém percebia que eu era criança, não tinha cabeça, ficava me incentivando, só que eu... aí, passou essa fase. Com o tempo aconteceu de ficar com este rapaz que foi o pai dos meus filhos e daí pra cá não tive mais.

O início de sua vida sexual e percepção de seu corpo como sendo atrativo ao outro foi precoce. A própria colaboradora reconhece sua imaturidade para as vivências daquele período de sua vida, embora houvesse o prazer de ter um corpo que atraísse a atenção do outro.

As situações de violência vividas na infância não permitiram a ela construir, com relação ao outro e ao seu próprio corpo, uma produção de sentidos do cuidado; ao contrario, a dor esteve constantemente associada aos seus relacionamentos. Desse modo, ao experimentar em seu corpo o prazer do toque do outro, mesmo conhecendo a intenção erotizada desse toque, Flora não se permite esta vivência, uma vez que o contato físico para ela não pode ser percebido como algo prazeroso e sim doloroso – a dor da violência sofrida ao longo da sua infância. Assim, ela expõe-se novamente a situações de violência, mas sem percebê-las como tal, ficando vulnerável no contato com o outro.

Neste contexto, inicia sua vida sexual, também sem uma reflexão ou percepção desta vivencia como parte de sua história, mas como uma consequência natural da mulher sujeitada a um homem.

Práticas sexuais

Vixe! O começo foi ruim demais, porque a moça ta fechada, e aquilo lá foi muito esquisito, Ele já tinha 26 anos, eu tinha 13, e esses homens que não tem ensinamento nenhum, vai de uma vez. Me roxeou todo, fiquei com o pé da barriga todo roxo, a perna, saia hematomas, todo dia tava com aqueles hematomas, porque eu era muito criança e ele um moço de 26 anos. Mas aquilo ali, tudo era inocência minha, eu tava fazendo aquilo ali, achando que... mas, aquilo tava só me fazendo mal. Era obrigação. Uma que eu não gostava dele, eu fui ver depois que eu não gostava dele e aí passou por obrigação, uma briga muito forte, porque ele me procurava e eu não conseguia. Nunca tive prazer, fui ter agora.

Como evidenciado em seu relato, o início da vida sexual de Flora foi vivenciado de forma extremamente negativa. Iniciou com seu primeiro namorado, com quem foi viver aos 14 anos. Seu parceiro, inserido no modelo cultural no qual o homem deve mostrar virilidade

também no ato sexual, não percebeu a colaboradora como uma adolescente que iniciava sua vida sexual, mas sim como um corpo que estava ali, diante dele, para um ato sexual prazeroso, sem importar-se com a forma como conduziria o ato.

Desse modo, sua experiência de foi extremamente dolorosa, marcada por hematomas, tamanha a violência. Conforme ela mesma explica, mantinha o ato sexual como uma obrigação matrimonial.

Mais uma vez, seu corpo está sujeito à violência do outro, um homem que sentia-se no direito de violá-lo por ser seu dono. Dessa forma, o abuso se repete: inicialmente, o pai – que a gerou, depois, o companheiro que a aceita como esposa e a despe de sua castidade. Assim como com o pai, sua relação com este que a violenta, transforma-se em obrigação e questionar suas imposições e vontades passa a ser também seu modo de se colocar diante dele.

Era muito difícil, eu mais ele não tinha muita união, então, era difícil e eu também sentia dor (sexo), furava, parecia que tinha um alfinete, também eu quase não deixava. Ele bebia muito e brigava muito, eu brigava muito com ele, nós brigava... tinha muita discussão. Como eu to te falando, meus pais discutiam, então, tudo aquilo ali era tipo um professor, ta ensinando os alunos, eles estão aprendendo: acho que é assim mesmo, também vou fazer assim. [...] Esse 1º que eu saí com ele com 13 anos, eu fiquei com ele 14 anos.

E aí, eu era muito nova, meu marido também desligado, não tava nem aí pra nada, queria na hora exata dele, ele tava numa boa, mas passou daí, não cuidava mais de nada, quem tinha que me virar era eu, com os filhos, com tudo. E você sabe que a gente em fazenda não ganha bem, ganha muito pouquinho, mas aquele pouquinho que eu ganhava me ajudava, eu e meus filhos. E a gente ficou um bom tempo nessa vida.

Flora revive em seu casamento o ambiente familiar no qual foi criada e reconhece sua limitação em vivenciá-lo de outra forma, uma vez que este foi o modelo estabelecido para ela – o modo como aprendeu a perceber o outro e as relações afetivas como lugares de conflito, de violência, de anulação. Ao que parece, sua única forma de relacionar-se é a discussão, um meio de impor-se ao outro por não ter seu lugar legitimado.

Em suas percepções acerca da vivência sexual, não há um relato sequer de algum momento prazeroso; toda a sua descrição evidencia a dor, o incômodo, como se ela fosse de fato dilacerada internamente. De forma simbólica, isso revela a fragmentação proporcionada por esse modo de se relacionar: sentimento de que é invadida pelo corpo do outro sem ser percebida na relação.

Talvez até o próprio posicionamento dos corpos no ato sexual tradicional rememore a ela a submissão que tanto se recusava a aceitar. No entanto, permaneceu com este

companheiro, com quem teve quatro filhos, durante 14 anos, mas de quem não conseguiu se separar por perceber que após a maternidade, seu corpo, de fato, pertence ao espaço familiar.

Segundo companheiro

[...] depois de uns 03-04 anos, quase 05, eu fiquei sabendo que ele tava com uma amante. Fiquei quietinha, porque é bom ficar quietinha, se ficar falando eles não mostram. Quando foi um dia, chegou uma amiga minha, porque cidade pequena todo mundo conhece, e falou: Eu vim aqui falar pra você que seu marido ta na casa de F. de tal e ela já teve uma criança dele e se você quiser ver é só você ir tal hora, assim e assim. Eu comecei a ir, ia na casa de uma vizinha minha, tinha janela do lado e todo dia ele ia lá, todo dia, meio –dia. Aí eu peguei ele! Ih! Ele ficou bravo, falei pra ele que não dava mais certo não. Ele falou: é mentira! Eu falei: não é mentira. Com 05 anos, ele separou de mim, já tinha outra mulher e ela ta cheia de filho agora. 03 filhos e já ta fazendo o 4º. Ai! Bom descanso pra ela, eu mesmo não quero isso não! (risos)

Como já apontamos, a colaboradora tem a percepção de que o modelo familiar no qual viveu foi promotor de repercussões na sua vida afetiva, repercussões de reprodução de formas distintas de violência.

A submissão e o subjugar postos como condições básicas associadas ao ato de violência e manifestos de inúmeras formas, dentre elas a própria traição – não no sentido de valor moral, mas de desqualificação do outro enquanto alguém que pode decidir ou não permanecer em uma relação onde o parceiro busca outras relações, não sendo este o pacto firmado entre o casal – demarcam os padrões de gênero e relações de poder pautadas na supremacia do masculino sobre o feminino.

Desse modo, seu companheiro entende que ser homem é ter outras relações, fora do matrimônio, manifestando, assim, sua virilidade. No entanto, ao ser descoberto, nega, até porque supõe que a esposa não se oporá a este comportamento e que se manterá na relação, fato que não ocorre, pois decide afinal se separar.

Podemos supor que os seguintes motivos justificam tal comportamento: primeiro, por ter Flora já experimentado a separação uma vez. Neste contexto do segundo casamento, já existe uma reflexão prévia acerca do sujeitar-se ao outro, com o que não mais concorda incondicionalmente.

Outro aspecto é o fato de que já não podia mais procriar. Desse modo, não pode exigir do marido apenas a vida sexual, pois o sexo estaria associado à reprodução e, assim, o

companheiro estaria autorizado a procurar uma mulher que pudesse satisfazê-lo neste aspecto, o que seria esperado dentro dessa lógica de padrões rígidos de relações de gênero.

Com relação à sua vida sexual e seus relacionamentos, há para Flora uma constante sensação de inadequação, de tempo perdido, do equívoco diante de suas escolhas. Porém, como aponta Merleau-Ponty (2006a, p. 396), os erros só são percebidos porque houve a suposição de verdades pré-existentes que, por este motivo, em si já se configuram erros, pois se tornam conceitos e não significações passíveis de reflexões e mudanças.

Maternidade

*Aí tive esses meus filhos, e já fui operada, nunca tive parto muito bom
Nunca usei (contraceptivo), uma vez fui usar e passei mal, me deu tontura,
fiquei ruim, deitei na cama, também não fui no médico, aquilo passou, e
ficou na minha cabeça, se eu tomar remédio, vou morrer. E todo ano vinha
um filho. Com o 2º (esposo) não tive, ele queria. Eu: Não posso, te falei, foi
conversado, eu já sou operada e não posso.*

Ser mãe era para Flora assim como outras posturas diante do ser mulher, era algo naturalizado, irrefletido, vivência a qual deveria se submeter, mas que não lhe gerava prazer. Acabava engravidando como resposta à obrigatoriedade do sexo na relação. Deste modo, cuidava dos filhos, mas sem a implicação do processo de maternagem, uma vez que, como filha, também não vivenciou este processo de sua mãe.

Na maioria dos relacionamentos em que as mulheres sofrem violência, os filhos representam importante papel de apoio ou justificativa para a manutenção do vínculo, muitas vezes gerando conflitos graves e conseqüências desastrosas àqueles que estão expostos ao dito fenômeno.

Também por não poder dar filhos ao 2º companheiro, ela demonstra não sofrer a separação por entender como legítima para ele – como homem, e prazerosa a ela, por não necessitar mais vivenciar a gestação e o parto. No entanto, relata nunca ter buscado nenhum tipo de contraceptivo, com exceção do contraceptivo oral, com o qual teve experiências negativas e sinais desagradáveis, tendo abandonado o método. A falta de informação e acompanhamento médico para a contracepção levaram-na a vivenciar situações que poderiam ter sido evitadas.

Contudo, no caso de Flora, o fato de não mais poder oferecer um filho ao companheiro, a liberava para dar segmento à sua vida.

Categoria 3 – Corpo adoecido: impacto e familiaridade

Diagnóstico

Eu tinha muita dor de cabeça... Começou com aquele sangramento forte, às vezes sentia uma dor do lado esquerdo da perna, e a perna ficava até dormente, dor de cabeça forte, muito nervoso, tinha hora que eu não agüentava olhar na cara de ninguém, por causa daqueles problemas. [...] Mas, quando foi uma certa época foi perigando mais, infeccionou, foi dando aquele mau cheiro, foi muito esquisito pra mim aquilo lá. Eu fiz os exames, e ele me falou que eu estava com câncer. Acabou tudo pra mim, porque aquela doença acaba com a gente em um minuto. Quando o médico falou: você tá com câncer!, que eu nunca tinha ouvido falar isso comigo, aí eu fiquei com medo. Nessa hora eu falei: Que dia Dr. que eu vou operar? Eu sei que eu vou operar, mas não vou ter vida mais, porque essa doença mata. Mata em um abrir e fechar de olho. [...] mas, aí, uma coisa me dizia: Você vai morrer se não for se tratar.

É interessante observar que Flora inicia com sensações físicas desagradáveis, mas não manifesta a vontade do diagnóstico, como se seu corpo, que tanto já vinha suportando, tivesse também que se sujeitar a mais aquelas dores.

Como reação natural a tantas dores sofridas ao longo de sua vida, reproduzindo o mecanismo de suportar dores e agressões até que estas se tornem insurpotáveis, conseguiu agüentar o quadro médico até o limite marcado pelo mau cheiro, pois este, sim, se estendia ao alcance do outro, revelando sua condição adoentada.

Assim, aquele corpo que tudo agüenta, que tudo suporta, manifesta pelo odor mais do que pela dor sua inadequação, sua condição limitada e impotente.

Mais uma vez diante de uma situação que não sentido para ela, Flora sente-se sem possibilidade de pensar um projeto, uma continuidade, pois agora a violência vivida é de seu próprio corpo – dela para com ela mesma –, não há como enfrentar esta situação agressivamente, mas apenas através do tratamento, do espaço do cuidado.

A possibilidade de finitude é o que, de fato, traz um sentido à sua vida, conforme podemos ver em seu relato. Flora inclusive procura explicações e justificativas para seu adoecimento.

Isso daí que eu acho que me prejudicou, eu acho que essa parte aí, foi que ficou sangue lá pra dentro, eu não ia no médico, eu ganhava filho em casa, era aquela coisa que não tava nem aí. Eu não imaginava se eu ia morrer amanhã, se eu ia morrer depois, se eu ia morrer naquele momento, eu não tava nem aí, já pulava da cama, já ia trabalhar, fazia todos desperdícios com minha vida. Foi nessa parte aí que causou essa doença, ela ficou acumulada. Tinha um Sr., que eu já esqueci o nome dele, eu falei pra ele, ele era médico dessa fazenda. Falei pra ele que eu estava me sentindo mal, que

eu sangrava muito. Ele falou: ... eu faço a sua operação. Isso daí pode te causar um câncer.

Quem disse que eu fui? Eu não fui, porque era desligada, não tinha conhecimento de nada, e acabei ficando... guardando a doença pra muitos anos. Tenho já há muito tempo.[...]

[...] Eu acho também que este tipo de vida que eu levei, este tipo de bebida que eu bebia, fumava, isso daí me prejudicou também muito. Todo dia! O marido me levava pros bar e me dava cigarro.

Numa tentativa de resgate de seu espaço e temporalidade, ela busca em sua história de vida reencontrar-se com os sentidos de seu corpo adoecido, justificando seu adoecimento pela falta de responsabilidade em cuidar dele.

Merleau-Ponty (2006b) destaca que adoecer não é algo do campo da observação, exclusivamente, embora seja assim constituído na lógica positivista, mas do campo do sentido, da compreensão.

[...] A conduta do doente não pode ser deduzida da conduta do sujeito normal por simples subtração de partes, ela representa uma alteração qualitativa, e é na medida em que exigem uma atitude da qual o sujeito não é mais capaz que certas ações são eletivamente perturbadas. A doença não é mais, como na representação comum, uma coisa ou uma potência que provocaria certos efeitos; o funcionamento patológico não é mais, como numa idéia excessivamente difundida, homogêneo ao funcionamento normal. É um novo significado do comportamento, comum à multiplicidade dos sintomas, e a relação do distúrbio essencial com os sintomas não é mais de causa/efeito, mas a relação lógica de princípio/conseqüência ou de significado/signo. (IDEM, 2006b, p 99)

Está claro na fala de Flora sua admissão acerca do quanto a falta de sentidos para com a vida a tornava vulnerável, pois, como não via possibilidade do amanhã, qualquer coisa que expusesse o seu corpo no presente a riscos, vivenciadas constantemente, possuía alta possibilidade de levá-la à morte.

Mostra não reconhecer nem mesmo a intervenção de outrem, no sentido de cuidar deste corpo já percebido como vulnerável, pois não percebe em si e para si este lugar. Porém, diante da incerteza do diagnóstico, resigna-se e culpa-se pela vivência do adoecimento, como se toda sua produção existencial só tivesse um significado: a morte.

Procedimentos e intervenções no corpo

Eu não sei falar. tirei o útero todo.

Durante a doença eu não tinha vontade de nada, não tinha vontade, tudo tinha acabado pra mim. Antes eu tava sozinha, eu sentia dor, pontada por dentro do útero, eu não tinha vontade de nem tocar porque na hora eu falhava, eu não tava bem. Sabe como é que é né? Aquela coisa esquisita. Aí, não tinha prazer. [...]

E fui fazendo o tratamento, não sei nem quantas vezes eu fui, sei que eu tenho um monte de exames de sangue, de coração de tudo eu fiz. Aí, eles passaram o remédio pra mim.

Fiquei boa daqueles sangramentos, não tive mais aqueles problemas nenhum, era um mau cheiro que nem eu mesmo suportava, vinha de dentro aquele liquido, até pra passar perto de uma pessoa eu tinha vergonha, mas agora, graças a Deus, esse tratamento, essa operação, [...] depois que eu operei, eu me senti outra mulher, os movimentos da gente mulher voltaram e eu continuei, que eu achava que não ia ter mais a possibilidade de ser a mulher que eu sou agora... vida sexual, normal, como se fosse uma pessoa que ta começando. Foi uma coisa maravilhosa...

A expectativa, o medo e a ansiedade ante a possibilidade de cura ou de morte, provocam a sensação de vazio existencial, como que se aquele corpo, já desprovido de sentido, agora de fato se desmaterializasse na doença, sendo percebido apenas no processo da dor.

Além disso, ainda se via na obrigação de exercer suas funções como esposa, ainda que sentisse dor e o medo diante do inesperado.

A temporalidade vivenciada naquele momento foi alterada – Flora não se recorda do tempo do tratamento, não sabe precisar especificamente por quanto tempo esteve sujeita ao que vivenciou. Pelas sensações no corpo é que ela se apropria deste ser doente, remetendo-se essencialmente ao odor que provocava o adoecimento.

A intervenção cirúrgica drástica impacta agora em um corpo que tem uma marca real em sua história – a cicatriz ali presente e a lembrança deste acometimento.

No entanto, a retirada do órgão adoecido traz em si a eliminação de um passado que levou até o adoecimento, bem como da finitude ali sendo gerada internamente. Como diz Merleau-Ponty (2006), a história se dá no corpo e, uma vez este útero tendo sido retirado, emerge o feminino, que agora pode existir, vivo, sem o útero adoecido que levaria à morte.

Um útero que era o símbolo do ser mulher, do menstruar, da maternidade, mas, também, da invisibilidade, da submissão ao outro, da violência sofrida e que passa a eliminar odores fétidos que afastam esta mulher do mundo. Além disso o adoecimento e a consequente histerectomia representa não apenas a retirada do útero, mas também a retirada da sentença que aprisiona esta mulher ao corpo submisso. Ela agora se sente livre, pode experimentar a

vida.

Equipe de Saúde

Comecei a me tratar, graças a Deus, os médicos lá foram muitos bons pra mim, porque eu achava que eu ia morrer, eu não ia ter mais vida. Eles começaram a fazer os exames tudo certinho, tomar os medicamentos. [...] Se eu falasse mal dos médicos, falar que eu não to bem, eu to falando mentira. Eu gostei muito não sei nem como agradecer a eles. Em 1º lugar, Deus vai cuidar deles, porque eles cuidaram de mim, teve uma parte muito delicada, porque eu achava que eu ia morrer, eu achava que eu não ia ter mais vida. Mas, graças a Deus, e repito a qualquer hora pras pessoas que me ajudaram, principalmente os enfermeiros e os médicos, Deus foi que usou a mão deles pra ter tirado tudo e me dar o medicamento necessário.

No relato de Flora, um dos poucos momentos na sua história de vida em que aparece o sentido do cuidado, em que ela se percebe acolhida, é quando fala acerca da equipe de saúde. É também um dos raros momentos em que a colaboradora percebe seu corpo não sendo propriedade de alguém, estando acometido por um sentido – ainda que seja o do adoecimento. De fato, a necessidade da acolhida, a escuta da equipe e o medo da morte são sentidos que permeiam aqueles acometidos pelo câncer.

E por ser uma vivência que delimita sua própria existência e temporalidade, recorre a Deus, como o único que pode se equiparar à equipe, como se seu corpo adoecido fosse desprovido de possibilidades de interação ali com a equipe, no sentido de devolver aos médicos e enfermeiros o que significou para ela o cuidado deles e a cura. A equipe médica simboliza o resgate de uma vida que ela sentia esvanecer, mas que só foi percebida dessa forma através do câncer.

Já que uma doença basta para modificar o mundo fenomênico, isso significa que o corpo põe um filtro entre nós e as coisas. [...] O corpo fenomênico, com as determinações humanas que permitiam à consciência não se distinguir dele, vai passar à condição de aparência; o corpo ‘real’ será o que a anatomia ou, em geral, os métodos de análise isolantes nos fazem conhecer: um conjunto de órgãos de que não temos nenhuma noção na experiência imediata e que interpõem entre as coisas e nós seus mecanismos, seus poderes desconhecidos. (MERLEAU-PONTY, 2006b, p. 294)

É através da equipe de saúde que, além do cuidado recebido, Flora passa a significar aquele corpo como algo que tem um sentido que transcende o vivido, embora ainda em um campo não apreendido por ela.

Familiares ou apoio

[...] a gente pensa muito na família e aí, juntava o meu problema com os problemas deles, me deixava mais atormentada. Mas, agora, eu pensei um pouco melhor e cada um vai cuidar da sua cruz lá e vai viver. Eu tentava resolver tudo, tentava ajudar todo mundo, era aquela coisa! Mas agora não, porque se a gente ficar muito ligada, querem jogar tudo pra cima da gente, então a gente tem que se afastar um pouquinho pra deixar lá. Tudo isso caladinha, sem minha família, sem meus filhos saber, porque se eles soubessem, aí eles iam me dar um pânico maior, ia ficar mais difícil pra mim.

Os aspectos essenciais de sua interação com o outro – a relação afetiva manifestada através da violência e a conseqüente inexistência do cuidado – a obrigam a se fazer forte e inabalável. Assumir seu adoecimento é reconhecer para o outro sua limitação, reconhecer sua fragilidade e finitude, aspectos com os quais ela não poderia confrontar-se. Assume inclusive o desvelo por essa família desprovida de cuidados, trazendo para a si a vida do outro, ou seja, os sofrimentos não são somente seus; porém, buscando no cuidado do outro um sentido para si.

Mas, a partir do momento em que reflete sobre sua finitude, através do adoecimento, reposiciona-se na vida do outro, assumindo também suas limitações físicas e simbólicas, suas fragilidades. Assumir para o outro seu adoecimento é assumir a possibilidade da morte e, para uma vida até então desprovida de significações relevantes, torna-se desesperador. Ela consegue, então, confrontar-se apenas com a sobrevivência, mas não com a existência.

Categoria 4 – Feminilidade e relações afetivo-sexuais

Tô morando junto com ele, ele tem 41 anos, mais novo. Eu to com 50.

Eu achei melhor agora tudo, mudou o prazer que não tinha, ele não tem nada de diferença, mas as diferenças são muito grandes: o jeito dele, o jeito do sexo, ajuda a mulher, então, estes outros não, era tipo um bicho lá e pronto, não tinha carinho. Eu não falava, porque já não gostava e queria mesmo distância.

Tô com 51 anos e eu e meu esposo todo dia nós tem contato (risos). Eu não procuro, porque não gosto de procurar, eu tenho preconceito, mas ele vem.

Após a vivência do câncer – vivenciando dores concretas em seu corpo e participando ativamente do cuidado com ele, através da adesão ao tratamento –, mesmo com insegurança, Flora reapropria-se de seu corpo, agora não o delegando aos cuidados de outrem, mas apenas de si mesma.

Como nos aponta Merleau-Ponty (2004, p 29 – 31):

[...] despertar do mundo percebido. Reaprendemos a ver o mundo ao nosso redor do qual nos havíamos desviado convictos de que nossos sentidos não nos ensinam nada de relevante e que apenas o saber rigorosamente objetivo merece ser lembrado. Voltamos a ficar atentos ao espaço onde nos situamos e que só é considerado segundo uma perspectiva limitada, a nossa, mas que é também nossa residência e com o qual mantemos relações carnis – redescobrimos em cada coisa um certo estilo de ser que a torna um espelho das condutas humanas -, enfim, entre nós e as coisas estabelecem-se, não mais puras relações entre um pensamento dominante e um objeto ou espaço completamente expostos a esse pensamento, mas a relação ambígua de um ser encarnado e limitado com um mundo enigmático que ele entrevê, que ele nem mesmo pára de freqüentar, mas sempre por meio de perspectivas que lhe escondem tanto quanto lhe revelam, por meio do aspecto humano que qualquer coisa adquire perante um olhar humano. [...] ao reencontrar o mundo percebido, tornamo-nos capazes de encontrar mais sentidos e mais interesse nessas formas externas ou aberrantes da vida ou da consciência, de modo que, por fim, é o espetáculo integral do mundo e o do próprio homem que recebem um novo significado

Outro aspecto dessa transformação é a percepção do atual companheiro como alguém que apreendeu o sentido do cuidado, Flora pode agora sentir-se vivenciando esta experiência. Após o adoecimento e experimentando a cura, esta colaboradora permite-se sentir o prazer que antes não imaginava existir e o sexo, antes negado e considerado ruim, tem agora o espaço diário, como algo naturalizado e parte de seu dia-a-dia, ainda que, devido a valores acerca das relações de gênero, ela não consiga manifestar seu desejo sexual, deixando sua realização a cargo do parceiro.

Enfim, a fala da colaboradora reflete sua descoberta de seu corpo, do outro e do mundo, sua trajetória após o adoecimento, no ser mulher enquanto modo de existir no mundo, como podemos perceber neste trecho:

É coisa de mulher, a mulher tem que incentivar seu esposo, ela tem que incentivar, acarinhar, fazer a parte dela, mas se ele não retribuir, ela também não vai ficar adulando... porque eu acho que tudo o que importa é o carinho, o amor da esposa com seu marido, ele se torna o parente melhor, porque você convive ali com ele, 24 horas, isso aí tem que Sr bem amorosa, se não for amorosa, não tem como. Ai, você vai querer viver chorando dentro de casa, agoniada, nervosa, aí é melhor viver sozinha... é como eu vivia antes, era desse jeito.

Flora assume, portanto, não o feminino vitimado pela violência, mas ainda um

feminino submisso; porém, agora ancorado na lógica do cuidado, que lhe traz sentido à vida, talvez, pela representação desta descoberta em seu próprio corpo.

Uma busca, de fato, da consolidação de uma relação e não apenas da convivência entre um casal, onde o outro seja percebido como espaço de possibilidades e prazer. F. reconhece que hoje tem mais possibilidades de perceber o feminino do que anteriormente, o que já propicia a ela outro lugar no mundo. E reitera:

Eu acho assim, a gente ser mulher, tem que ter saúde, tem que ter um esposo bom que mata suas necessidades, que ela cuide bem de sua casa, de seus filhos, tenha um bom carinho com sua família, essa eu acho que é a mulher ideal, certa. [...] agora eu to alcançando um pouquinho. O que eu tenho pra dizer, pra elas ter coragem, se cuidarem porque depois que fizer o tratamento eu acho que fica bem melhor e a pessoa é uma criança, vira um criança, Eu virei! Mas, o que eu tenho pra dizer pra essa mulherada que ta doente, que não se cuida é pra se cuidar e ser essa mulher que eu to falando que eu sou, é verdade, porque a coisa pior do mundo é uma mulher doente. Às vezes, o homem vai pra rua e a pessoa fica ali, pode até saber, que que vai fazer? Na minha época, se eu tivesse com marido, eu tinha sofrido essa parte, porque eu não ia dar conta, mas agora não. E a mulher fica limpinha, não fica com sujeira nenhuma, a mais tempo eu já tivesse tirado, pra mim foi uma coisa excelente.

Chama a atenção a forma como a colaboradora se refere a sua própria sexualidade na apropriação deste corpo feminino agora percebido e cuidado. Denomina-o de corpo infantil, mostrando a reapropriação de seus sentidos, experienciados como que pela primeira vez, retomando a temporalidade considerada perdida.

Merleau-Ponty (2006a, p. 92) afirma que [...] *a consciência só pode esquecer os fenômenos porque também pode lembrá-los, ela só os negligencia em benefício das coisas porque eles são o berço das coisas*. Desse modo, resgatar sua própria história é reapropriar-se de si mesma, de seu corpo, de ser mulher.

No entanto, ao mesmo tempo em que se apropria deste lugar, revela a associação do ser mulher a algo sujo e ruim, somente sentindo-se autorizada a sua sexualidade ao certificar-se de que não havia mais nela o símbolo do feminino: os partos e o câncer, ou seja, o útero.

Categoria 5 – Projeto de vida

Meu plano é ter minha casa, ter esse marido, ele fala que vai casar comigo e

a gente viver uma vida melhor. [...] porque eu acho que tudo o que importa é o carinho, o amor da esposa com seu marido, ele se torna o parente melhor, porque você convive ali com ele, 24 horas, isso aí tem que ser bem amorosa, se não for amorosa, não tem como.

[...] até voltei a estudar agora! [...] Eu achava que não tinha mais solução na minha vida, ficava por ali mesmo e hoje, com 50 anos eu encontrei minha felicidade. Hoje eu me vejo com 15 anos, mais bonita, às vezes compro uma roupa, um sapato, me cuido, eu quero cada dia mais me renovar, não quero ficar velha.

Como projeto de vida, Flora estabelece delimitar seus espaços: privado e social. No campo privado, busca apropriar-se de um território seu, uma casa, com um marido com quem se sente acolhida e ocupando um lugar para si, um espaço do feminino que é socialmente aceito como este espaço da casa e da família.

Após ocupar estes espaços, ainda que como projetos a serem estabelecidos, Flora pode buscar a capacitação educacional que não lhe era autorizada justamente por exercer um papel feminino não reflexivo, sem lhe produzir sentidos, sem maiores perspectivas.

Como nos atesta Merleau-Ponty (2006a, p. 322):

Aquele que, na exploração sensorial atribui um passado ao presente e o orienta para um futuro não sou eu enquanto sujeito autônomo, sou eu enquanto tenho um corpo e enquanto sei ‘olhar’. Antes de não ser uma história verdadeira, a percepção atesta e renova em nós uma ‘pré-história’.

Assumir-se neste presente, com o corpo curado, é retomar seus próprios conteúdos diante de si, do outro e do mundo, resgatar e atualizar sua própria história, já traçada, mas não percebida.

Incertezas

Com o conhecimento que eu tive com esse rapaz, que eu vi que eu não ia dar conta de ficar sozinha, achei que ele era uma pessoa boa, mas Deus que sabe. Não adianta, a gente não conhece o coração de ninguém, nem o coração e nem o cérebro, talvez, nós tamos conversando aqui, mas estamos lá no RJ, na BA. Por siso que a gente fala que as coisas mudam de um dia pra outro, de um minuto pra outro, mas vamos tentar melhorar as coisas a cada dia. Se não conseguir, não é por isso que vai cair uma banda do céu na nossa cabeça, a gente vai tocar pra frente.

No entanto, Flora mostra sua desconfiança ou mesmo a percepção de que o outro é parte da própria finitude, pois os sentidos do outro se entrelaçam com sua história de vida, mas também como parte de sua percepção, sem a garantia concreta de permanência.

Reconhece no inesperado da vida, após seu diagnóstico e cura, a certeza da impermanência que lhe promove sentido, e percebe o outro não como motivo de anulação ou causa de inexistência, mas na inter-relação dela própria com o outro se percebe também como corpo finito assim como percebe a incerteza de um porvir.

Entendemos que para esta colaboradora a experiência do câncer possibilitou a consciência de si e do seu corpo, permitindo a percepção de si não como objeto, mas sujeito de sua própria existência, tornando-se objeto da consciência para além de ser apenas uma estrutura por ela apreendida.

GONÇALA

Casada, 30 anos, tem ensino médio completo e trabalha como vendedora. O marido esteve presente o tempo todo durante a entrevista, não ao lado, mas circundando o espaço de seu relato. Ela, porém, não se constrangeu, tendo expressado-se de forma rápida e articulada.

Sua história familiar é marcada pela violência doméstica perpetrada pelo padrasto – tanto como observadora da violência física sofrida pela mãe quanto como vítima, ela, de violência sexual. Por este motivo foi morar com sua avó na adolescência.

A adolescência foi para ela um período de intensas experiências, baseadas em práticas sexuais descompromissadas e buscando no trabalho e sua independência financeira. De certo modo, trabalho e sexo perpassam seu discurso ao longo de sua trajetória.

Teve múltiplos parceiros, por apresentar, segundo sua fala, dificuldades de se fixar com um apenas um, definindo-se como alguém difícil para se relacionar, bem como para confiar no outro. Atualmente, está com um companheiro que conheceu quando vivia outra relação. Apesar de vivências conturbadas, decidiram ficar juntos, embora ainda hoje, segundo ela descreve, ocorram inúmeras desavenças devido ao fato de ela ser metódica e sistemática.

Gonçala enfatiza que a maternidade não foi esperada e desejada, mas destaca que é um fator relevante para que ela dê continuidade à relação. O nascimento de sua filha gerou grande conflito interno e também temor diante do incerto; até chegou a pensar em aborto, mas ela mesma dissuadiu-se da idéia.

Hoje, sente prazer neste papel de mãe e até considera a possibilidade de mais um filho, desde que em condições afetivas e financeiras mais estáveis.

O adoecimento foi vivenciado como um choque, mas ela o vê como certa consequência de suas práticas sexuais descompromissadas, embora tente apenas esquecê-lo.

Categoria 1 – Infância e adolescência: vínculos e afetividade

[...] brinquei até os 13 anos e comecei a trabalhar. Trabalhava meio período, estudava meio período, depois com 14 anos eu fui pro segundo grau e aí, eu trabalhava período integral e estudava à noite. Foi uma infância um pouco curta, cuidava dos meus irmãos e era... minha mãe trabalhava, meu pai também.

As lembranças de sua infância são relatadas de forma breve, sem grandes emoções, uma vez que, em prol de satisfazer as necessidades doméstico-familiares, lhe foi cerceado o exercício de atividades típicas da infância, como o brincar. Desse modo, sua produção de sentido não parte da intencionalidade da experiência, mas sim da reprodução de parâmetros validados dentro da lógica familiar.

Gonçala experimentou o a condição de trabalho precocemente, como exercício de sua vida – seja como forma de construção de identidade, vivenciando-o como necessário à sobrevivência e desenvolvimento, seja como reprodução daquilo que todos a sua volta faziam. Da mesma forma, assume também precocemente o cuidado de seus irmãos, desempenhando um papel que não era seu. Talvez, marcando o primeiro momento em que teve seus direitos violados justamente por aqueles que deveriam garanti-lo.

Ela centra-se mais no relato de suas atividades do que em sensações ou percepções acerca delas, o que demonstra pouco envolvimento e um discurso reproduzido mais do que refletido acerca de si mesma e da real necessidade de assumir o papel do outro no exercício de sua responsabilidade.

Violência doméstica

Brigavam bastante, ocorreu bastante (violência física). Tomava as dores da mãe, algumas vezes... uma vez eu cheguei a tirar um facão da mão dele, minha mãe pulou o muro e outra vez, o que eu fazia era guardar meus irmãos e esperar ele parar. Não tinha muito o que fazer, porque ele era uma pessoa muito violenta, a gente tinha bastante medo.

Ela fez a mala dele várias vezes pra ele ir embora, mas ele não ia, e não tinha muito o que fazer também. Aí depois, quando eu tinha 14 anos, ele resolveu ir embora.

Ele tinha uma amante, ela foi na porta da minha casa... enfim... não me lembro muito bem, porque eu não participei, fui morar com a minha avó com 14 anos e aí eles se separaram. Quando ela foi ela contou, ninguém sabia.

Meus pais nunca foram modelo pra mim, sempre falei pra minha mãe que ela era muito mole, como que ela admitia aquele tipo de situação e ele, uma pessoa que eu não tinha como modelo, e não tenho. Nunca mais tive contato e faço questão de não ter (padrasto). Tenho uma aversão, é um ser deprimente pra mim, não serve de base pra nada, não serve de exemplo. Minha mãe serve de exemplo no sentido de ter sido batalhadora, de ter criado seus filhos, ele saiu de casa e não deu pensão, a casa tinha muitos anos pra pagar, ela que pagou, é um exemplo de batalhação e de coragem, mas não de uma mulher assim...

Relata o seu ambiente familiar como extremamente violento, evidenciando que ela, muitas vezes, assumia outro papel que também não era seu: protetora da mãe.

Desse modo, seu modelo feminino foi pautado numa mulher frágil diante de um homem, embora assumisse sua condição de resistência e fortaleza na ausência dele, o não revela um sentido de suficiência, mas sim de dependência – a mãe só assume seu lugar feminino na separação do padrasto e não por se perceber-se deste modo como ser-no-mundo.

Gonçala convive, então, com o outro que não a vê, não a percebe, o que a enfraquece também enquanto um ser-no-mundo, pautando-se em modelos com os quais não consegue identificar-se, pois lhe são aversivos. O homem é o ser ameaçador, mas ela não pode temê-lo pois deve defender sua mãe e seus irmãos. E, ser mulher, corpo que também a revela, é ser enfraquecida, impotente, fadada ao sofrimento.

A aversão ao padrasto é um modo de vivenciar seu medo, porém manifestando seu desdém, a desqualificação de um outro que na verdade a assusta, pois também a violenta.

Esse mesmo cara ele não era meu pai, ele era marido da minha mãe e pai dos meu irmãos, e ele acordava de madrugada e me aliciava. Então, isso também fez, não só a violência em parte da minha mãe, me fez ter nojo, ter raiva, então é uma pessoa que eu... (pai) eu não sei... Minha mãe me disse que foi violentada e ele desapareceu. E ele também.. Ela me contou isso eu tinha 18 anos, e antes disso eu descobri que ele não era meu pai eu tinha 11 anos, mas contei quando eu tinha 18 anos, eu tinha bem ciência de toda situação, ela não tinha condições de ficar com os 3 filhos pequenos pra sustentar sem os 3 sem ajuda dele e, não sei, mas eu diria que ele não ia colaborar pra cuidar e já tinha tido um casamento, já tinha tido 3 filhos e ignorava esses filhos e a ex- esposa, então eu achava que com a minha mãe podia ser igual.

O que eu fiz foi falar pra minha avó que eu queria morar com ela, a minha avó ficou com medo, ela pensou, ele não é pai dela, pode acontecer alguma coisa, ela já ta querendo vir pra cá, convenceu minha mãe.

Relata a violência sofrida por sua mãe e a desqualificação deste homem, o padrasto. Conta a história de seu nascimento, fruto de um estupro. Seu lugar no mundo é o lugar da violência, gerado por ela não apenas em sua origem, mas no modo como aprendeu a relacionar-se. A violência é, portanto, um sentido existencial que perpassa toda a sua

trajetória, primeiramente como vítima e depois como produtora dela.

Neste momento ela revive o espaço de ser objeto do outro: da gratificação, do uso, do prazer do outro, independente de sua condição de adulta, agora mãe. Quando criança, foi violada em seus direitos, inclusive ao descanso, tendo que permanecer vigilante para além das investidas contra a mãe; agora, contra ela mesma, em seu sono.

Uma vez afastado o prejuízo das sensações, um rosto, uma assinatura, uma conduta deixam de ser simples ‘dados visuais’ dos quais precisaríamos procurar, em nossa experiência interior, a significação psicológica, e o psiquismo do outro torna-se objeto imediato enquanto conjunto impregnado de uma significação imanente (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 91).

Pensando a lógica da violência como nos ensinam Reis & Bruns (2008), as vivências e atitudes de Gonçalves ficam claras. Sustentam as autoras que em famílias onde a violência é o modo de interação, para além do outro ser sempre o objeto daquele que a comete é em si uma agressão. Quando confrontado, o violentador usa estratégias de manutenção de poder e controle que implicam, muitas vezes, o uso do corpo do outro.

Gonçala critica a inércia de sua mãe diante das práticas de seu padrasto contra ela, mas, diante a violência sexual sofrida, não conseguia enfrentá-lo, uma vez que pelo próprio tabu ligado ao sexo, especialmente ao incesto, revelá-lo é expor sua fragilidade, vivência insustentável para ela naquele contexto.

Esta colaboradora sofreu inúmeros agravos nos períodos mais precoces de seu desenvolvimento é sabido que situações de violência inviabilizam o contato com o outro, na medida em que se repete modelos aprendidos, ou teme-se o outro temendo que a situação vivida agora se repita nos relacionamentos adultos.

Categoria 2 – Sexualidade: primeiras experiências, relacionamentos e vida sexual

Menstruação

Faltava um mês pra eu fazer 12 anos, 1 mês e um dia, foi no dia 05/10, eu tinha 11 anos e eu ia tocar na banda da escola. Eu toquei na banda da escola de manhãzinha, 5 h da manhã e brincando com todo mundo, eu tava de calça jeans e o uniforme da escola, de repente um moço vira pra mim e fala: sua calça tá suja, tá manchada. Eu não me lembro muito bem dos detalhes, eu lembro que fui pra casa, eu tirei a roupa, não sei o que eu fiz com ela, minha mãe costurava então tinha um armário, era cheia de trapinho, eu peguei um desses trapinho, mais bonitinho, e fui pra escola acabar de brincar e fiquei brincando o dia inteiro. Não sei se no dia seguinte, ou alguns dias depois, minha mãe falou com meu pai e meu pai veio falar comigo. E eu queria matar minha mãe, de vergonha que eu fiquei.

Eu não lembro muito bem do que ele disse, eu só sei que fui tomada de muita raiva e aí depois passou.

Menstruar foi, perceptivelmente, um marco para ela, tanto que se lembra com riqueza de detalhes a data e a situação em que ocorreu, embora não demonstre nenhum sentimento ou sensação diante do fato.

Descreve em fala uma imagem clara da ruptura do corpo infantil para a incursão do corpo erótico, sexualizado da adolescência; o corpo que brinca é agora o corpo que se transforma.

Como a produção de sentido passa pela lógica da percepção e apropriação da consciência acerca do vivido, vemos que a ocorrência do fato, naquele momento, não lhe produz pensamento elaborativo e ela, talvez como forma de resistir ao novo período de sua vida, retorna à brincadeira como que se reapropriasse desta infância já perdida concretamente pelas obrigações e responsabilidades precocemente assumidas e agora também a partir da realidade do ser-mulher, demarcado pelo corpo que se transforma.

Sua fala é permeada pelo distanciamento daquilo que lhe produz sentido e, desse modo, não produz apropriação existencial. É sua estratégia diante do mundo dessensibilizar-se daquilo que lhe produz sofrimento e o ser-mulher, agora delimitado em seu corpo através da menstruação, evidencia este sentido.

Diante da realidade do corpo erotizado, sente-se já autorizada a iniciar suas experiências afetivo-sexuais e se propõe ao primeiro beijo.

Foi com 11 anos no mesmo dia que eu toquei na banda, porque a gente acabou o ensaio muito tarde e eu morava em frente a um terreno muito baldio. Eu falei: quem vai subir? E o José falou: eu. Você pode me acompanhar até a esquina da minha casa?

Eu era muito nova e ele já era bem velhinho, uns 23, e aí ele me agarrou e me beijou.

Ao se propor a vivenciar essas experiências, Gonçalves age de modo imediatista, define sua ação, sem um caráter reflexivo, o que aparentemente está pautado em modelos e estereótipos do exercício de um feminino contrário ao de sua mãe, mas que também a coloca em risco, estando aos cuidados de um outro que mal conhece.

De certo modo, utiliza-se do próprio estereótipo feminino a seu favor, demonstrando a necessidade de proteção como forma de usar o outro como seu objeto de gratificação, dissimulando sua intencionalidade e dirigindo-se ao outro com um sentido que, na realidade, não se configura como tal. Como podemos notar neste trecho de sua fala:

Eu acho que eu procurava a situação, eu era bem alta estima. Eu me arrumava, eu saía de casa e falava, “eu hoje vou sair, se o fulano estiver na rua, ele vai ficar comigo. Eu era bem alta estima, eu fazia toda uma situação, mas, não era eu que tomava a iniciativa mas eu provocava uma situação. [...] Eu era muito manipuladora... [...] Hoje eu sou muito mais tímida se eu tiver que sair pra rua e paquerar alguém, eu não sei fazer isso, eu não sei mais manipular a situação, eu não tenho mais tanta autoestima assim. Eu perdi bastante, eu não sei por conta do que... Sei sim! Eu sempre sai com amigas muito bonitas, ao meu ver elas eram muito bonitas. Eu sempre fui muito pequenininha e eu sempre arrumei amigas altas, não se coincidência, ou por ser tão pequena assim, todo mundo era mais alto. E eu tive dois carinhos assim que eu gostei e que eles ficaram afim delas, então, eu fui perdendo isso eu acho... Fui acreditando que eu não era mais tão bonita, que eu não era mais tão potente, que existiam pessoas mais, então eu acho que eu perdi.

Neste momento, revela sua percepção do outro e de si mesma, inicialmente, reforçando seu espaço e lugar no mundo como alguém que controla o outro, que o manipula (sic), em favor de suas gratificações. No entanto, posteriormente, esta sua postura diante do outro começa a ruir e ela sente-se, na verdade, inferior às amigas, tendo que recorrer a estratégias ilusórias com relação a si mesma para sentir-se capaz de atrair e manter a atenção do outro – masculino.

Ao que parece, seu modo de relacionar-se com os homens oscila entre a vingança pela impotência vivenciada na infância e as estratégias de sedução utilizadas por ela e reforçadas pelas amigas – um feminino que considerada mais valorado que o seu por serem corpos que manifestam características esteticamente melhores que as suas.

Para Reis & Bruns (2008), a criança que vivencia situações de violência é percebida apenas como objeto de outrem e não como sujeito passível de constituir sua própria trajetória, com reflexões e produção de sentidos, fundamentalmente, porque seu corpo é banalizado, desconsiderado, desvalorizado por aquele que o violenta. Fato sabidamente agravado quando o violentador é uma figura do convívio diário da criança, que não a protege, ou seja, de modo geral, exatamente o vivenciado por Gonçala. Assim, apesar de ter um corpo agora sexuado e potencialmente atrativo ao outro, considera que ele não reflete o de outras mulheres em quem ela espelha-se, vê-se inferiorizada, como um corpo desprovido de sentidos, coisificado e que, portanto, utilizará o outro da mesma forma.

Relacionamentos afetivo-sexuais

Tinha muitos amigos na época do colegial, eu fazia magistério era um grupo de muitas meninas, a gente sempre saía, e conhecia, era mais amigo através de amigo.

Mais ficava, e todos eles eram safados, sem vergonha, eu não sei por que, mas, apesar de eu querer muito uma coisa, eu caía sempre no contrário. Eu não tinha muito critério, na adolescência eu fui muito negligente, não conversava, minha mãe sempre foi muito reservada, ela até hoje não sabe conversar muito sobre as coisas, então, não tinha um critério, de repente, via paquerava, dava certo e boa. [...] saber se estuda, se trabalha, se era de boa família, promissor, de repente, conversava, dava certo. [...] Não sei se safados, mas, alguns que eu queria ter compromisso, eu não consegui. [...]

Teve relacionamentos que a gente ficou, uns 2 anos, mas não foi namoro. Ligava quando tava com vontade de se ver e a gente ia tocando, sem nenhuma cobrança, sem vínculo de amigos. Até bem tempo depois a gente teve contato, depois acaba. Casa prum lado, casa pro outro.

O meu primeiro namoradinho, inclusive, a gente ficava, enquanto tava ficando, tava tudo muito legal, a gente começou a namorar 2 vezes, a gente brigava muito. [...] namorei um moço durante 6 meses [...] Eu falo que namorei, ele fala que não. Ele vinha, eu ia, sempre juntos, todo mundo sabia, só que ele fala que isso não era namoro.

Aí só ficava e ia tudo bem, namorava, brigava, mas, não, quando ficava sério, não. Eu era sempre muito livre, até quando comecei namorar meu marido, ele trabalhava à noite e eu de dia, eu ia pros bares, e depois ia pra onde ele trabalhava.

Até hoje, eu gosto de ser companheira, eu gosto de ter companheiro, mas não gosto de você não pode isso, você não pode aquilo, então, eu não tinha... se dava dava... se não... às vezes chorava, às vezes não...

Relata suas primeiras experiências afetivas que demonstram uma evitação de seu investimento no outro desde então, inicialmente verbalizada como uma aproximação por amizade, algo desinvestido de sentido sexual.

Interessa apontar que embora criticasse a postura de sua mãe com os homens, de dependência emocional ou expectativas para com eles, ela própria reproduz esta postura em certa medida, buscando neles um vínculo afetivo, mas frustrando-se, pois busca um outro que se nega a relacionar-se dessa forma. Talvez esta colaboradora até procurasse homens com essas características, mas que, com sua atitude, confirmavam a ela sua inadequação.

Como ela mesma afirma, não havia um critério estabelecido para este outro, assim como também não se percebia como algo de valor, e buscava na mãe, inicialmente um padrão. Porém, a mãe também foi incapaz de proteger-se e proteger os filhos das violências sofridas, para ela também este outro é ameaçador.

Neste sentido, Gonçalves reproduz o papel da mãe na relação, percebendo seu espaço no mundo como restrito, devendo defendê-lo, especialmente de um outro masculino com quem possa se envolver. Estabelece não a relação de quem sofre a violência, mas a de que a comete, relacionando-se sempre com os homens de modo violento, através de brigas, modo como vivenciou a relação de sua mãe; principalmente, quando o afeto, mais do que o corpo, se faz

presente, pois envolve uma lógica de sentidos que para ela é difícil apreender, devido ao sofrimento.

Violenta-se pela incapacidade de perceber seu ser-no-mundo e na relação com o outro, pois dissocia seu corpo do afeto e, mesmo quando este está presente, sente-o como violento. Por isso o racionaliza, mas mostra suas fragilidades em um discurso contraditório. Neste sentido, o outro é vivenciado por ela como uma prisão, delimitar limites na relação é sentido por ela como coerção, um jugo sobre este corpo sem valor e sentidos, devendo, então, permanecer livre, inclusive dos próprios sentimentos.

Eu iniciei minha vida sexual aos 17 anos, sem preservativo, não era um namorado fixo, era um parceiro indiferente e depois eu tive alguns parceiros, que não foi 1, nem 2, nem 3 nem 4 , nem 5, foram mais. A partir daí alguns eu usava preservativo outros não. De repente tinha usava, de repente não tinha, não usava. E por acaso, um dia não tinha e eu tive uma relação sem preservativo, porque eu acredito que tenha sido aí que eu tenho adquirido o HPV. Não sei se foi, porque não foi só uma relação sem preservativo, foram algumas. Eu não tenho como precisar, porque a doença em si veio depois de algum tempo, uns 2 anos, 1 ano e meio. Aí, eu já tinha um namorado, depois de algum tempo, mas namorando algum tempo, a gente não usava preservativo, eu fazia a tabelinha ou anticoncepcional, pensava só em não engravidar, não em me prevenir.

Como em outros momentos de sua narrativa, Gonçalves apenas relata a experiência vivida sem, contudo, manifestar nenhuma implicação com ela, como se o fato vivenciado não produzisse para ela nenhum sentido.

O início de sua vida sexual ocorre já no fim da adolescência, talvez um marco inaugural da vida adulta uma vez que o trabalho – que poderia delimitar este espaço – já era em sua vida uma prática há muito exercida.

Ela manifesta mais do que a naturalização de suas práticas sexuais, a banalização de seu próprio corpo, uma vez que se expõe ao risco do sexo desprotegido, independente de desenvolver ou não vínculo afetivo ou com esta pessoa.

Neste corpo banalizado, e outrora violentado, não há espaço para o cuidado de si, apesar de mostrar-se como aquela que assume o controle de si e de sua história, coloca-se em risco; ao buscar sua própria vida, aproxima-se da morte, colocando-se em risco. É por racionalizar e pensar-se como controlando sua vida para além das sensações que Gonçalves se perde na construção de sentidos existenciais.

Dizer que sou eu ainda que me penso como situado em um corpo e como provido de cinco sentidos evidentemente é apenas uma solução verbal, já que eu que reflito não posso reconhecer-me nesse Eu encarnado, já que,

portanto a encarnação permanece por princípio uma ilusão e já que a possibilidade dessa ilusão continua incompreensível. (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 287 – 288)

Percebemos também que esta desapropriação de si é buscada no exercício deste corpo ali no presente e nada é mais presente e aproximador do outro que o sexo. No entanto, sua temporalidade é pouco demarcada devido à dissociação entre experiência e produção de sentido, manifestando-se em uma fala conflitante. Em muitos momentos, não sabendo precisar o tempo de sua vivência, o que resulta em não saber definir sua exposição ao risco.

Para ela, a real ameaça das práticas sexuais é a gravidez, pois isto implicaria em que ela revisse sua posição diante do mundo, do outro e de sua relação com seu próprio corpo. No entanto, este fato também é conflitante em sua fala, uma vez que não relata o uso de método contraceptivo consistente, como se para testar os limites de seu corpo e o controle sobre ele.

No entanto, embora busque com estas posturas um sentido de apropriação de si e do prazer, este não se configura em sua totalidade na experiência vivida:

Tinha algumas relações que eu tinha (prazer) que era coisa de louco, mas, aí também não teve envolvimento, eu não liguei, ele não ligou e por isso ficou. [...] eu sentia prazer nas minhas relações, mas, eu não conseguia gozar. Quando, por exemplo, eu ia no motel, via um filme pornô eu sentia nojo, eu sentia.. Eu não gostava de ver, eu era muito pudica em relação ver... A fazer não. Mas, ver (risos), eu sentia. Que coisa horrorosa! Na hora que eu tava na relação, a coisa era um pouco diferente, mas em ver... eu via com maus olhos.

Embora se coloque em diversas experiências sexuais, aparentemente permitindo-se estar-no-mundo no contato com o outro, sua fala mostra a falta de sentido deste outro, da prática e de seu corpo – evidenciado na vivência da experiência sexual, mas não da obtenção de prazer, pois se colocando na busca do controle de seus sentidos e experimentações, não se coloca como corpo encarnado.

Toda vez que experimento uma sensação, sinto que ela diz respeito não ao meu ser próprio, aquele do qual sou responsável e do qual decido, mas a um outro eu que já tomou partido pelo mundo, que já se abriu a alguns de seus aspectos e sincronizou-se a eles. Entre minha sensação e mim há sempre a espessura de um saber originário que impede minha experiência de ser clara de si mesma. Experimento a sensação como modalidade de uma existência geral, já consagrada a um mundo físico e que crepita através de mim sem que eu seja seu autor.[...] Aquele que vê e aquele que toca não sou exatamente eu mesmo, porque o mundo visível e o mundo tangível não são o mundo por inteiro. Quando vejo um objeto, sinto sempre que ainda existe ser para além daquilo que atualmente vejo, não apenas ser visível mas ainda ser tangível ou apreensível pela audição, e não apenas ser sensível mas, ainda

uma profundidade do objeto que nenhuma antecipação sensorial esgotará (MERLEAU-PONTY, 2006, p.291 – 292)

É um corpo que está na ação, mas não na situação; atuante, mas desprovido da significação. Ela não lhe produz sentido e ele, o corpo, não se manifesta em percepções apreendidas na consciência, ou seja, uma prática não reflexiva de seu corpo para si mesma.

Tanto que, ao assistir filmes pornô e ver o prazer materializado em imagens, não se reconhece neste espaço. Seu corpo não é autorizado ao prazer, e Gonçala não consegue, portanto, observar o prazer no outro, o prazer enquanto algo que lhe produza sentido e representação de sua relação com o outro, manifestando-se através da sensação de inadequação e vergonha.

Companheiro

[...] eu me achava velha pra não namorar mais, que já devia estar namorando pra ter um relacionamento sério, depois dos 30 eu não queria ter filho muito depois. Até então não pensava em casar. Pensava em ter meu carro, em ter minha filha, minha casa, mas não em casar.

E aí eu o conheci, ele tava namorando na época e ficava querendo ficar comigo e eu: você tem namorada. Aí, ele encheu o saco, e eu falei, ta bom! Se eu te der um beijo você nunca mais fala nisso, fica na sua? Depois desse beijo ele falou que ia largar da namorada dele, ficou 3 meses pra largar da namorada dele, e eu fiquei esperando e eu falei, agora eu vou ter um relacionamento sério, se for pra eu ficar beijando eu não quero mais, ou vai ou racha.

Ele largou e eu fiquei insistindo pra que a gente namorasse. Depois de um tempo a gente começou a namorar, só que ele é lua e eu sou sol, e a gente sempre viveu aos trancos e barrancos, mas tamo aí . Um dia eu comentei que achava ele uma boa pessoa e que se tivesse um filho, seria com ele, isso no comecinho. Claro que não era essa a intenção de ter tão logo, primeiro organizar tudo, mas aí eu engravidei e a gente veio morar junto.

Até encontrar seu companheiro, traz como projetos de vida questões concretas, palpáveis, onde os afetos eram presentes a partir de objetos concretos.

Ao conhecer seu companheiro, de certo modo, move-se em direção a ele, talvez até pelo impedimento do relacionamento, devido ao fato de ele ter outro envolvimento, o que ela procura usar a seu favor para aparentar desprendimento ao permitir-se aproximar-se dele.

Gonçala relata não se importar, mas é dela que parte a intenção da relação afirmada pelo título de namoro, tipo de relação a que ela anteriormente afirma ter aversão por sentir-se presa, como se não pudesse interagir com outras possibilidades do mundo, principalmente de relacionar-se com outros homens.

Ainda assim, quando consegue relacionar-se oficialmente com ele, desdenha, como se não se importasse, camuflando sua dificuldade de convívio, de relacionar-se, de demonstrar

afetos e sentimentos e, neste relato, fica evidente que sua dificuldade reside no fato de sentir-se envolvida afetivamente por outrem – do sexo masculino. Ela revive aí a necessidade do confronto, do defender-se daquele que ela aprendeu ser seu algoz.

De certo modo, o mesmo ocorre com a gravidez, que em seu discurso é totalmente aversivo, mas que, porém, acaba por não evitar.

Maternidade

Foi meio difícil, no início. Menstruei em março, não menstruei em abril e não tava grávida, em maio não tava grávida e aí eu achei que eu tinha tudo, menos gravidez, dava negativo.

Achei que eu tinha mioma, menopausa precoce, porque eu menstruei com 11 anos, e eu menstruava 2 – 3 dias. E aí eu descobri [...] eu já tava de 8 semanas. Foi muito difícil, eu não aceitei, eu quis tirar, porque não tava dentro dos meus planos, eu tinha me matriculado na faculdade, eu já tinha comprado algumas coisas, não tava dentro dos planos. Depois de muita conversa com meu namorado, alguns amigos, eu resolvi ter. Aí, depois disso foi numa boa. O problema foi a primeira semana [...] Pra minha mãe também foi um trauma, ela não esperava, eu não tinha casado, ia fazer faculdade e ficou revoltadíssima, e depois de uma semana ela também melhorou.

[...] a política quando eu era adolescente era: ENGRAVIDOU, DENTRO DE CASA NÃO FICA. Eu escondi até o quarto mês, pra arrumar tudo e poder sair de casa. Foi muito cansativo, trabalhava, em processo de mudança, casa nova, vida nova, fiquei muito cansada, muito estressada, muito nervosa, muito grossa, muito estúpida, muito sem paciência, muito agitada, eu trabalhei até uma semana antes de ter ela. Então, não foi uma gravidez tranqüila, não foi nada tranqüilo, sempre correndo atrás de tudo no fim de semana.

[...] eu passei vários conflitos com meu marido, no sentido de não querer ficar mais junto, de não suportar mais, depois da gravidez. Eu preservei a quarentena e depois a gente entrou em várias brigas, eu fiquei um bom tempo sem ter relação sexual.

Demonstra que, de fato, a maternidade não é um sentido natural ou instintivo na condição feminina. Ela vivencia a gravidez como um empecilho a seus projetos e decisões pessoais, discurso que corrobora Beauvoir (1967), que percebe a gestação como prisão de si, fato que a colaboradora revela insuportável em seus relacionamentos anteriores – estar aprisionada.

Para evitar a idéia intolerável da gestação, busca explicações sobre adoecimentos e revela novamente sua dificuldade da percepção de seu corpo decorrente da própria inaceitação da temporalidade, o que impacta em um discurso de envelhecimento precoce, com sinais físicos percebidos por ela como menopausa. No auge de sua idade fértil, percebe seu corpo como inadequado para procriar. Revela em sua fala essa inadequação, a inadequação de um corpo no mundo, de um feminino a que não consegue se ver pertencente e lhe produzindo

sentido.

Como em seus relacionamentos, Gonçalves não encontra segurança em dar-se ao outro, é como se o estabelecimento de vínculo, ainda que este vínculo seja a maternidade, pressuponha aprisionamento. A percepção do mundo enquanto algo ameaçador, faz com que haja a necessidade de controle de si, de seus sentimentos, do outro, de seu próprio corpo.

É evidente que a dificuldade para lidar com sua gravidez se origina também em um discurso apreendido em sua trajetória: a mulher que vivencia sua vida sexual e engravida, especialmente na condição de solteira, é excluída. Logo, há uma fala percebida por ela que dita que engravidar é manter-se na exclusão, retirada da percepção do outro, sem espaço no mundo.

[...] a palavra não é distinta a atitude que ela induz, e é apenas quando sua presença se prolonga que ela aparece como imagem exterior e sua significação como pensamento. As palavras têm uma fisionomia porque nós temos em relação à elas, assim como em relação à cada pessoa, uma certa conduta que aparece de um só golpe a partir do momento em que elas são dadas. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 316)

A palavra materna impacta sobre ela como algo real, do qual ela não pode escapar. Logo, a reflexão sobre o aborto surge como uma reapropriação deste corpo no mundo – a retomada do suposto controle que ilusoriamente tinha sobre o mundo, sobre o outro e sobre si própria.

A percepção do outro enquanto ameaça à sua integridade existencial traz uma fala entrecortada, ambígua, que não se sustenta na prática da colaboradora. É na fala do outro que Gonçalves se sente apropriada de seu corpo, mas uma apropriação contraditória, que a autoriza à gravidez, mas agride o mundo, através das palavras, como se devolvesse ao mundo o discurso que recebeu do outro, do afronta a seu próprio corpo, na manutenção da gestação.

E, talvez, por sentir seu corpo ameaçado no posicionamento de sua intencionalidade no mundo, ao parir, ela recusa-se ao contato que promoveu a gestação, recusa a aproximação do, agora nomeado marido, para o ato sexual. Apóia-se em credices como forma de autorizar seu corpo ao afastamento do outro, como um resguardo feminino ante ao posicionamento no mundo, agora como mãe.

[...] durante minha amamentação não foi tranqüila. Muita gente, muito palpite, como eu aprendi algumas coisas na maternidade, eu não aceitava o que vinha de fora, porque eu sei que é assim, sei que é assado. Teve um dia que eu até chorei muito, e achei que tava entrando em depressão, não sei se entrei, não sei te falar, só sei que foi um período muito ruim. Se ela fosse nascer hoje de novo, eu não falaria pra ninguém e eu ia pra um outro lugar

ficar sozinha, não queria ninguém. E aí, não sei se por conta disso, eu só amamentei duas semanas, eu não tinha leite suficiente. Não sei se foi técnica errada, se eu não aprendi o que tinha que aprender ou se eu não tinha leite suficiente mesmo pra ela.

Se minha situação financeira fosse outra, muito diferente, eu queria ter mais um. Tirando que não tem tanto tempo pra se dedicar, tá sendo bom, ter que deixar na escolinha o dia todo, ter o final de semana não inteiramente disponível, mas, na medida do possível, faço tudo pra estar junto. Mesmo porque, ela não gosta de ficar no carrinho, de ficar na cama, então eu revezo um pouco com o Mauro pra ficar com ela.

Minha mãe tem tratado bem, a tia também ama, que me pedia uma sobrinha, ajudam bastante, apesar que eu moro aqui elas moram do outro lado da cidade.

O outro em sua vida é vivido como estranheza e violência, constante invasão de sua vida e seu corpo. Ser mãe é adaptar-se a este corpo que foi vivenciado concretamente dessa forma, devido à gravidez. Porém, agora com a intervenção da fala das pessoas que a cercam. Gonçala vivencia isso como invasão e não como cuidado, sentindo-se profundamente incomodada pela fala do outro, talvez, sentindo-se desqualificada em seu saber e sentido acerca da maternidade, algo que para ela é vivido de forma agressiva e esta acaba sendo sua justificativa para não ter conseguido amamentar. Seu corpo não é suficientemente forte para enfrentar a invasão do outro sobre ele, mostrando aí sua fragilidade diante do coexistir.

A dificuldade da percepção do outro, na interação com o mundo, anula a própria existência.

O mundo percebido não é apenas meu mundo, é nele que vejo desenhar-se as condutas de outrem, elas também o visam e ele é o correlativo, não somente de minha consciência, mas ainda de toda consciência que eu possa encontrar. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 453)

A percepção de Gonçala acerca da maternidade modifica-se na experiência, possibilitando, uma nova maternidade como projeto, algo que lhe deu sentido existencial, apesar de suas antigas percepções. Pode administrar seu tempo, sua rotina e adequar-se a este novo papel, inclusive como seu companheiro. Consegue até estabelecer com a família um modo onde perceba as relações menos invasivas, sentindo-se em seu espaço enquanto alguém que necessita de cuidado e doando-se a outrem.

Categoria 3 – Corpo adoecido: impacto e familiaridade

Diagnóstico

[...] começou a nascer verruga, fiz o tratamento, queimei, não sabia que não desaparecia, o vírus ficou. Fui me tratando na medida do possível, evitando

as lesões, mesmo assim o indicado era continuar usando preservativo [...] Como eu já não tinha há muito tempo as lesões, eu havia me esquecido do vírus, esqueci de compartilhar isso com meu marido, que era meu namorado na época. Aí, eu comecei a ter dores, comecei a ter ardências na relação sexual, fui procurar saber, estava com o vírus em atividade de novo, porque tinha tido uma baixa de resistência. E eu tive o câncer...

Ainda que assuma a rédea de sua vida, há em si um descomprometimento com este corpo, o corpo que a posiciona e permite suas experiências pessoais. A busca pelo prazer constante faz com que negligencie em certa medida o acompanhamento necessário da infecção contraída, reforçado pelo controle que supõe ter sobre si mesma.

Percebe a gravidade do adoecimento apenas quando passa a vivenciar no corpo a dor física, o desprazer de uma ação associada ao prazer que é o ato sexual.

Em nenhum momento, ela alerta o parceiro sobre a contaminação, colocando-o também em risco, o que pontua nossa reflexão anterior acerca do modo de se relacionar, percebendo o outro que ali se encontra mais como objeto de gratificação pessoal do que com ela na vivência. Para além disso, assumir a contaminação é assumir sua vida sexual prévia diante daquele que decide ter como companheiro.

Para assumir este feminino resignado de sua condição, mais uma vez não aceita submeter-se, tratando o fato como não digno de entristecer-se, de fragilizar-se, sendo esta uma postura associada ao modelo feminino materno, fraco, impotente, subjugado.

O que eu mais tinha medo era de doenças mais graves, era pra eu considerar uma doença grave, mas, nunca considerei. Eu tinha medo de HIV, de Sífilis, só que depois dessa doença, aí eu comecei a ser mais seletiva, comecei a me preservar mais [...]

A vivência do câncer, a percepção da finitude, trouxe à colaboradora um reposicionamento de sua vida, tanto que mal consegue denominar seu adoecimento, mantendo-se reflexiva ao falar sobre este ponto de confronto com a finitude a partir do adoecimento.

No entanto, há em sua fala a contradição explicitada em outro trecho quando dizia preocupar-se apenas em não engravidar e, para, além disso, não associava as práticas sexuais ao desenvolvimento do câncer de colo de útero.

Merleau-Ponty (2006b) aponta que nossa experiência no mundo não é pautada levando em conta cada uma delas, mas o seu encadeamento, a lógica de sentido que os distintos acontecimentos repercutem e produzem em nós, traçando uma linha através de nossa temporalidade, que é o que nos dá sentido existencial e de ser-no-mundo.

A unidade do sujeito ou do objeto não é uma unidade real, mas uma unidade presuntiva no horizonte da experiência; é preciso reencontrar, para alguém da idéia do sujeito e da idéia do objeto, o fato de minha subjetividade e o objeto no estado nascente, a camada primordial em que nascem tanto as idéias como as coisas. Quando se trata da consciência, só posso formar sua noção reportando-me primeiramente a esta consciência que eu sou, e particularmente não devo, em primeiro lugar, definir os sentidos, mas retomar contato com a sensorialidade que vivo do interior. Não somos obrigados a priori investir no mundo das condições sem as quais ele não poderia ser pensado, em primeiro lugar ele deve não ser ignorado, deve existir para mim [...] (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 296)

Diante disso, ela decide contar ao companheiro sua contaminação e refletir sobre ela; mas neste momento, vemos que a lógica do sentido da condição vivenciada não se estabelece de fato.

Aí, tive que contar, foi uma situação bastante constrangedora, enfim... e a partir daí, como tinha tido relações sem preservativo, a gente se descuidou, já aconteceu, agora não tem mais o que fazer. Ele até teve algumas lesões, foi se cuidar, mas a gente passou a usar, só que falha, muito falha ... agora, tô me sentindo bem, porque antes eu tinha muita ardência, muita dor na relação, e tô tentando cuidar disso da melhor forma possível.

No começo quando eu não sabia o que era, fiquei um pouco apavorada pelo vírus não sair nunca mais, eu acho que depois eu relaxei, porque vou ficar sofrendo por uma coisa que não tem conserto?

Ou esperar sair, porque dizem que em alguns casos ele inativa, mas em alguns casos também ele vai embora, em outros ele vai ser ativado em uma queda de resistência. Então, eu vi que não tinha necessidade, ficar preocupada por uma coisa que eu tinha que me cuidar.

Eu sou muito de, assim, tem que fazer, tem que fazer, não fez, agora não adianta ficar chorando, tem que ser feito.

Apesar de revelar ao marido sua vivência da contaminação pelo HPV, Gonçalo ainda não toma esta como uma questão de responsabilização para o seu corpo, mantendo-o em risco. Ele, por sua vez, mantém esta postura diante da relação e do seu corpo também.

O diagnóstico de um vírus em seu corpo relembra a ela a experiência da invasão em seu corpo por um outro, a estranheza de perceber seu corpo não controlado por ela como sempre supôs, mas acometido por algo adquirido, possivelmente, em experiências nas quais ela buscava este controle sobre si e o outro – o sexo. A partir desta percepção, ela busca estratégias e mecanismos para se reapropriar de seu discurso de controle e busca, na racionalidade, este espaço de apreensão e conseqüente compreensão do processo vivido. No entanto, desdenha do problema, banaliza-o, minimizando-o para poder enfrentá-lo.

Intervenções e procedimentos no corpo

Só a queima das lesões, com anestesia local, queimar o colo do útero. Como as lesões apareceram externamente e rápido, eu cuidei das lesões e já fui pro colo do útero, cuidei bem, fazia segmento de 6 em 6 meses. Depois do câncer e do CAF, mais 30 dias, aí que eu fui ter relação sexual.

Devido ao diagnóstico precoce no estágio I, a intervenção no caso desta colaboradora foi rápida, possibilitando menos seqüelas desagradáveis ao seu organismo, tanto que F. permanece menos tempo sem relações após o tratamento do que após o nascimento de sua filha.

Contudo, mais uma vez, Gonçala apenas relata os procedimentos vivenciados, sem impacto emocional ou manifestação de sentido.

Categoria 4 – Feminilidade e relações afetivo-sexuais

Não mudou, eu sempre tive uma relação sexual muito boa com ele, foi acho que um dos itens que me prende a ele, por todas as diferenças que a gente tem, eu acho que a nossa afinidade é na cama, então, sempre foi muito bom e é muito bom, mas não, nada de diferente, a gente faz 4 anos que ta junto e nada alterou. Com meu corpo eu me sinto um pouco melhor, porque eu sempre tive vontade de engordar um pouquinho.

Ela coloca seu corpo como a condição essencial para o convívio com o outro, mesmo quando ressalta inúmeras diferenças que geram situações desprazerosas. Tanto assim que afirma, mesmo depois do câncer e da gravidez, não sentir que este corpo está desarticulado do sentido que tinha para ela antes, ao contrário, parece reposicioná-la de modo mais intenso na busca de seu prazer. Esteticamente, inclusive, sente-se como que se apropriasse ainda mais desse corpo, pois encontra um corpo que buscou, ilusoriamente, ao longo de sua vida, como o corpo que gostaria de se ver nele.

Percebemos também que, em suas relações, inclusive como mãe, sua permanência e produção de sentidos passa exclusivamente pelo prazer que o outro lhe proporciona, sendo esta a condição da manutenção de sua inter-relação com o outro, colocando-o no lugar de coisa, espaço no qual ela também delimita o feminino.

Ser mulher infelizmente é ser um monte coisa... ser mulher é muito mais que homem. Uma mulher é uma em vários papéis. Ela tem que ser uma boa mãe, pra ela ser uma boa mãe, ela não pode adquirir todas as vontades de um filho, mas, ela também não pode inibir toda, ela tem que ser uma mãe participativa, companheira, ela tem que trabalhar, ser atenciosa, se desenvolver profissionalmente, ser mulher é ser um monte de coisa ao mesmo tempo.

Ao falar sobre o feminino, fala com pesar, como sendo um peso para ela exercer este papel, ter este corpo no mundo, como um corpo que busca um espaço, mas para tal tem que se subdividir em vários, perdendo, assim, sua identidade, como que provando continuamente sua existência ao outro.

Gonçala assume aqui o modelo tradicional feminino que nega em suas vivências para definir a condição da mulher, trazendo inclusive características que, ao longo de sua fala, refere não possuir. Talvez por isso apresente certa inadequação no exercício do ser mulher.

Não há como negar que este também é um traço de sua exigência consigo mesma, ela própria se afirma exigente consigo mesma, cobra-se demasiadamente para que tudo ocorra como ela espera, seja no mundo, seja com o outro, seja consigo mesma.

Eu sou uma pessoa muito crítica e muito cobradora, eu me cobro muito e em tudo, o que eu faço eu acho que tem que ser bem feito, o que outra pessoa faz eu quero que seja bem feito e que seja do meu jeito, do jeito que eu acho que tenha que ser.

Sua postura crítica revela um padrão rígido do mundo que reflete numa percepção engessada de si mesma e do outro.

A autocrítica elevada é comum em pessoas que vivenciaram, como Gonçala, a violência constante, devido à falta de percepção de corpo e do sentido de pertencimento e identidade, enrijecendo padrões, como forma de delimitar um espaço no mundo. Dessa forma, alterar a lógica do que é por ela estabelecido é sentido por ela como crítica, como inadequação, o que faz com que mantenha uma rotina rígida de controle de seu entorno, como se ninguém pudesse desconsiderar o que por ela foi feito e, assim, ela estar certa de ser ali, de fato, seu espaço, seu núcleo de sentidos.

Categoria 5 – Projeto de vida

Quero trabalhar bastante, conseguir minha casa, criar minha filha e uma coisa que eu não pensava, era em ter vários casamentos, eu queria ter um casamento pra vida inteira, já não penso mais isso. Penso em saúde de vida, no que for mais saudável o que for melhor, mesmo que pra isso seja necessário passar por várias relações. Eu já to meio sem paciência, passou por uma situação, se não tiver conserto, eu já to chutando tudo e vou tentar de novo.

Gonçala coloca-se só em seu projeto de vida, excluindo o companheiro, pensando em

talvez seguir sozinha, desconstruindo suas próprias crenças de casamento ao longo da vida, aparentemente, repensando a lógica da violência, de privar-se de situações que a levam ao sofrimento, mas, que também aponta para sua dinâmica de controle e antecipação de contextos em que sinta que pode se frustrar.

De modo geral, ela consegue apenas vivenciar o agora, o que dificulta sua percepção do mundo, do outro e de si, pois como afirma Merleau-Ponty (2006a, p.321), [...] *a síntese perceptiva é uma síntese temporal; a subjetividade, no plano da percepção, não é senão a temporalidade e é isso que nos permite preservar no sujeito da percepção a sua opacidade e sua historicidade.*

Ao banalizar sua história, anula seu passado, o que evidencia em seu presente uma cobrança mais intensa acerca de si e do outro, fazendo com que seu futuro torne-se algo sem grandes perspectivas ou investimentos, independente do outro, pois existir não lhe traz sentido.

HERA

Viúva, 42 anos, analfabeta, residente há mais de 20 anos em área periférica do município onde foi realizada a pesquisa.

A entrevista aconteceu em sua casa, onde fui muito bem recebida, tendo ela ficado muito contente com o convite para colaborar com a nossa pesquisa. Foi necessário retomar várias vezes a seqüência dos fatos, tamanho o volume de informações que ela, de fala rápida e contínua, quis oferecer.

Hera é migrante e tem apenas lembranças de uma relação distante, mas respeitosa com os pais.

O início de sua adolescência é marcado por poucos relacionamentos devido ao controle familiar. Entretanto, ela foge de casa aproveitando-se de um tratamento médico do cunhado a quem segue e de quem se torna companheira. Tem uma filha com ele, apesar de ter vivenciado alguns abortos devido a pré-eclâmpsia.

Após a morte dele, já considerado marido, é diagnosticada com câncer e, apesar de sentir-se ansiosa e temerosa quanto ao encaminhamento do tratamento, adere a ele positivamente, embora com muita dor devido aos distintos procedimentos aos quais foi submetida.

Teve como seqüelas perda de cabelo e a falência de um dos rins, fato que mais a preocupa agora, tendo em vista o desejo de criar a filha e vê-la casada e formada.

Viveu uma nova história com outro companheiro, no entanto, a relação se desfez devido à ausência de relações sexuais no pós-câncer, além do fato de ela buscar um cuidador e não um novo companheiro.

Como que querendo retomar seu sentido inicial, pensando em reencontrar uma antiga paixão e refazer sua história, retoma, após o adoecimento, aspectos de sua adolescência.

Categoria 1 – Infância e adolescência: vínculos e afetividade

Meu pai e minha mãe eram muito resguardados, perdi ele muito cedo, eu tava com 09 anos, morreu de câncer na garganta. Eu me lembro dele, mas, lá era muito reservado, mãe e pai, eles conversavam, mas, quando tinham pessoas mais velhas conversando, eles só davam uma olhada: Ou você vai, ou senão... Não podia ficar ouvindo a conversa deles.

Ao relembrar sua infância, Hera traz a postura reservada dos pais que se manifesta como um distanciamento entre adultos e criança, como dois mundos distintos e independentes, já refletindo num distanciamento de corpo e sentidos acerca da sexualidade.

O espaço familiar parece ser bem delimitado com relação aos papéis estabelecidos para cada um, sendo à criança relegado o lugar da obediência e respeito aos mais velhos, tendo seu universo de significados e sentidos construído em separado da interação com o adulto, devendo inclusive deixar o mesmo espaço físico quando os adultos se juntam em suas conversas.

A criança vive em um mundo que ela acredita imediatamente acessível a todos aqueles que a circundam, ela não tem nenhuma consciência de si mesma, nem tampouco dos outros, como subjetividades privadas, ela não suspeita que nós todos e ela mesma estejamos limitados a um certo ponto de vista sobre o mundo. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p.475)

Outro aspecto no qual evidencia sua percepção de espaço é a referência à ausência do pai, pela morte, também, por câncer; ou seja, o câncer já se apresenta precocemente em sua vida como algo que irrompe em separação e reposicionamento ante ao mundo.

Categoria 2 – Sexualidade: primeiras experiências, relacionamentos e vida sexual

Menstruação

E eles quase não explicavam...quando eu fiquei moça, com 12 anos, ela foi explicar que era perigoso isso, aquilo, aquilo outro, brincar com moleque, ter relação, que ficava grávida, que tinha nenê, essas coisas, mas só por cima,não assim, detalhes. [...] Não sabia, foi na escola, aí eu fui ao banheiro [...] Aí, eu fui lá, sentei lá e eu não ia para dentro da sala. Eles mandaram

outra pessoa lá ver o que tinha acontecido. Eu: Não sei se eu bati, o que foi que aconteceu, ta saindo sangue. Fala pra prof^a que eu me machuquei, mas não sei como, não ta doendo nada, mas ta saindo sangue. (risos).

Prof^a: Não, manda ela ir embora pra casa de lá, pôr uns papel higiênico.

Eu cheguei em casa e contei pra minha mãe [...] Aí que ela explicou, é assim, assim, então aí todo mês tal dia, vai ter que usar tal coisa, porque de agora pra frente você é moça, tem que tomar cuidado com isso com aquilo, e com aquele outro. E foi... tinha minhas irmãs mais velhas, também começaram a conversar comigo sobre o assunto e me ensinar que não vem todo mês em um dia, no dia certinho, que às vezes, vem bastante, às vezes menos e me instruía o que que usava.

Naquela época era difícil modess, era mais pano, que lavava, que tinha que fazer higiene, era fervido, tinha que por pra secar, depois passava o ferro de brasa em cima, então eles começaram a me ensinar estas coisas e aí foi...

A menstruação aparece em sua vida como algo inesperado e desconhecido, mas, ainda que associado a um dano físico ao corpo, há, de certa forma, um discurso social que associa o sigilo aos órgãos sexuais. Desse modo, mesmo achando que havia apenas se ferido, permanece no banheiro da escola como se não pudesse revelar em público o acontecimento que devia permanecer na ordem do privado.

Sendo uma vivência do feminino, ela recorre à mãe, após a fala da professora, buscando compreender o ocorrido e reapropriar-se de seu corpo. Porém, a fala de sua mãe, de certo modo, a desapropria, estabelecendo uma série de regras e normas – de relacionamentos, de higiene – para interagir com o mundo e o outro a partir de então.

Queremos pensar que todas essas informações foram percebidas por Hera não como um modo feminino de existir, uma apropriação deste marco em sua temporalidade e produção de sentidos, mas sim como a obrigatoriedade de um exercício feminino, pautado mais por regras e controle do que por prazer.

Relacionamentos afetivo-sexuais

[...] homem mesmo, eu só fui ver quando eu vim embora com meu cunhado. Eu namorei, cheguei a namorar uns 02 rapazes, mas eles lá e você cá: tem o irmão e mais não sei quem, todo mundo junto... uns beijinho assim, muito difícil, porque tudo sempre cheio de gente, a mãe, a mãe dele, os irmãos dele.

O início de sua vida afetiva foi marcado pelo controle sobre seu corpo e suas relações, algo comum sobre o corpo feminino – toda a família se punha vigilante ante a situação de namoro, interpondo-se fisicamente entre os dois. Este fato revela o corpo feminino como um patrimônio familiar de controle, onde todos, especialmente os homens, devem estar vigilantes sobre ele para que não vivencie e perceba os sentidos de sua sexualidade.

Em suma, meu corpo não é apenas um objeto entre todos os outros objetos um complexo de qualidades entre outros, ele é um objeto sensível a todos os outros, que ressoa para todos os sons, vibra para todas as cores, e que fornece às palavras a sua significação primordial através da maneira pela qual ele as acolhe. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 317)

Ao controlar suas escolhas, suas possibilidades de interação, a família cerceia as potencialidades de Hera no mundo, transformando-a em objeto de seus anseios e visão de mundo acerca do corpo feminino, alienando sua capacidade de percepção de si e do outro, mantendo-a em contínua dependência, em uma existência desprovida de sentidos próprios.

Desse modo, pode-se compreender porque ela busca o cunhado como forma de contato afetivo – lhe era familiar e acessível, um corpo próximo e masculino e, por ser da família, supostamente dessexualizado.

[...] comecei a ficar... ter esses negócios de sexo quando eu tinha já 18 anos, que eu vim embora, com o meu marido e continuou. Quando eu era criança, nunca mexi com essas coisas, porque a mãe era...a gente nunca... a minha mãe era muito rígida. Então, depois dos 18 anos para cá que eu fui mexer com negócio de sexo, essas coisas, mas aí a gente não tem muita experiência. Eu fui ficando, fiquei um bom tempo casada sem ter filho, né? [...] Tem horas que a gente fica pensando... fica meio com medo... a gente não tem com quem conversar. Se você está perto da mãe, você fala, olha ta acontecendo isso, uma pessoa mais velha.

O controle materno sobre o sexo se mostra evidente na percepção da colaboradora, personificado em sua mãe, o feminino controlador, autoridade sobre ela, o feminino submisso pela hierarquia familiar.

Os 18 anos, marco legal de maior idade no país, denotando o ingresso na vida adulta, servem como autorização à sua vida sexual, bem como a denominar o parceiro de marido, uma vez que no casamento o sexo também passa a ser autorizado. Interessa destacar que mesmo relatando vivenciar suas experiências sexuais, Hera as associa ao fato de não ter engravidado, como se o sexo sem a gravidez não representasse sentidos para ela.

No entanto, diante das dificuldades, da incompreensão de certas vivências, Hera busca na figura materna a resposta, lamentando, quase com culpa, ter-se afastado de sua mãe, pois esta é quem lhe apresentava os sentidos de sua vida. De forma pronta, mas era como ela se estabelecia no mundo, na dependência do outro.

Companheiro

A gente se conheceu, nós morávamos tudo na mesma casa, eram 03 irmãs e as outras 02 casaram com eles: minha irmã mais velha casou com o outro irmão e a outra, acima de mim, casou com o... com esse que veio a ser meu marido. [...] ele estava doente, e lá não tem esse tratamento. Ele começou a brigar com a esposa dele que ele queria vir embora pra cidade, pra fazer o tratamento e ela não queria acompanhar ele.

[...] gente nova é meio louca da idéia, eu louca pra conhecer SP e a mãe nunca deixou eu sair de casa, eu tinha 18 anos. Era uma oportunidade de eu conhecer a cidade. [...] Que que eu fiz? Eu dei calmante pra minha mãe dormir e arrumei a mala, esperei ele sair na frente e saí atrás dele e vim escondendo na estrada atrás dele até um certo ponto, quando ele chegou pra pegar o ônibus pra vir pra cá, eu cheguei junto, com a minha mala. [...]

Eu fui me apresentar de volta em casa depois de 03 anos que eu tinha vindo embora para cá que eu fui lá. Antes, eles achavam que eu tinha ido embora para outro lugar, não sei onde. Eles procuraram, mas você sabe que quando você sai de um lugar é difícil encontrar de novo. [...] Ah! Foi assim meio chocante, eles ficaram meio assim, mas acabaram reconhecendo que ela não quis vir cuidar dele, que eu tava com ele, cuidando dele, e depois apareceu a menina, a feição dele. Aí, foi tudo bem, fiquei amiga de novo. [...] nunca tivemos rivalidade, sabe como é na roça, é tudo unido.

Tendo sua liberdade de estar no mundo cerceada e vigiada constantemente pela família, reconhece no ex-marido da irmã um corpo autorizado ao afeto, já que pertence ao espaço da família.

Aproveitando a situação de ruptura da irmã com o marido que precisa ir para a cidade grande fazer tratamento, ela decide sair de casa. Consciente da vigilância que a cerca, dopa a mãe, e segue o cunhado sorrateiramente, buscando a realização do sonho de morar na cidade grande e aliando a isso a possibilidade de passar a ter uma vida sexual autorizada. Hera chama todo o acontecido de loucura, ou seja, reconhece ter agido sem reflexão, sem pensar nas conseqüências de sua ação.

Entendendo que o estar no mundo passa pela lógica da experiência, G. dificilmente teria esta prática reflexiva pautada sempre no controle sobre seu corpo pelo outro. Sua fuga denota uma busca pelos sentidos de sua existência, ainda que recorra ao sentido já estabelecido de se aproximar de algo familiar.

[...] é preciso que minha primeira percepção e meu primeiro poder sobre o mundo me apareçam como a execução de um pacto antigo concluído entre X e o mundo, em geral, que minha história seja seqüência de uma pré-história da qual ela utiliza os resultados adquiridos, minha existência pessoal seja a retomada de uma tradição pré-pessoal. Há, portanto um sujeito abaixo de mim, para quem existe um mundo antes que ali eu estivesse, e que marcava lá o meu lugar. Esse espírito cativo ou natural é o meu corpo, não o corpo momentâneo que é o instrumento de minhas escolhas pessoais e se fixa em tal ou tal mundo, mas o sistema de 'funções' anônimas que envolvem

qualquer fixação particular em um projeto geral. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 342)

Hera não tem esta história estabelecida a partir de si mesma, mas, sempre na busca do sentido de outrem. Sua fuga representa esta busca por seus sentidos, por sua existência pessoal, uma busca por seu próprio corpo, as vivências e sensações possíveis nele, um estar e interagir livremente com o mundo a partir de suas escolhas.

Ao fugir acompanhando o cunhado doente, esta colaboradora estabelece uma ruptura com o modelo familiar – a menina contida assume seu lugar no mundo como a incorreta, resistindo por anos ao retorno familiar, justamente por temer o crivo por que passaria. Seu corpo e existência não eram seus, mas do outro.

Porém, nessa dinâmica familiar, ela é novamente acolhida, uma vez que aquilo que é familiar não é questionado, não se mantém longe. Como podemos perceber na atitude de sua família, ela é aceita ainda como parte da família, mesmo com o marido da irmã, no espaço de cuidadora, uma significação fundamental para a legitimação do feminino em seu corpo, é para a família é quase que dessexualizada.

[...] Gostei dele sim, ele foi ser meu marido depois de tempo que a gente tava junto morando aqui, mas antes eu via ele como meu cunhado, continuava vendo ele como meu cunhado, continuou sendo. [...] Ele alugou uma casa, 02 cômodos, e compramos uma cama, um fogão e ele ia trabalhar e depois ele começou a fazer o tratamento e eu ficava em casa, eu fazia comida pra ele levar, lavava as roupas dele, como amigos. E depois, como a gente ficou muito tempo junto, ali... e aí, você olha para lá, olha para cá, não vê ninguém, não tem parente, ninguém chega, ninguém vai... ai você começa... e ele foi gostando da história, porque lavava a roupa bonitinho e era moça e foi começando com as conversas, tudo, e eu já estava com 18 pra 19 anos mesmo, então eu falei, ah! Aqui ninguém tá vendo nada mesmo, vambora! (risos) e foi bom, né?

Como se pode compreender, sua vida sexual foi diretamente associada com o exercício de funções femininas de cuidado com a casa e com o homem que a provê.

Como veio em fuga, para sair do controle familiar, Hera temia seu retorno e a não aceitação da família. Desse modo, estabelece com o cunhado um pacto velado de cuidados mútuos – ele como provedor, ela cuidando dos afazeres domésticos e de sua saúde e bem-estar.

Ao assumir este lugar, e já com 18, 19 anos, ganha o espaço autorizado da vivência de sua sexualidade, pois cuidar das roupas, da casa do outro é ter acesso autorizado à sua intimidade, consumada no ato sexual, na união concreta de dois corpos.

Como afirma Merleau-Ponty (2006a, p.506): *Mesmo se construo toda a minha vida sobre um incidente de puberdade, esse incidente conserva seu caráter contingente e é minha vida inteira que é “falsa”*.

Hera constrói sua história com este homem pautada num discurso de amor que não existiu desde o início, mas, sim, foi oportuno enquanto supria o espaço da solidão de ambos.

Além disso, naquele espaço de proximidade não há o olhar do outro, o olhar familiar como impeditivo da movimentação de seu corpo, possibilitando sua aproximação de um corpo masculino e já autorizado pelo convívio e familiaridade agora reais.

No entanto, neste papel feminino, ela também se coloca submissa a situações que poderiam tê-la afetado, inclusive fisicamente, mas não percebe os danos psíquicos sofridos.

*(violência) Graças a Deus não, fisicamente não. só verbalmente.
 (traição) Teve... eu soube. Eu fiquei sentida e tudo, mas não adianta ficar brigando, quanto mais você briga, pior fica. Eu conversava muito com ele sobre isso (DST), mas o que aconteceu comigo, graças a Deus, não foi isso, doença pegada de fora, eu creio que não, mas que teve, teve.
 Graças a Deus, ele era muito bom dentro de casa... ele ia pra rua fazer... fazia, num fazia, num sei se fazia... eu também nunca fui atrás pra ver... eu nunca vi. O povo fazia comentário... eu vi fulano... mas, na rua, no meio da rua, não tem jeito de fazer nada. Agora, num piscar de olho, se você entrar numa porta... então, esse é o problema.
 Depois que ele morreu, eu achei a identidade dela. Continua aí, num sei onde ela tá, deixou na carteira dele, dentro da carteira, não sei pra que ele tava com a identidade da mulher. E quando ele tava internado no hospital, ia um casazinho, e eu lá no hospital todo dia, só que eles não entravam. E as crianças pareciam com ele também.*

Vivenciou traição em seu casamento, e muito provavelmente, com uma segunda família do marido, fato com o qual entrou em contato quando ele já estava internado.

Em sua fala, tenta compensar a atitude do marido, resgatando sua imagem de provedor, mas ao mesmo tempo, sua fala torna-se evasiva, demonstrando não ter ainda significado para si, não é ainda uma vivência desprendida de afeto, algo não elaborado por ela e, mesmo sabendo de comentários acerca dos fatos, resigna-se a continuar com ele, sem questioná-lo.

Embora tente dissuadir-se do pensamento de que seu câncer não é proveniente dos possíveis contatos sexuais extraconjugais do marido, ou seja, de contaminações por doenças sexualmente transmissíveis (DST), ela retrai sua fala neste momento, gagueja, como se não estivesse convicta e suspeitasse que algo assim possa ter ocorrido.

Segundo Companheiro

(risos) Eu arrumei um homem depois que meu marido morreu, eu ainda tava bem ainda... depois de uns 02 anos que ele tinha falecido, eu conheci num ponto de ônibus, vendendo passe é uma pessoa de idade. Eu ia trabalhar e pegava ônibus, ele tem 56 anos, era crente, uma pessoa... eu tenho muito carinho por pessoas, assim, mais velhas. Comecei a conversar com ele, e a gente começou a se envolver, e ele é sozinho também.

Ele é da Igreja Universal e eu sou católica, mas isso não tem importância, fomos conversando e aí, eu tava com uns problemas e falei pra ele ir lá pra casa. Apresentei pra minha filha, depois eu trouxe ele pra cá, não pus ele dentro de casa direto, tenho esse cômodo aí.

Após a morte do marido, Hera recomeça sua vida sexual com uma pessoa com quem se identifica e consegue estabelecer limites. No entanto, percebemos que mais uma vez ela não vai a busca de um homem pelo qual se sinta atraída, e sim por quem se sinta cuidada, quase a busca de um pai, procurando mais a convivência diária dos cuidados com ela, do que de fato a vivência de sua sexualidade enquanto práticas sexuais.

A própria forma como o conheceu se deu na rotina diária de sua ida ao trabalho. Porém, ao trazê-lo em casa e apresentá-lo à sua filha, não o inclui em seu dia a dia, mantendo-o no quarto externo da casa, como se adentrá-la ferisse sua condição feminina e a lembrança do marido, aquele ao qual seu corpo havia pertencido.

Maternidade

Engravidei a 1ª vez, tive problemas na gravidez, pressão alta. Aí, eu comecei a fazer tratamento no posto, mas o decorrer dos 03 meses de gravidez a pressão, mesmo fazendo tratamento, ela não abaixava, continuou alta e foi até que teve um aborto. Ai... ta... continuei tomando o remédio, como é que fala? (anticoncepcional) Isso! Não consigo falar essa palavra. Aí foi começando fazer mal pra mim e por meu organismo.

Voltei no ginecologista, trocou de comprimido, mas nem mesmo assim adiantou, aí eu tive uma infecção no útero e aí eles foram fazer uns exames. Aí ficou uns meses sem tomar remédio, o marido meio ignorante, ele não quis usar camisinha, tornei a engravidar de novo. Não é que eu não queria, é que eu já fiquei cismada, da outra vez deu problema na gravidez, eu já fiquei cismada, né?

Fui de volta pro posto de novo, falei com a médica: Tô grávida outra vez, Então aí eu já comecei a fazer pré-natal, seguimento, mas passa de 01 mês e meio já começa de novo a pressão subir outra vez.

E foi, foi, foi, foi... dessa vez foi até os 04 meses e 15 dias, a pressão subindo, [...] quando eles viam que não dava certo, eles me mandavam pro hospital, mas não dava jeito. Aí, eu fiquei muito sentida com aquilo [...]

[...] quando chegou no final do tratamento, meu marido insistiu de querer ter relação sem camisinha, sem nada e eu avisando ele que eu não podia..

[...] Ele disse que mulher dele não usava camisinha, pessoa ignorante, né?

E aí, eu queria uma criança, eu queria uma criança, porque já fazia 10 anos juntos e não tinha filho nenhum, já tinha perdido 02, e eu queria uma criança. Aí eu comecei a pegar amor, queria que Deus ajudasse, que desse certo e fiquei com aquele pensamento positivo e foi indo.

Quando chegou um certo dia me deu muita cólica [...] Lá pela meia-noite, mais ou menos eu comecei a sentir uma contração na barriga, forte, bastante, endurecer a barriga. Me deu essa hemorragia, aí, eu comecei a chorar... [...] acho que 01 mês e pouco tentando segurar a gravidez. Aí, me levaram para a sala de parto, nasceu a menina, ficou lá na estufa 03 meses [...]

Hera sujeita seu corpo à gratificação do masculino, que se recusa a usar camisinha por exercer seu direito sobre o corpo da mulher, mesmo tendo ela tido complicações por engravidar anteriormente, o que reforça a idéia do corpo feminino sujeito à vontade masculina, especialmente, se este é o provedor.

Ainda que sofra com a perda dos bebês e tente uma estratégia de negociação, por questões apreendidas como sentidos do ser mulher, ela cede e coloca-se em risco de morte para agradar o marido. Embora tente assumir o controle de seu corpo, recusando-se ao ato sexual desprotegido, acaba cedendo devido o incomodo sofrido constantemente pelo companheiro, invadindo sua privacidade e sono, buscando apropriar-se de seu corpo, num ato violento de desconsideração do outro.

Ainda assim, considera não ter sofrido violência de forma considerável. No entanto, foi violada em seus direitos sexuais e reprodutivos, além da violência psicológica impelida por um outro que se sente proprietário de seu corpo, por ser provedor, por ser homem. Ademais, diante de sua recusa ao ato sexual no momento de sua vontade, o marido ainda a acusa de não estar grávida dele.

Naquela época, depois que eu fiquei grávida, meu marido falava que não era dele a menina. [...] Aí, lá no hospital, eu não falava que eu tinha marido, porque ele nunca foi lá me ver, eu ficava lá sozinha, nunca ele foi lá me ver. [...] Aí, o pai dela foi pegando amor nela e ele viu que parecia com ele, foi pegando amor nela, foi saindo com ela, levar na escolinha, eu trabalhava na época também, ele trazia, ia buscar, mas eu não ensinei ela chamar ele de pai. Ensinei a chamar de DELE. Porque ele tava sempre aí, ele brincava com ela, eu falava: Ó o DELE! [...] Ela aprendeu chamar de pai porque ela via as outras crianças chamar, então ela começou a chamar de pai também. [...] o nome dele era muito difícil pra ela falar, porque ela era muito pequenininha, Quando eu fui tirar o registro, que lá no hospital precisava, ele não quis me dar o RG para registrar no nome meu e dele. [...] Eu fui lá, como eu tinha 31 anos de idade e registrei a menina só no meu nome, aí depois, passado o tempo, ele falou pra trocar o registro e por o nome dele. E o tempo foi passando e eu não fui, e ele acabou morrendo e a menina registrada só no meu nome. Quando ele morreu, depois de 15 dias eu fui na Procuradoria, no advogado e coloquei para fazer o exame de DNA, porque não faz sem fazer o exame, e ta lá ainda para fazer o exame de DNA pra poder fazer o registro com o sobrenome dele, mas ela é a feição dele. Eu ainda falei com as vizinhas: Tomara que a menina não pareça com ele, com qualquer outra pessoa, menos com ele! Mas, as outras 02 filhas que ele

tem, porque ele já foi casado, não parecem tanto com ele como essa menina. É desenhada ele: o tamanho, magrela, mãos compridas, a cor, a cara dele, é ele. Acho que ele começou a olhar e sentiu, e aí, ele passou a gostar muito dela e ela também pegou amor nele. E quando ele morreu? Essa menina deu um trabalho!

As primeiras vivências da maternidade foram para ela um tanto conturbadas: tanto pelas acusações do marido quanto pela permanência da filha no hospital, necessitando cuidados.

Suas práticas sexuais são postas em cheque pelo marido quando este afirma que a filha não é dele. Diante disso, Hera não ensina a filha a chamá-lo de pai e ainda o denomina para a filha de DELE, como que para demarcar este espaço da filiação ao mesmo tempo em que restringe esta filiação a ela própria – a mãe da criança, único nome que consta de sua certidão de nascimento.

Evidencia-se em sua fala a constante menção da semelhança da filha com o marido, talvez como uma estratégia de não apenas dar um lugar legitimado à filha, mas resguardar suas práticas sexuais de questionamentos, associando seu corpo à maternidade, e conseqüentemente, às suas práticas sexuais vivenciadas unicamente com o marido, uma vez que este se recusa a reconhecer como dele a própria filha e, assim, negar-lhe o registro como tal. Porém, conforme relata, a mantém como sua filha nas práticas cotidianas de afeto, espaço no qual pai e filha constroem uma relação de amor e cuidados.

Entendemos pela própria concepção de Hera que ela mantém padrões estabelecidos socialmente, ao delegar ao pai de sua filha os cuidados afetivos e do espaço público e a ela o espaço privado e de apropriação do corpo feminino enquanto aquele que dá a vida e os cuidados à filha.

Era algo que fazia parte da minha vida, eu gostava até agora quando eu tive esse problema meu, porque depois que eu tive a menina, aí eu fiquei com medo de engravidar outra vez e ter o mesmo problema. [...] Eu fui e falei com o Ginecologista que eu queria que ele me operasse para eu não ter mais filhos, mas ele começou a conversar comigo, que eu era nova, às vezes, pode ter mais alguma criança, mas esse problema dessa pressão durante a gravidez não dá pra tentar mais, eu tinha medo que me desse uma eclampsia e ela ficasse sem ninguém pra olhar. Eu não queria engravidar mais, se por acaso eu morrer, quem vai cuidar?

Ele achava que mulher não se deve usar essas coisas (contraceptivos), marido não precisa usar, então, ele achava que eu tinha que fazer sem essas coisas. Eu falei, então, evita de alguma outra forma [...] ele não me deixava dormir: ficava a noite inteira me atazanando, se eu deitasse no outro quarto, ele ia lá e assim, começava a brigar, falava que eu andava com outras pessoas por causa disso... Eles optaram por DIU, eu comecei a ler sobre o DIU e achei que tava certo, era bom.

Revela dificuldade em perceber seu corpo como algo a ser protegido, e quando decide, pensa em métodos irreversíveis, na tentativa de poder manter seu corpo na vontade do outro sem precisar passar pelas dificuldades das negociações de prevenção.

No entanto, a vida sexual passa a ser para ela um gerador de estresse, uma vez que não se previne e corre o risco da gravidez que pode levá-la a óbito. Devido à fala do marido de não aceitação que ela utilize o contraceptivo, ela prefere abrir mão do seu prazer, evitando o contato sexual como contracepção; ou seja, na manutenção do prazer do outro ela anula a si própria, seu próprio corpo, permanecendo no desprazer.

Ao se tornar mãe, Hera abre mão de seu corpo e seu prazer em prol, agora, do cuidado da filha, pois teme complicações futuras em decorrência de um novo parto. Para além desse fato, o corpo agora maternal não é mais um corpo autorizado ao prazer. Comportamento este muito comum entre as mulheres.

Estou lançado em uma natureza, e a natureza não aparece somente fora de mim, nos objetos sem história, ela é visível no centro da subjetividade. As decisões teóricas e práticas da vida pessoal podem apreender à distância, meu passado e meu porvir, dar ao meu passado, com todos os seus acasos, um sentido definido, fazendo-o acompanhar-se por um certo porvir do qual se dirá, depois, que ele era a preparação, podem introduzir a historicidade em minha vida: esta ordem tem sempre algo de factício. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p.463)

A dificuldade de Hera para se perceber e delimitar seus campos de interação com o outro está justamente no fato de que em sua historicidade ela não se constitui como um sujeito, um ser-no-mundo e um corpo para além do outro. Desse modo, construir seus próprios sentidos e significados para além do outro é incompreensível para ela, o que faz com exponha-se ao risco da gravidez.

Categoria 3 – Corpo adoecido: impacto e familiaridade

Diagnóstico

Mandei fazer os exames tudo, tava tudo normal, sem infecção nenhuma, aí colocou, deu certo ia sempre de 06 em 06 meses fazer a revisão, certinho, fazer o Papanicolau. Eu fiquei 11 anos com o DIU. [...] comecei a sentir dor na barriga, sentia dor embaixo da barriga, vinha menstruação 02 vezes no mês, eu tinha relação começava a sangrar, eu pensei que devia ser o DIU dando problema... (fiquei) uns 08 a 09 meses (sem ir ao médico), eu deixei de lado e cuidar dos outros que estavam mais graves e aconteceu aí que ele morreu, minha irmã foi embora e depois eu voltei de novo a me olhar... [...] Tava doendo, sangrando e eu pedi pro médico tirar o DIU. Agora meu

marido morreu, não vou precisar mais disso aí. O médico tirou e pediu pra eu fazer um ultrassom e colher um Papanicolau, meio com sangue já porque não tava parando de sair. [...] Eu tava trabalhando e aí ligaram no meu serviço do HC. Eu fui naquele dia que ela mandou lá, o prontuário tava lá, eles fizeram novos Papanicolau pra confirmar o negócio tudo, o médico me chamou, conversou comigo, falou que eu tava com uma ferida no colo do útero, que eu tinha que fazer um tratamento e pediu pra me internar.

Hera consegue encontrar um método contraceptivo com o qual se adapta, encontrando possibilidades de vivenciar sua vida sexual sem risco. No entanto, diante de situações de adoecimentos familiares e mesmo tendo percebido que algo não ia bem, relega seu corpo ao segundo plano.

Neste período de ausência no seguimento ginecológico, irrompe um diagnóstico de câncer a partir de sintomas físicos de sangramento contínuo e dores abdominais.

Seu relato mostra o câncer de colo de útero vivenciado como algo silencioso, que irrompeu em sua vida após vivências intensas de cuidado com os outros, especialmente com o marido doente, agora falecido. Ao poder despedir-se do corpo do outro, seu corpo reivindica cuidados, cuidados estes ligados à área de maior conflito na vida dela: a sexualidade.

Tudo isso é falta de um cuidadinho... eu acho que o meu foi pelo DIU, a gente não faz tratamento direito... esses negócios de aborto. Eu tinha meus abortos, fazia a curetagem, voltava em 02 consultas, depois não ia mais no hospital, eu largava mão. Ia só aqui no posto... só voltava lá de novo quando ia fazer outra coisa outra vez... é falta de cuidado da gente. Ah... sempre acontece... [...]

É... muitas vezes, como diz... é a besteira de não começar o tratamento desde o começo, porque, quando eu vim embora pra cá, eu não engravidava, mas, também não ia atrás. [...] Eu não sentia nada, tinha relação e não engravidava, não tinha corrimento, tudo normal. Mas, eu acho, que se eu tivesse ido antes, eu não engravidava, podia ser algum probleminha que eu já podia ter.

Mas, não tem uma pessoa mais velha pra falar pra fazer aquilo, aquilo outro, então a gente não vai, fica ali, vai trabalhar, fazer isso, aquilo e o tempo vai passando.

[...]Jeu fiquei meio... encucada, porque eu sempre fazia acompanhamento na UBS, sempre fazia Papanicolau, ultrassom, sempre tava tudo bem. O duro que você não entende as escritas dos médico... apareceu muito de repente, levei aquele choque, meu marido morreu... Quando ele tava pra morrer, tava começando aquele sangramento, aquela história, mas eles não tinham me falado nada, se podia ser. Eu ficava com aquela, podia ser o DIU machucando. Quando ele falou que eu tinha uma ferida meio grave, já lembrei do câncer.

Hera busca respostas e explicações para a experiência do diagnóstico do câncer. Relaciona a doença ao uso do DIU e pensa ter sido negligente com seu corpo, especialmente

como relação ao aborto, pois não mantinha o seguimento necessário após as curetagens, talvez até pelo sofrimento pela perda dos bebês, e manter o acompanhamento significava recordar-se das perdas.

Assim como ela, muitas mulheres só freqüentam o médico quando já estão com alguma seqüela de uma complicação que poderia ter sido evitada com seguimento adequado, especialmente com relação ao câncer de colo de útero.

No entanto, revê sua própria fala e tenta redimir-se de supostos comportamentos negligentes, buscando em situações vividas recentemente justificativas para o aparecimento do câncer, inclusive o fato de não ter alguém que se responsabilize por ela e lhe diga o que fazer, jogando a responsabilidade e os sentidos de sua vida para o outro sem atribuir sentidos à sua própria existência.

Procedimentos e intervenções no corpo

Internei e eles entraram com a quimioterapia, fiz 02 sessões, ela judia bastante de gente!

Eu fiquei 03 dias internada fazendo, depois eu vinha embora pra casa eu vomitava muito, não podia comer, me dava enjôo no estomago, ficava 03 dias péssima, depois eu ia melhorando de novo e ia recuperando de novo. Ia no retorno, falava que eu passei mal com a quimioterapia, passou um outro mês, fiz mais 03 dias, vim embora, passei mal de novo. Depois eles fizeram aquela que você faz 1 hora, não chega a 01 hora, e vem pra casa. Implantaram este sistema, antes tinha que ser internado mesmo. Com essa eu comecei a me sentir melhor, não me sentia mais tão mal, fiz mais umas 08 vezes e 34 radioterapias, 04 braquiterapias, essa quase me matou! Mas dói, gente do céu! Fiz tudo isso.

O médico me examinou, eu tinha melhorado, tava bem, não tava sentindo nada, o médico me deu alta. Isso foi em novembro do ano passado e eu voltei a trabalhar, trabalhei em dezembro inteiro do ano passado. Quando chegou no final de dezembro, eu tava trabalhando e começou a me doer a perna, essa perna (esquerda) e começou a queimar este lado. À noite, eu ia deitar e era uma queimação que eu não conseguia deitar desse lado, eu tinha que me virar deste.

Eu tinha retorno fui lá e falei e vamos fazer uma ultrassom abdominal e ele falou que podia ser rim, eu estava com o canal da bexiga queimando. Pediu exame de urina, e deu infecção nesse rim.

Ah! Me deu um belo desespero. Eu chorei bastante e aí o médico queria chamar a psicóloga, mas eu falei que não, que era só o impacto, de levar aquele choque. Mas, depois eu procurei a psicóloga, por minha conta eu pedi pra falar com ela, conversei um tempão, porque desde quando eu comecei a fazer o tratamento, eu nunca mais tive relação.

Por ter sido diagnosticada com um estágio avançado de câncer, o que repercute em procedimentos invasivos e dolorosos de forma repentina, Hera encontra-se de um dia para o

outro em um ambiente desconhecido, recebendo não o toque de cuidados com o qual se identifica, mas toques dolorosos, com efeitos colaterais drásticos, que suscitam grande dificuldade de aceitação por ela uma vez que, recentemente, vivenciara a finitude a partir da morte do marido.

Deparar-se com esta vivência, agora em seu próprio corpo, foi para ela originária de grande conflito.

Depois eu comecei a fazer o tratamento, com essas Radioterapias, Quimioterapias essas coisas, já comecei não me sentir mais bem tendo relação, cada vez que ia ter relação começava a sangrar, eu sentia dor, essas coisas. Eu: Não to me sentindo bem, se você quiser ir embora, ficar pra um outro lugar, procurar outra pessoa, ou ficar sozinho, ou ficar sozinho aí nesse cômodo. Eu vou ficar pra cá no meu canto, não to me sentindo bem pra ficar junto, com essas coisas.. melequeira... Às vezes, ele vinha me fazer carinho, me irritava, porque você não ta se sentindo bem e a pessoa fica te pegando. Ele começou a não se sentir bem comigo fazendo isso, ele chegava perto de mim ou me pegava e eu empurrava ele pra lá, aí, ele pegou e foi embora. Me pediu pra deixar as coisas aí, por não ter onde levar, eu falei que podia deixar.

Vivenciar os impactos do tratamento em seu corpo, a afasta da possibilidade do contato com seu novo companheiro, fazendo com que, muitas vezes, seja refratária à aproximação do outro. Não podendo oferecer ao outro com quem se relaciona um corpo saudável e disposto ao contato sexual, sente-se incapaz e verbaliza o desejo de que este a deixe, talvez como uma forma de não ser deixada posteriormente, ou mesmo por entender que, se a mulher não pode desempenhar o papel que lhe é atribuído, o homem não deve permanecer com ela. Ao mesmo tempo, vivenciando com ele o espaço de cuidado, ela não se opõe a cuidar das coisas dele, sentindo-se também responsável e cuidadora deste homem.

O corpo gerador de prazer no contato e vínculo com o outro é agora um corpo invadido por substâncias químicas e radioativas e pelas ações de pessoas estranhas. O processo adoecimento mobiliza dores e estranheza para si mesma, fazendo com que a aproximação do outro seja insuportável.

Eu acho que eu ainda não to em condições, porque com essa Braquiterapia que eu fiz, depois que eu melhorei, acho que foi em janeiro pra colocar a bolsa (sonda), já tinha começado, o canal da bexiga fez uma perfuração, vaza xixi ali, tenho que usar fralda. Eu acho que se eu começar a ter relação, começa a ralar, pode ficar pior do que ta, eu tenho cisma. O Dr. disse que este buraquinho com o tempo, cicatrizando a queimadura da Radioterapia ele pode fechar, mas se ele não cicatrizar vão inventar um meio, ou deve ter, pra fechar. Ele falou que é pra esperar uns 05 ou 06 meses, vai fazer 06 meses agora em junho. Aí, a gente vai fazer teste, né? (risos) Pra ver se dói ou não. Não tinha mais dor na relação, era cisma de ter relação e o buraco ficar maior, ao invés de melhorar, piorar, foi onde eu

resolvi não mexer. [...] Perdi cabelo, mas não cheguei a cortar, meu cabelo sempre foi comprido assim, só que era cheio de cabelo. Diminuiu bastante, mas ta voltando de novo.

Hera sofre diversas intervenções no corpo, utilizando-se de todos os tratamentos disponíveis para um bom prognóstico de seu câncer já avançado. Por este motivo, seu corpo sofreu a repercussão destes tratamentos, tais como a permanência de uma sonda urinária, devido à uma fístula na bexiga, fazendo com que constantemente sua urina seja lançada fora, apara além do controle esfinteriano, devido a esta abertura.

Há a expectativa do retorno ao corpo sem marcas, sem sondas, um corpo íntegro, onde nada rememore o adoecimento vivido e a crença na equipe para que este fato se consume, uma vez que o cuidado constante com higiene, a estética do corpo coma sonda visível, inviabilizam muitas vezes seu contato com o outro, em especial, o sexual.

Equipe de saúde

Eu tinha vergonha, sempre tive vergonha, inclusive se eu vou lá no hospital para conversar minha pressão vai lá em cima. Eu to em casa, normal, chego no posto, eu estava fazendo tratamento, era uma médica que me examinava, normal. O dia que a médicas precisou sair do posto, aquele dia, tiveram que me pegar na ambulância, me levar lá na UBDS pra me dar remédio de pressão, porque ela foi pra 21. Eu comecei a passar mal, minha língua parece que engrossou, eu fico com vergonha, nervosa e minha pressão sobe. [...] equipe muito boa, achei eles excelentes. O médico da radioterapia da quimioterapia, da braquiterapia. Com o da braquiterapia ... nós tivemos um desajuste (risos). Eu enfezei com ele e não queria mais fazer. Eu tinha feito uma, dói muito no começo e depois melhora, quando eu fui fazer outra, eu fiquei sentindo dor e começou a escorrer um líquido, de um dia pro outro.. [...] Eu conversei com a psicóloga antes da fístula na vagina, ela me deu uma força, se tivesse meio seca, usar a pomadinha, mas conforme o problema do rim, voltou a bexiga a vazar. O médico me explicou da fístula, mas foi onde eu afastei... (risos)... to esperando ver se melhora.

Aqui percebemos que, a falta de cuidados médicos de Hera não se revela totalmente como negligência, mas também como o medo e a vergonha ante a um profissional masculino, o que remete a questão de sua sexualidade e a fala de sua mãe, como um sentido que se estabeleceu em sua história, como se o masculino fosse algo ruim, tanto que ela revela manifestações somáticas diante da idéia de ser tocada por um homem, mesmo que para cuidar de si.

O adoecimento e os distintos processos pelo qual necessitou passar durante seu tratamento, de certa forma, rompem com este estigma, tanto que demonstra ter se sentido bastante acolhida pela equipe de saúde, podendo inclusive manifestar seus desconfortos,

medos, dissabores com relação ao tratamento, sendo uma das únicas colaboradoras a manifestar a solicitação da psicóloga durante o tratamento e com resposta positiva na aceitação do mesmo.

As respostas de esclarecimento para Hera diante das inseguranças e ansiedades com relação ao tratamento também foram prontamente atendidas por ela, o que manifestou a possibilidade de uma boa adesão, apesar das dificuldades enfrentadas em cada procedimento.

Um outro aspecto a ressaltar é que, sua dinâmica já é estabelecida através da dependência do outro, logo, depender dos cuidados da equipe não é para ela algo que gere estranheza, ao contrário, revive suas relações mais precoces e resgata o vínculo com os companheiros.

A posse de um corpo traz consigo o poder de mudar de nível e de 'compreender' o espaço, assim como a posse da voz traz consigo o poder de mudar de tom. O campo perceptivo se apruma e, no final da experiência, eu o identifico sem conceito, porque me transporto inteiro para o novo espetáculo e porque coloco ali, por assim dizer, o meu centro de gravidade. (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 338)

Seu contato com a equipe de saúde lhe permite ressignificar suas necessidades de cuidado e afeto, além de permitir que Hera reaproprie-se de seu corpo, agora nominado como seu e reconhecido por ela, infelizmente, através da dor. Mas, é através desta vivência que ela retoma seu lugar no mundo e constrói sentidos, exclusivamente seus.

Familiares ou apoio

Tinha irmãos, mas irmãos trabalhavam na roça. Minha mãe era rígida, mas era legal. Eu já tinha vindo embora pra cá quando ela morreu, tinha 20 anos. Senti culpa de estar longe... meu marido, que era meu cunhado, ele queria pagar uma viagem de avião pra eu ir lá ver, eu fui saber, ela já tinha morrido. E outra, eu não ando de avião! Se ela estivesse viva, eu ainda arriscava, mas como ela já morreu não.

Apesar de ter a família como um sentido presente em sua vida, viveu distante deles a partir de seus 18 anos, quando fugiu para outro estado acompanhando o homem que era na época seu cunhado. Ainda assim, guarda sentidos positivos de sua interação familiar, valorizando muito a figura materna, como sua referência de vida e de feminino, embora esta cerceasse suas possibilidades de interagir no mundo. O espaço do masculino é o espaço externo, da provisão para o feminino que permanece em casa, com as demais mulheres da família.

A morte da mãe impõe a ela um sentimento de culpa: pela ausência, pelo não vivenciado ao longo dos anos distantes. No entanto, ressalta que para além do corpo, o importante era a relação de afeto. Fato este evidenciado quando, ao saber da morte da mãe, não sente o desejo de deslocar-se para o encontro de um corpo estático, morto. Pode-se entender isto até como uma tentativa de preservação de seu próprio corpo, não arriscando-se a ir de avião, algo que para ela está associado ao risco, ao perigo e também à morte.

A morte, aliás, acaba por afastá-la de seus vínculos afetivos mais próximos, dentre eles, o próprio marido.

Pneumonia [...] Ele ficou 02 dias normal e depois entrou em coma e não voltou mais e ficou uns 15 dias internado e depois faleceu. Para mim foi difícil, era só eu e a menina e tudo quem dirigia era ele: eu não pagava água, luz, eu não mexia com documento nenhum, não fazia nada. Sabe uma mulher que não toma conta de nada, tudo é o marido? Ele não deixava eu fazer nada. Eu ia trabalhar, eu tinha o meu dinheiro, comprava roupa pra mim, pra menina. [...] Aquele dia foi o pior dia da minha vida, [...] há 04 anos atrás.

A perda brusca do marido faz com que Hera perceba um estar solitário no mundo e se depare com sua dependência do outro, ao que parece emergindo pela primeira vez. Da dependência da mãe para a dependência do marido, ela consolidou seu espaço a partir do espaço do outro. Ele gerenciava a vida dela sem que ela necessitasse perceber as demandas externas para a condução de sua própria vida, mantendo-se apenas próxima das necessidades associadas ao feminino: os cuidados da filha e da vaidade feminina.

Ao experienciar a finitude do marido, sente a dor a perda – é uma ruptura de sua lógica de ser no mundo, deixa de ser cuidada por outrem e passa a ser a cuidadora, a provedora afetiva e material de si e da filha.

Ao lado do amor verdadeiro, existe um amor falso ou ilusório. Este último caso deve ser distinguido dos erros de interpretação e daqueles casos em que, de má-fé, dei o nome de amor a emoções que não o mereciam. Pois então não houve nem mesmo uma aparência de amor, eu não acreditei um só instante que minha vida estivesse envolvida nesse sentimento, dissimuladamente evitei colocar a questão para evitar a resposta que já conhecia, meu ‘amor’ só foi feito de complacência ou de má-fé. Ao contrário, no amor falso ou ilusório, eu me uni voluntariamente à pessoa amada, por certo tempo ela foi verdadeiramente o medidor de minhas relações com o mundo, quando dizia que a amava eu não “interpretava”, [...] É verdade que, após a desilusão (após a revelação de minha ilusão *sobre mim mesmo*) e quando tentarei compreender aquilo que não me aconteceu, sob esse pretenso amor eu reconhecerei *outra coisa* que não o amor [...]. Eu só amava *qualidades* e não a maneira de existir singular que é a própria pessoa. E, correlativamente, eu não estava conquistado por inteiro, regiões

de minha vida passada e de minha vida futura escapavam à invasão, eu conservava em mim lugares reservados para outra coisa. Então, dir-se-á, ou eu não sabia, e nesse caso não se trata de um amor ilusório, trata-se de um amor que terminou, ou então eu o sabia, e nesse caso nunca houve amor, nem mesmo “falso”. [...] Não se pode dizer que esse amor tenha sido, enquanto existia, indiscernível de um amor verdadeiro, e que se tenha tornado “falso amor” quando eu o reneguei. (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 506)

Hera busca este outro, o apoio e cuidador, naquele que passa a ser novo companheiro. Contudo, após o adoecimento, ela busca realmente ser cuidada e não ter mais contatos sexuais, fato que de certa forma o afasta.

Ele chegou a morar aqui. Quando eu vou pro hospital, ele vai comigo, ele fica lá comigo, se eu sentir algo de noite ele vem, ele chama o Pronto-Socorro me leva, se eu precisar de alguma coisa ele me traz, se eu precisar de dinheiro, ele me traz, se acontecer alguma coisa, ele resolve, conversa com minha filha, mas sem sexo. [...] Sinto falta, ele podia ir, vir, mas quando eu sentia alguma dor alguma coisa, ele tava sempre do meu lado, fazia alguma coisa, passava um álcool, me dava remédio. Que nem agora, o outro que eu tinha resolveu ficar pra lá, podia ficar aqui, mesmo sem nada... não precisava ficar passando a mão em mim, mas preferiu ir pra lá e eu fico aqui. Se ele estivesse aqui, a gente podia estar conversando, ele ia lá pra mim. Você fica assim... se sentindo sozinha... minha menina faz comida, arruma cozinha, limpa o chão, do jeito dela, mas limpa, mas é criança. Sei lá... tem que sentir o calor da pessoas... eu não acho graça.

O novo companheiro ocupa o lugar do cuidador, do apoio emocional a ela – uma extensão da equipe no cuidado ao seu corpo –, que a acompanha para além do espaço físico hospitalar. Após o adoecimento, sente-se cuidada e quer este cuidado em tempo integral; seu corpo antes desvalorizado por ela passa agora a requer o cuidado do outro integralmente. embora, ao se referir a suas relações, remeta-se à um sujeito não definido, verbalizando-o como “o outro”, assim como, quando falava sobre o pai de sua filha ensinou-a a nominá-lo “dele”, evidenciando uma relação mais objetificada, de convivência que de coexistência entre sujeitos..

No entanto, devido à culpa por não mais corresponder aos estímulos sexuais do companheiro, Hera o afasta, mas reclama sua presença. Ela busca neste homem a mesma familiaridade, a mesma relação fraterna que vivenciou ao longo de sua vida: inicialmente, com a família de origem, na qual teve sua sexualidade cerceada; posteriormente, com o cunhado que se tornou marido, a quem permitiu usar seu corpo em troca pela figura provedora; e, agora, após o adoecimento, com um homem que fazia parte de sua rotina diária

e tornou-se companheiro, com quem ela busca apenas a convivência e cuidado e nada mais – não mais o sexo.

Categoria 4 – Feminilidade e relações afetivo-sexuais

Sempre me achei bonita e sempre gostei de mim, lógico (risos). Até quando eu coloquei essa sacola... tem uma mulher ali, como se diz... meio enxerida, porque tem que sair com essa sacola. Ela: Não tem jeito de fazer uma sacolinha mais bonitinha? Eu: A doença que tava em mim, precisei colocar. Eu não me importo com o que os outros acham, coloquei, estou me sentindo bem, melhorei, não me importa o que acham. A sacola ta aqui, ta limpa, não ta fedendo, ta normal, me importa o que eu acho, que ta bom, que ta indo. [...] eu tive estes problemas, mas eu nunca tive corrimento, eu não sei como é que foi. Só sentia dor e sangramento, mas eu não tinha uma coisa que saía. Minhas calcinhas sempre no fundo eram limpinhas.

Embora demonstre tranqüilidade com o ser mulher, esta está diretamente pautada na percepção de seu copo, mas não na interação com o outro, ou seja, seu corpo a partir do olhar do outro. Ao falar sobre o feminino, traz as seqüelas das intervenções dizendo sentir-se confortável com elas, associando seu corpo ao ideal de higiene esperado do feminino, mesmo com um dreno urinário e estando sujeita a considerações de um outro que olha este corpo com estranheza.

De certo modo, o olhar do outro denuncia a doença ainda no corpo. Mesmo já curada da doença, a marca, além da extensão física corporal, está impressa nos acessórios que são agora necessários para a manutenção adequada deste organismo e que a acompanharão por toda sua vida. A fala da vizinha aponta para uma inadequação em sua percepção acerca de si mesma, associando o discurso da higiene como forma de mostrar a possibilidade de manter-se na interação com o outro e em seu corpo feminino, controlado e cuidado.

Categoria 5 – Projeto de vida

Eu penso em melhorar, acabar de criar minha filha que tem 13 anos, esperar ver ela casar, se der tempo ainda ver os netinhos. Eu acho que não mudaria nada. Eu falei pra minha menina: Você ta vendo a situação da mãe? Vamos marcar, ir no médico, quando sentir qualquer coisinha, ir no médico. Porque às vezes... as coisas... eu não seis e a mãe pos na cabeça... às, vezes, você arruma algum tipo de doença por falta de ir no médico, então, se a mãe não estiver por perto, faça isso!

A maternidade propicia a Hera um sentido intenso da vida, no sentido do cuidar do outro, de perceber ali algo de fato criado por ela. Tendo em vista sua experiência, pensa em

ocupar o lugar que esperava de outrem para instigar-lhe o cuidado sobre seu corpo, alertando a filha para o seguimento médico já desde a adolescência, fato que não ocorreu com ela e que julga ser uma das causas de seu adoecimento.

A qualidade sensível, longe de ser coextensiva à percepção, é o produto particular de uma atitude de curiosidade ou de observação. Ela aparece quando, em lugar de abandonar todo o meu olhar no mundo, volto-me para este próprio olhar e pergunto-me *o que vejo exatamente* [...] (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 305)

Ao olhar para sua filha, Hera percebe não somente as possibilidades de participar desta nova história, mas também se revê enquanto mulher, naquele corpo feminino que desabrocha diante do seu que ora envelhece, resgatando assim seus sentidos do ser mulher e do cuidado consigo e com o outro, em uma postura reflexiva.

Eu tenho um amor de infância (risos). Quando eu era criança, eu conheci uma pessoa, eu tinha uns 12-13 anos, ele é irmão da mulher de um irmão meu. Na época, meus irmãos não queriam e ele era meio preguiçoso, não gostava de trabalhar, nunca eles quiseram, mas eu sempre... nunca esqueci essa pessoa. Agora eu to com estes problemas, mas quando eu ia lá, sempre perguntava dele, ele também casou, eu com meu cunhado aqui, ele casado lá. Então, nunca toquei em assunto disso, lembrava disso, lembrava dele, mas nunca comentei com ninguém. Fiquei sabendo que ele separou da mulher também, ele separou antes de meu marido morrer. Fui lá, a mulher do meu irmão falou que ele separou da esposa, porque não deu certo. [...] Dizem que ele tem falado pra eles que agora... eu tenho pensado nisso. Sabe, pessoal da roça é diferente das pessoas da cidade. São mais carinhosos, tem mais aquele afeto com as pessoas. Se eu tivesse ficado com ele, não tinha me abandonado nessas horas, mesmo que não tivesse nada desse outro assunto, ficaria aqui comigo, junto comigo, acho que a gente se dava melhor. Depois que eu melhorar, que eu tiver boa, eu penso em ficar com ele, (risos) e trazer o amor da infância pra morar comigo. Ele não é muito acostumado na cidade. Mas, a gente pode ficar uns tempos por aqui, até minha filha se formar, ou ver se ela casa, até pegar mais uma idade, não tem jeito de deixar ela sozinha, [...] E por aí, nós vamos indo...

Após a experiência do adoecimento, passa a refletir sobre fatos em sua vida que não vivenciou por estar sempre debaixo da autoridade de alguém, ou por ter feito escolhas em sua vida sem reflexão ou produção de sentidos.

Meus poderes sobre o passado e sobre o futuro são escorregadios, a posse de meu tempo por mim é sempre adiada até o momento em que me compreenderei inteiramente, e este momento não pode chegar, pois ele ainda seria um momento circundado por um horizonte de porvir, e que por sua vez precisaria de desenvolvimentos para ser compreendido. [...] A transcendência dos momentos do tempo simultaneamente funda e

compromete a racionalidade de minha história: ela a funda já que me abre um porvir absolutamente novo em que eu poderia refletir naquilo que há de opaco em meu presente, ela a compromete, já que, a partir deste porvir, eu nunca poderia apreender o presente que vivo com uma certeza apodídica, já que assim o vivido nunca é inteiramente compreensível, o que compreendo nunca alcança exatamente a minha vida, e já que enfim nunca me uno a mim mesmo. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 464)

Ao reviver sua temporalidade, ante a possibilidade de finitude, Hera resgata pessoas e situações que lhe produziram sentido, como uma paixão adolescente, o único por quem ela verbaliza afeto para além do cuidado e provisão e sua identidade ligada à vida no campo e não aos centros urbanos.

Sente que estar com alguém de seu ambiente, do lugar que lhe produz sentido, teria para ela mais significações, mais possibilidades de coexistir com o outro, ainda que para isso tenha que esperar sua filha tornar-se independente, abrindo mão, por hora e mais uma vez, de sua própria história.

Fé

Não vou na igreja, mas creio muito em Deus. Tenho muita fé, leio a Bíblia e se alguém vem e faz uma oração, eu aceito. Vieram 02 aqui da igreja Universal, oraram me chamaram pra ir na igreja, mas agora não. Hora que me der vontade eu vou.

Sua relação com Deus é presente, mas não como algo essencial em sua vida, que lhe produza sentidos de existência, sem o que não conseguiria viver. Podemos observar no relato de Hera que ela tem uma percepção menos abstrata e metafísica do mundo, baseada, de fato, em suas percepções concretas, a partir do observável e palpável para ela.

Outro ponto a ressaltar é que, mesmo na fé, ela depende de outrem para atendê-la, não indo até o templo, mas aceitando que venham até ela para receber orações, manifestações do plano espiritual, mantendo-se fiel ao seu propósito de responder apenas às demandas do seu corpo, ao que lhe é confortável.

Incertezas

Do câncer, no momento, eu não sinto nada. Eu tenho uma dúvida, eu fiz estes tratamentos todos, o médico disse que não tem mais chances de voltar, será que volta? Eu não sinto nada, mas eu tenho retorno... [...] Você fica meio cismada, porque mesmo quando os médicos falam que não tem perigo mais, que ta tudo ok, qualquer sintoma que você sente já lembra do assunto. Eu to com essa dor na perna, tem horas que passa pela minha cabeça... Deus permita que não, e que não seja nada... De dia eu passo, você anda pra lá, anda pra cá, arruma a cozinha, passa, mas chega a noite, dói bastante e os médicos falaram pra não tomar muito remédio que seja

antiinflamatório pelo rim. Então, eu fico tomando Dipirona pra tirar a dor. (medo de metástase?) Isso! Eles marcaram um raio-X da perna. Eu to pensando ainda... tem horas que dá vontade de ir no PS, mas eu tenho medo de ir lá, eles me darem um injeção e ela me atrapalhar o rim de novo. Então eu fico sentindo a dor.

Embora sintasse curada, teme o retorno do câncer de forma sorrateira como foi o câncer de colo de útero, tendo inclusive ficado mais vigilante com relação aos sinais de seu corpo, muitas vezes indo além em suas atividades na tentativa de certificar-se de que ele tem respondido como deveria aos afazeres.

[...] nós não conhecemos nosso corpo, a potência, o peso e o alcance de nossos órgãos como um engenheiro conhece a máquina que ele construiu peça por peça. (MERLEAU-PONTY, 2006a, p. 421)

Ela manifesta o medo e a incerteza diante de um porvir cheio de projetos e resgates de seus sentidos existenciais, como que, no momento de concretizá-los, pudesse novamente ser interrompida pela dor e o sofrimento no corpo.

6.4 CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS DOS SENTIDOS DO CORPO FEMININO NA PERSPECTIVA DE MERLEAU-PONTY

Delinearemos as convergências e divergências entre as colaboradoras, acerca do fenômeno estudado: *a sexualidade de mulheres com câncer de colo de útero*.

Os sentidos das colaboradoras para a infância e adolescência, etapas iniciais da interação no mundo e apreensão da consciência a partir da percepção não são por elas destacados. Amparam-se em breves relatos, com variações apenas acerca das temáticas, entendendo, assim, que este corpo no mundo já tinha seu lugar cerceado. Desse modo, produzindo-lhes poucas significações acerca deste ambiente e, conseqüentemente, acerca de si mesmas. Os sentidos do ser mulher no mundo foram precocemente estereotipados, suscitando em poucas delas lembranças de suas primeiras vivências, assim manifestando-se mais como um traço da psicodinâmica familiar e menos como traço de si mesmas, como é próprio da criança que se pauta no outro para perceber-se.

Este sentido é relevante posto que a infância é compreendida como a base do desenvolvimento social e psíquico do sujeito. Merleau-Ponty (2006) ressalta que a criança interage com o mundo de forma natural, colocando nas situações seu próprio corpo sem

pressupostos, permitindo-se a interação e a experiência, buscando o que estas lhe causam – em sua essência –, guiada por sua percepção. A criança experiencia a lógica da percepção sensível, do sentido a partir da experiência, fato que dificulta sua capacidade de perceber o objeto como externo a si mesma – ela é parte dele e todos a sua volta participam da interação do mesmo modo.

Berenice e Dinorá relatam boas lembranças familiares; porém, de forma vaga e por motivos opostos: uma por ter tido todas suas vontades satisfeitas e a outra devido às privações materiais as quais sua família estava exposta.

No entanto, de modo geral, esta não é uma vivência recordada prazerosamente pelas demais colaboradoras, que trazem memórias permeadas pelo abandono, negligência e outros tipos de violência, sejam elas físicas; psíquicas, como no caso de Flora; ou sexuais, como no caso de Gonçalves.

Dentre os aspectos mais relevantes acerca da questão infantil, destacam-se as identificações familiares como a base da construção da subjetividade – quando se dá a coexistência com o outro –, que levam o sujeito a reproduzir modos de interação com o mundo, ou seja: seus hábitos e sentidos da existência familiar tais como modelos rígidos de gênero. Estes com maiores repercussões negativas no feminino.

Embora devam ser marcantes as primeiras vivências no núcleo familiar e a percepção do feminino nas vivências mais precoces do sujeito, estas não constituíram um aspecto ressaltado pelas colaboradoras; muitas delas, inclusive, relataram lembranças pouco significativas ou mesmo desqualificadoras desta etapa da vida.

Fundamentalmente a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) é que se permitiu um novo olhar para a infância e para a adolescência. Assim, o que justificaria o afastamento dessas colaboradoras – forma de reconhecer este corpo como legítimo e protegê-lo do que lhe é aversivo – numa tentativa de apropriar-se de seu lugar, reconhecendo-se no distanciamento como um ser-no-mundo: consciência de si e consciência do mundo, seriam as transformações sociais ocorridas nas últimas décadas, posteriores à sua infância e adolescência. Tais transformações dificultam esta percepção pelas colaboradoras uma vez que nessa fase da vida delas a garantia de direitos era inexistente e ainda pautada no modelo tradicional dos papéis de gênero.

A adolescência surge como a possibilidade de construção de uma nova etapa de vida para além dos paradigmas familiares e aquisição dos seus próprios paradigmas: o estabelecimento de vínculos afetivos com pessoas externas ao núcleo familiar. O corpo seria seu próprio reflexivo na interação com o mundo uma vez que sua adaptação para a vivência

no ambiente em que está inserido já dá conta de ser um exercício de intencionalidade dirigida aos objetos da circunstância na qual está inserido, o que lhe permite ir, de fato, em direção ao mundo e ao outro.

Cada cultura possui seus próprios significados e sentidos, que permeiam a forma como o sujeito se percebe e constrói suas relações interpessoais e sociais.¹⁶ Porém, um símbolo cultural universal para o sentido do feminino e percepção de seu corpo é a **menstruação**, pois finaliza o período infantil e inaugura, concretamente, o ser mulher, autorizando, assim, as vivências relacionadas ao feminino.

Para as colaboradoras, os sentidos de menstruar repercutem em um corpo que será mais vigiado e controlado, principalmente pelo olhar materno por ser um corpo já autorizado à vida sexual, pois pode reproduzir, muito embora elas não tivessem acesso a um diálogo familiar para o esclarecimento de dúvidas decorrentes das vivências deste novo corpo feminino, a partir da puberdade, ou sequer soubessem o que com elas ocorria, como é o caso de Dinorá e Hera.

Este fato torna-se ainda mais significativo para o nosso estudo devido ao sentido relacionado com lugar materno. Como marco inaugural do feminino, poder ser mãe as torna percebidas como mulheres, de fato, uma vez que o corpo infantil é tido como assexuado. Logo, a dificuldade de elaboração do conteúdo materno é uma dificuldade de elaboração do próprio feminino e o cuidado materno institui a construção da sexualidade, e a partir daí a construção da identidade e conseqüentes relações estabelecidas pelo sujeito, com o outro, com o mundo. Muito embora a figura materna tenha sido presente para Dinorá, Flora e Gonçalves, não havia uma interação que gere significados nesta relação. Para Berenice, Eleonora e Hera esta presença configurava-se em constante vigilância sobre sua sexualidade e controle sobre o seu corpo. Constanza, no entanto, vivenciou o abandono materno.

Assim, os sentidos do feminino não se estabelecem, pois, embora o olhar materno seja um olhar de controle, seu lugar social não é assim percebido. Ele é percebido como exercício de cuidado, fato que a maioria dessas mulheres considera não ter vivenciado com relação às suas mães, por limitações de cada uma dessas mães. Ou seja, o sentido do feminino é o de um cuidado vigilante e de potencialidades do ser mulher limitadas.

¹⁶ Hall (2005) traz alguns componentes básicos da narrativa de um povo. Há a narrativa como é contada, evidenciando os símbolos, significados, ritos e demais elementos que são necessários e fundamentais na manutenção do discurso de determinada cultura. Há, porém, elementos que são constitutivos da identidade do sujeito, independente das mudanças ocorridas no processo de sua história, inculcados através de certas tradições as normas de conduta de determinada sociedade.

Estas vivências repercutiram sobremaneira nos sentidos de suas vivências afetivo-sexuais, nos modos de cada uma delas de ser e de se relacionar com seus companheiros, permeados pelos traços culturais que delimitam os modos de relação em qualquer cultura.

No Brasil, devido às diversas influências sócio-culturais, construímos múltiplas formas de “sujeitos brasileiros”; porém, somos basicamente constituídos por uma moral cristã-católica e servil, em que o colonizador detinha poder sobre os colonizados, passando pela servidão escravocrata e, posteriormente, pela exploração dos imigrantes. Somos a miscigenação de inúmeras etnias e crenças que a partir de cada um de seus símbolos, em determinadas regiões do país, constitui formas de produção de sentidos que não permitem que se fale em unidade do Brasil, de um povo. Desse modo, não há como deixarmos de reconhecer que as relações de poder, aí incluídas também as de gênero, estão mais marcadas em contextos femininos, relegando o corpo feminino sempre a uma esfera submissa e dependente do masculino, seja material ou afetivamente.

Ter o homem provedor como possibilidade de uma nova vida ainda é muito central na vida dessas colaboradoras. Com exceção de Eleonora e Gonçala, as demais iniciaram sua vida sexual com aquele que se tornou seu marido ou companheiro; porém, Dinorá revela culpa diante do fato de ter iniciado sua vida sexual anterior ao casamento, enquanto, Flora, em oposição, orgulha-se de ter tido uma vida sexual ativa antes de seu casamento, como entendendo seu corpo desprendido deste típico papel feminino – da procriação e de pertencimento a um único homem.

Tal divergência pode ser explicada pelos sentidos da sexualidade e vivências afetivo-sexuais em fases distintas da vida de uma pessoa e em momentos históricos distintos, que se configuram claramente a partir da diferença de idade entre ambas essas colaboradoras – Gonçala é aproximadamente 30 anos mais jovem do que Eleonora tendo vivenciado um período de liberação sexual manifesto e estimulado socialmente.

A despeito dessas transformações sociais, os relatos dos primeiros casamentos não evidenciam a vivência do afeto ou do prazer sexual, comumente a primeira experiência dessas mulheres ocorreu de forma violenta, ou apenas por “obrigações matrimoniais”. O sentido deste corpo é, então, ser delegado a outro, até que a morte os separe – o outro, como ser masculino, é um lugar no mundo já estabelecido e mais valorizado, fato ilustrado pelas próprias colaboradoras quando aceitam submeter-se a este domínio.

Todas, de alguma forma, aceitam colocar seus corpos a mercê do prazer masculino em detrimento de seu próprio desprazer, seja por permitir o uso de seu corpo involuntariamente, seja pela apropriação do modelo masculino como forma de relacionar-se, considerando em

suas falas e gestos, o feminino como inferior.

Há, no entanto, a busca por sentidos do ser mulher. Observamos que daquelas colaboradoras que iniciaram sua vida sexual com o homem que veio a ser seu companheiro, nenhuma se manteve na relação. Ao contrário, relatam terem sido esses relacionamentos sem significados e sentidos: permeados pela violência doméstica, física e psicológica e pela ausência de prazer sexual, o qual veio a ser alcançado apenas, posteriormente, com outros parceiros. Isto nos revela uma busca pela apropriação de um lugar feminino no mundo e apropriação de seu corpo, muitas vezes frustrada por dar-se mais na ação que na reflexão.

Berenice inicia suas experiências sexuais após o rompimento com seu companheiro, repetindo um modelo de sexualidade próximo ao de Gonçala, porém, baseado em uma lógica de colocar o corpo na experiência sem qualificá-la, ou seja, sem incluí-la em seu campo de significações e sentidos, desprovendo seu próprio corpo de sentido, objetificando suas relações, produzindo, assim, uma forma de violência consigo e com o outro, em seu modo de estar-no-mundo.

Com relação aos relacionamentos e modos de interação com seus corpos dessas colaboradoras é inevitável que retomemos em seus depoimentos o aspecto da violência doméstica. Com exceção de Berenice, todas relatam algum tipo de violência em decorrência de sua relação com o masculino embora nem todas percebam as atitudes como violentas, justificando a ação do companheiro por naturalizá-la como postura masculina – em suas palavras, “coisas de homem”. Observamos, então, que a violência, em suas mais diversas formas, é um sentido naturalizado para o corpo feminino no mundo, tanto que sequer é percebida.

Porém, vale destacar a colaboradora Constanza como sendo aquela que vivenciou as formas mais drásticas de violência, carregando consigo marcas físicas e psíquicas. Assim, muito do que é vivido em termos de violência doméstica não é assistido, justamente porque a própria mulher não se percebe sofrendo a violência e cria estratégias de defesa para si e para a manutenção da relação – vínculo conjugal –, justificando sempre as atitudes do parceiro como naturais do ser masculino.

Nas falas dessas mulheres o uso de psicotrópicos é comumente usado como justificativa para comportamentos associados à violência, contra a qual ela, enquanto esposa, não pode reagir. Muitas vezes, como fica aqui evidenciado, a gravidez decorre de um ato de violência, como a apropriação do corpo feminino pelo masculino como direito e gratificação sexual, alheio à vontade da própria mulher.

O ser-mãe não é vivenciado pelas colaboradoras como uma experiência única, doadora

de novo sentido às suas vidas. Embora experienciem sensações de prazer neste papel, nenhuma traz este fato como algo sublime, mas sim conseqüência de práticas sexuais, muitas vezes, conforme apontamos, a contragosto. É o que relatam Constanza, Dinorá, Flora e Hera. Para as demais entrevistadas, os filhos foram conseqüência de sua vida sexual, não necessariamente vistos como frutos de amor, desejo de maternidade. Berenice inclusive admite ter realizado abortos por não sentir seu corpo feminino pertencente à lógica da maternidade. De fato, em suas falas, aparece, de certo modo, o sentido de aprisionamento do corpo feminino ao ser-mãe.

Percebe-se, assim, que os sentidos da maternidade, em muitos casos, são construções alienantes que partem do pressuposto de que o corpo feminino não é pertencente à mulher, mas sim submisso ao uso de outrem: seja do homem, seja dos filhos; dessa forma negando-lhe a capacidade reflexiva sobre si mesma e, a exemplo do que se dá com relação à violência, tornando-se uma prática naturalizada como um traço do ser-mulher.

Para essas mulheres, é a partir do adoecimento que seus corpos lhes são legitimados, o que reforça o sentido de que o feminino só existe no desprazer e no controle e cuidado de outrem. Portanto, receber o **diagnóstico** é ver este corpo a mercê do outro, mas diante da finitude, reagem – e de formas distintas.

Deparar-se com a finitude, traz em si o sentido da resignificação, de um reposicionamento, uma vez que toda a trajetória do sujeito é trazida ali ao presente, ao momento do adoecimento. Questionamentos invadem todas as colaboradoras.

Berenice, Flora e Gonçala, em certa medida, refletem sobre seus excessos e negligências com o corpo, delegando-o ao prazer do outro, quando supostamente imaginavam ser o seu próprio prazer. Constanza, Dinorá, Eleonora e Hera remetem-se à sua falta de percepção a si mesmas, reveladora de uma falta de cuidado com o próprio corpo diante das dificuldades da vida.

Logo, a partir da percepção deste corpo é que o sentido existencial emerge e tudo o que a ele se relaciona, ou seja, afetos e práticas sexuais. Para essas mulheres, o sentido deste corpo após a vivência do câncer é de apropriação – ante a iminência da morte, ele passa a ter um significado. A morte é a condição estática do corpo, este corpo que não está mais aí produzindo significados e sentidos; assim, o adoecimento dele é o caminho para que deixe de existir e vá se deixando ir aos poucos, lentamente, decompondo-se.

A doença tem, então, um sentido de emissário, de prenúncio da finitude que, não impedida pela vontade divina, pode ser barrada pelo saber médico. A razão toma lugar do espírito e este fica a ela relegado; assim, deixando-se a percepção da vida como um dom e

assumindo-a como uma lógica, com possibilidade de intervenção científica, ou seja – é tirada do homem sua capacidade subjetiva; seu corpo passa a ser um objeto da ciência. Algumas doenças, dentre elas o câncer, ganham destaque por seu maior poder de levar à morte, que passa a significar “falta de controle”.

Com relação ao enfrentamento do adoecimento, Berenice e Gonçala têm um perfil feminino distante dos estereótipos de emoções e sensibilidade esperadas do ser-mulher; reagem com atitudes racionais, recusando-se a se entregarem às emoções e ao enfraquecimento diante da doença, e, de certo modo, até banalizando o diagnóstico. Constanza, Dinorá, Flora e Hera amedrontaram-se muitíssimo, buscam compreender o motivo de seu adoecimento a partir de sua historicidade e buscam em Deus o suporte para seu enfrentamento. E, com a postura evidenciada ao longo do relato de sua história, resigna-se, especialmente no momento em que conhece o diagnóstico, o qual coincide com a morte do marido. Perde, assim, essa mulher, seu lugar no mundo.

Os **procedimentos e intervenções no corpo** foram vivenciados por nossas colaboradoras com apreensão, não apenas acerca do sucesso do procedimento, mas também das possíveis seqüelas que se instalariam. Berenice é bastante resistente aos procedimentos, bem como à **equipe de saúde**. Nega a gravidade de seu quadro clínico, recusa-se a submeter-se às intervenções necessárias e considera-se em alta, mesmo necessitando de outras intervenções, o que constitui um aspecto paradoxal uma vez que, embora se diga apropriada de seu feminino, ela é aquela colaboradora que observamos ter apresentado maior resistência a cuidar de si. As demais colaboradoras, embora apontem as sensações dolorosas e o temor diante disso, mostram-se confiantes na equipe médica, aderindo ao tratamento,

No processo do adoecimento, retoma-se este lugar do sentido do cuidado, o lugar da fragilidade, da necessidade do outro, inclusive com relação ao amparo e afeto projetados, então, nos cuidados estabelecidos pela equipe de saúde.

Sabemos que, na tentativa de poupar as pessoas da condição de finitude, os doentes ficam isolados, como um prenúncio de sua finitude, impedidos da interação com os demais, cerceados em sua possibilidade existencial. Convivem diariamente apenas com a equipe de saúde e com os medicamentos e procedimentos dolorosos. O prazer se dá no cuidado, no toque para tais execuções e a equipe passa a significar as possibilidades afetivas, de coexistir através do sentido do adoecimento.

É interessante perceber que há uma ressignificação do cuidado por estas mulheres. Em seus relatos, conforme apontamos anteriormente, mesmo quando houve convivência familiar, percebemos como um fato recorrente a falta de cuidado consigo mesmas ao longo de suas

histórias. Muitas vezes, no contato com a equipe de saúde, a paciente encontrará não somente um sentido para o feminino, uma vez que, por ser da área do cuidado, a maioria das equipes é composta por profissionais de saúde do sexo feminino.

Este fato corrobora a percepção de que o papel do relacionamento da equipe de saúde no prognóstico favorável do tratamento vai além da utilização de protocolo adequado e técnicas avançadas de diagnóstico. O modo como se estabelece a relação médico-paciente é determinante para o sucesso e adesão ao tratamento, muitas vezes repercutindo em sua sexualidade: na forma como ela passa a se perceber, na valoração que seu corpo tem ali, no local onde está sendo tratado.

A orientação adequada ligada à lógica dos sentidos da mulher que procura o serviço, também é fundamental para que o contato se estabeleça de modo satisfatório. Quanto a este aspecto, todas relatam sucesso na relação estabelecida com a equipe, embora A tente burlá-los o tempo todo.

Constanza, Dinorá, Flora e Hera permitem-se os cuidados consigo mesmas até então inexistentes ou relegados a outros. Após a cura, permitem-se a busca de uma relação de troca de afetos, a ressignificação de si mesmas e de sua sexualidade, com um parceiro onde elas possam ser vistas como mulheres, descobrindo então, o prazer sexual. Berenice mantém-se no discurso da independência, inclusive, como se pudesse controlar seu próprio corpo e suas reações.

Após o adoecimento, agora em uma condição de pouca ou nenhuma escolha, elas têm que se submeter aos cuidados médicos e até mesmo de familiares, tendo que entrar em contato com dores mais profundas que aquelas provocadas pelo câncer.

Com relação aos **familiares**, embora se sintam seguras com seu respaldo, nem sempre querem dividir com eles sua fragilidade diante do adoecimento. Da mesma forma, tendo apresentado sempre um feminino cuidador, assumir sua fragilidade é, de certo modo, perder seu espaço no grupo familiar, sentir-se com menos valia, especialmente para Berenice e Gonçala, que assumem uma postura feminina independente e auto-suficiente.

Outro aspecto que merece nosso destaque é a construção de laços afetivos mais sólidos, não com membros da família, mas com animais domésticos. Berenice, Constanza e Eleonora ressaltam o apoio e o suporte emocional recebido de seus cachorros, colocando-os como condição de seu existir naquele momento. Berenice tem em seu cachorro um apoio e, embora se diga fortalecida, afirma que é cientificamente comprovado que cachorros curam depressão. Ela busca um sentido racional para sua dor, estratégia de ser-no-mundo eleita por ela. Constanza traz para si o cuidado do outro, cuidado que não teve e o qual encontrou

apenas no adoecimento, embora seja resistente a ela e Eleonora encontra no animal um sentido do passado, de quando sua família ainda estava ali, a sua volta, os filhos em casa e o marido vivo. O cachorro a remete ao lugar de seu conforto, o passado, e também este caminha para a morte. Mantê-lo vivo é manter vivas suas lembranças.

Os sentidos de cuidar de um outro ser frágil enquanto se deparam com sua própria fragilidade imprime uma ressignificação para este cuidar. Manifestar sua relação afetiva com um animal doméstico em um momento de tamanha fragilidade é sentir-se, de certo modo, fortalecida para cuidar de outrem, bem como para retomar o lugar feminino de cuidadora.

Os sentidos do feminino que permeiam todo o corpo de nosso trabalho foram vistos como um lugar de força, cuidado e autonomia. Porém, observamos aqui que o corpo feminino ou é vivido de forma desprotegida, ou é vivido na constante submissão de estar atrelado a outrem (família, companheiro, filhos), o que faz com que o adoecimento seja um momento exclusivo de suas vivências com seu corpo, uma reapropriação deste, ainda que pela dor. É, pois, na consciência da finitude que se estabelecem os sentidos de ser no mundo e os significados deste existir, ou seja – o corpo.

A doença, enquanto emissária da finitude, possibilita a alforria deste corpo que é sexuado, mas preso ao domínio do outro e é a partir dela que se constrói então, uma nova trajetória dessa existência e de ser mulher.

Para Merleau-Ponty (2006), o corpo é a experiência da consciência, sendo sempre nele que se dá o pré-reflexivo do sujeito e, conseqüentemente a produção de sentido, pois o sentido só se produz na experiência, situação em que se manifesta a atitude compreensiva. É o corpo que possibilita o acesso a e a interação com os objetos, sendo ele mesmo objeto da percepção do sujeito sobre si, através das sensações, da dor e do prazer mobilizados na interação com o mundo, permitindo a coexistência com ele – o palco do fenômeno, a própria intencionalidade, ator e canal da consciência, em constante movimento e por isso em eterna significação; eterno em contraposição à finitude.

A partir dessa experiência Berenice e Gonçala se deparam com limites – de um corpo que já não pode tudo o que supunham – e Constanza, Dinorá e Hera constroem uma forma de vivenciar no corpo o prazer, de apropriar-se deste como algo legítimo e essencial para o ser mulher. Dinorá e Eleonora, diante da iminência da finitude: a primeira vivenciando-a em seu corpo e a segunda na morte do companheiro, não se percebem como este ser-no-mundo, fixando-se no presente e no passado, respectivamente, sem se verem como alguém em constante interação, pois o corpo enquanto pré-reflexivo nunca é apreendido em sua totalidade, está sempre à margem da percepção do sujeito, embora presente para que ela

aconteça – o chamado corpo próprio.

O contorno corporal posiciona o ser-no-mundo numa situação de adoecimento: este corpo é reconfigurado, ficando expresso pela parte adoecida apenas, como se o único modo de se relacionar com o outro e com o mundo fosse através do adoecimento. Esta é, em si, uma estratégia de posicionamento no mundo, o modo como ele se locomove, como se movimenta, a forma que toma enquanto postura, enquanto modo de se colocar diante do outro. Ou seja, todo movimento é um ato intencional e para a consciência, pois o corpo ao se direcionar constrói a trajetória e o sentido existencial. Logo, a noção de espaço não é externa ao corpo, mas dada por ele, nesta interação e doação de sentido.

Desse modo, os sentidos da sexualidade e da erotização deste corpo se dá não somente pela percepção dele no mundo e de seus movimentos em direção ao objeto, mas também na produção dos sentidos erógenos, na capacidade de simbolizar e, também, na capacidade de o corpo se encontrar com outro enquanto essência de si, na potencialidade total do que um corpo pode experienciar, proporcionar em si: sujeito e objetos fundidos, na experiência sexual.

Para além da experiência concreta, a experiência do corpo erógeno e erótico é uma experiência metafísica, de um sentido a este corpo, prévio à experiência e o palpável.

Ao falar sobre si, seus corpos, e dar tom a esta sexualidade, as colaboradoras reencontram-se com seus próprios corpos, aquele anterior ao adoecimento, e o reintegram, reposicionam, alinham sua percepção corporal, retomando e construindo novos sentidos.

E é apenas depois de estabelecer um sentido para seu corpo que cada colaboradora consegue refletir sobre seu projeto. Aqui se delinearam perspectivas **de fé em** um novo momento de suas vidas, mas, também, de **incertezas**. Projetos de novas relações, de retomadas de vivências, como a esperança de Hera de resgatar aquele que foi, segundo ela, o homem que amou; de Gonçalves, que pretende reassumir seu lugar de controle sobre sua vida, incluindo apenas a filha; Flora, que busca resgatar em seu corpo sua vivência no desprazer, transformando-a em prazer sexual com o companheiro mais jovem. As demais encontram ainda incertezas diante de sua renúncia em aceitar seus limites e, conseqüentemente, seu sentido no mundo, como mostram Berenice, Constanza e Dinorá na incerteza dos resultados do tratamento, e Eleonora na incerteza ante a perda de sentido com a morte do marido e a saída dos filhos de casa.

Percebemos que é no projeto, no vir-a-ser, o lugar em que as colaboradoras mais divergem entre si, pois é diante da possibilidade de continuidade que as significações se modificam. Logo, observamos que o corpo aponta para o sujeito e o enlaça no tempo e no

espaço – a interação com o mundo e com o outro traz em si sua contextualização, através da temporalidade, o momento histórico no qual se vive, mas traz também a delimitação deste mesmo espaço de interação com o mundo e seus objetos. Não há espacialidade sem temporalidade, é no percurso histórico do corpo, ao longo de sua trajetória, que ambos se constituem e consolidam.

As sensações, memórias, aproximações e separações dos objetos que nos circundam é que nos dão o tom existencial: na medida em que me delimitam, dão sentido à minha existência, pois me permitem coexistir e me reterritorializar constantemente, trazendo de forma intrínseca a experiência sensível.

O objeto é sempre parcial em minha interação com ele, o sentido é uma tentativa de totalizá-lo, de apreendê-lo, de torná-lo parte de minha história. O tempo é um modo intencional de me relacionar com o objeto, à medida que ele me leva a percebê-lo dentro deste contexto, minha experiência é modulada pelo contexto sócio-histórico no qual estou inserido.

Ainda que haja a tentativa de elaboração discursiva do que é o mundo, do que sou eu, concretamente o mundo só aparece na minha interação com ele, na minha vivência; ou seja, o corpo é o que possibilita o exercício existencial. Ele não é algo estático, esperando a interação do mundo – as sensações serem nele produzidas –, ele é o próprio ser-no-mundo e o mundo se dá nele e através dele, pelas vivências, pelas percepções.

Por isso, para Merleau-Ponty (2006), a percepção é causalidade, uma vez que é através dela que o mundo se dá tendo o corpo, no campo das sensações como o pré-reflexivo do sujeito e os sentidos produzidos nele e a partir dele, na experiência sensório-perceptiva. Ou seja, é no corpo – inscrito nele – que a história do sujeito e a história humana acontece. Para Merleau-Ponty, o corpo não é um instrumento, mas antes é ator coadjuvante na construção da história, pois sem ele, esta não se opera, e a morte é a finitude do corpo, mas também o silêncio da linguagem.

Portanto, ao apropriar-se deste corpo, resgatando suas trajetórias até o adoecimento que as colaboradoras constroem uma fala sobre si mesmas, e ao falarem, percebem e apreendem seus próprios sentidos.

A linguagem, em especial, a fala, vai para além do corpo; é uma necessidade simbólica, de não-interação direta do corpo. Porém, do mesmo modo, quando é impedida de ser exercida, sobrecarrega o corpo muitas vezes manifestando-se como adoecimento.

Concluimos então, que o corpo é a base perceptiva e doadora de sentidos para o mundo e para si mesmo. Ele mesmo, seu objeto percebido, o que ele chama de corpo

objetivado, um dos muitos modos de estar-no-mundo. É o próprio corpo, através da interação com o mundo, que dá sentido à lógica social, das relações e do próprio saber científico.

Neste sentido, a sexualidade é um traço inerente ao corpo, pois não há corpo no mundo e percebido em si sem a inter-relação com o outro. O corpo é o que coloca o sujeito o tempo todo no jogo das relações e ressignificações ao longo da vida. Por isso, quando este corpo se vê adoecido, é como se deixasse de interagir e perceber e passasse a ser percebido, captado, delimitado em um órgão apenas, materializando nele todo o seu sentido.

HORIZONTES

A partir da análise dessas vivências, podemos ressaltar que é grande o número de mulheres que se relacionam com seu corpo como algo estranho a si mesmas, através percepções e experiências negativas do ser-mulher, devido a padrões de comportamento, valores e conceitos construídos no seio familiar e que se propagam ao longo da vida. São estranhas a si mesmas, pautadas pela mídia e por padrões de beleza, não vivenciando de forma prazerosa e satisfatória sua intersubjetividade e sexualidade.

Em nossa sociedade, o controle do corpo pela estratégia de evitação da morte e do adoecimento é símbolo da modernidade, de um corpo agora apropriado pelo trabalho, pela produção, de um corpo que vive nos espaços públicos e deve ser controlado.

Em ambos os casos é ali que este corpo se expõe e interage com o outro, alguns como sujeito ativo e outros, passivo.

O controle sexual sobre as mulheres, construído ao longo de séculos e respaldado por discursos científicos, é muito marcante. Manifesta uma ideologia que dita padrões rígidos de comportamento pautados mais no racionalismo do que no sentir e experienciar, mantendo estes lugares como pré-estabelecidos e determinados.

Portanto, se a sexualidade feminina foi cuidadosamente mantida sob controle, o mesmo aconteceu com a ansiedade masculina frente a ela. Ambos surgem exatamente pelo não-dito, pelos padrões cristalizados, pelo reforço de comportamentos e ações como naturais e esperados, patologizando tudo o que fuja deste enquadramento, gerando frustrações, insatisfações, mitos, paradigmas e embates constantes.

O ideal do “amor romântico” ainda permeia o imaginário social para o estabelecimento e construção das relações afetivas. Este ideal cria uma busca desenfreada pela totalidade do outro para que se possa encontrar a completude – crença reforçada pelas diferenças estabelecidas entre o masculino e a feminino, que se apresentam enquanto opostos. A ideologia do amor romântico tem sua origem com a ordem social burguesa, buscando desalienar o vínculo conjugal dos laços de parentesco, mas sacralizando-o ainda mais, através de seu significado agora especial. Os cônjuges passam a ser vistos como colaboradores e a relação passa a ser um empreendimento. A casa torna-se lar, tratada como ambiente distinto, separado do externo e sacralizado como o local do repouso e acolhida, onde, pelo menos em princípio, seus membros poderiam esperar apoio emocional, em contraste com o modelo racional, quantificável e palpável da lógica moderna.

Porém, como manter este referencial numa sociedade onde a cada dia tudo se torna

cada vez mais efêmero, ativo, fugaz?

A verbalização racional das relações é pela doação igualitária e recebimento emocionais eqüitativos, não de dependência, mas do apoio mútuo, buscando o pacto amoroso e a intimidade que este traz, na convivência, como sendo maiores do que as contingências sócio-históricas. A sexualidade é parte fundamental da relação, devendo ser negociada e consensual. Na prática, porém, observamos que não é assim que ocorre.

As relações fusionais se mantêm e ganham cada vez mais força devido à falta de referências. Este tipo de relação mantém indivíduos dependentes que punem a si mesmos agredindo o outro. A dependência emocional mascarada nos homens os liga evidentemente a mulheres cuidadoras por excelência. A manutenção do relacionamento parte da satisfação, incluindo a satisfação sexual, e benefício mútuos que mantenham a continuidade. A questão é que os homens não estão preparados para uma nova postura feminina frente à sexualidade. E as mulheres têm rejeitado esta dependência emocional que antes era condição pra o estabelecimento de uma relação.

As relações de poder manifestadas através da questão de gênero estão subordinadas a estes interesses, obviamente havendo considerações materiais, com provas empíricas, já que as ciências são pautadas e desenvolvidas para corroborar tais ideologias, que ajudam a explicar a ocorrência deste “modus operandi”.

Entretanto, na medida em que o poder do homem está baseado na cumplicidade da mulher e nos préstimos emocionais que ela o proporciona, ele se encontra ameaçado, pois, a independência econômica obtida pelos homens não se estendeu amplamente às mulheres, seja pelos tipos de trabalho a elas ainda destinados, seja pelas disparidades salariais. Além disso, o lugar deixado pelos homens, nos casos de abandono, separação ou morte, teve que ser ocupado pelas próprias mulheres, juntamente com as demais funções a elas pré-estabelecidas. As mulheres, particularmente aquelas que sustentam famílias, estão em alta proporção entre os pobres e isto impacta sobremaneira em sua percepção de si mesma e no trato e cuidado com suas relações e com seu corpo, especialmente quando este passa a ser o instrumento de trabalho.

Em casos de separação do cônjuge, ainda que a mulher receba alguma pensão, nunca será proporcional ao valor por ele provido na casa. Estes casos, porém, tornam-se cada dia mais raros, devido, como já vimos discutindo, a flexibilização das relações e vínculos afetivos. Na maior parte dos casos, quando em condições muito baixas de sobrevivência, ainda que trabalhando, estas mulheres são inseridas em programas de benefícios sociais, a partir de políticas públicas com foco único em complemento de renda. No entanto,

observamos ainda um caráter assistencialista e centrado na figura da mulher enquanto receptora de direitos materno-infantis desempenhando um pressuposto papel familiar e não enquanto sujeito de direitos pelo feminino.

É fundamental que as políticas públicas não sejam pensadas apenas enquanto políticas de atenção a grupos excluídos, mas sim como questões de gênero, trabalhando os sentidos do feminino, seu empoderamento, e, a partir de então, como estratégias que a apoiem não apenas financeiramente, mas como cidadãs, seres-no-mundo.

Sabemos que é só à medida que se percebe o corpo que se dá a postura subjetiva diante à vida, e este é apreendido enquanto significado na consciência e sentidos, possibilitando a transcendência do ser.

Portanto, é fundamental que o olhar para esta mulher adoecida, seja plural, voltado para uma clínica também transcendente, transdisciplinar, onde ela possa ser compreendida em sua totalidade dentre as inúmeras possibilidades de se manifestar enquanto feminino, e incluindo a compreensão real de gênero, em que homens e mulheres não são antagonistas, mas complementares. Assim, compreender as interfaces entre masculino e feminino é como não dicotomizar a relação saúde e doença, compreendendo-os como parte do mesmo processo, uma vez que são relacionais.

A Psicologia tem neste espaço um papel crucial, pois se coloca enquanto a ciência da escuta dos sentidos, da subjetividade, descortinando o “para-além” do manifesto, transmutando as significações em sentidos, no ato de compreender a experiência do sujeito. E não há subjetividade sem a experiência no corpo, do mesmo modo que não há cuidado sem a percepção de um sujeito que possui um corpo no mundo.

Portanto, pensar políticas públicas de saúde da mulher é pensar estratégias de construção de novos modelos de relação, de comportamentos, de expectativas para com o feminino, de ruptura de paradigmas biomédicos para a compreensão dos corpos, em especial o feminino, para que este possa emergir enquanto existência para além do controle social, mas, enquanto um ser-no-mundo, um corpo encarnado.

REFERÊNCIAS¹⁷

AMARAL, R. G., SOUZA, N. L.A., TAVARES, S. B. N. et al. **Controle externo da qualidade dos diagnósticos citológicos no rastreamento do câncer cervical: estudo piloto** In: Revista Brasileira de Análises Clínicas, vol. 38(2): 79-81, 2006.

AMATUZZI, M. M. Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In: BRUNS, M. A. T. ; HOLANDA, A. F. (Orgs.). **Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas**. 2 ed. Campinas: Editora Alínea, 2007.

ARIÉS, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

AUGRAS, M. **O Ser da compreensão: fenomenologia da situação de Psicodiagnóstico**. Petrópolis: Vozes, 1978.

BACHELARD, G. **A poética do Espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BANCO MUNDIAL. CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO (CEPIA). **A questão de gênero no Brasil**. Rio de Janeiro. Unidade de Gênero Departamento de Política Econômica e Redução de Pobreza/ Região da América Latina e Caribe, 2003.

BATAILLE, G. **O erotismo**. São Paulo: ARX, 2004.

BAUMAN, Z. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.

BODSTEIN, R. C. A. (Coord.). **História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. PEC/ENSP, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Histórico do controle de câncer no Brasil**. 1996-2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/historico_cancerbrasil.pdf>. Acesso em: 04 de maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Rastreamento: câncer do colo do útero**. Ações de Controle. 2006b. p. 86 – 90. Disponível em:

¹⁷ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

<http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_rastreamento_canceruterero.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Direitos do paciente com câncer**. 2004b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/DireitosPacientesCancer.pdf>>. Acesso em : maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Periodicidade de realização do exame preventivo de câncer de colo de útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 13-15, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Conhecendo o Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do Útero. Condutas do INCA/MS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 351-54, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Neoplasia Intra-epitelial Cervical – NIC. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 355-57, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino**. Rio de Janeiro, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1993.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente** : Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. – 3. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRUNS, M. A. A redução fenomenológica em Husserl e a possibilidade de superar impasses da dicotomia subjetividade-objetividade. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (Orgs.). **Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas**. 2 ed. Campinas: Editora Alínea, 2007.

BUCCI, E.; KEHL, M. R. **Videologias: ensaios sobre televisão**. São Paulo: Boitempo, 2004.

CARUSO, I. **A Separação dos Amantes**. São Paulo: Cortez Editora. 1981.

CASTRO. M. G. et al. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan./abr. 2006

COELHO JUNIOR, N. E. Da intersubjetividade à intercorporeidade: contribuições da filosofia fenomenológica ao estudo psicológico da alteridade. **Psicologia USP**, v.14, n.1, p. 185-209, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642003000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 ago. 2007.

CONFERÊNCIA Mundial sobre as mulheres. 4ª edição. Ação para igualdade, desenvolvimento e paz. Pequim. 1995. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/pequim95.htm>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

DEL PRIORE, M. Viagem pelo imaginário do interior feminino. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, n. 37, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01881999000100009&script=sci_arttext Acesso em: 10 mar. 2007.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2001a

_____. **História da Sexualidade III**: os cuidados de si. Rio de Janeiro: Graal, 2001b

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRIDMAN, L. Pós-modernidade: sociedade da imagem e sociedade do conhecimento. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, jul./out. 1999. p.353 – 375. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459701999000300007&lngptnr miso> . Acesso em: 15 ago. 2006.

GIAMI, A. A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri–Laura: história da medicina ou história da sexualidade? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2 2005. p. 259 – 284. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15n2/v15n2a05.pdf>>. Acesso em 09 de agosto de 2007.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP, 1993.

_____. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GOMES, W. B. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 8, n. 2, 1997.

GUERRA, M. R.; MOURA GALLO C. V. ; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf>. Acessado em: 14 abr. 2008.

GRASSI, M. V. F. C. **Psicopatologia e disfunção erétil**: a clínica psicanalista do impotente. São Paulo. Editora Escuta, 2004.

GREENWOOD, S. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SAMPAIO, N. M. V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 503-9, jul.-ago. 2006.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

HOLANDA, A. F. Pesquisa Fenomenológica e Psicologia eidética: elemento para um entendimento metológico. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (Orgs.). **Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas**. 2 ed. Campinas: Editora Alínea, 2007.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LÉVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: 34, 1999.

LEVY, T. O corpo à superfície. **Revista de Comunicação e Linguagem: Corpo técnicas e subjetividades**, v. 83, n. 104, 2003.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria Queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MANDÚ, E. N. T. Trajetória Assistencial no âmbito da Saúde Reprodutiva e Sexual-Brasil, século XX. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 358-371, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13345.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2007.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Public health, local health units, and the brazilian health system. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, apr/jun. 1993.

MERLEAU – PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. **A Estrutura do Comportamento**. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

_____. **Conversas – 1948**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

MIRRA, A. P. **Registros de câncer no Brasil e sua história**. Instituto Nacional do Câncer. 2005. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/rcsp/registros%20e%20historia.pdf>>. Acesso em: maio 2009.

MOREIRA, A. R. de L. Algumas considerações sobre a consciência na perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 2, n. 2, p. 399-405. jul./dez. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n2/a12v02n2.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2007.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.

MOULIN, A. M. O corpo diante da Medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J-J;

VIGARELLO, G. **História do corpo: a mutações do olhar: o século XX.** v. 3. Petrópolis: Vozes, 2008.

NATANSOHN, G. L. O corpo feminino como objeto médico e “mediático”. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 256, maio/jun. 2005.

NERI, R. **A psicanálise e o feminino: um horizonte da modernidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) Câncer. Disponível em: <<http://www.who.org.br>>. Acesso em: 26 de junho 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A saúde no Brasil.** Representação da OPS/OMS no Brasil, 1998.

ORTEGA, F. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea.** Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2008.

OSÍS, M. J. M. D. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2007.

RAGO, M. Feminizar é preciso: por uma cultura filógina. **São Paulo em Perspectiva**, v. 15, n. 3, p. 53-66, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n3/a09v15n3.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2007.

_____. Adeus ao feminismo? Feminismo e (pós)modernidade no Brasil. **Cadernos AEL**, n. 3/4, 1996.

REIS, L. M. ; BRUNS, M. A. T. **A violência sexual na infância e na adolescência e suas repercussões nos sentidos existenciais da sexualidade.** Doxa. Revista Paulista de Psicologia e Educação. 2008.

REIS, M. M. F. **Mulher: produto com data de validade.** São Paulo: O Nome da Rosa, 2002.

REZENDE, A. M. **Concepção fenomenológica da Educação.** São Paulo: Cortez. 1990.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea.** São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, M. S. **Psicologia do desenvolvimento: temas e teorias contemporâneos.** Brasília: Liber Livro, 2009.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica.** Recife, 1990

SOHN, A. M. O corpo sexuado. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.-J.; VIGARELLO, G. **História do corpo: as mutações do olhar: o século XX**. Petrópolis: Vozes, 2008. v. 3.

TURATTO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER (UICC). **Manual de oncologia Clínica**. São Paulo: Springer-Verlag/Fundação Onco-Centro de São Paulo, 1999.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ZEFERINO, L. C.; GALVÃO, L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil? In: GALVÃO, L.; Diaz, J. (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO

(Anuência do entrevistado)

(De acordo com a Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde – Brasília – DF)

Meu nome é Lélia M. Reis, sou psicóloga e aluna do Doutorado em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Desenvolvo a pesquisa **Sexualidade e câncer de colo de útero: o corpo feminino adoecido na Perspectiva de Maurice Merleau-Ponty**, buscando compreender a sexualidade de mulheres que, como você, desenvolveram câncer de colo de útero.

Sua participação será responder a uma entrevista iniciada com a seguinte pergunta: *Fale-me sobre sua história de vida afetiva e sexual, em especial, a partir do câncer de colo de útero.*

A entrevista poderá ser realizada em mais de um encontro e só terá continuidade se você estiver se sentindo bem e concordar em continuar. O horário, o local e a duração de nosso contato serão definidos por você.

Como você pode notar pela pergunta inicial, durante a entrevista falaremos sobre sua vida de modo geral, mas também sobre sua vida sexual e a experiência do adoecimento, sendo gravada somente para que eu possa fazer o estudo de modo mais adequado.

Comprometo-me a reservar sua identidade sem que ninguém saiba seu nome, além de mim, ou que ele seja divulgado. Suas informações serão apresentadas de forma que o que for dito não poderá ser associado a você. Sua entrevista será utilizada nos escritos da pesquisa e arquivada, mas seu nome jamais será incluído.

Você não é obrigada a participar e sua recusa não trará prejuízo algum para seu segmento no hospital. Você não receberá nenhum benefício direto por sua participação, mas através dos resultados obtidos com a pesquisa, poderá ajudar a conhecer melhor as necessidades e dificuldades que mulheres, como você, possuem a partir desta vivência e como, enquanto profissionais, podemos contribuir ainda mais no atendimento prestado.

Caso você aceite participar, preciso que assine este termo para documentarmos sua decisão. Porém, se durante a entrevista você decidir interrompê-la ou preferir não me responder algo, não haverá problema algum, sem nenhum prejuízo ou punição para você, não sendo, inclusive, necessário que me diga o motivo. Para responder qualquer questão relacionada à pesquisa pode me contatar pelo telefone (16) 3021-1364 ou pelo e-mail mulheresesexualidade@hotmail.com.

Eu, _____

RG: _____, declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas. Aceito participar da pesquisa acima referida sob responsabilidade da psicóloga Lélia M. Reis e sob orientação da Profª Drª Maria Alves de Toledo Bruns, conforme o estabelecido pelo termo.

Após ter minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora, concordo em participar deste estudo, sabendo que minha participação é livre, espontânea e voluntária, não tendo gastos e nem recebendo qualquer honorário por minha participação, conforme o que me foi dito no TCLE.

Poderei interromper a entrevista a qualquer momento, caso assim deseje. Autorizo a divulgação entendendo que não podem ser associados a mim ou a qualquer pessoa a quem eu me refira. Receberei uma cópia deste termo.

Local e data: _____

Assinatura da colaboradora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXO B – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP, 2008)



Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	42 - 46	0,9%
A2	35 - 41	4,1%
B1	29 - 34	8,9%
B2	23 - 28	15,7%
C1	18 - 22	20,7%
C2	14 - 17	21,8%
D	8 - 13	25,4%
E	0 - 7	2,6%

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](#)