



Ana Carla Lima Ribeiro

“ Fui a premiada”:
Representações sociais sobre
o câncer de mama feminina,
sua etiologia e seu tratamento

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio

Orientadora: Terezinha Féres Carneiro

Rio de Janeiro
Janeiro de 2005



Ana Carla Lima Ribeiro

**“Fui a Premiada”: Representações sociais
sobre o câncer de mama feminina,
sua etiologia e seu tratamento.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Terezinha Feres-Carneiro
Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Andréa Seixas Magalhães

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Ernani Eduardo Trotta

Departamento de Neurobiologia – UFF-RJ

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade

Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /2005

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Ana Carla Lima Ribeiro

Graduou-se em Psicologia pelo Unicentro Newton Paiva (Belo Horizonte) em 2001. Coursou Especialização em Psicossomática pela Universidade Gama Filho em 2002. Participou de diversos congressos na área de psicologia hospitalar e psiconcologia na qualidade de assistente e conferencista. Cursa Especialização em Terapia Reichiana, realiza atendimentos clínicos em consultório e leciona como professora substituta na Faculdade de Educação da UFF-RJ.

Ficha Catalográfica

Ribeiro, Ana Carla Lima

“Fui a premiada” : representações sociais sobre o câncer de mama feminina, sua etiologia e seu tratamento / Ana Carla Lima Ribeiro ; orientadora: Terezinha Féres Carneiro. – Rio de Janeiro : PUC-Rio, Departamento de Psicologia, 2005.

153 f. : il. ; 32 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia .

Inclui referências bibliográficas

1. Psicologia – Teses. 2. Representação social. 3. Câncer de mama. 4. Etiologia. 5. Tratamento oncológico. I. Carneiro, Terezinha Féres. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título

CDD: 150

A meus pais, que tanto despertaram em mim o gosto pelo estudo e ao meu tio Lu (*in memoriam*), que, com seu doce sorriso e sua alegria de viver, via em todas as minhas dificuldades uma nova possibilidade

Agradecimentos

À Profa. Dra. Terezinha Féres Carneiro, pelo imenso carinho, apoio e confiança depositada ao longo do desenvolvimento deste trabalho, por ter-me acompanhado e dado base para alçar meu próprio vôo e, assim, descobrir meu próprio caminho teórico.

À Profa. Dra. Andréa Seixas Magalhães, a quem devo meus primeiros passos na docência, pela leitura cuidadosa desde o projeto desta dissertação, pelas sugestões e discussões.

Ao Prof. Dr. Ernani Eduardo Trotta, por seu trabalho e divulgação da terapia reichiana, pela leitura e sugestões para este trabalho.

Às Profas. LD. Eunice Verçosa Rocha Delamônica, Ms. Josefina Carmen Diaz de Mello e Dra. Maria Alice Lustosa, por todas as sugestões, trocas e oportunidades de diálogo sobre o tema.

À querida colega Dra. Márcia Stephan e ao Dr. Ernani Saltz, pela rica discussão sobre o roteiro de nossa entrevista e o tema desta pesquisa, e pela disponibilidade e abertura de seu local de trabalho, o Hospital Municipal Cardoso Fontes.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

A minha querida mãe, Ana, pela sugestão e empréstimo de livros, pela leitura cuidadosa e carinhosa deste trabalho e, principalmente, pelo amor incondicional em todos os momentos, sempre.

A todos os meus familiares, pela grande importância que têm em minha vida e por todo o carinho e apoio em caráter permanente, em especial ao meu pai, Claudinha e Gui.

A minhas amigas Bia, Paty, Érika, Cléa, Léa, Dri e Tia Maria, por vibrarem com cada passo que dou e pela amizade irrestrita durante todo esse processo, mesmo nos momentos mais difíceis. Em especial, a ajuda de Paty, ao presentear-me com um livro que me foi superútil no desenvolvimento teórico deste trabalho.

Ao meu padrinho Jorge e esposa, pelo carinho, apoio e por presentear-me com um livro de Reich que não é mais editado hoje, ao qual tive grande dificuldade de acesso.

A meu querido grupo de formação em terapia reichiana, pela enorme força, *holding*, trocas, risadas e suporte nos momentos mais difíceis de minha caminhada.

A meus queridos amigos da yoga e budismo, suporte indispensável para manter meu equilíbrio, mesmo nas circunstâncias de maior pressão e estresse.

Às novas amizades conquistadas no mestrado, em especial Romina, Ana, Flávia, Carol, Érikas e Ronaldo.

A minha mãe adotiva, Ângela, que com todo zelo maternal cuida de mim e de minha casa, com muito carinho e amor.

A todas as entrevistadas e seus familiares, que aceitaram de bom grado participar e compartilhar comigo um pouco de suas histórias.

À querida colega Márcia Regina Costa, pelas inúmeras referências e oportunidade de acesso ao centro de estudos do Instituto Nacional do Câncer, Inca.

Ao querido colega André Carvalho, pela ajuda e empréstimo de sua tradução do capítulo nove de *Biopatia do câncer*, de Wilhelm Reich.

A todos os funcionários da PUC-Rio, pelo cuidado e carinho com cada aluno, sobretudo a Marcelina, Verinha, Dudu e Chico, da Psicologia, e aos funcionários da biblioteca central e do estacionamento.

À instituição de apoio a mulheres com câncer de mama de Niterói, que se dispôs a abrir suas portas, oferecendo-me com carinho uma sala onde pudesse realizar as entrevistas da pesquisa de campo. Gostaria de agradecer especialmente a ajuda e disponibilidade da Dra. Tereza, da presidente e das psicólogas dessa entidade.

A todos os amigos, colegas e pessoas que contribuíram de alguma forma, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

Resumo

Ribeiro, Ana Carla Lima; Féres Carneiro, Terezinha. **“Fui a premiada”:** representações sociais sobre o câncer de mama feminina, sua etiologia seu tratamento. Rio de Janeiro, 2005. 153p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho teve como objetivo principal avaliar as representações sociais, elaboradas por mulheres que tiveram câncer de mama, sobre a doença, sua etiologia e tratamento. Desenvolvemos teoricamente o tema a partir de quatro perspectivas: biológica, psicossomática, psicossocial e multifatorial. Realizamos uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, estudando 10 casos de mulheres que tiveram câncer de mama com idades entre 35 e 50 anos, que se submeteram à mastectomia, podendo ter feito ou não a reconstrução mamária, e que participavam como membros de uma associação de apoio a mulheres com câncer de mama da cidade de Niterói, Rio de Janeiro. Como instrumento desta pesquisa, utilizamos um questionário identificador e entrevistas semidirigidas, aplicados a tais mulheres individualmente e, depois, a seus familiares, com base em roteiro pré-elaborado. Para avaliação dos dados obtidos, empregamos a análise de discurso intra-sujeito e intersujeito. Na primeira, buscamos identificar, em cada caso, a percepção das entrevistadas sobre a doença, sua etiologia e as repercussões do tratamento oncológico em sua identidade feminina. Na segunda, construímos 10 categorias de análise. Os resultados revelaram que o câncer é apreendido pelas mulheres como um risco e ameaça à vida, que a retirada da mama afeta, majoritariamente, a identidade corporal e feminina, e que o adoecimento provoca muitas mudanças em suas vidas.

Palavras-chave

Representação social; câncer de mama; etiologia; tratamento oncológico.

Abstract

Ribeiro, Ana Carla Lima; Féres Carneiro, Terezinha (Advisor). “*I was a winner*”: social representations of female breast cancer, its etiology and treatment. Rio de Janeiro, 2005. 153p. Master’s Thesis – Psychology Department, Rio de Janeiro Catholic University (PUC-Rio).

The prime purpose of this paper is to assess the social representations created by women who have had breast cancer, and to discuss the disease, its etiology and treatment. We developed the theme theoretically, based on four perspectives: biological, psychosomatic, psychosocial and multi-factorial. We performed field research of a qualitative nature, studying ten cases of women who had breast cancer in the 35 to 50 age group and had undergone a mastectomy, could have done mammary reconstruction or not, and who participated as members of a support association to women with breast cancer in Niterói city, Rio de Janeiro State. As an instrument of this research, we used an identifying questionnaire and semi-focused interviews with those women individually and later with their relatives, based on a previously prepared script. In order to assess the obtained data, we used intra-subject and inter-subject discourse analysis. In the former, in each case we looked to identify the interviewee’s perception of the disease, its etiology and the repercussions of cancer treatment on her female identity. In the latter, we created ten analytical categories. The results showed that women are apprehensive of cancer as life threatening and a risk, that breast removal in most cases affects the corporal and female identity, and that contracting the disease causes many changes in their lives.

Keywords

Social representation; breast cancer; etiology; cancer treatment.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Representações sociais	14
2.1. Representações sociais sobre saúde/doença	17
2.2. Representações sociais sobre o câncer e sua etiologia	19
2.2.1. Perspectiva biológica	20
2.2.2. Perspectiva psicossomática	25
2.2.3. Perspectiva psicossocial	34
2.2.4. Perspectiva multifatorial	45
3. Representações sociais, identidade feminina e câncer de mama	53
4. A pesquisa de campo	60
4.1. Questão e abordagem metodológica	60
4.2. Participantes	60
4.3. Local da pesquisa	62
4.4. Instrumentos	64
4.5. Procedimentos	66
4.6. Análise e discussão dos dados	67
4.6.1. Análise intra-sujeito	68
4.6.2. Análise intersujeito	119
5. Considerações finais	140
6. Referências bibliográficas	146
Anexos	151
1 - Quadro dos participantes	151
2 - Questionário de identificação	152
3 - Termo de consentimento	153

CARANGUEJO DE COBRE

Caranguejo de cobre
Tu precisas ser mesmo forte
Tu precisas ter casca dura...

Não porque tu sejas insensível
Mas porque precisas te livrares
Do preconceito no qual te embalaram

Que o nosso caranguejo
Símbolo de tão dolorosa doença
Consiga gritar para todos
Que ele não anda para trás
Que ele precisa de todos os braços
De todos os abraços
De muito amor e
De muito carinho
De prosseguir sempre a penosa estrada
Com a fé que só quem o carrega possui

Lute sem cansar
Pois não é o fim do caminho
Haverá sempre a investigação daqueles
Que querem amenizar os obstáculos
Tirando as pedras
E colocando no lugar
Maços de flores secas
As quais reafirmarão
A imortal esperança

Torcemos por você
Pois nos envolvemos com esta luta
Que é a verdadeira lição de vida.
(Autor desconhecido *apud* ACOSTA, 2002)

1

Introdução

Toda palavra possui, além de sua semântica, valores, pesos, medidas e representações sociais que vão sendo construídas ao longo dos séculos e da linguagem em cada cultura.

Com a palavra câncer, não poderia ser diferente. Diversos autores estudaram o tema, buscando apreender significados e representações sociais no discurso das pessoas, saindo do referencial puramente teórico, geral e universal, e passando para a realidade cotidiana, mutável e contextual de um tempo e lugar.

Partimos do princípio de que o câncer, assim como as demais doenças, não se resume a um fenômeno “orgânico”, “objetivo” e “natural”. Suas representações sociais revelam-nos características e concepções de uma sociedade como um todo. Em nossa sociedade capitalista, estar doente é associado a não estar trabalhando, a estar improdutivo, fora, portanto, do sistema de produção e consumo.

O câncer, como doença que normalmente exige tratamentos invasivos e prolongados, com alta taxa de mortalidade e ainda sem designação etiológica clara e objetiva para todos os seus tipos, resulta em associações que o vinculam à morte, a perdas, à dor e ao sofrimento. Sua etiologia também tem sido atribuída a causas orgânicas, psicossomáticas, sociais, como o estresse, e multifatoriais, agregando fatores como a alimentação rica em gordura, o contato com substâncias cancerígenas e a exposição aos raios ultravioleta, entre outros.

O câncer de mama, entretanto, além das representações construídas sobre o câncer de uma forma geral, é associado também a toda a simbologia desse órgão, que interfere na identidade corporal e feminina da mulher, bem como em sua relação amorosa com o(a) parceiro(a), conforme podemos ver em autores diversos, tais como Saba (1982) e Tôrres (2004).

Justificamos nossa pesquisa principalmente pelo fato de o câncer representar a segunda causa de morte por doença em nosso país, sendo o de mama o segundo tipo de câncer com maior incidência na população (INCA, 2004). Esses dados tornam, assim, todo estudo e investimento na área de extrema relevância para a ampliação e o desenvolvimento de novos conhecimentos.

O câncer de mama é um dos tipos dessa doença com alta freqüência nas mulheres, representando uma das principais causas de morte nos países ocidentais, o que pode trazer como consequência estigmas e medos a ele relacionados. No Brasil, esse tipo de câncer é considerado o que mais causa morte em meio às mulheres (INCA, 2004). Devido a esse medo, é possível que muitas mulheres ainda não façam o auto-exame das mamas, como forma de prevenção associada ao exame clínico e à mamografia (INCA, 2004).

Relativamente raro antes dos 35 anos, acima dessa idade sua incidência cresce de forma ágil e progressiva. De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (INCA, 2004), nas décadas de 1960 e 1970 houve aumento nas taxas de incidência de 10 vezes nos registros de câncer de base populacional de diversos continentes. Nos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Cancerologia afirma que uma em cada 10 mulheres tem a probabilidade de desenvolver câncer de mama no decorrer de sua vida (INCA, 2004).

Tivemos como objetivo deste trabalho estudar as representações sociais construídas por mulheres que tiveram câncer de mama da doença, de sua etiologia e das repercussões do tratamento.

Para tanto, realizamos uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, por meio do estudo de 10 casos – mulheres que tiveram câncer de mama com idade entre 35 e 50 anos, que realizaram mastectomia (a retirada total da mama afetada), podendo ter feito ou não a reconstrução mamária, e que participavam como membros de uma associação de apoio a mulheres com câncer de mama da cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Fizemos entrevistas semidirigidas, com base em roteiro pré-elaborado.

Como referencial teórico utilizamos, principalmente, as contribuições da Psicologia Social sobre as representações sociais de saúde/doença, as perspectivas etiológicas desenvolvidas pelos trabalhos de Mello Filho (1992, 2002), LeShan (1994), Sontag (1984), Simonton, Matthews-Simonton, e Creighton (1987), Spink (2003) e Reich (1985, 1990) sobre o câncer, assim como os estudos de Del Priore (2000), Sandre-Pereira (2003) e Saba (1982) sobre a identidade feminina e o câncer de mama.

Assim, no Capítulo 2, intitulado “Representações sociais”, procuramos situar a saúde e a doença enquanto representação social construída a partir dos

próprios atores sociais, impregnada de conotações e valores que se modificam no tempo e espaço. Buscamos, ainda, explicitar as várias perspectivas que existem hoje sobre a representação social do câncer e sua etiologia: a biológica, a psicológica, a psicossocial e a multifatorial.

No Capítulo 3, intitulado “Representações sociais, identidade feminina e câncer de mama”, relacionamos a importância e as significações da mama para a identidade feminina em nossa sociedade contemporânea, de culto ao corpo, com as repercussões na mulher do tratamento e retirada desse órgão.

No Capítulo 4, intitulado “A pesquisa de campo”, apresentamos a forma de realização do trabalho e analisamos os dados coletados. Aplicamos um questionário identificador e entrevistamos individualmente 10 mulheres que tiveram câncer de mama, além de termos contado com a participação de seis familiares para obtenção de dados adicionais. Dividimos nossa avaliação em análise intra-sujeito, na qual examinamos individualmente os dados quanto à definição da doença, sua etiologia e as repercussões do tratamento sobre a identidade feminina, e análise intersujeito, na qual estabelecemos uma comparação dos casos por meio de 10 categorias: descoberta da doença, definição do câncer, perda e papel da mama, tratamento, relação com o parceiro/vida sexual, reação do parceiro/família ao diagnóstico e à mastectomia, etiologia, vivência de sentimentos, facilitadores do enfrentamento e mudanças.

No último capítulo buscamos concluir descrevendo o que nossas entrevistadas expressaram sobre o tema, comparando-o e contrastando-o com o que abordamos teoricamente. Constatamos como dados principais da análise que o câncer ainda é percebido pelas entrevistadas como uma sentença de morte, que a retirada da mama pode afetar profundamente a identidade corporal e feminina dessas mulheres e que, a partir do adoecimento, mudanças significativas acontecem em suas vidas. Fazemos ainda algumas reflexões sobre os resultados, além de indicar e sugerir temas para o desenvolvimento de novas pesquisas na área.

2

Representações sociais

Ao fazermos um levantamento histórico do termo “representação social”, constatamos que ele foi concebido inicialmente por Serge Moscovici e tinha por finalidade nomear um tipo específico de fenômeno, sendo aplicado à concentração de suas interpretações teóricas (SÁ, 1998). Mais especificamente, esse conceito foi utilizado pela primeira vez em sua obra *A representação social da Psicanálise* (MOSCOVICI, 1978). Hoje, no entanto, essa expressão é usada de forma mais abrangente, sem corresponder precisamente ao conceito inicial proposto pelo autor.

Para Moscovici (1995), trata-se de um sinônimo de representação coletiva que se originou a partir da Sociologia e da Antropologia, por meio dos estudos de Durkheim e Lèvi-Bruhl. Farr (1995) acrescenta ainda que o objetivo de Moscovici com essa mudança de termos, de representações coletivas para representações sociais, era adaptar o conceito ao contexto moderno, uma vez que, se Durkheim o utilizava numa conjuntura de “sociedades menos complexas”, as quais transmitiam tais representações geração a geração, as representações sociais da contemporaneidade possuem como aspectos principais a pluralidade e a rapidez, condizentes com a pós-modernidade, que exige mudanças políticas, econômicas e culturais diárias.

Em sua própria definição, Moscovici (1978) expõe essa maior mobilidade do termo ao afirmar que “as representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano” (p. 41).

Segundo Spink (2003), poderíamos definir as representações sociais como

(...) conhecimentos práticos constituídos a partir das relações sociais, e, simultaneamente (...) [simbolizam] o quadro de referência que permite dar sentido ao mundo e às ferramentas que instrumentalizam a comunicação. Tratando-se de conhecimentos socialmente construídos, suas raízes extrapolam o momento presente; são inevitavelmente a expressão de uma ordem social constituída, mas também, resíduos arqueológicos de saberes e crenças passadas que ficaram impregnadas no imaginário social pela ação intemporal dos artefatos culturais que cultuamos e transformamos em monumentos. Uma teoria que seduz por ser simultaneamente psicossocial, antropológica e histórica (p. 13).

As representações sociais são saberes do senso comum, socialmente construídos na tentativa de explicar, descrever e organizar o mundo social e material em que vivemos. Tais representações possibilitam, assim, a orientação da comunicação e das relações dos membros de um mesmo grupo (SPINK, 2003).

Outra definição encontrada para a expressão e que confirma as idéias expostas por Spink (2003) foi a de Oliveira e Werba (1998), para quem as representações sociais seriam

(...) ‘teorias’ sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real. Por serem dinâmicas, levam os indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio, ações que, sem dúvida, modificam os dois (p. 105).

Segundo Moscovici (1995), é pelas conversações, com base nos saberes populares e no senso comum, que conseguimos apreender e trabalhar de forma concreta as representações sociais. Mas não só: ainda podemos, acrescenta o autor, ter acesso às representações mediante as ciências, as religiões, as ideologias ou outros meios.

Lane (1994) utiliza um termo semelhante ao de Moscovici como foco central de sua investigação a respeito das representações sociais: a comunicação. Para ela, “as representações sociais (...) estão duplamente vinculadas com a atividade semiótica que se caracteriza pela elaboração dos significantes, decorrentes do processo de comunicação” (p. 36). A partir da comunicação, o ser humano constrói e estrutura seu mundo, atribuindo significados, pesos e valores a suas palavras e ações, elaborando um sistema de significantes apreendidos junto às pessoas, aos grupos e à sociedade que o cerca (LANE, 1994).

Só podemos realizar uma análise das representações do indivíduo sobre seu mundo se levarmos em conta que tais representações se encontram imersas num discurso mais amplo, social. Para tanto, faz-se necessário identificar no discurso do sujeito as lacunas, contradições e ideologias, as quais fornecem uma pista para sua compreensão do mundo, bem como da ideologia de uma sociedade que ele reproduz em seu discurso (LANE, 1994). Para a autora, “compreender as representações sociais implica então conhecer não só o discurso mais amplo, mas a situação que define o indivíduo que as produz” (p. 37).

Estudar as representações sociais justifica-se, principalmente, porque por meio delas apreendemos o modo como um grupo constrói seus saberes e sua identidade coletiva, como cria as representações relativas a uma diversidade de

objetos e também a um conjunto de códigos culturais que acaba por definir as regras de uma comunidade (OLIVEIRA e WERBA, 1998).

As representações sociais possuem como característica o compartilhamento de crenças, imagens, metáforas e símbolos, tanto em um grupo como em uma comunidade ou cultura (WAGNER, 1998).

Seu conceito pode ser definido a partir de dois pontos de vista. O primeiro, recomenda compreender as representações sociais enquanto um processo social de comunicação e discurso. Sob o segundo, tais representações são pensadas como atributos e estruturas individuais de conhecimento, porém compartilhadas (WAGNER, 1998). Optamos, neste trabalho, por seguir o primeiro enfoque, porque acreditamos, como Kowalski (2001), que

experiências, vivências, valores e conhecimentos num determinado grupo ajudam a construir representações do mundo. A dinâmica da interação entre indivíduo e sociedade constitui um sistema de relações que não deve ser encarado como processo passivo, reflexo da consciência de um objeto ou conjunto de idéias, mas como processo ativo, uma reconstrução do dado em um contexto de valores, reações, regras e associações (p. 18).

As representações sociais possuem ainda vital importância na dinâmica das relações e práticas sociais, pois elas respondem a quatro funções: saber, identitária, de orientação e justificadora. A construção de um saber prático funciona como um quadro de referência comum que possibilita às representações uma comunicação social. A função identitária permite a definição da identidade e especificidade grupal, viabilizando a proteção de suas características e a comparação social com outros grupos. As representações sociais também orientam e direcionam os comportamentos e práticas do grupo, definindo regras e explicitando o que é e o que não é aceitável. E, por fim, a função justificadora decorre do fato de que as representações sociais proporcionam a defesa e a fundamentação dos próprios comportamentos e posições realizados pelo grupo, o que pode contribuir para a estereotipia das relações, discriminações e até para a manutenção da distância ou do isolamento social (ABRIC, 1998).

Para Abric (1998), as representações sociais desfrutam de um sistema cognitivo específico, composto por núcleo central e elementos periféricos. Esse núcleo é determinado por três fatores: a natureza do objeto representado, o tipo de relações existentes entre o grupo e o objeto, e os valores e normas sociais atuais e do grupo. É esse núcleo que fornece significado, estabilidade e sustentação à

continuidade e coerência da representação em contextos móveis e evolutivos. Segundo o autor, esse núcleo central “(...) é essencialmente social, ligado às condições históricas, sociológicas e ideológicas, diretamente associado aos valores e normas, definindo os princípios fundamentais em torno dos quais se constituem as representações” (p. 33).

Os elementos periféricos, como sua denominação indica, dispõem-se em volta do núcleo central. Simbolizam o essencial dos conteúdos das representações e são mais acessíveis e tangíveis do que o núcleo central. Estão, portanto,

(...) mais associado[s] às características individuais e ao contexto imediato e contingente, nos quais os indivíduos estão inseridos. Este sistema periférico permite uma adaptação, uma diferenciação em função do vivido, uma integração das experiências cotidianas (ABRIC, 1998, p. 33).

Dessa forma, as representações sociais fundamentam-se em um duplo sistema de crenças que, à primeira vista, parece contraditório:

(...) são, simultaneamente, estáveis e móveis, rígidas e flexíveis. Estáveis e rígidas posto que determinadas por um núcleo central profundamente ancorado no sistema de valores partilhado pelos membros do grupo; móveis e flexíveis, posto que, alimentando-se das experiências individuais, elas integram os dados do vivido e da situação específica, integram a evolução das relações e das práticas sociais nas quais se inserem os indivíduos ou os grupos (ABRIC, 1998, p. 34).

2.1. Representações sociais sobre saúde/doença

De acordo com Sá (1998), existem várias temáticas que estão sendo estudadas e pesquisadas no mundo todo acerca das representações sociais. Uma delas, citada pelo autor, é o binômio saúde/doença, tanto por razões históricas como por sua atualidade e importância. Com relação à doença, o autor cita os estudos das representações sociais da doença mental, da Aids, da lepra e do câncer.

A construção de explicações sobre as causas das doenças e as medidas para se obter saúde existem em todos os grupos sociais e nas sociedades de uma forma mais ampla, não correspondendo, portanto, a uma exclusividade dos profissionais que trabalham na área da saúde. Diferenciam-se, contudo, os mecanismos empregados na prevenção ou cura, seus fundamentos, crenças e atitudes em relação à doença e ao doente, podendo ser mais científicos ou mais mágico-

religiosos, de acordo com os grupos sociais aos quais pertencem (SAWAIA, referendado por KOWALSKI, 2001).

Essa visão é reforçada por Minayo (2004):

(...) a doença, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência ‘orgânica’, ‘natural’, ‘objetiva’, mas estavam intimamente relacionadas com as características de cada sociedade. Isto é, revelaram que a doença é uma realidade construída e que o doente é um personagem social (...) uma representação tal como a de saúde/doença manifesta de forma específica as concepções de uma sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social (p. 175-176).

Dessa forma, para a autora, o estudo das representações sociais de saúde/doença possibilita a compreensão de seus mecanismos e funcionamentos internos, como também, numa visão mais ampla, a percepção e o entendimento das relações entre indivíduo e sociedade.

Para Redko (1992), a doença manifesta uma dimensão social, e é a partir das representações construídas por uma dada sociedade a seu respeito que se produzem, como consequência, as representações sobre a saúde. Segundo Augé, referendado por Redko (1992),

A doença é um fenômeno que estabelece uma relação própria entre a ordem biológica e a ordem social, pois atinge simultaneamente o indivíduo naquilo que ele mais deve à biologia – o corpo, como também atinge a sociedade, ou seja, um determinado conjunto de relações sociais. Na nossa sociedade moderna e industrializada mesmo quando se acredita que as explicações da doença, tal como são difundidas pelo discurso médico, se remetem diretamente às causas anatomopatológicas há também as explicações de ordem social, que remetem às causas, aos sentidos e aos significados da doença em relação à sociedade (p. 64-65).

Um exemplo dessa visão pode ser dado a partir da idéia de morte. Segundo Mauss, referendado por Minayo (2004), essa idéia é construída socialmente; não é “natural”, como se pensa, atrelando-se a ela diretamente os aspectos físicos, psicológicos, morais e sociais. Em seus estudos, o autor demonstra tal afirmação por meio de casos de indivíduos que sofreram morte abrupta simplesmente por acreditar que iriam morrer logo ou disso ter sido informados.

Essa visão é também confirmada por Douglas (*apud* Minayo, 2004), na afirmação de que “o corpo social limita a forma pela qual o corpo físico é percebido. A experiência física do corpo, sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é conhecida, sustenta uma visão particular da sociedade” (p. 177).

Ao tomar por base a explanação dos autores acima citados, Minayo (2004) conclui brilhantemente:

(...) a partir das ciências sociais podemos dizer que há uma ordem de significações culturais mais abrangentes que informa o olhar lançado sobre o corpo que adocece e que morre. A linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais. Seja qual for a dinâmica efetiva do ‘ficar doente’, no plano das representações, o indivíduo julga seu estado, não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos: ele busca no médico (ou no correspondente a ele em cada sociedade) a legitimidade da definição de sua situação. Disso retira atitudes e comportamentos em relação ao seu estado e assim se torna *doente para o outro*: para a sociedade (p. 177).

Passaremos agora, então, à apresentação das representações sociais construídas sobre o câncer e sua etiologia.

2.2.

Representações sociais sobre o câncer e sua etiologia

À visão que se tem do câncer e à representação que a ele se atribui, instantaneamente liga-se uma visão da etiologia e de possíveis tratamentos para essa doença. Mesmo dentro do discurso acadêmico, da considerada “ciência”, inúmeras representações são construídas sobre o câncer e sua etiologia, de acordo com a visão e especialidade de cada área.

Percebemos, assim, que nosso estudo sobre o tema não poderia ser realizado separadamente, pois a definição das representações sociais da doença encontra-se implicada diretamente nas representações sociais construídas sobre sua etiologia. Observamos ainda, que todas essas especialidades se encontram isoladas, pouco têm trabalhado juntas e compartilhado dos conhecimentos adquiridos em seus respectivos domínios. Cada área foca e dá prioridade a sua visão da doença, da etiologia e do tratamento como a mais importante e eficaz, tendo a Medicina porém, como especialidade mais antiga e de extrema importância na cultura ocidental, o *status* de “a verdade” sobre a doença e sua etiologia.

Esclarecemos que entendemos etiologia como o “ramo do conhecimento cujo objeto é a pesquisa e a determinação das causas e origens de um determinado fenômeno” (HOUAISS, 2001, p. 1.271). Buscaremos retratar em nosso estudo etiológico do câncer não a determinação de causas “reais” e “concretas” da doença, mas as representações sociais construídas sobre sua etiologia em diversas áreas do conhecimento.

Buscaremos, então, expor essas representações sociais do câncer e sua etiologia a partir de quatro perspectivas principais: biológica, psicossomática, psicossocial e multifatorial. Demonstraremos com essa apresentação, que essas correntes coexistem e atuam nos dias de hoje.

2.2.1.

Perspectiva biológica

De acordo com essa perspectiva, que privilegia o aspecto biológico, somático do ser humano em suas representações sociais sobre o câncer e sua etiologia, na medida em que ainda não existe “a cura” para certos tipos de câncer, ainda não se divulga uma etiologia mais definitiva e geral sobre a doença, indicando-se apenas os principais fatores de risco.

Nessa perspectiva, utiliza-se a explicação de que o câncer é uma modificação genética na célula, que passa a se duplicar sucessivamente em velocidade não controlada pelo organismo, comprometendo a função correspondente ao órgão em que se encontra. Porém, quanto ao que causou tal modificação na célula que era considerada “normal” e como acontece esse processo de transformação, ainda não há concordância (SIMONTON, MATTHEWS-SIMONTON e CREIGHTON, 1987).

Para esta visão, poucos tipos de câncer são considerados de origem hereditária, a maioria é classificada como de origem ambiental, decorrente do contato repetido e prolongado com substâncias denominadas “carcinógenos – (...) quaisquer substâncias ou agentes que produzem câncer” (KOWALSKI, 2001, p. 44). Entre os fatores de risco, são citados pela autora:

(...) dieta, tabaco, luz solar, álcool e agentes químicos industriais (anilinas, asbestos, etc). Outras formas de exposição ambiental, ainda bastante controversas, são algumas infecções por vírus, relacionadas a tipos específicos da doença, como o câncer da nasofaringe (vírus Epstein-Baar) e do colo uterino (vírus do papiloma humano) (p. 44).

Ao concordar com essa visão, o Inca (2004) afirma que 80% dos fatores de risco se relacionam ao meio ambiente, sendo a alimentação neles incluída. No campo da biologia e nutrição muitos são os estudos que correlacionam a dieta com a propensão ao desenvolvimento do câncer. Nesses estudos, busca-se investigar quais alimentos são ou não carcinógenos e quais são anticancerígenos, ou seja,

auxiliam no processo de prevenção ou fortalecimento do sistema imunológico para a destruição das células cancerígenas. O discurso etiológico que podemos apreender dessa visão aponta, então, para o fato de que substâncias cancerígenas, ingeridas na alimentação, são responsáveis pelo favorecimento da produção de células cancerígenas no organismo, sendo o antígeno o uso de alimentos anticancerígenos.

Essa visão aparece hoje em dia na maioria dos programas de televisão de culinária e em revistas especializadas de saúde e dieta, que trazem a cada edição dados de mais pesquisas na área e a indicação do uso ou não de alguns alimentos. Um exemplo é a reportagem intitulada “A ciência de comer bem”, da revista *Super Interessante* de setembro de 2004, que afirma: “(...) 70% dos casos de alguns tipos de câncer podem ter uma ligação estreita com hábitos de vida e alimentação” (p. 57). Dessa forma, a autora sugere a ingestão de grãos integrais, fibras, vegetais variados e soja para se obter saúde. Esta última ainda é referida como atenuante dos sintomas da menopausa e do risco de câncer de mama (SOALHEIRO, 2004).

Em outras pesquisas da área, temos que há maior incidência de câncer de mama em imigrantes européias do que em imigrantes japonesas e chinesas no Estados Unidos, devido ao fato de o primeiro grupo absorver mais rapidamente os hábitos da dieta americana do que o segundo (MENDONÇA, 1997). O autor apresenta ainda a exposição de pesquisas que fazem uma “(...) associação entre câncer de mama, cólon e reto com a ingestão de proteína animal e gordura” (p. 11). Outra associação diz respeito ao uso de gordura saturada e câncer de mama em mulheres depois da menopausa ou, ainda, o aumento de peso e o aumento do risco dessa doença, assim como o uso da vitamina C e a diminuição desse risco. Reforçando essa visão, em outra pesquisa, Souza (1999) correlaciona os hábitos alimentares com dietas ricas em gorduras (principalmente “(...) ácidos graxos polissaturados ricos em Omega 6 e alguns óleos vegetais (...)”, p. 7) e as terapias de reposição hormonal ao aparecimento do câncer de mama. Corroborando essas pesquisas ainda, Horst (2002) aponta para a maior incidência de câncer de mama em mulheres que fazem uso do consumo, mesmo que moderado, de álcool e ingerem dietas ricas em gordura e proteína animal e pobres em vitaminas e minerais. Essa correlação entre gordura e câncer de mama foi realizada principalmente em decorrência da descoberta de que a gordura favorece a

produção de hormônios, e o câncer da mama apresenta geralmente resultado positivo quanto aos hormônios. A autora lista ainda alguns fatores considerados de risco para o câncer de mama:

(...) dieta, menarca precoce e menopausa tardia, paridade, primeira gestação a termo tardia (> 30 anos), ciclos menstruais (< 21 dias), terapia de reposição hormonal sintética, história familiar de câncer de mama, obesidade na pós-menopausa, radiações ionizantes, tabagismo, etilismo, padrão sócio econômico elevado, residência em áreas urbanas e cor branca (JARDIM, 2001 *apud* HORST, 2002, p. 7).

De acordo com o histórico familiar, o aumento do risco de câncer de mama relaciona-se com a proximidade do parentesco e com a quantidade de pessoas da família que tiveram a doença. Uma mulher cuja mãe tenha tido câncer de mama bilateral antes dos 35 anos apresenta risco 25 vezes maior do que o risco normal da população; em outra, cujas mãe e irmã tiveram câncer de mama, esse risco é 20 vezes maior do que o normal; uma cuja irmã apresentou câncer de mama bilateral antes dos 40 anos corre risco 15 vezes maior do que o normal; caso a manifestação na irmã tivesse ocorrido antes dos 50 anos, esse risco baixaria para 10 vezes o normal; outra ainda, com algum parente de primeiro grau (lado materno) atingido pela doença possui risco cinco vezes maior do que o normal; e, finalmente, uma mulher com algum parente de segundo grau (tia ou avó) acometido pela doença apresentará risco normal, igual, portanto, ao da população em geral (STOPPARD, 1998). Segundo dados do Inca (2004) ainda, o histórico de câncer na família é fator responsável por cerca de 10% do total de casos de câncer de mama.

Significativo fator ambiental é o tabagismo, cuja correlação com o aumento dos riscos de manifestação do câncer de mama é apontada pelas pesquisas, sendo, aliás, maior naquelas mulheres que fumaram desde a adolescência do que nas que se iniciaram nesse hábito na vida adulta (PALMER e colaboradores, 1991 *apud* MENDONÇA, 1997).

O uso de contraceptivos orais por tempo prolongado aumenta o risco do aparecimento do câncer de mama antes da menopausa, que se revela ainda maior em mulheres na faixa de 25 a 34 anos (LUND, 1992; ROSENBERG *et al.*, 1996 *apud* MENDONÇA, 1997).

Como foco central de sua pesquisa, Mendonça (1997) correlaciona ainda a exposição a pesticidas organoclorados com o aumento do risco de câncer de mama:

Compostos tais como organoclorados, hidrocarbonos aromáticos policíclicos (PAHs) e herbicidas triazínicos podem afetar a produção de estrógeno e seu metabolismo, funcionando assim como xenoestrógenos (...) Evidências experimentais demonstraram que muitos destes compostos são capazes de induzir a carcinogênese mamária em animais (DAVIS *et al.*, 1993 *apud* MENDONÇA, 1997, p. 14).

Para a “cytophylactique”, mais conhecida como medicina ortomolecular, o ser humano possui em seu organismo grande falta de cloreto de magnésio e outros minerais, os quais eram adquiridos por meio de alimentos orgânicos adubados com esterco dos animais, que contém tais substâncias. Hoje, com a produção dos alimentos em massa e a utilização exclusiva de adubos químicos, tal área da medicina afirma que estamos ingerindo muito pouco dessas substâncias, que são consideradas anticancerígenas e responsáveis pelo fortalecimento do sistema imunológico. Isso direciona o tratamento para o incentivo da alimentação com verduras, frutas e legumes orgânicos, sem agrotóxicos, bem como a ingestão de medicamentos ou fórmulas que contenham o cloreto de magnésio e outros minerais (DELBERT, 1978).

Especificamente quanto ao câncer de mama, Mendonça (1997) expõe ainda que os principais fatores de risco dessa doença são de ordem biológica e se relacionam com a história familiar e reprodutiva da mulher. Com relação à história familiar, o autor sugere existir correlação entre a faixa etária em que ocorre o câncer e a idade em que a neoplasia foi diagnosticada na família em casos anteriores. Quanto aos fatores reprodutivos, associa-se o desenvolvimento do câncer com “(...) a idade avançada da primeira gestação e a baixa paridade (...) como relevantes na etiologia” (p.7), assim como há correspondência entre a diminuição do risco de ocorrência da doença em mulheres que tiveram a primeira gestação com idade considerada “precoce” pelo autor.

Mirra *et al.* (*apud* Mendonça, 1997) obtiveram como resultados de sua pesquisa realizada em São Paulo dados indicadores de que mulheres cuja primeira gestação ocorreu antes dos 20 anos possuem riscos dois terços menores de ter câncer de mama do que aquelas que engravidaram pela primeira vez após os 25 anos.

Outro fator apontado pelo autor diz respeito à idade da primeira menstruação: “(...) quanto mais cedo é a menarca, maior é o risco das mulheres desenvolverem câncer de mama, independente da idade” (KELSEY; HORN-ROSS, 1993 *apud* MENDONÇA, 1997, p. 9). Da mesma forma, o autor demonstra existir correlação entre a menopausa e o risco da doença: quanto mais tarde for a menopausa, em torno dos 50 anos ou mais, maior o risco de câncer de mama, quase uma vez e meia maior do que o daquelas que já não menstruam.

Ainda quanto aos fatores denominados reprodutivos, Mendonça (1997) sugere, com base no estudo da literatura da área, haver ligação entre a amamentação e a diminuição do risco de ocorrência dessa doença.

Outra pesquisa relacionada à prevenção do câncer de mama refere-se à ingestão de frutas, legumes e verduras como fator redutor do risco de seu aparecimento, sendo recomendável a adoção desses hábitos desde a infância (SMITH-WARNER *et al.*, 2001 *apud* HORST, 2002). O Inca (2004) sugere ainda como medidas preventivas a prática de atividades físicas moderadas durante período mínimo de 30 minutos, cinco vezes por semana, e, em mulheres acima de 40 anos, o exame clínico anual das mamas, acrescido, na faixa etária de 50 a 69 anos, de mamografia a cada dois anos.

Após o enorme aumento de cirurgias para implante de silicone nos seios, vários órgãos de fomento à pesquisa começaram a investigar a possibilidade de ser maior do que o normal o risco de essas mulheres desenvolverem câncer de mama. Thuler, Leal, Costa e Anlicoara (2003), após extensa revisão da literatura médica na área, “com base em informações científicas consistentes e substanciais provenientes da experiência clínica e de relatos de casos, estudos epidemiológicos e revisão sistemáticas de textos técnicos científicos (...)” (p.13), concluíram não existir nenhuma evidência científica de correlação causal entre esses implantes e o desenvolvimento do câncer de mama.

Para Kowalski (1996), então, uma das formas de se atuar em relação ao câncer seria por medidas preventivas a partir de ações educativas que priorizem a criação de hábitos saudáveis – modificando os estilos de vida das pessoas que fumam, consomem dietas maléficas ao organismo e/ou carecem de bons hábitos de higiene – e que também conscientizem a população quanto ao processo de medicalização utilizado pela medicina a fim de “normalizar” o desviante. Essa medicalização é utilizada pela medicina como forma de definir causas e soluções

orgânicas e individuais para as doenças, desconsiderando a origem social dos problemas e tornando-se um agente de controle social, o que faz com que a população dependa da profissão médica e da indústria farmacêutica para “curar” seus males (KOWALSKI, 1996). E a autora acrescenta:

As tensões e as dificuldades da vida social (transporte, trabalho, etc.) tornam-se ‘estresse’, ‘depressão’, etc. A cultura dá sentido aos acontecimentos que marcam a vida do homem, em especial o sofrimento, a doença e a morte. Nossa cultura transforma os eventos em fatos médicos e, assim, é a sociedade a responsável pelo homem que sofre e quem deve livrá-lo de suas dores (p. 55-56).

O discurso biológico da doença fundamenta-se em uma formação técnico-científica que desconsidera as condições socioeconômicas e culturais da população e a mantém alheia à compreensão da nomenclatura e definição das doenças utilizadas por esse discurso (KOWALSKI, 1996). Os médicos têm como premissas básicas: “a) racionalidade científica; b) ênfase na mensuração objetiva e numérica; c) dualismo mente-corpo; d) visão das enfermidades como entidades; e e) ênfase sobre o paciente individual, não sobre a família ou comunidade” (HELMAN *apud* KOWALSKI, 1996, p. 58). Seu modelo orienta-se, portanto, para a descoberta e a quantificação das informações que conseguem obter por intermédio do paciente, excluindo os dados não numéricos, como, por exemplo, os sociais e emocionais (KOWALSKI, 1996).

2.2.2.

Perspectiva psicossomática

Essa perspectiva privilegia os aspectos psicológicos e o funcionamento mental do ser humano no desenvolvimento das doenças, demonstrando a relação que existe entre a mente e o corpo. De acordo com essa visão, a etiologia das doenças encontra-se no próprio ser humano, seja mediante desequilíbrios e conflitos emocionais, seja por meio de características de personalidade e/ou certos tipos de comportamento dos indivíduos que favorecem seu adoecimento.

Inicialmente, essa perspectiva intra-individual baseava-se no referencial clínico da abordagem psicanalítica e nas teorias da personalidade. Segundo essa vertente, o processo de aparecimento da doença era explicado a partir da psicodinâmica do sujeito. Pela psicanálise, tinha como autor principal Franz Alexander. Tal visão tornou-se predominante na medicina psicossomática até

1968, tentando mostrar correlação entre certos tipos de personalidade e determinadas doenças. Atualmente duas doenças encontram-se no centro das investigações dessa perspectiva: o câncer e as doenças do coração (SPINK, 2003).

Segundo essa corrente, há uma cisão entre mente e corpo, bem como uma relação linear de causa e efeito de um sobre o outro. A mente é considerada o centro e o foco da atenção, pois acredita-se que é por meio do desequilíbrio da mente em face da presença de conflitos emocionais e/ou neuróticos que se “somatiza” o conflito psíquico, decorrendo o adoecimento do corpo.

De acordo com Mello Filho (2002), Alexander dividia e classificava as doenças em duas categorias: estados conversivos, os quais possuíam em sua gênese conteúdos simbólicos, e as neuroses vegetativas, as quais não teriam significação simbólica, mas corresponderiam a “(...)respostas fisiológicas exageradas acompanhando estados de tensão emocional crônica e mantidas por processos emocionais inconscientes” (p. 33). Isso levou Alexander a concluir posteriormente que determinados conflitos internos levariam ao adoecimento, desenvolvendo então a “teoria da especificidade dos conflitos”, na qual descreve uma combinação de situações conflitivas básicas na gênese de várias doenças.

Nas palavras de Alexander (1954), “um sintoma de conversão é uma expressão simbólica de um conteúdo psicológico carregado emocionalmente”¹ (p. 25), tendo como objetivo a produção de descarga dessa tensão. As neuroses vegetativas, priorizadas em suas pesquisas, ao contrário, não têm por objetivo a descarga emocional. Elas representam “uma resposta fisiológica das vísceras a constantes e interativos estados emocionais” (p. 26).

Nesse livro, Alexander (1954) procura explicitar o que denominava psicossomática e psicogênese das doenças. Para ele, a psicossomática representava “um novo acesso ao estudo das causas das enfermidades” (p. 23), buscando demonstrar a influência de prolongados transtornos emocionais ou de emoções agudas no desenvolvimento de alterações crônicas somáticas. O estudo dessas alterações foi desenvolvido a partir de transtornos gastrointestinais, respiratórios, metabólicos e endócrinos, das articulações e musculares, cardiovasculares e nas enfermidades da pele. Buscou demonstrar também que, apesar da importância dos estudos histológicos, comprovando as bases anatômicas dos transtornos corporais utilizadas pelos critérios médico-científicos, em muitos

casos, o melhor a ser feito, para ele, era “uma investigação exaustiva da vida do paciente, [a qual] poderia revelar o início de alterações funcionais antes que se hajam produzido mudanças orgânicas apreciáveis histologicamente” (p. 29).

Para o autor (1954), só não se tenta realizar tal procedimento pela resistência médica a modificar sua concepção, permanecendo em um dogma, que ele considera errado: “(...) a função [orgânica] alterada é sempre resultado da alteração estrutural (...)” (p. 29) ocorrida na mente e não seu oposto, funcionando como efeito. A causa do adoecimento, portanto, estaria nas alterações das funções viscerais **provocadas** por tensões emocionais de tipo permanente e crônico, **causadas** pela repressão do medo, agressividade, culpabilidade e pelos desejos frustrados.

Para Alexander (1954), então,

Devido à complexidade de nossa vida social, muitas emoções não podem ser expressadas e descarregadas livremente através da atividade voluntária, se não que são reprimidas e desviadas por canais inapropriados. Em lugar de expressar-se pela inervação voluntária, elas afetam as funções viscerais tais como a digestão, a respiração e a circulação (p. 29-30).

Apoiado em suas próprias pesquisas e nas de outros autores, ele especifica a relação de algumas emoções reprimidas com alguns órgãos ou sistemas afetados. Relaciona, por exemplo, a ira ao sistema cardiovascular, as tendências de dependência às funções de nutrição, e os “conflitos entre os desejos sexuais e as tendências de dependência (...) [às] funções respiratórias” (p. 30).

Segundo seu ponto de vista, o objetivo da medicina psicossomática é a ampliação das funções do médico, o qual deve ter “um conhecimento detalhado da relação entre a vida emocional e os processos somáticos” (p. 30), dando assim “atenção física e mental ao paciente” (p. 30).

O autor acrescenta ainda que “(...) toda enfermidade é psicossomática dado que os fatores emocionais influem em todos os processos somáticos através das vias nervosa e humoral” (p. 33). Tais afirmações evidenciam sua dicotomia mente e corpo, assim como a descrição causal linear dos aspectos emocionais sobre o somático.

Para a investigação psicossomática faz-se necessária uma detalhada e precisa descrição das características psicológicas do sujeito, bem como “uma

¹ Tradução nossa.

precisa observação dos fatores fisiológicos correlatos” (p. 34) (ALEXANDER, 1954).

Podemos incluir Mello Filho (1992, 2002) também nessa perspectiva pelo fato de estar relacionado à medicina psicossomática, focando seus estudos na relação mente/corpo e buscando encontrar o que denomina “as raízes emocionais” das doenças orgânicas.

Mello Filho (2002) afirma compartilhar “(...) da concepção [de] que toda doença humana é psicossomática (...)” (p. 19) e acrescenta que “o desenvolvimento da pesquisa psicossomática nos orienta (...) [a] pensar sempre numa possível influência psicológica na gênese de qualquer doença, tal é a importância da mente em nossos processos biológicos” (p. 20-21). Com essas afirmações, o autor demonstra realizar uma separação entre mente e corpo, e a prevalência da gênese das doenças por intermédio da mente.

Posteriormente, explana sobre a “escolha” de um órgão de choque, o qual expressa com linguagem peculiar e não verbal os conflitos emocionais do sujeito. Esse “órgão de choque” é “escolhido” pelo sujeito a partir de sua história de vida, por carregar uma significação afetiva intensa ou por já ter sido “usado” em algum adoecimento anterior, em fase crucial de seu desenvolvimento.

Ao citar uma pesquisa no modelo que denomina psicossomático, na qual correlacionava características psicológicas de pacientes ulcerosos com constituição física de hipersecreção gástrica e situação de frustração atual desencadeante, o autor concluiu existir nesses sujeitos uma “escolha” preferencialmente pelo uso da “via somática como exteriorização em vez da via psíquica” (MELLO FILHO, 2002, p. 72).

Ao abordar as doenças neoplásicas, percebemos que ele amplia sua perspectiva psicossomática e passa a correlacionar também a etiologia dessa doença, fenômenos psicossociais geradores de estresse.

A respeito desses fatores de estresse “desencadeadores” do câncer, o autor expõe o estudo de Peller, o qual relacionava o câncer a situações de perda, havendo maior predisposição de viúvos a desenvolverem tal doença. Mello Filho (2002) apresenta ainda a pesquisa de Greene, que correlacionava casos de linfomas e leucemias após situações de perda e separação, os quais levavam a sentimentos de depressão, ansiedade e desesperança antes do aparecimento do câncer.

Em outras pesquisas expostas por Mello Filho (2002), de Schmale e Iker, os autores buscaram realizar uma previsão, num grupo de 40 mulheres, sobre quais desenvolveriam o câncer tendo classe III de Papanicolau, e encontraram predisposição correta em 31 casos. Detectaram, mediante a aplicação de testes de personalidade nessas mulheres, fortes sentimentos de desesperança ao longo da vida como reação a perdas enfrentadas.

Em obra anterior, Mello Filho (1992) estabelece correlação entre emoções e câncer, expondo várias pesquisas sobre esse tema, como as de Galeno e Amussart, que correlacionaram o luto e o câncer; as de Evans, ligando a doença a perdas de partes de suas relações; e as de autores que denominou clássicos da área: Greene, aqui já citado, correlacionando o câncer a situações de perda e separação que levavam a sentimentos de ansiedade, tristeza, desespero e desesperança; e as de LeShan, que o correlacionava a

(...) perda de uma relação significativa antes do início da doença; incapacidade de expressar sentimentos hostis; importante tensão em relação a uma figura parental; sentimentos de desamparo e de desesperança. Sugeriu que os pacientes com câncer têm uma vida particular de abandono, solidão, culpa e autocondenação. Embora estas pessoas estivessem em um total 'desespero de serem elas mesmas' (frase de Kierkegaard), continuavam a executar suas atividades e rotinas mesmo sem adquirir satisfação, depletando-se por se dar incessantemente aos outros, não se permitindo receber (MELLO FILHO, 1992, p. 133).

O autor cita ainda as pesquisas de Kissen, que correlacionou o câncer de pulmão com tendência à supressão de problemas e conflitos emocionais.

Uma pesquisa prospectiva também mencionada é a de Thomas e colaboradores, os quais pesquisaram estudantes de medicina encontrando alta correlação entre câncer e doenças mentais em pessoas que tinham relacionamento emocional distante com as figuras parentais (MELLO FILHO, 1992).

Mello Filho designa o câncer como uma doença integral por considerá-la portadora de etiologia multifatorial. Conforme o tipo de câncer e dentre os fatores, explicita:

(...) ser uma doença geneticamente determinada e programada; incluir uma falha do sistema imunológico em algum momento de sua programação; ser susceptível a várias influências ambientais, tais como a ação dos raios ultravioleta no câncer de pele; ser susceptível à ação de várias substâncias tóxicas presentes artificialmente no habitat humano, como a nicotina no caso do câncer de pulmão; depender da influência de fatores alimentares, tal como é o caso de dietas excessivamente ricas em gordura, que podem favorecer o aparecimento ou a evolução de várias neoplasias; ser decorrente da ação de múltiplos agentes virais, os oncovírus, que explicam a etiologia de muitos tipos de câncer, ser susceptível à influência de

fenômenos de estresse e a fatores psicológicos vários, quer no seu desencadeamento e má evolução, quer na direção de um curso mais benigno, podendo mesmo incluir o seu desaparecimento (p. 135).

Apesar de incluirmos Mello Filho nessa perspectiva, percebemos que ao longo de seu trabalho o próprio autor foi modificando e ampliando sua visão, mais especificamente na área da psico-oncologia. Sendo assim, poderíamos incluir seus estudos sobre câncer também nas perspectivas psicossocial e multifatorial. Sua inclusão na perspectiva psicossomática, deve-se à priorização e ênfase que atribui aos aspectos psicológicos e psicogênicos no desenvolvimento das doenças em geral.

LeShan, em suas pesquisas com pacientes com câncer, evidenciou ainda como características marcantes de sua personalidade:

(...) a incapacidade do indivíduo [com câncer] de demonstrar raiva ou ressentimento. Com frequência, esses pacientes pareciam reprimir e dissimular os sentimentos hostis. Eles tinham sentimentos agressivos, muitas vezes bastante fortes, mas eram incapazes de verbalizá-los. A agradável fachada de bondade era característica (1994, p. 33).

Outra pesquisa que avaliou os aspectos da personalidade do paciente com câncer foi a de Themoshok (*apud* Carvalho, 1994), buscando comparar e associar os pacientes oncológicos aos padrões de comportamento *A* (pessoas com tendência a doenças cardíacas) e *B* (pessoas consideradas bem adaptadas). O autor chegou à conclusão de que os pacientes com câncer possuíam reações exatamente opostas às do padrão *A* e, superficialmente, pareciam com o tipo *B*: “(...) não tinham crises de raiva, pareciam perfeitamente relaxados, não eram competitivos” (p. 68). Porém, após estudo mais aprofundado percebeu que “(...) a ausência de raiva não se apoiava numa real paz interior. Havia uma grande dificuldade de auto-afirmação. Sob essa fachada havia uma raiva não expressa, ansiedade reprimida e um profundo sentimento de desesperança” (p. 68). Assim, criou um novo padrão, que denominou tipo *C*, para pacientes com câncer, composto por indivíduos com frágil adaptação ao mundo, caracterizados por um estilo de vida dependente da supressão do reconhecimento de seus sentimentos e de suas necessidades.

Quanto à comunicação desses pacientes, Matthew-Simonton (1990) afirma que “muitas pessoas que estão com câncer parecem mostrar uma boa comunicação, mas um exame mais atento pode revelar que os únicos sentimentos

que elas expressam são animação, otimismo e esperança de melhora” (p. 82). Na verdade, a autora afirma que esses pacientes deixam de expressar sentimentos considerados negativos, como a raiva, e conclui que “o câncer está associado à negação da raiva. Essa negação significa que o paciente não só deixa de falar sobre a raiva, como também se nega a senti-la” (p. 83).

As críticas que foram desenvolvidas a essa perspectiva dizem respeito a seu principal alicerce, que é responsabilizar e demonstrar a participação do sujeito em seu próprio adoecimento. Alguns autores, contudo, não apenas priorizam os aspectos psicológicos, mas também, apontam os críticos, negam ou excluem outros fatores externos ao sujeito que podem interferir na etiologia do adoecimento. Para Minayo (2004), a doença concebida como proveniente do indivíduo demonstra

(...) um processo que, de imediato, não revela seu vínculo com o social. Isto é, em primeira instância, independentemente de qualquer explicação que possa ser dada, é o indivíduo que adoece e enfrenta a morte. No entanto, a atribuição de sentidos das causas endógenas é também socialmente construída. Quase sempre são interpretações que revelam designo divino, fatalidade ou desordem que remetem à desobediência ou à quebra de normas e tabus coletivos, ultrapassando assim as razões do corpo individual e do estado orgânico (p. 178).

Susan Sontag (1984), em seu livro *A doença como metáfora*, questiona e critica essa associação de traços de personalidade, como a repressão crônica de emoções, com o desenvolvimento do câncer. A autora realiza uma comparação e demarca semelhanças entre os valores e significados atribuídos ao câncer e as metáforas construídas socialmente sobre a tuberculose. Apesar de a autora não ser especialista da área, suas contribuições são relevantes, por demonstrar um percurso histórico de simbolizações construídas sobre o câncer em diferentes contextos e épocas.

Assim como a tuberculose foi no século passado, para Sontag (1984), o câncer está sendo hoje associado a fatores emocionais e à morte, e essas associações só foram criadas por não haver ainda uma unidade no mundo científico a respeito da causa “real” do câncer. Segundo ela, o ser humano só associa uma doença a algo individualizado ou a algum sentimento não expresso ou reprimido quando ela ainda representa um mistério. Depois que se descobre sua causa, perdem-se o *status*, o peso, a sobrecarga de significação e o tabu associados à morte. A autora deduz que, nos séculos XIX e XX, a tuberculose foi

“usada” com esse propósito, e, hoje, é o câncer, levando-a a comparar o significado das duas doenças:

Como outrora se pensava que a tuberculose fosse o resultado de uma paixão excessiva, que ataca as pessoas descuidadas e sensuais, hoje muitos acreditam que o câncer seja uma doença ligada à insuficiência de paixão, atacando os que são sexualmente reprimidos, inibidos, não espontâneos, incapazes de exprimir o ódio (p. 30).

Essas características do paciente com câncer são baseadas em um julgamento moral e psicológico do doente, o que, na psicologia social, poderíamos denominar estereótipo, definido por Rodrigues, Assmar e Jablonski (1999) como “(...) crenças compartilhadas acerca de atributos – geralmente traços de personalidade – ou comportamentos costumeiros de certas pessoas ou grupos de pessoas” (p. 150). Além dos significados construídos socialmente que estereotipam um paciente ou grupo, esses autores indicam a possibilidade da existência de uma forma mais sutil de preconceito, com a atribuição de causalidade a um certo comportamento. Essas atribuições geralmente são construídas a partir de uma etiologia linear de pensamento. No caso do câncer, Sontag (1984) demonstra como a sociedade contemporânea relaciona-o diretamente à repressão de sentimentos.

Dessa forma, esse estereótipo acaba por definir a doença e sua causalidade como reveladoras de desejos ou sentimentos, dos quais o próprio paciente não tem consciência. Disso resulta a necessidade de investigar esses fenômenos a partir de outra pessoa, principalmente os profissionais da área de saúde, como médicos e psicólogos (SONTAG, 1984).

Criticando essa perspectiva intra-individual, do homem como causa de sua própria doença, a autora demonstra ainda que essa crença traz como consequência o fato de a cura tornar-se totalmente dependente do desejo e responsabilidade do canceroso, cabendo a ele querer e buscar sua própria melhora.

A visão contemporânea do paciente com câncer como um ser deprimido e isolado difere totalmente de sua imagem na época vitoriana, a qual estava associada a pessoas com vidas intensas, sobrecarregadas de trabalho e de obrigações familiares. Na perspectiva vitoriana, buscava-se diminuir as atividades e exigências sobre o canceroso, enquanto, na atualidade, se busca a expressão de sentimentos reprimidos, variando, portanto, de acordo com o tempo o que se

pensa da doença e, conseqüentemente, o modo como encaminhar o tratamento (SONTAG, 1984).

Psicologizar uma doença, colocando sua etiologia apenas na falta de expressão de sentimentos, nada mais é do que uma tentativa de psicologizar a vida e aparentar uma sensação de controle das experiências, das doenças e, em última instância, da própria morte, coisas sobre as quais, na verdade, se possui pouco ou nenhum controle. Dessa forma, para a autora,

(...) a doença é interpretada como um acontecimento psicológico e as pessoas são estimuladas a acreditar que elas adoecem porque (inconscientemente) querem adoecer, que podem curar-se pela mobilização da vontade, e que podem escolher entre morrer e não morrer da doença. Essas duas hipóteses são complementares. Enquanto a primeira parece afastar a culpa, a segunda a restabelece. As teorias psicológicas da doença são um meio poderoso de pôr a culpa no doente (1984, p. 73).

Quando a doença é utilizada como metáfora, “culpa-se” não só o indivíduo, mas a própria sociedade, por não deixar o sujeito expressar seus sentimentos de forma “natural”. A sociedade passa a ser concebida como repressiva, como a adversária do indivíduo, que almeja seu oposto: a racionalidade no lugar da espontaneidade, o artificial em vez do natural (SONTAG,1984). Concordando com a autora, Cazeto afirma que

A psicossomática hoje faz parte do nosso imaginário social: freqüenta a mídia com certa constância e habita boa parte dos nossos comentários cotidianos sobre doenças. A conseqüência é que constituímos crenças a respeito deste fenômeno, mesmo que nem percebamos isso. Por exemplo, em geral, damos como evidente que o fenômeno psicossomático existe (...) (1998, p. 212).

Quanto às simbolizações ou metáforas associadas ao câncer ao longo do tempo, a autora relaciona-as a uma linguagem militar de batalha, em que as pessoas vêem o câncer como um “ataque”; o tratamento, portanto, deve ser um “contra-ataque”. A doença passa a ser concebida, então, como uma inimiga da sociedade, que, contra ela, deve travar uma guerra constante, almejando sua total destruição.

Para Sontag (1984), então, a base das causas emocionais do câncer é construída pela própria cultura, mediante a publicação de artigos e livros e o uso da mídia feita por um “exército” de pesquisadores, a fim de divulgar sempre as mesmas investigações já realizadas. Tais resultados indicam que, em pesquisas incluindo centenas de pacientes com câncer, geralmente dois terços ou três

quintos deles afirmaram estar deprimidos, insatisfeitos com suas vidas ou ter sofrido com a morte ou perda de alguém íntimo e importante. Caso essas pesquisas fossem feitas com pessoas não acometidas pelo câncer, provavelmente se encontrariam os mesmos resultados. A maioria declararia já ter passado por grandes perdas e emoções depressivas em algum momento da vida, pois isto faz parte da condição humana, não é exclusividade de pacientes cancerosos.

2.2.3.

Perspectiva psicossocial

Essa perspectiva privilegia os aspectos psicossociais no estudo do surgimento da doença. O foco central encontra-se no estudo e influência de fatores estressantes que agem sobre o indivíduo, gerando-lhe doenças, e na construção de tabelas que apontam para uma classificação e quantificação dos níveis de estresse que se obtêm para cada fator estressante. Nessa proposta, pretende-se correlacionar fatos estressantes da vida do sujeito com seu adoecimento (SPINK, 2003). Como referência dessa visão psicossocial nos estudos do câncer, temos o trabalho de Simonton, Matthews-Simonton e Creighton (1987).

Outra vertente psicossocial que iremos apresentar, com base em Spink (2003) e Minayo (2004), busca demonstrar as diferenças e contradições que existem na sociedade e que interferem no processo de adoecimento do indivíduo. Seu foco principal, porém, não se refere a um estudo etiológico do adoecimento. Optamos por incluí-la aqui porque, assim como a primeira perspectiva, a psicossocial também privilegia os aspectos e as influências sociais no adoecimento do ser humano.

Minayo (2004) acredita que, para essa primeira vertente, a origem da doença está na sociedade, que é entendida como agressiva e opressora, impondo aos indivíduos uma forma de viver não saudável e estressante. Essa opressão se dá em dois níveis: 1- espacial e temporal, justificado pelo ambiente, tamanho da população e ritmos de horários e estímulos; 2- de reflexo no comportamento, na alimentação, em atividades e no sono/descanso (Minayo, 2004).

Para a autora, essa perspectiva na verdade,

trata-se de uma representação que revela a relação de exterioridade na forma como o indivíduo se pensa em relação à sociedade, mas que tem, ao mesmo tempo, significação comum ao grupo. O meio ambiente e a própria organização social são representados como hostis, e portadores de doenças e desequilíbrio. Em tais circunstâncias, *a saúde é vista como um atributo do indivíduo* que afronta o mundo malsão e passa a ser vítima dele (p. 179).

Spink (2003) critica também essa primeira perspectiva ao afirmar que, para essa visão, os aspectos psicossociais são responsabilizados pelo aparecimento da doença, correlacionando principalmente os eventos estressantes da vida de um indivíduo com seu adoecimento. Para ela, foi a partir dessa perspectiva que se desenvolveram, nas ciências sociais, estudos e pesquisas nas décadas de 1950 e 1960 buscando construir questionários que viabilizassem um levantamento de indicadores de estresse.

Simonton, Matthews-Simonton e Creighton (1987), ao exporem sua visão da etiologia do câncer, demonstram concordar com essa visão descrita por Spink (2003):

Acreditamos (...) que o câncer surge como uma indicação de problemas existentes em outras áreas da vida da pessoa, agravados ou compostos de uma série de estresses que surgem de 6 a 18 meses antes do aparecimento do câncer. O paciente canceroso, de maneira típica, reagiu a esses problemas e estresses com um sentimento de profunda falta de esperança e de 'desistência'. Esta reação emocional, acreditamos, por sua vez dispara um conjunto de reações fisiológicas que suprimem as defesas naturais do corpo, tornando-o suscetível à produção de células anormais (p. 21).

Para fundamentar e explicitar a relação entre os fatores estressantes e o desenvolvimento do câncer, Simonton *et al.* (1987) buscam subsídios da perspectiva psicossomática e afirmam que os fatores estressantes vivenciados pelo sujeito levam a depressão e sentimentos de desespero que afetam o sistema límbico, o qual, por sua vez, influencia a atividade hipotalâmica, que passa a influenciar tanto o sistema imunológico, com a supressão de sua atividade, quanto a atividade da pituitária; esta última, então, influencia o sistema endócrino, que desequilibra sua produção hormonal, levando a um aumento da produção de células anormais ou cancerígenas no organismo. Como o sistema imunológico encontra-se com sua capacidade de detecção e destruição dessas células reduzida, há o crescimento do tumor.

Várias explicações para o surgimento do câncer estão sendo divulgadas a partir de pesquisas baseadas em fatores de risco, tais como substâncias

cancerígenas, predisposições genéticas, irradiação e dieta. Tais autores, porém, acreditam que, por mais que esses fatores possam influenciar o surgimento da doença, não são suficientes para explicar por que algumas pessoas contraem o câncer e outras não. Em sua opinião, para que o tumor se desenvolva é necessário que a defesa imunológica do indivíduo esteja comprometida, sendo o principal responsável por essa baixa um ambiente estressante (SIMONTON *et al.*, 1987).

Com esses fatores estressantes, os autores estabelecem uma escala, desenvolvida pelos Drs. Holmes e Rahe da Washington School of Medicine, pontuando a quantidade de estresse vivida pela pessoa ao longo de sua vida.

ACONTECIMENTO	VALOR
Morte de cônjuge	100
Divórcio	73
Separação judicial	65
Prisão	63
Morte de familiar próximo	63
Acidente ou doença	53
Casamento	50
Demissão de trabalho	47
Reconciliação de separação	45
Aposentadoria	45
Mudança de saúde de familiar	44
Gravidez	40
Dificuldades sexuais	39
Chegada de um novo membro familiar	39
Mudança no trabalho	39
Mudança de <i>status</i> financeiro	38
Morte de amigo próximo	37
Mudança de setor de trabalho	36
Brigas conjugais (aumento de)	36
Hipoteca ou empréstimo de mais de 10.000 dólares	31
Término de hipoteca ou empréstimo	30
Filho ou filha deixando a casa	29
Mudança de responsabilidade no trabalho	29
Problemas com a família do cônjuge	29

Sucesso pessoal extraordinário	28
Cônjuge começa ou pára de trabalhar	26
Início ou final da faculdade	26
Mudança de condição de vida	25
Revisão de hábitos pessoais	24
Problemas com o chefe	23
Mudança de condições ou horário de trabalho	20
Mudança de local de residência	20
Mudança de escola	20
Mudança de hábitos recreativos	19
Mudança de atividades religiosas	19
Mudanças de atividades sociais	18
Hipoteca ou empréstimo inferior a 10.000 dólares	17
Mudança de hábitos de sono	16
Mudança nos hábitos de encontros familiares	15
Mudança de hábitos alimentares	15
Férias	13
Período de festas natalinas	12
Pequena infração à lei	11

(SIMONTON *et al.*, 1987, p. 51-52)

Com o uso desta escala, os autores afirmam conseguir prever a probabilidade de adoecimento das pessoas. As pesquisas do Dr. Holmes indicam que 49% das pessoas com mais de 300 pontos na escala no período de um ano adoeceram.

Especificamente quanto aos fatores estressantes em pacientes com câncer, Simonton *et al.* (1987) apontam algumas pesquisas que os associam à perda de um relacionamento importante, principalmente, a morte da mãe ou de uma figura maternal.

Para correlacionar esse excesso de estresse vivido pelos pacientes com câncer e a baixa no sistema imunológico, os autores se utilizam da teoria da vigilância imunológica ou da imunovigilância, que afirma que todas as pessoas produzem células anormais no corpo de tempos em tempos devido a fatores externos ou por uma reprodução celular incorreta. Porém, uma das funções do sistema imunológico é detectá-las e destruí-las. Isso só não ocorre quando esse

sistema está inibido de alguma forma devido a problemas emocionais acarretados por acontecimentos altamente estressantes na vida da pessoa que exijam readaptação e mudanças. Tais acontecimentos podem ser considerados positivos ou negativos, e o que vai interferir no processo de baixa do sistema imunológico será a maneira como a pessoa lidará e verá tal situação, bem como a quantidade específica de estresse provocada (SIMONTON *et al.*, 1997).

A maneira como uma pessoa lidará especificamente com uma situação estressante dependerá de sua personalidade e de sua forma habitual de reagir às tensões, o que se baseia na maneira de se ver no mundo, de acreditar que deveria ser e se comportar, assim como de acreditar que o mundo e as pessoas deveriam ser e proceder (SIMONTON *et al.*, 1997).

Ao estabelecerem uma correlação entre os aspectos estressantes e os da personalidade de seus pacientes, os autores mencionam cinco etapas do processo psicológico anterior ao aparecimento do tumor: 1- a partir de experiências da infância, o sujeito opta por agir segundo um padrão fixo de comportamento, o que limita seus recursos para lidar com situações de estresse, sendo que essas escolhas infantis não se encontram mais conscientes na fase adulta embora representem diretrizes para sua vida; 2- surge uma enorme quantidade de situações geradoras de tensão e estresse que ameaçam, principalmente, sua identidade; 3- tais tensões geram conflitos com os quais ele não sabe como lidar; 4- sem conseguir perceber uma maneira de modificar seus padrões de comportamento, ele se sente sem aptidões para solucionar suas dificuldades. Acredita até que, se mudar estará perdendo sua identidade. 5- a vida perde seu significado para ele, que se torna desesperançoso, estático e rígido.

O pressuposto central de trabalho dos autores é que o ser humano participa e é responsável pela manutenção de sua saúde, assim como de seu adoecimento, por meio de suas convicções, sentimentos, dieta, exercícios e, principalmente, de sua atitude em relação à vida. No caso do câncer, Simonton, como radioterapeuta, percebia na maior parte de seus pacientes uma profunda apatia, uma atitude de desistência em relação à vida, mesmo que verbalmente afirmassem o contrário; e, naqueles que obtinham sucesso no tratamento, uma atitude mais positiva em relação à vida e à doença. Tais pacientes acreditavam que poderiam influenciar o curso da doença com seu desejo de viver.

A partir dessas percepções, os autores começaram a desenvolver um programa que pudesse tratar o paciente tanto no nível físico como no de suas emoções e atitudes em relação à doença e à vida. Para tanto, utilizavam-se de um tratamento médico e psicológico, buscando tornar o paciente ativo e positivo em relação a sua recuperação. Isso era feito mediante técnicas de relaxamento e de visualização da cura por imagens mentais positivas; técnicas que visam eliminar e superar ressentimentos; incentivo e estabelecimento de metas e objetivos para a vida; e um programa de exercícios físicos.

Com a utilização desse esquema, seus pacientes tiveram sobrevida, em média, duas vezes maior do que a de pacientes que seguiam apenas o tratamento médico convencional. A explanação teórica e prática de Simonton e sua equipe sobre o câncer e seu tratamento evidencia que eles se encontram atrelados às perspectivas psicossocial e psicossomática, realizando, portanto, uma associação dessas duas perspectivas. Optamos por incluí-los na perspectiva psicossocial, acreditando que, apesar de trabalharem com base nas duas perspectivas, priorizam a questão do ambiente estressante como o foco central de sua representação social da etiologia da doença.

Uma visão psicossocial um pouco diferente da apresentada por Simonton *et al.* (1987) consta dos estudos de Spink (2003), a qual afirma ser a doença “(...) um fenômeno psicossocial, historicamente construído, e como tal, é sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade” (p. 47). Esta última vertente procura então, explorar e apreender as representações construídas por certos grupos ou sociedades sobre a saúde e a doença, focando-se nas teorias do senso comum, nos comportamentos advindos dessas representações ou nas comparações entre o saber popular e o saber oficial (SPINK, 2003).

O foco principal, portanto, permanece na sociedade, porém o câncer é visto como uma doença que expressa a realidade social e suas contradições. Para analisá-lo, faz-se necessário avaliar os fundamentos econômicos, políticos e culturais do grupo em que se vive (MINAYO, 2004).

Segundo a autora, a concepção de saúde e doença é marcada pelas características da sociedade capitalista – suas diferenças de classes e conseqüentemente sua divisão e atribuição de riquezas, bem como das possibilidades de acesso a hospitais, exames e tratamentos.

Essa situação evidencia-se com relação ao câncer de mama quando os estudos revelam a influência da classe social no prognóstico da doença, uma vez que ele se torna mais favorável no estágio inicial, quando o tamanho do tumor ainda é “pequeno”, detectado por exames, como a mamografia, aos quais a população de baixa renda tem menos acesso. Além do fator econômico, inclui-se ainda o “(...) nível educacional, ocupacional, local de residência, oferta de serviços básicos e facilidade de acesso ao atendimento de saúde e educação” (INCA *apud* REBELO, 2004, p. 9-10).

Ao falar sobre o câncer de mama, Rebelo (2004) expõe ainda que,

Apesar de ser considerado, no mundo, como um câncer de bom prognóstico – se diagnosticado e tratado oportunamente, no Brasil, as altas taxas de mortalidade não apontam para esta realidade, onde o quadro talvez seja grave pelo fato do diagnóstico ser realizado em fase avançada da doença (...) em média 60% das pacientes com câncer de mama chegam em estágio III e IV quando do primeiro diagnóstico (p. 7-8).

Também Goes Jr. e Goes (1994) apontam para essa questão e afirmam que as diferenças socioeconômicas e culturais da população de baixa renda podem interferir tanto na prevenção e diagnóstico das doenças – por falta de conhecimento a seu respeito, bem como sobre as formas de prevenção – como no intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento. Essas diferenças levam a grandes prejuízos no prognóstico, transformando casos precoces em avançados e incuráveis, devido à impossibilidade de cirurgia imediata nos serviços públicos. “De um grupo de 1.102 pacientes estudadas, apenas 150 (13,6%) puderam ser operadas dentro de um mês; 660 (59,9%), entre dois e 12 meses e 292 (26,5%), após 12 meses do diagnóstico” (GOES JR. E GOES, 1994).

Realizamos ainda uma ponte entre os aspectos sociais apontados e alguns fatores que foram abordados na perspectiva biológica: idade mais avançada da primeira gestação, diminuição do número de filhos e possibilidade e duração da amamentação. Percebemos que todos esses fatores descritos como “biológicos” sofrem influência das características sociais brasileiras que dizem respeito às mudanças sociais e econômicas ocorridas nas últimas décadas. Tais mudanças acarretaram modificações profundas nos relacionamentos conjugais e nos casamentos contemporâneos, estando entre elas a emancipação feminina, o uso de anticoncepcional e as necessidades econômicas que levaram a mulher ao mercado

de trabalho, a ter menos tempo para amamentar, ter e cuidar dos filhos (JABLONKSI, 1998).

As representações das classes dominantes sobre as doenças vinculam-se à forma particularizada da “corporação médica”. O médico representa ao mesmo tempo o promotor da prática e o responsável pelo desenvolvimento do conhecimento (MINAYO, 2004), o que se reflete “(...) nas representações das classes trabalhadoras que se subordinam à visão dominante, e a reinterpretam de forma peculiar, de acordo com suas condições de existência e seus interesses específicos” (MINAYO, 2004, p. 179).

Apesar de as representações sociais de saúde e doença mais gerais não conseguirem explicitar de forma clara as desigualdades sociais e os efeitos do modo de produção, Pollack (*apud* Minayo, 2004) expõe que o capital determina o tempo médio de vida de acordo com a classe social à qual o indivíduo pertence.

Minayo (2004) acrescenta ainda que as representações sociais da doença podem tentar esconder ou camuflar essas contradições sociais. Em nossa sociedade capitalista, elas só são definidas e explicadas etiologicamente pela biologia individual, que exclui o caráter social do adoecimento (CONTI *apud* MINAYO, 2004).

Além dessa visão biológica do adoecimento, há uma barreira construída pela linguagem médica, um discurso fechado, técnico e específico, que acaba por inviabilizar a compreensão do paciente a respeito de sua doença. Ao explicar o fenômeno do adoecimento por meio dessa visão puramente biológica e individual, o médico “separa o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial, de sua classe e dos condicionamentos de sua situação” (MINAYO, 2004, p. 181).

Ao mesmo tempo, esse procedimento “(...) transforma o conceito de doença numa especialidade a respeito de determinado órgão, considerando o corpo do doente principalmente como objeto de saber e espaço da doença” (MINAYO, 2004, p. 181).

O cuidado e ação dos médicos, por focar-se na eficiência do funcionamento do corpo, acaba se tornando uma forma indireta de manter o sujeito produtivo para a sociedade (MINAYO, 2004).

Os representantes das classe dominantes atribuem o adoecimento ao “modo de vida moderna”, esquecendo-se de que representam os próprios agentes sociais

responsáveis por esse estilo de vida (MINAYO, 2004). Essa visão é exemplificada pela autora ao afirmar que

Essa noção construída a partir do senso comum costuma ser resumida em: ambiente poluído, vida agitada, miséria, violência, marginalidade, ritmo de vida cansativo e vida social conflitiva. É uma representação que escamoteia o conceito de relações sociais características do modo de produção capitalista, que se traduzem em objetivação da vida no lucro, contradição entre os que produzem as riquezas e os que delas se apropriam, entre a harmonia com a natureza e seu uso predatório com finalidade econômica imediatista. O próprio bem-estar redonda efetivamente na noção de bem-estar relativo e conflitivo porque se choca com as conseqüências de uma lógica que não se centra nem na harmonia e nem no equilíbrio da sociedade, mas nas suas contradições permanentes (p. 182).

Com o discurso médico voltado para o biológico individual da doença, a realidade concreta que ilustra essas contradições sociais são escamoteadas, passando de uma vida de “progresso”, de “avanço” das tecnologias utilizadas para o domínio da vida e da morte no campo da medicina. Esse discurso demonstra uma visão evolucionista e desenvolvimentista da ciência, que passa a projetar a idéia de um total controle do homem sobre a natureza e também justifica os altos investimentos técnicos na área (MINAYO, 2004). Esta representação

(...) desconsidera os condicionantes histórico-sociais que marcam definitivamente os modos específicos de adoecer e morrer numa sociedade de classe, e desconhece todos os aspectos sociais envolvidos tanto na definição como na prática relativa aos cuidados com a saúde (MINAYO, 2004, p. 183).

O câncer, então, sob essa visão médica, representa um desafio à ciência e ratifica essa ideologia desenvolvimentista de altos investimentos na tecnologia e pesquisas para a descoberta de sua cura (MINAYO, 2004).

Minayo (2004) acrescenta ainda que o câncer, assim como a Aids, representam “doenças-sínteses”, já que “(...) reúnem em si as explicações dos desequilíbrios individuais (autojulgamento e autopunição) e sociais (modo de vida opressivo e repressivo) (...)” (p. 183).

Para a autora, então,

Essas doenças desafiam o caráter de classe do modo específico do adoecer e morrer. São interpretadas como capazes de atingir a todos os grupos sociais indiscriminadamente e, portanto, fazem parte de um imaginário social mais amplo que explica a desordem, os desvios morais e até a pretensa ‘devassidão’ do ser humano. São fenômenos privilegiados de questionamento da precariedade da organização social. Reúnem a ameaça de morte da humanidade, anunciam sua decadência, perpetuam a permanência simbólica ou real da infelicidade e chamam atenção para os ‘comportamentos recrimináveis’, vetores do mal de hoje e sempre (p. 183-184).

Para a classe dominante, doenças como o câncer e a Aids reafirmam seu poder sobre o mal, enquanto, para a classe trabalhadora, promovem a reconciliação com Deus, deslocando para um poder metafísico as causas e as razões de sua infelicidade e seu adoecimento. Ambas as classes, assim, não possuem compressão crítica a respeito de saúde e do processo de adoecimento (MINAYO, 2004).

Para a classe trabalhadora, ainda, a doença é associada à incapacidade de trabalhar. Demonstra sua impossibilidade de acumulação de capital e faz de seu corpo o único meio de produzir e acumular bens. Representa também, sua base de subsistência e reprodução (MINAYO, 2004). Ao abordar a questão do adoecimento nesta classe, a autora afirma ainda que

O ‘estar doente’ além de significar a espoliação de sua única fonte de subsistência, o corpo, indica também um ‘status’ fundado em categorias anatômico-fisiológicas, estruturadas e legitimadas socialmente através do olhar e do veredicto médico. ‘Estar doente’ corresponde então a submeter-se a regras, obedecer prescrições e a respeitar consignas (p. 186).

Ao mesmo tempo, o fenômeno saúde/doença pode representar para a classe trabalhadora uma forma de resistência à dominação e exploração a que é submetida, assim como seu desejo de mudanças. Estar doente representa não trabalhar e, assim, ir contra a exploração de sua mão-de-obra. Além disso, busca romper com o discurso médico das causas biológicas de seu adoecimento, associando seus sintomas a fatores pessoais, causas sobrenaturais ou acontecimentos vividos no seu dia-a-dia. Esse fenômeno pode demonstrar, então, uma busca de resistir à dominação médica de seu corpo (MINAYO, 2004). “Constitui uma estratégia de resistência à ótica dominante que tenta passar a imagem do corpo apenas como instrumento de trabalho e para isso o disciplina” (MINAYO, 2004, p. 189).

Essas reflexões fizeram a autora concluir que, portanto,

Saúde/doença constituem metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engendram atitudes, comportamentos e revelam concepção de mundo. Através da experiência desse fenômeno, as pessoas falam de si, do que as rodeia, de suas contradições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Expressam também suas opiniões sobre as instituições e sobre a organização social em seus substratos econômico-político e cultural. Saúde/Doença são também metáforas de explicação da sociedade sobre ela mesma: de suas ‘anomias’, desequilíbrios e preconceitos, servindo como instrumento coercitivo ou liberador para o poder político se legitimar ou ser execrado (p. 193).

Sobre o estudo das representações sociais do câncer de mama a partir dessa perspectiva psicossocial, Spink e Gimenes desenvolveram uma pesquisa, relatada por Spink (2003), em que entrevistaram 18 mulheres na faixa etária de 35 a 70 anos, sem a experiência de diagnóstico de câncer. Segundo a autora, ficou demonstrada a onipresença dessa doença na vida da maioria das mulheres: 10 entrevistadas abordaram o tema de forma espontânea quando solicitadas a estabelecer associações com a palavra seio, evidenciando enormes preocupações com a possibilidade de vir a ser vítimas da doença. Ao falarem sobre o câncer de mama, demonstraram medo, principalmente em relação à necessidade de mutilação ou, de forma indireta, de constante vigilância por meio de auto-exames e exames periódicos na tentativa de uma prevenção ou descoberta precoce.

Além disso, as autoras apontam a enorme vinculação que as entrevistadas estabelecem entre o lado religioso e o estado de manutenção da saúde, evidenciada pelo uso da expressão “graças a Deus” e seus derivados, sendo Deus um dos seres a que recorrem na tentativa de se livrar do adoecimento; os serviços médicos para realização de exames periódicos constituem outro aspecto da prevenção, que as mulheres praticam de forma impositiva, como uma norma médico-social a ser obedecida diante a inevitabilidade da doença, tanto por desgaste físico como por herança genética (SPINK, 2003).

Em relação à etiologia da doença, apesar de não existir uma pergunta específica sobre o tema, 17 entrevistadas o abordaram espontaneamente. Segundo as autoras, suas explicações incorporam tanto repertórios antigos, rejeitados pelo saber médico, como informações científicas divulgadas nas últimas décadas: trata-se de doença infecto-contagiosa, podendo ser transmitida a outras pessoas; decorre de traumas físicos; a amamentação pode ser tanto forma de prevenção como causa; o papel da idade e dos hormônios nas mudanças ocasionadas no seio; e a hereditariedade.

Correlacionando essas explicações com o nível de escolaridade das entrevistadas, as autoras perceberam que as entrevistadas com maior nível escolar possuíam repertório mais diversificado de fatores, os quais se aproximavam mais dos valores e definições construídas pelo saber médico atual. Todas, porém, de modo geral, abordaram fatores variados, indicando uma tentativa de produzir sentido para uma doença percebida como ameaçadora.

Por fim, Spink (2003) expõe a variedade de termos utilizados pelas entrevistadas na tentativa de nomear tal doença, desde câncer e câncer de mama, até caroço, pedra, bolinha, nódulo, isso, coisa, esta doença ou ferida, demonstrando familiaridade com a mesma e sua incorporação ao cotidiano.

2.2.4.

Perspectiva multifatorial

Denominamos a quarta perspectiva multifatorial, dado seu caráter de integrar e correlacionar as perspectivas anteriores, demonstrando a influência e a importância de todas elas para a compreensão dessa doença de uma forma mais global no contexto social atual. Nela muda-se o foco, que passa a privilegiar uma interação dos aspectos internos e externos ao homem. Busca-se analisar, portanto, a influência tanto dos aspectos individuais, o funcionamento psiconeuroimunológico de cada ser, como os sociais e culturais, e os hábitos alimentares, sem priorizar nenhum deles como o mais importante ou o mais “verdadeiro”, mas, antes, considerando-os, todos, em uma rede de interação e ligação constante.

Essa perspectiva baseia-se nas teorias sistêmica e psicossomática contemporânea. A partir da primeira, ampliamos a etiologia e as significações construídas sobre o câncer, passando de uma perspectiva apenas intrapsíquica para outra, também interpsíquica e relacional, considerando, assim, a influência do contexto familiar, social, político e cultural. De acordo com a segunda teoria, mudamos o paradigma da relação de causalidade linear entre o psíquico e o corpo, pensando o psíquico não mais como causa de um adoecimento no corpo, mas os dois funcionando de forma integrada e indivisível.

A perspectiva multifatorial não exclui as abordagens antes descritas, como também não as percebe em uma relação de oposição; apenas enfatiza e descarta o reducionismo que elas empregam, ora afirmando não possuir o câncer nenhuma relação com os aspectos emocionais, ora expondo que a causa do câncer diz respeito apenas aos fatores emocionais reprimidos pelo psiquismo, ora atribuindo ao estresse e ao social a condição de única causa de seu desenvolvimento.

Pensaremos, a partir de agora, no adoecimento como algo subjetivo e social, que não segue uma relação de causalidade linear, mas que pode sofrer a influência de vários fatores ou sistemas. No caso do câncer, como afirma Anderson (2001), podem estar envolvidos: a hereditariedade; a dieta e a alimentação que contenham substâncias carcinogênicas ou excesso de gordura, açúcar ou ferro; partículas de elementos que poluem o ar, como ozônio, pesticidas, metais pesados; radiação gama; campos eletromagnéticos; tabaco; ambiente estressante crônico ou um momento extremamente estressante, como a morte de cônjuge; depressão, repressão ou supressão de emoções como medo, culpa ou ódio de si mesmo e incapacidade de lidar com estresse interpessoal, causando desespero e sensação de impotência.

Além desses fatores citados pelo autor, incluímos a influência do sistema familiar. A concepção sistêmica considera o adoecimento de um dos membros da família um sintoma do todo e um porta-voz dos conflitos familiares.

A partir da visão sistêmica ampliamos nosso olhar quanto aos aspectos externos ao sujeito que influenciam o adoecimento de um ser humano, vendo-os como uma cadeia, uma rede de interpenetrações e permanentes interações. Defendendo essa visão, Dejours declara:

A posição que eu defendo é constituída como uma crítica ao solipsismo (...) [que analisa] os movimentos psíquicos unicamente em função do que se passa no interior do sujeito tomado isoladamente, e, portanto, a não considerar o exterior, inclusive o outro. O exterior é apenas considerado como pretexto, como uma oportunidade, contingente, de revelar alguma coisa cujo núcleo, o motor, se encontra no interior do sujeito (1998, p. 41).

Além de defender a interdependência entre mente e corpo, com a concepção da psicossomática contemporânea, a teoria sistêmica busca ainda demonstrar a não-dissociação do ser humano de seu ambiente e, assim, a influência dos aspectos sociais, ambientais e energéticos em sua saúde e seu adoecimento (CAPRA, 1993). Para o autor, toda doença acontece a partir de um conjunto de causas que leva a um desequilíbrio, tendo porém o homem uma tendência à homeostase. Sua saúde representa o equilíbrio e a harmonia de si com a natureza. Porém tal harmonia não acontece de forma estática, mas flutuante ou oscilante em relação a um padrão dinâmico de funcionamento.

A partir dessa visão, Capra (1993) demonstra os conflitos e contradições que existem nas pesquisas médicas atuais:

(...) o problema conceitual existente no próprio cerne de nossa assistência médica contemporânea é uma confusão entre os processos e as origens da doença. Em vez de perguntarem por que uma doença ocorre e tentarem modificar as condições que levaram a ela, os pesquisadores médicos concentram hoje suas atenção nos mecanismos pelos quais a doença opera, com o intuito de neles interferirem. Esses mecanismos, e não as verdadeiras origens, são muitas vezes vistos como as causas da doença pelo pensamento médico atual (p. 137).

Ao entrar nas questões do adoecimento pelo câncer especificamente, Capra (1993) cita Simonton, afirmando que “(...) o câncer precisa ser entendido como um desarranjo sistêmico, como uma doença de aparência localizada, mas que tem a capacidade de espalhar-se e que, portanto, envolve na realidade todo o organismo (...)” (p. 142-143). Para o autor, “(...) a origem das doenças deve ser procurada numa composição de diversos fatores causais; a total ausência de enfermidades é incompatível com o processo vital” (p. 145).

Com a concepção da psicossomática contemporânea modificamos, além da relação de causalidade linear proposta pela perspectiva psicossomática, a visão que tínhamos do ser humano: não se trata mais de um ser de partes (psique e corpo), mas um ser unificado. Segundo Delamônica (2002.a), a psicossomática contemporânea postula ser o homem “(...) inteiro e indivisível, não dicotomizado em psíquico e orgânico, como se fossem duas entidades separadas em relação de causa e efeito uma sobre a outra em cada caso ou situação” (p. 6). Sendo o ser humano um ser integrado, suas doenças não podem mais ser divididas em psíquicas, somáticas e psicossomáticas, mas são todas psicossomáticas, ou seja, toda doença fala do homem como um todo e não de uma parte dele. De acordo com Delamônica (2002.b), “na realidade, o que é diferente é a estrutura e a natureza dos processos, dos mecanismos envolvidos na produção de um dado adoecer, sempre psicossomático” (p. 25). Concordando com essa perspectiva integrativa, Dejours afirma:

Não acredito na somatização, se nós compreendermos por este termo a doença somática como efeito de um acontecimento psíquico funcionando como causa. Aceitar o termo somatização seria dar uma resposta sobre as relações entre biologia e psicanálise, ou entre o corpo e psique, à qual, justamente, eu não adiro. Quer dizer um dualismo entre psique e soma (1998, p. 39).

Outro autor a apontar nessa direção é Trotta, ao declarar que:

(...) o termo psicossomática é entendido como designação para mecanismos psicoemocionais e corporais simultâneos e interatuantes. Na visão de Reich, soma e psiquismo funcionam de forma dinâmica e integrada, e adoecem em conjunto, sem relação de causa e efeito (1999, p. 107).

Em pesquisas, experimentos e trabalho clínico, Reich apresentava essa visão biopsíquica do ser humano. Os sintomas orgânicos, psicoemocionais e neuróticos de seus pacientes eram integrados e analisados simultaneamente. Todos demonstravam características e informações da dinâmica da pessoa como um todo, e não apenas de seu aspecto intra-individual, mas também de sua relação com o meio e a sociedade em que vivia. Nas palavras do autor,

(...) não é possível e nem admissível, separar os processos psíquicos e somáticos. As perturbações psíquicas são enfermidades biológicas que se expressam no campo somáticos tanto quanto no campo psíquico. Uma deflexão do curso natural da energia biológica encontra-se na base dessas perturbações (1990, p. 313).

O bloqueio energético citado pelo autor diz respeito não só à dinâmica biopsíquica do sujeito, como também aos comportamentos adquiridos e aprendidos em sua vivência e interação com o social.

Outro ponto que justifica nossa opção pela inclusão do autor nessa perspectiva é a descrição feita por Boadella (1985): “Reich estava estudando um processo que funcionava em profundidade, envolvendo muitas áreas que geralmente são vistas em separado e pertencem a especialidades diferentes” (p. 190). Eram elas: sexual, mediante a falta de orgasmo ou satisfação sexual (estudada por terapeutas sexuais, psicólogos ou ginecologistas); caracterologia, pelas características psicológicas de resignação e sensação de vazio emocional (pesquisada por psicólogos); musculatura corporal, apresentando espasmos e tensões profundas em diversas partes corporais (estudada pela fisioterapia, medicina e psicoterapias corporais); vegetativa, com uma respiração cronicamente deficiente, e, por consequência, uma respiração interna tissular debilitada (estudada pela medicina, fisioterapia e psicoterapias corporais); bioenergética, mediante carga energética dérmica diminuída, desvitalizada, com coloração e turgidez epitelial deficitária (pesquisada por psicoterapias corporais e medicina); e, organicamente, falta de coesão dos tecidos, constatada por testes sanguíneos e de secreções (pesquisada pela medicina) (BOADELLA, 1985).

Ao definir o conceito de couraça, Reich demonstrou visivelmente esta integração defendida pela psicossomática contemporânea: “a couraça é um conjunto de mecanismos corporais alterados que mantêm reprimidos os impulsos e as emoções; e o significado psíquico deles permanece vinculado a essas alterações corporais” (TROTTA, 1999, p. 112). Inicialmente, a couraça é pré-sintomática, o indivíduo nem percebe. Com o passar do tempo, porém, vai

bloqueando o livre fluxo da energia em algumas partes do corpo, dando base para o desenvolvimento de doenças. O que o fez concluir que “(...) as perturbações psicossomáticas são muito anteriores à manifestação dos sintomas das doenças” (TROTТА, 1999, p. 119). Essas couraças são desenvolvidas pelo sujeito a partir de sua relação com o meio ambiente, como uma forma de tentar nele se adaptar, enquadrar e ser aceito.

A couraça pode manifestar-se de diferentes formas e em diferentes tecidos. Conforme o tipo de tecido atingido, ela se divide em três tipos: muscular, visceral e tissular. A couraça muscular encontra-se “ligada à contenção ou inibição de impulsos, envolve tensão ou flacidez crônicas da musculatura esquelética (...)” (TROTТА, 1999, p. 115). A couraça visceral “envolve alterações no funcionamento do sistema nervoso autônomo, causando alterações na musculatura lisa e cardíaca e nas funções secretoras de diferentes vísceras” (TROTТА, 1999, p. 115). E, por fim, a couraça tissular “envolve alterações na proliferação e diferenciação celular e alterações no metabolismo dos tecidos, resultantes de disfunções endócrinas” (TROTТА, 1999, p. 115). Segundo o autor, esta última encontra-se envolvida na produção de doenças hormonais, alérgicas, imunológicas, em displasias e neoplasias.

Antes de nos aprofundarmos na visão de Reich sobre o câncer, é necessário compreendermos suas pesquisas anteriores, que o levaram, afinal, ao estudo desse tema. Durante muitos anos, Reich estudou e pesquisou a função do orgasmo, que representava, para ele, a medida e a forma de avaliação do funcionamento psicofísico do ser humano, pois é por seu intermédio que a função da energia biológica (ou “orgônio”, como denominava) consegue expressar-se, ação que chamou de potência orgástica. Essa energia, encontrada em todas as células dos organismos vivos, sendo carregada através da respiração, desloca-se de forma lenta e ondulante, em contínuo movimento de contração e expansão, sintetizado na fórmula: tensão - carga - descarga - relaxamento. Quando essa energia é retesada ou bloqueada de alguma pelas couraças, todo o funcionamento do organismo fica comprometido, incluída, conseqüentemente, sua potência orgástica, levando-o ao adoecimento (REICH, 1990).

Reich (1985) classifica o câncer como uma biopatia carcinomatosa que representa “(...) o resultado final de uma enfermidade biológica sistêmica (...),

cuja causa é um processo desintegrativo do organismo em geral”² (p. 154). Para ele, as biopatias são “(...) todos os processos patológicos que se cumprem no aparelho autônomo vital (...), que, uma vez em marcha, pode manifestar-se em uma diversidade de quadros sintomáticos” (p. 154). O câncer seria apenas um desses quadros, e o tumor, apenas um sintoma visível dessa biopatia. Para o autor, o transtorno básico que ocorre no desenvolvimento do câncer é a estase sexual que representa um transtorno da pulsação biológica do organismo ou uma perturbação na descarga da excitação biossexual. A característica principal dessa pulsação é exatamente a alternância de contração e expansão. Nesses pacientes não há expansão adequada ou satisfatória e sim contração crônica, que leva a uma oxigenação celular insatisfatória crônica (REICH, 1985).

O retraimento biopático começa com um crônico predomínio da contração e da inibição da expansão do sistema nervoso autônomo. Isto se põe manifesto com particular clareza nos transtornos respiratórios dos neuróticos e psicóticos: a pulsação (alternância de expansão e contração) dos pulmões e da caixa torácica se faz limitada e há um predomínio da atitude inspiratória. A contração geral (simpatectomia) não se limita a determinados órgãos. Abarca o sistema inteiro, seus tecidos, o sistema sangüíneo e o sistema endócrino, assim como também a estrutura caracterológica (Reich, 1985, p. 157).

No câncer, esse retraimento biopático é, para o autor (1985), “(...) conseqüência de uma contração crônica e gradual do aparelho autônomo vital” (p. 158). Representa uma anorgonia aguda, uma falta de energia circulando pelo organismo de forma satisfatória, que pode ser identificada por falta de vitalidade, apatia e enrigecimento corporal ou pelo exame das hemácias do sangue, que passam a realizar desintegração prematura de bíons e do tecido cancerígeno que apresenta déficit de oxigênio (REICH, 1985). Há “(...) um colapso completo da função plasmática no cerne biológico do organismo”³ (p. 3). Nesses pacientes, a expansão orgonótica não consegue seguir plenamente seu curso, havendo morte súbita do impulso de expansão ou, em outras palavras, “(...) uma inibição da experiência de prazer”⁴ (p. 24). Tais pacientes, de modo geral, apresentam tórax imóvel, que não realiza de forma satisfatória o movimento de contração e expansão com o ritmo da respiração, permanecendo fixados em uma posição crônica de inspiração. Costumam apresentar ainda “(...) pulso acelerado, palidez e

² Tradução nossa.

³ Tradução de André Carvalho a partir de texto em inglês.

secura na pele, bochechas fundas, reduzida mobilidade dos órgãos, constipação e inatividade das glândulas sudoríparas” (REICH, 1985, p. 167).

Ampliando o conceito de biopatia, Trotta (1996) afirma que essa

(...) é uma patologia do organismo como um todo, que é sempre precedida por um estado geral de contração biofísica e caracterológica. Uma condição de estase bioenergética global, que se manifesta pela retração dos interesses sexuais, ausência crônica de satisfação, e caracterologicamente por um estado de resignação e de vazio emocional (...) envolvem ainda: deficiência respiratória, alterações nos glóbulos vermelhos do sangue, e diminuição da oxigenação tecidual, que induz o surgimento de metabolismo anaeróbico (p. 51).

Segundo Boadella (1985), as pesquisas de Reich sobre câncer se estendem por três áreas:

(...) seus estudos sobre a origem da célula de câncer, baseados em observações microscópicas durante os últimos dois anos na Noruega; relatos clínicos do processo do câncer, baseados em diversos pacientes portadores da doença, aos quais aceitou observar e tratar gratuitamente; o processo de tratamento em si, por ele iniciado, primeiro empregado em camundongos, depois em pacientes humanos (p. 181).

A partir desses estudos e de sua prática clínica com pacientes cancerosos, foi ficando cada vez mais claro para Reich (1985) que a origem desse desequilíbrio energético, dessa falta de pulsação bioenergética denominada por ele anorgonia, fora desenvolvida em tempos remotos do desenvolvimento de seus pacientes, em seus primeiros anos de vida, por meio da falta de estimulações e de um contato caloroso com o meio ambiente em que viviam, de uma insatisfatória relação e troca energética com suas figuras parentais. Em suas palavras,

(...) os pré-requisitos bio-sociais para uma forte orgonicidade do feto no útero são uma alta orgonicidade dos pais, ausência de anorgonia no útero, ausência de bacilos T e a não-ocorrência de excesso de Co₂ no sangue materno. Baixa orgonicidade e impotência orgástica dos pais, ao contrário, somados à anorgonia do útero, perturbações da respiração tissular interna, bacilos T no sangue materno, hipo-orgonia do sangue e encouraçamento muscular criam, juntos, as perturbações funcionais hoje identificadas como a possível causa de uma anorgonia posterior na criança⁴ (p. 34).

Além disso, Reich (1985) ampliou essa visão para o que denominou “miséria social”, vinculando a cultura e a sociedade a essa repressão e contração da livre pulsação energética do indivíduo mediante uma educação patológica e repressora. A partir dessas constatações, o autor desenvolveu vários trabalhos voltados para um novo modelo educacional, assim como propostas de políticas

públicas de saúde voltadas para a informação e o desenvolvimento sexual da população. Em sua prática clínica individual com pacientes cancerosos, desenvolveu ainda, junto com sua equipe, um acumulador de orgone, uma caixa na qual colocava seus pacientes por 30 minutos diários em média para que absorvessem a radiação da energia atmosférica acumulada em seu interior. Obteve resultados surpreendentes, tanto de diminuição dos tumores, como da revitalização das funções do organismo e de seu quadro sanguíneo, mas também sofreu duras críticas e investigações da Associação Médica Americana e Agência Norte-Americana de Controle de Alimentos e Drogas sobre esses resultados obtidos (BOADELLA, 1985).

Acreditamos que a perspectiva multifatorial, por se basear nas teorias sistêmica e psicossomática contemporânea, encontra-se mais aberta e disponível a estudar quaisquer tipos de fatores associados às representações sociais da etiologia do câncer, assim como propõe o diálogo e a discussão com as outras perspectivas apresentadas.

⁴ Tradução de André Carvalho a partir de texto em inglês.

3.

Representações sociais, identidade feminina e câncer de mama

Adentraremos primeiramente a questão estética do corpo feminino a fim de demonstrar sua grande importância para a constituição da identidade da mulher.

Del Priore (2000) realizou estudo extremamente relevante sobre as transformações que foram acontecendo no corpo das brasileiras. Reduzindo a discussão à modernidade, a autora expõe as enormes mudanças na imagem da mulher com o surgimento do cinema americano e da moda, os quais tinham como objetivo “a transformação do corpo feminino em objeto de desejo fetichista” (p. 74):

uma radicalização compulsiva e ansiosa a empurrou [a mulher brasileira] nos últimos dez anos, e a segue empurrando para a tríade abençoada pela mídia: ser bela, ser jovem, ser saudável! Graças à supremacia das imagens, instaurou-se a tirania da perfeição física. Hoje, todas querem ser magras, leves e turbinadas (p. 79).

A autora explicita, então, a citada supremacia da imagem:

A fotografia, o filme, a televisão e o espelho das academias dão à mulher moderna o conhecimento objetivo de sua própria imagem. Mas, também, a forma subjetiva que ela deve ter aos olhos de seus semelhantes. Numa sociedade de consumo, a estética aparece como motor do bom desenvolvimento da existência. O hábito não faz o monge, mas quase... A feiúra é vivida como um drama. Daí a multiplicidade de fábricas de ‘beleza’ cujo pior fruto é a clínica de cirurgia plástica milagrosa (p. 80).

Por meio da imagem apresentada pelo cinema, pela televisão ou por revistas femininas, cria-se um padrão de identificação para a mulher, que passa a acreditar que essa imagem é sua própria identidade (DEL PRIORE, 2000).

A sociedade contemporânea, apesar de ter como discurso e característica principal o individualismo, valoriza e exige, ao mesmo tempo, essas identificações e padrões estéticos corporais para a mulher, homogeneizando-a diante dos espelhos das academias segundo o padrão "Barbies": magras, loiras, com seios volumosos e lábios carnudos (DEL PRIORE, 2000).

A autora expõe ainda que a partir dos anos 70, desenvolveu-se uma indústria para o corpo que transformou a estética feminina em ética feminina, responsabilizando a mulher por seu próprio envelhecimento: cabe-lhe tornar o seu

um corpo consumidor, que demanda para cada uma de suas partes produtos especializados que o tornariam ainda mais belo, de acordo com o padrão das imagens publicitárias. Novais, citada por Del Priore (2000), afirma, porém, que

(...) essa busca estará sempre referida a um ideal inatingível, uma vez que as imagens veiculadas nada têm de humano e a promessa de felicidade absoluta, plenitude e intemporalidade aí contida empurra as mulheres para a impossibilidade de adequar-se aos novos padrões estéticos. A publicidade embute, em relação a essas que não se encaixam nos padrões, uma ideologia de fracasso, de impotência frente ao corpo (p. 91-92).

Com base em todos esses padrões e exigências fornecidos pela mídia sobre como deve ser o corpo feminino, focaremos nossa atenção, neste momento, na importância e nas representações sociais construídas sobre o papel dos seios para a constituição da identidade feminina.

Seio, mama, peito, teta, poma, úbere... tantos nomes e tantos significados! Cada um com sua forma, mais poética ou mais coloquial, mais maternal ou mais erótica. Como pode uma mesma região do corpo feminino representar simultaneamente mesmo tempo tantos sentidos, tantas perspectivas?

Segundo Sant'Anna (2000), o seio é um dos principais símbolos da identidade da mulher. Nele está contida uma certa contradição ou aparente dicotomia de duas representações: mãe e mulher. Para Sandre-Pereira (2003), “Essa dupla representação dessa parte específica do corpo feminino se insere na tradicional oposição antropológica entre natureza e cultura” (p. 473), estando a natureza vinculada ao fato de sermos um animal mamífero, e a cultural à constatação de que, além do significado biológico, recebemos diferentes valores assumidos em geral pelo grupo social a que pertencemos.

Provenza (1994), concordando com essa visão, afirma que os seios detêm a representação de erotização e maternidade, o que se configura na imagem dupla da feminilidade. Além disso, com a exploração do corpo feminino para o *marketing* de revistas masculinas, o seio passou a ser associado a sucesso e prazer (PROVENZA, 1994).

Em interessante pesquisa descrita por Sandre-Pereira (2003) e desenvolvida por Clellan Ford e Frank Beach sobre as práticas sexuais em 190 culturas diferentes, verificou-se só em 13 delas havia o valor erótico atribuído aos seios, tendo relevância seu aspecto físico para a atração sexual masculina e sua estimulação como parte importante do ato sexual.

Segundo Stoppard (1998), as mamas representam umas das zonas erógenas primárias das mulheres, principalmente por ser região que possui rede extremamente abundante de nervos sensoriais. Durante a excitação sexual, com a estimulação direta da área, seu volume pode aumentar até 25% do normal, os mamilos ficam eretos, e as auréolas tendem a escurecer.

Sandre-Pereira (2003) complementa:

Na cultura ocidental o seio foi inscrito durante muito tempo em uma percepção funcional alimentar, sendo muito recente a erotização dessa parte do corpo feminino. Ao traçar a história da nudez, Jean-Claude Bologne mostrou que, em diferentes sociedades e em épocas diversas, certas partes dos corpos femininos e masculinos, mesmo as mais íntimas, podiam ser mostradas. Segundo esse autor, o significado do olhar lançado sobre a nudez mudou muito ao longo dos séculos no Ocidente, e foi apenas no final da Idade Média que a nudez feminina e a visão do nu passaram a ser identificadas com o desejo e a ter a conotação erótica que conhecemos hoje. O seio, no entanto, permanece discreto até o surgimento do 'amor romântico', no século XVIII. Coincide com essa mudança o nascimento da forma moderna do sentimento conjugal. Relação de sedução e de amor, o casamento se insere na perspectiva do desejo provocado pela visão do corpo feminino, que se mostra de uma certa maneira e seduz. E são os seios que atiram o olhar e fixam a atenção nesse jogo de sedução. As alterações que aparecem em termos da maneira de se vestir evidenciam essas mudanças, através do surgimento dos vestidos com decotes sensuais que valorizam os seios sem os desvelar completamente (p. 473-474).

Essa conotação erótica do seio, segundo a autora, acaba por se intensificar na sociedade ocidental moderna com a extrema relevância dada à função estética do corpo. Sob cunho sexual, o seio deve ter forma e volume padronizados. A mulher que não se insere nesse modelo tem hoje ao seu dispor cirurgias plásticas com a introdução de silicone.

Simultaneamente à forma de ser ver o seio ao longo da história, também o papel da mulher foi sendo modificado, reconstruído e/ou ampliado; ou, poderíamos dizer, de forma inversa, de acordo com o foco da identidade feminina, o significado de seu seio alterava-se: vista a mulher como mãe, o seio tinha como representação principal a função de alimentar os filhos; considerada objeto sexual e de desejo, seu seio também passa a ter como principal característica a erotização.

A primeira representação, porém, não é abandonada ou excluída; torna-se apenas desvalorizada, o que “por coincidência” acontece na França na mesma época (século XVIII) de uma grande mortalidade infantil associada ao uso de amas-de-leite mercenárias. A junção dessas duas representações do seio, que a princípio pareciam tão opostas, começa a ser estudada de forma mais aprofundada

a partir da obra de Freud, que apresenta a idéia de sexualização da relação entre mãe e filho e, conseqüentemente, da amamentação (SANDRE-PEREIRA, 2003).

Apesar da grande difusão das idéias de Freud sobre o tema, percebe-se que ainda hoje existem mulheres vivendo essa aparente dicotomia, segundo a qual o seio maternal e o erótico não podem ocupar o mesmo espaço físico da anatomia feminina. Um exemplo é o caso relatado pela autora de uma mulher cujos seios apresentavam tamanhos bem diferenciados, devido ao fato de amamentar o filho num deles e reservar o outro para o marido. Conclui, então, a autora: “A percepção do seio maternal evidencia, de acordo com os depoimentos de meus informantes, a persistência de uma noção 'sacralizada' da maternidade na construção da identidade feminina (...)” (SANDRE-PEREIRA, 2003, p. 476).

Cabe à mulher realizar a integração do sexual e do materno em sua identidade e no papel de seu seio, percebendo essas duas características não mais separadas e dicotomizadas, mas integrantes de um mesmo corpo, que ora representa uma e ora a outra, posto que uma mesma mulher pode viver sua sexualidade (entendida de uma forma mais abrangente como o fluir de sua energia, de sua libido) em todas as suas relações, em que se inclui as que estabelece com seus filhos.

A questão maior que o seio deflagra na mulher é que ele, junto com o órgão sexual feminino, demonstra uma diferença sexual anatômica entre homens e mulheres, porém, ele por si só, sem a inserção na cultura, não desempenha a função de gênero, não consegue sozinho definir o que é ser uma mulher em determinada sociedade. Nas palavras de Strey (1998),

Enquanto as diferenças sexuais são físicas, as diferenças de gênero são socialmente construídas (...) Gênero está relacionado às diferenças sexuais, mas não necessariamente às diferenças fisiológicas como as vemos em nossa sociedade. O gênero depende de como a sociedade vê a relação que transforma um macho em um homem e uma fêmea em uma mulher (...) A construção cultural do gênero é evidente quando se verifica que ser homem ou ser mulher nem sempre supõe o mesmo em diferentes sociedades ou em diferentes épocas (p. 183).

Para Mead, referendado por Saba (1982), o seio feminino representa uma fonte primária de identificação da mulher com seu papel feminino. A aparência física dos seios representa um critério importante para a mulher sentir-se aceita e desejada. A autora ainda acrescenta que “(...) os seios, além de serem um símbolo de sexualidade são equiparados ao papel da maternidade devido à sua função de serem órgãos geradores de leite. São eles portanto uma porção muito importante

da identificação da mulher como fêmea” (RENNEKER e CUTLER citados por SABA, 1982, p. 48).

Apesar das mudanças nos valores e papéis de gênero, e, conseqüentemente, no papel biológico feminino, a mulher ainda constrói sua identidade com base na “feminilidade”, termo que a autora define por uma combinação de fatores, destacando-se dois: atração física (caracterizada como determinante do desejo sexual) e capacidade de engravidar. Nesse sentido, os seios, assim como os genitais e órgãos reprodutores, adquirem fundamental importância para a adaptação e auto-avaliação como mulher (SABA, 1982).

A definição do que é ser mulher passa, então, pela influência sexual e anatômica do corpo feminino – como foi visto em função da importância do corpo e do papel do seio para a mulher – como também e particularmente pelas diferenças de gênero que são construídas em cada cultura e que se modificam de acordo com as necessidades e demandas de cada época e variam de sociedade para sociedade.

Como conseqüência, uma ameaça física a esses órgãos sexuais, como é o caso do câncer de mama, pode levar à fragilização de seu autoconceito de mulher, à sensação de perda de identidade, de papel e de função de gênero, sobretudo por parte das mulheres que baseiam sua identificação com o papel feminino nos atributos físicos de seu corpo, de seu seio (POLIVY, referendado por SABA, 1982).

De toda forma, qualquer cirurgia pode gerar impactos e efeitos na sensação corporal da pessoa, devido ao fato de o corpo não se encontrar mais completo, intacto e em perfeito funcionamento, variando o grau de ansiedade de acordo com o nível da perda e a significância da parte retirada. No caso da mastectomia (retirada total da mama), a mulher pode sofrer um grande abalo na auto-avaliação da imagem corporal (GRUENDEMANN *apud* SABA, 1982).

Pesquisa citada pela autora e realizada pela Sociedade Americana de Câncer demonstrou que 51% das mulheres apreendiam a remoção do seio como uma perda do sentido de ser mulher. Em outra, desenvolvida por Bard e Sutherland, observou-se que as entrevistadas que fundamentavam sua percepção como mulheres em sua atratividade corporal perdiam o sentido e a motivação para viver quando seus seios eram amputados. Isso reforça a conclusão de Renneker e Cutler, em cuja pesquisa as mulheres tinham como resposta emocional principal a

ameaça ao papel feminino e, depois, o medo do câncer ou da morte. Contrastando com este último estudo, porém, Weisman e Worden afirmam que, nos primeiros dias após o diagnóstico e início do tratamento, a principal preocupação de seus pacientes (não só mulheres com câncer de mama) era com a morte. Maguire, por sua vez, relata que 55% das mulheres recebiam primeiramente as conseqüências do diagnóstico, e apenas 18% delas se afligiam inicialmente com a perda do seio (SABA, 1982).

Outro ponto importante demonstrado pela autora com relação ao impacto do câncer de mama e da mastectomia diz respeito à auto-estima da mulher, que passa a se sentir inútil, desvalorizada e menos mulher, autodepreciando-se pela perda dos seios, o que pode levá-la a um estado de depressão profunda, além de provocar-lhe a sensação e o medo de ser rejeitada pelas pessoas, pela família e pelo esposo ou companheiro, já que se encontra deformada (SABA, 1982).

A família, o esposo ou companheiro e grupos de apoios sociais podem influenciar grandemente na qualidade de vida, bem como na redução ou aumento da depressão da mulher com câncer de mama, por meio de seu comportamento e do apoio prestado (SABA, 1982).

Polivy (*apud* Saba, 1982) descobriu em suas pesquisas haver uma diminuição no grau de satisfação dos relacionamentos íntimos. Bard e Sutherland, referendados também pela autora, acrescentam poder existir a perda do desejo sexual, como efeito da eliminação de uma das fontes de estimulação sexual, bem como pela sensação de estar enganando e privando o companheiro de alguma forma por não ser mais “perfeita”.

Na tentativa de lidar e se proteger contra o impacto da amputação do seio, Saba (1982) afirma, baseada em Polivy, que a negação é um dos mecanismos de defesa mais utilizados por essas pacientes. Reforçando essa visão, o estudo de Greer, Morris e Pettingale, citado pela mesma autora, classificou em quatro categorias as respostas psicológicas das mulheres ao diagnóstico de câncer de mama: negação (rejeição aparente do diagnóstico, sem demonstração de desgosto ou perturbação emocional), espírito de luta (comportamento otimista com procura de informações sobre a doença, sem demonstração de aflição na entrevista), aceitação estóica (admissão do diagnóstico, porém com tentativa de ignorar ao máximo a doença, levando vida normal) e sentimentos de impotência/desesperança (preocupação com a doença e com a morte iminente,

declarando-se extremamente doente e sem esperança de melhora). Segundo esses autores, as evoluções mais favoráveis ao longo de cinco anos, diziam respeito às mulheres que forneceram respostas classificadas como negação e espírito de luta; 88% das mulheres que morreram tinham respondido ao diagnóstico com a aceitação estóica ou com a impotência/desesperança.

Devido a essa importância do papel do seio feminino, falar sobre câncer de mama pode tornar-se algo sentido como ameaçador pelas mulheres, principalmente no contexto brasileiro, em que esse tipo de câncer é o que mais mata mulheres. Além do risco e do medo de perder a vida, a mulher com câncer de mama tem que enfrentar, depois de uma bateria de exames e biópsias, um tratamento extremamente invasivo, na maioria dos casos com necessidade de cirurgias mutilatórias (mastectomia ou quadrantectomia), uso da radioterapia, da hormonioterapia e da quimioterapia, e, em consequência de algumas modalidades desta última, perda total dos cabelos.

4

A pesquisa de campo

4.1.

Questão e abordagem metodológica

A análise da literatura acerca das representações sociais do câncer, de sua etiologia e seu tratamento apontou que muitas são as visões e perspectivas pelas quais se pode apreender o tema.

A partir de nossa pesquisa de campo, procuramos captar as formas como todas essas visões se correlacionam, interagem e convivem na atualidade. Para isso, utilizamos o discurso de mulheres que tiveram câncer de mama, buscando compreender as representações sociais por elas construídas, elaboradas e internalizadas, com base em suas vivências, sobre a doença, sua etiologia e as repercussões do tratamento.

O contato com o campo nos colocou de forma prática e concreta com a realidade, uma vez que as referências teóricas encontradas sobre esse tema não abordam, em sua maioria, especificamente o de mama, mas o câncer de modo geral. A experiência de campo, portanto, nos permitiu sair dos conceitos teóricos sobre o câncer e passar a lidar de forma concreta com esse mal, que representa uma das principais causas de morte por doença de mulheres em nosso país, confrontando-nos com a dura realidade de uma enfermidade cuja cura não alcança 100% dos casos e que ainda conserva alto índice de mortalidade.

Como abordagem metodológica, optamos pela realização do estudo de caso, desenvolvendo a análise de 10 casos de mulheres que tiveram câncer de mama. Utilizamos entrevistas semidirigidas e um questionário como forma de abordagem. Nossa coleta e análise dos dados são de natureza qualitativa.

4.2.

Participantes

No trabalho de campo, além das 10 mulheres que tiveram câncer de mama, contamos ainda com a participação de seis familiares (sendo dois deles de uma

mesma família) e um ex-marido (que na época do adoecimento ainda se encontrava casado com a paciente) para a coleta de dados adicionais. Para garantir o anonimato, eticamente necessário e desejável, nomeamos os casos pelas letras A, B, C, D, E, F, G, H, I e J, acrescentando-lhes números que identificassem as pacientes (1) e seus familiares (2 e 3) que aceitaram participar da entrevista com a família, configurando-se assim nosso universo: A1, A2, B1, B2, C1, D1, E1, F1, F2, G1, G2, H1, H2, H3, I1, J1 e J2.

Para a escolha dessas mulheres, estabelecemos inicialmente os seguintes critérios: 1- ter primeiro grau completo; 2- estar associada à Instituição onde realizaríamos as entrevistas; 3- ter tido o câncer de mama com idade entre 35 e 50 anos; 4- estar em processo de observação por pelo menos três anos; 5- ter sido submetida à mastectomia (retirada total da mama afetada); e 6- não ter feito a reconstrução mamária. Para melhor visualização desses critérios e de suas características pessoais, elaboramos um quadro, que se encontra no Anexo 1.

Esses critérios foram escolhidos na tentativa de agrupar pessoas semelhantes para posterior comparação dos dados (escolaridade, sexo e ser membro ou participar de um mesmo grupo). Quanto à idade, escolhemos a faixa etária superior a 35 anos, por ser o segmento de maior incidência dessa doença. O quarto critério foi pensado devido à consciência da profundidade dos temas tratados na entrevista. Acreditamos que uma mulher que esteja curada ou em processo de tratamento por mais de três anos possa falar sobre seu adoecimento com certo distanciamento. Incluímos os dois últimos critérios por representarem as características da maior parte da população que participa dessa instituição, bem como em função de dados obtidos em outras pesquisas, reveladores de que o impacto da mastectomia é extremamente maior do que o enfrentado por mulheres que se submetem à quadrantectomia (retirada parcial da mama afetada) (SABA, 1982; SPINK, 2003).

No decorrer da pesquisa, porém, este último critério foi sendo remodelado em virtude de surpresas e imprevistos; embora não programadas, as informações se configuram em dados interessantes, e acabamos optando por sua flexibilização. Uma de nossas entrevistadas, ao ser selecionada afirmou não ter reconstrução mamária, porém, na entrevista percebemos que ela já havia tentado duas vezes, mas, devido à rejeição, fora necessário retirá-la anos depois. Seu discurso apresentava algumas diferenças relevantes quando comparado ao das

entrevistadas sem reconstrução, o que nos incentivou a realizar mais entrevistas com mulheres que haviam tentado a reconstrução sem sucesso (duas) e uma que fora bem-sucedida.

Além das características automaticamente decorrentes de nossos critérios, obtivemos por intermédio da Instituição informação a respeito da classe de inclusão dessas mulheres: média ou a menos favorecida da população brasileira. Foi possível detectar em nossa amostra, justamente por procurarem e pertencerem a essa Instituição, acesso a informações sobre a doença, sua etiologia e seu tratamento maior do que o da população em geral.

Para a entrevista com os familiares e o ex-marido não houve critério de seleção, tendo a entrevista sido realizada com qualquer membro que quisesse participar, a partir de escolha, pedido e consentimento feitos pelas próprias pacientes.

4.3.

Local da pesquisa

Inicialmente pretendíamos realizar a pesquisa de campo em uma casa de apoio a pacientes com câncer na cidade do Rio de Janeiro, na qual foram efetivados o contato inicial e entrevistas piloto, para treino e aprendizado da pesquisadora, com as próprias voluntárias da instituição que tinham passado pelo adoecimento por câncer de mama.

Posteriormente, quando retomamos o contato para a realização da pesquisa propriamente dita com a classe menos favorecida ali atendida, as próprias voluntárias sugeriram tentar outra instituição, devido à falta de dados catalogados sobre as participantes, o que dificultaria sua seleção pelos critérios estabelecidos no item anterior.

Foi sugerido pelas voluntárias, então, o contato com a psicóloga responsável pela coordenação do curso de Especialização de Psico-Oncologia no Rio de Janeiro e que trabalha em um hospital municipal da mesma cidade.

Após contato telefônico e encaminhamento do projeto de pesquisa para a psicóloga em questão e o diretor médico do Setor de Oncologia desse hospital, foi marcada uma entrevista com ambos, em que se discutiu sobre os objetivos da pesquisa, os critérios para a seleção dos sujeitos e as questões incluídas no roteiro

da entrevista. Essa discussão tornou-se muito rica, sendo acrescentadas questões não vislumbradas anteriormente em nosso roteiro e demarcados ainda mais precisamente os critérios para a seleção dos sujeitos, com o objetivo de obter uma população ainda mais homogênea.

Efetuamos a primeira entrevista piloto depois de despender enorme tempo na procura de prontuários compatíveis com os critérios estabelecidos, pois não havia contato freqüente com a paciente, que se encontrava há três anos em tratamento ambulatorial, só indo ao hospital anualmente. Dada a urgência de realizar o trabalho em função dos prazos acadêmicos, agradecemos a abertura, ajuda e disponibilidade de ambos os profissionais, mas optamos por outra casa de apoio, em que pudéssemos agilizar o contato com as entrevistadas.

A instituição em que finalmente desenvolvemos a pesquisa é uma associação voltada para pacientes com câncer de mama, estabelecida na cidade de Niterói, com experiência anterior nesse tipo de contato e que nos recebeu com enorme abertura e disponibilidade. Contamos especialmente com o apoio e ajuda da médica responsável, a qual nos auxiliou na adequação dos critérios de seleção dos sujeitos, tornando-os mais compatíveis com a população ali atendida.

Trata-se de entidade sem fins lucrativos, de caráter aberto e sem limite temporal de freqüência, que atende a mulheres com diagnóstico de câncer de mama, residentes em Niterói e municípios vizinhos, tendo como objetivo principal promover mudanças e melhorias no perfil psicossocial das participantes. Seu cadastro atual inclui mais de 500 mulheres, que contam com a participação voluntária de uma médica, duas psicólogas, quatro fisioterapeutas e um professor de educação física. Um vez por semana, a associação oferece reuniões de apoio, atendimento psicológico em grupo e individual, aulas de reabilitação postural e de "Tai-chi-chuan", grupo de teatro e artesanato, e palestras educativas e de prevenção. Esporadicamente realiza reuniões com as famílias, passeios e eventos sociais em dias festivos, a fim de arrecadar fundos para a manutenção da entidade.

Realizamos na própria instituição as entrevistas com as mulheres que tiveram câncer; em sua residência quatro entrevistas com familiares; além de uma na residência da irmã de uma paciente e uma no escritório de trabalho do ex-esposo de outra.

4.4.

Instrumentos

A pesquisa utilizou como instrumentos de coleta de informações entrevistas e questionários.

a) Entrevistas semidirigidas com 10 mulheres que tiveram câncer de mama

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas sem correção ou edição das falas das entrevistadas, o que é assim justificado por Pinto (1999):

(...) a linguagem verbal e as outras semióticas com que se constroem os textos são partes integrantes do contexto sócio-histórico e não alguma coisa de caráter puramente instrumental, externa às pressões sociais. Têm assim, papel fundamental na reprodução, manutenção ou transformação das representações que as pessoas fazem e das relações e identidades com que se definem numa sociedade (...) (p. 24).

As entrevistas com as mulheres que tiveram câncer foram realizadas individualmente, em sala disponibilizada pela própria instituição, estando presente apenas a pesquisadora e cada entrevistada, sem que tivesse ocorrido contato prévio entre elas.

O roteiro abaixo orientou as perguntas que foram feitas no decorrer da entrevista.

Como descobriu a doença; o que pensou na hora; como define o câncer; como reagiu ao fato de ser na mama; que papel atribui à mama; como foi o tratamento e como o avalia; como reagiu à perda do cabelo; como era a relação com o parceiro e como ficou após a mastectomia; como foi a reação do parceiro à mastectomia; como era a vida sexual e como ficou após a cirurgia; qual foi a reação da família ao diagnóstico; associação do câncer a alguma coisa; de onde tirou essa associação; associação feita pela família e possível origem; uso de algum tipo de tratamento complementar ou alternativo; algum fator que tenha ajudado a enfrentar o adoecimento; o que ficou desse adoecimento; como lida com o sentimento de raiva; algo que gostaria de acrescentar.

b) Questionário aplicado pela pesquisadora às mesmas mulheres logo após a entrevista ou, posteriormente, por ligação telefônica (ver Anexo 2).

O questionário continha perguntas objetivas sobre sua vida pessoal, familiar e sobre a doença. Para sua elaboração, tomamos por base um questionário da própria instituição, que é respondido por todas as mulheres, quando de sua entrada como participante da entidade.

c) Entrevistas semidirigidas com familiares e/ou ex-esposo das mulheres entrevistadas

As entrevistas foram feitas pela própria pesquisadora, sendo cinco na residência das famílias e uma no escritório de trabalho do ex-marido.

Referente às seis famílias que aceitaram participar, três entrevistas foram realizadas com a presença da mulher que teve câncer de mama; duas aconteceram apenas com os familiares (escolha feita pela própria paciente, que se mantinha em outro ambiente da casa, embora lhe fosse possível tudo escutar); e de uma participaram apenas o ex-marido e a pesquisadora, sem a presença da paciente no recinto ou em seus arredores.

O roteiro abaixo orientou as perguntas que foram feitas no decorrer da entrevista.

O que lembram sobre o adoecimento de X; como acreditam que ela descobriu a doença; como e quando receberam o diagnóstico; o que cada um pensou na hora; como reagiram ao diagnóstico; qual foi a reação de X; como reagiram à cirurgia, ao tratamento e à perda de cabelo, e como acham que a paciente reagiu; como responderam ao fato de ser na mama; como ficou a relação íntima e sexual após a mastectomia; o que pensa da reconstrução mamária (pergunta feita ao companheiro); associação do câncer a alguma coisa e como chegaram a essa associação; algo que os tenha ajudado a enfrentar o adoecimento de X; existência de algum outro membro com câncer na família; o que guardam do adoecimento de X; algo que gostariam de acrescentar.

Optamos pela realização de entrevistas semidirigidas por permitirem que o entrevistado fale sobre o tema sem interrupções, tendo o pesquisador, porém, liberdade para realizar algumas intervenções, buscando obter explicações mais detalhadas, esclarecer e ampliar informações sobre assuntos abordados, obscuros e/ou não compreendidos (Santos, 1996).

4.5.

Procedimentos

Inicialmente foi realizado contato pessoal com a Instituição, quando foram entregues às dirigentes o projeto de pesquisa e uma apresentação geral a seu respeito e de seus objetivos, bem como a discussão dos critérios de seleção das entrevistadas mais adequados à entidade.

Após o consentimento e autorização das dirigentes, teve início uma fase de sondagem em que ia sendo perguntado às mulheres que compareciam à Instituição e se adequavam às características dos critérios estabelecidos se gostariam de participar da pesquisa. Para as que aceitavam era feita então uma rápida apresentação da pesquisadora e da pesquisa, informando sobre seus objetivos e vinculação com a PUC-Rio: “Sou psicóloga, e esta é uma pesquisa de mestrado em psicologia desenvolvida na PUC-Rio que investiga as representações sociais do câncer de mama. Todos os dados fornecidos serão confidenciais, e sua identidade será preservada”. Além disso, era entregue o termo de consentimento para a entrevista (ver no Anexo 3) e sondada a possibilidade de gravação em áudio, que todas aceitaram, sem qualquer problema.

Foram feitas então, na própria instituição, duas entrevistas piloto com mulheres que tiveram câncer de mama e uma entrevista piloto com a família (seu esposo) em sua residência e presença, pois apenas uma delas consentira na realização de entrevista com a família. Essas entrevistas piloto tinham como objetivo avaliar e aperfeiçoar o roteiro, e os dados obtidos não foram incluídos no resultado da pesquisa. Posteriormente, realizamos 16 entrevistas para a coleta de dados, sendo uma individual com cada uma das 10 mulheres na própria sede da instituição, em sala disponibilizada para tal; com cada um dos seis familiares indicados pelas pacientes, que poderiam ou não estar presentes, de acordo com sua escolha. O local desse segundo bloco de entrevistas foi escolhido pelos entrevistados de acordo com sua maior comodidade: quatro realizaram-se na própria residência da família, uma na casa da irmã da paciente, e uma no escritório de trabalho do ex-marido da paciente.

As entrevistas duraram em média 40 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas com o consentimento formal assinado pelos entrevistados. A pesquisadora contou com um roteiro que especificava os itens a

serem abordados, porém, as perguntas foram formuladas na hora, sem ordem preestabelecida a ser seguida, de forma a se configurar em entrevista aberta e em tom de conversa.

4.6.

Análise e discussão dos dados

A análise dos dados foi realizada de acordo com a metodologia qualitativa proposta por Nicolaci-da-Costa (2002), que se divide em duas etapas: intra-sujeitos e intersujeitos. Na primeira, reunimos o conjunto de respostas de cada entrevistada com o objetivo de aprofundar nossa compreensão sobre cada sujeito e sua representação social do câncer e de sua etiologia. Nesta etapa procurávamos também detectar incongruências, contradições e divergências de pensamento e/ou sentimento ao longo de suas respostas. A segunda etapa consiste na análise das respostas de todos os sujeitos a cada questão formulada e tem por objetivo fornecer uma visão ampla e geral desse universo a fim de criar categorias de análise.

Exibiremos, primeiramente, a análise intra-sujeito de cada mulher que teve câncer de mama, examinando sua concepção pessoal da doença, da etiologia e das repercussões da perda da mama e do tratamento oncológico, e acrescentando as observações pessoais da pesquisadora sobre sua entrevista individual e, quando for o caso, as informações adquiridas na entrevista com o familiar. Escolhemos para iniciar cada caso apresentado uma frase à guisa de título, a qual acreditamos caracterizar a entrevistada, por ter-se mostrado extremamente marcante em seu discurso. Posteriormente, iremos expor a análise intersujeitos, com as categorias de análise desenvolvidas.

4.6.1.

Análise intra-sujeito

Caso A – (...) quando é um casamento de verdade, conforme o meu é, eu acho que supera tudo

Identificação: entrevistada A1, 50 anos, aposentada do lar, casada, sem filhos, segundo grau completo, católica praticante, realizou histerectomia em 97 (remoção do útero), quadrantectomia em 98 e, em 99, mastectomia da mama direita. Fez tratamento radioterápico após a cirurgia, não foi submetida à quimioterapia e toma Tamoxifeno (inibidor hormonal) há mais ou menos três anos e meio. Com reconstrução mamária. Fumou por cerca de 33 anos e há três parou de fumar. Uso de pílula por quatro anos; não fez reposição hormonal durante a menopausa.

Sobre sua família de origem, possui pais falecidos e 14 irmãos, sendo vivos três homens e oito mulheres, e três falecidos. É a décima primeira filha e não possui histórico de câncer na família.

Definição da doença

(...) Hoje eu acho que é uma coisa ruim que passou na minha vida e que foi embora, entendeu? Hoje; mas na época que eu soube, eu me via morta, eu me via no caixão. Quando eu deitava pra dormir, eu não conseguia ver outra coisa a não ser o meu próprio enterro (...)

(...) isso acontece com qualquer um. Se você está viva, você está correndo o risco de passar por qualquer coisa na vida, inclusive o câncer, porque está uma incidência tão grande (...)

Aí quando eu vim pra associação e dei com X... aí X tá com 30 anos de operada. Aí aquela imagem da morte estava na minha cabeça, aí quando eu olhei pra X... pô, ela tá com 30 anos; você imagina hoje que é bem mais fácil; imagina o que essa criatura não passou, no caso agora, há 35 anos atrás? Assim, caramba, se ela está com 30 anos de operada, por que eu não vou viver? Então o meu medo, o meu medo, eu acho que era de morrer; eu não aceitava a idéia de morrer, e eu me apeguei nela (...)

Para a A1, portanto, câncer era uma doença associada diretamente à morte e com grande incidência na população, sendo todos passíveis e vulneráveis a ela. Era, portanto, para A1, uma doença incurável e mortífera.

Só após sua própria experiência e o contato com outras mulheres da instituição que passaram pelo mesmo adoecimento e estão curadas é que ela passou a modificar sua visão da doença. Hoje, sente-se curada.

Etiologia da doença

Eu sou assim, eu sou muito é... eu me preocupo demais com os outros, sabe, eu acho que eu sofro, isso é o meu pensamento, eu sofro o problema dos outros e acho que isso não faz bem pra ninguém. Eu sofro o problema dos outros, sei lá, e eu acho que ela [sobrinha] é muito parecida comigo, muito, muito, muito, e eu me preocupo com ela, inclusive eu já chamei ela, já conversei com ela: 'cuidado que eu era assim igual a você', entendeu?

Olha, eu fui sempre gordinha (...) Todo mundo fala que a gordura tem alguma coisa a ver com câncer, e outra coisa que eu tô achando que essa incidência de câncer tá ficando muito grande, devido a esses remédios que eles andam colocando, porque eu já peguei cenoura pra comer e eu sinto aquele cheiro forte de remédio; é, cenoura, aquela vermelha; beterraba; é de fazer salada e jogar fora, que fica com um gosto insuportável desses agrotóxicos que eles andam colocando (...) ele [médico] disse que a minha taxa de hormônio tava muito alta, aí ele pediu pra que diminuísse a carne e o frango (...) porque ele disse que tá muito cheio de hormônio, o frango e a carne; então, se eu puder passar sem, eu passo. Eu me associo a isso; agora, não sei se é também, né? Há muitos remédios que a gente anda tomando, inclusive qualquer probleminha que tu tem, toma remédio; se não tomar o remédio, a dor não passa (...) isso tudo é remédio, inclusive você já usa remédio sem tomar, né, na própria comida, o cheiro dos remédios tá aí, pra quem quiser ver.

(...) de família não é; bom, pode até ser, porque os parentes do meu pai eu não conheci; eu conheci muito os parentes da minha mãe, tios e tias, né; do meu pai eu não conheci; a não ser que tenha sido do meu pai e eu não sabia.

A1 associa a etiologia do câncer portanto à gordura, à alimentação com produtos impregnados de agrotóxicos e hormônios, ao uso excessivo de remédios e ao fato de ser uma pessoa que tem como característica de personalidade a preocupação em demasia com as outras pessoas e seus problemas.

Lembramos que esta última associação, ligada a sua própria personalidade, foi feita pela entrevistada de forma espontânea, antes mesmo de ter sido abordado o assunto, ao demonstrar o receio de que sua sobrinha também “desenvolvesse” um câncer devido à semelhança de personalidade e comportamento com os seus.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

(...) ele [médico] tiraria um pedacinho pra fazer exame. Se fosse positivo, ele faria a retirada da mama toda, e eu não aceitei e disse: 'não, Dr. X, eu prefiro que o senhor faça o quadrante, que tire a área que esteja afetada e me deixa com pelo menos um pedacinho da minha mama'. Porque eu não aceitava tirar a mama, na hora, de imediato, eu disse: 'não, não, não'. Foi difícil eu aceitar o fato, né? Eu acho que é difícil para qualquer mulher, né?

(...) Olha, quando eu soube mesmo que eu ter que tirar a minha mama eu pegava, acariciava ela: ‘não, não acredito no que tá acontecendo, por que comigo?’ Entende? Eu não aceitava (...)

(...) a primeira coisa boa que eu senti [após a reconstrução mamária] foi quando o meu braço tocou, que eu senti que eu estava tocando em mim de novo, que eu não tava tocando numa prótese; nossa! mais aquilo ali foi muito bom, muito bom mesmo.

Para A1, a mama representa uma parte sua, “um pedaço de mim”. Apesar de não explicitar de forma direta o quanto a mama tem importância para sua identidade como mulher e para sua sexualidade, conseguiu afirmar o quanto se sentiu mais alegre após a reconstrução mamária, sua preocupação com a reação do marido após a retirada da mama e a melhora na sua relação íntima com ele após sua recuperação.

(...) em relação ao casamento, em si, continuou tudo a mesma coisa; ele não mudou em nada. Eu tenho tantas colegas aí, né, que quando passam por um negócio desses o marido larga; eu acho que quando larga é que já não tá bom, entendeu? Porque quando é um casamento de verdade, conforme o meu é, eu acho que supera tudo. O que eu já te falei e torno a falar: não foi por ele que eu fiz a minha reconstrução; eu fiz por mim, pra eu me sentir bem. Agora, em relação ao meu casamento não mudou nada (...) Continua a mesma coisa; olha, quando eu vim logo do hospital, quando eu operei, ele foi a primeira pessoa que viu; quando eu vim pra minha casa, foi ele que foi o meu enfermeiro, entendeu? Ele que me dava banho, ele fez tudo. Então eu só tenho que agradecer a Deus (...)

Olha, a idade vai chegando, né, você sabe que não é mais como era antes (...) eu já fiz 50, ele já fez 55, e o que aquela menina falou (...) tá acontecendo; a quantidade diminuiu, mas a qualidade aumentou, entendeu?

(...) quando você sabe que tem um problema de uma doença grave, você perde um pouco a ... você fica tão angustiado, tão, tão... sei lá, eu nem sei te explicar direito, porque você acaba nem ligando pra muita coisa ou então você fica naquela preocupação: ‘meu Deus, como é que o meu marido vai reagir?’. Porque até então eu nunca tinha passado, mas depois que você volta, que vê que tem o tempo da cirurgia, que você se recupera, que sua cabeça vai melhorando, volta tudo ao normal, volta tudo ao normal.

Ao falar sobre sua sexualidade, mostrou certo acanhamento, conseguindo apenas dizer que “voltou tudo ao normal” e que “a qualidade aumentou” com os anos.

Discussão

Justificando sua indicação pelo fato de sua família viver em outro estado, A1 aceitou a realização da entrevista só com o marido (A2), que também aceitou participar. A entrevista ocorreu duas semanas após a individual com A1. Apesar de dizer que não gostaria de participar da entrevista de A2, para deixá-lo com mais liberdade em suas exposições, A1 permaneceu todo o tempo na cozinha, um ambiente que tinha contato direto com a sala onde estávamos eu e seu marido. Esse fato pode demonstrar uma certa curiosidade de A1 em saber o que pensa o cônjuge a respeito de seu adoecimento e também o desejo de participar, embora não quisesse interferir.

Pudemos perceber na entrevista com A2 o quanto o adoecimento de A1 o abalou profundamente, sobretudo por ter perdido sua mãe com câncer 10 anos antes. Na entrevista, ele se mostrou retraído, falando bem baixinho e com muita emoção ao mencionar a morte de sua mãe e seu enorme medo de perder A1 para a mesma doença. A2 afirmou ter procurado o médico de A1 várias vezes para conversar em particular e se sentir seguro de que ela não correria nenhum risco de vida com as cirurgias (quadrante, mastectomia e de reconstrução) ou com o tratamento por radioterapia.

Para A2 o câncer era uma doença que não tinha cura e que em poucas semanas acaba com a vida da pessoa. É uma destruição que acaba com a pessoa e sua família. Essa concepção tinha por base sua experiência pessoal: a morte por câncer de sua mãe e de uma colega de trabalho em poucas semanas.

Com relação à perda da mama, A2 afirmou ter sido “normal” e que nada mudou ou afetou sua vida conjugal. Disse ter-se conformado com a situação se era para o bem-estar e saúde da companheira. Quanto à reconstrução mamária, relatou que ficou “muito legal” e que “melhorou 100%”.

A2 relatou ainda que, quando A1 tomou conhecimento de seu diagnóstico, entrou em desespero, tendo ido até seu trabalho em prantos.

O casal não tem filhos nem parentes próximos, vivendo um para o outro, tal como demonstrado tanto pela fala de A1 como pela de A2. Ambos os discursos denotam extremo respeito, preocupação, carinho e amor um pelo outro.

Na sua entrevista individual A1 deixou transparecer em seu discurso todo o seu medo em relação à doença e à morte, como também seu pavor por perder sua mama, parte considerada imprescindível para sua constituição enquanto mulher, o que justifica toda sua luta pela realização da quadrantectomia (mesmo o médico

afirmando que seria melhor no seu caso fazer a mastectomia) e, posteriormente, também a opção pela reconstrução mamária, mesmo à revelia de todos os parentes e do próprio esposo, que aconselhavam a não fazer, alegando que não havia necessidade.

O discurso de A1 era aparentemente tranqüilo; ela falou devagar e pausadamente. Demonstrou enorme saudade da mãe, momento em que seus olhos se encheram d'água, e também enorme amor, admiração e gratidão pelo marido, pela relação que possuem e pelos cuidados e compreensão prestados por ele ao longo de seu adoecimento. Nesse momento chegou a se emocionar, e lágrimas rolaram sobre seu rosto. Enfatizou sua relação de cumplicidade e confiança, demonstrando ser esse o vínculo mais importante de sua vida, além do que mantém com seu irmão.

Não manifestou de forma evidente nenhum tipo de contradição em seu discurso, integrando congruentemente o que falava com o que expressava corporalmente. De acordo com as categorias descritas por Saba (1982) e apresentadas em nosso capítulo teórico, percebemos que A1 teve como reação inicial o “sentimento de impotência/desesperança”, ao afirmar que iria morrer, que já se via no caixão, demonstrando total falta de esperança; porém, ao ter contato com outras mulheres da própria instituição que haviam passado pelo mesmo adoecimento e estavam vivas, encheu-se de esperança e imbuiu-se do “espírito de luta”, que passou a ser sua resposta psicológica principal, levando-a a acreditar na possibilidade de cura.

Evidenciam-se também em seu discurso grande religiosidade e fé inabalável em Deus, ao afirmar que não teria conseguido vencer esse adoecimento se não fosse seu apoio e força.

A partir de suas definições e descrições sobre o câncer e sua etiologia, pudemos inferir ainda que suas concepções enquadram-se mais diretamente nas perspectivas biológica e psicológica apresentadas em nosso capítulo teórico; por conseguir integrar essas duas vertentes, porém, encontra-se também vinculada à perspectiva multifatorial.

Caso B – Fui a premiada

Identificação: entrevistada B1, 47 anos; aposentada – era chefe de contabilidade, mas hoje dá aulas de trabalhos manuais (pintura); casada, dois filhos, terceiro grau completo (contabilidade), evangélica praticante; realizou mastectomia da mama direita em 2000. Submeteu-se a tratamento quimioterápico após cirurgia; não fez uso de radioterapia nem de Tamoxifeno. Sem reconstrução mamária. Fumou durante 12 anos, usou pílula por 10 anos e não tomou hormônio para a menopausa.

Sobre sua família de origem, informa que a mãe faleceu, o pai está vivo, bem como seus três irmãos, sendo dois homens e uma mulher. É a segunda filha, mas a primeira das mulheres. Não possui histórico de câncer na família, sendo essa a razão pela qual se diz “a premiada” (frase título).

Definição da doença

Eu sei que o câncer, né, são células que nascem desordenadamente assim e vai prejudicando, e é uma área muito perigosa. Área, né, do coração, do pulmão. Ai eu queria me ver livre do caroço.

Eu acho que na cabeça dele [esposo] passava assim uma, uma... tipo uma sentença matemática: câncer = morte. Entendeu? Eu acho (...) Pra mim era assim: câncer = tratamento. Porque é como eu disse a você, eu lia reportagens, revistas, eu vejo muito o Canal 2, Sem Censura. Então, de tudo eu presto atenção. E cientista fazendo pesquisa, médicos e tem cura.

É o primeiro câncer de mama na família. Eu fui a premiada. Deus está querendo... é, é... Deus está querendo dizer pra família alguma coisa. A gente ainda não entendeu. De repente foi pra dizer: ‘oh, câncer não mata não, heim’.

Para B1 a definição da doença está atrelada à terminologia médica e a sua visão religiosa. Para ela, o câncer é uma doença passível de cura e que representou também um aprendizado para seus familiares, no sentido de modificar-lhes a percepção da doença, desconstruindo a associação de câncer e morte.

(...) ela [falando si mesma] está muito ciente do que está acontecendo com ela e ela confia que Deus vai tirar ela dessa situação, e ela sabe que a ciência também pode ajudar. Então... essa dupla aí. Ela está tranqüila.

Ninguém vai morrer nada, eu tenho dois filhos, eu quero ver neto. Eu dizia: ‘Deus, eu quero ver meus netos’. Meu filho mais velho na época estava namorando em casa, e eu dizia: ‘Eu quero ver meus netos’. A casa estava reformando, e eu dizia: ‘eu quero ver minha casa grande, minha sala pintada, minhas cortinas’. Eu botava isso na minha cabeça, mas tentava passar isso pra ele [esposo], mas ele ficou deprimido. Ele em três meses, ele emagreceu tipo assim coisa de uns 10 quilos.

Percebemos que B1 se apoiou nesse discurso médico e religioso, e na construção de motivações pessoais, como ver pronta sua casa que estava em obra e chegar a conhecer seus netos, com a finalidade de obter força e esperança para vencer a doença.

Etiologia da doença

Não associei a nada não, porque, depois, eu comecei a estudar e estudar, e diz que ainda não foi descoberto uma causa. Pode ser várias causas. Eu sou light. Meu marido briga comigo e diz que eu sou light, porque eu não gosto de fritura, eu gosto de caminhar. Eu já saio de casa assim: de tênis, camiseta.

Então, a alimentação... eu como muita fruta, como muita verdura, então... É o primeiro câncer de mama na família.

Percebemos pelo discurso de B1 que ela não faz uma associação de forma direta à etiologia do câncer, porém, logo em seguida, vincula-o à ingestão de frituras e à hereditariedade, o que não condiz com seu caso em particular, já que afirma comer coisas *light*, frutas e verduras, praticar exercícios regularmente, arrematando com a informação de o seu ser o primeiro caso de câncer na família.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

Eu botei na minha cabeça que viveria bem sem a mama, mas se aquele carocinho ficasse ali... aí eu pressionei um pouquinho a médica.

O mais complicado pra mim foi cair o cabelo, porque eu tinha um cabelo cacheadinho, entendeu? Então, a médica disse que eu ia fazer quimioterapia; depois de um mês de operada eu comecei a fazer, e foi difícil o cabelo. Porque a mama a gente põe uma prótese, põe roupa e tal, e ninguém vê. Passa na rua e ninguém vê.

Para B1, portanto, a retirada da mama não foi vivenciada como uma grande perda, inferior, aliás, à queda do cabelo, o que demonstra a importância que atribui à questão estética. Ser vista careca pelas pessoas parece ser pior do que sem a mama, pois, com o uso da prótese, consegue disfarçar esta última falta. Além disso, seu desejo de curar-se, de se ver livre dessa doença representou um estímulo para ela lutar e, ao mesmo tempo, auxiliou-a na aceitação da perda da mama, o que, para ela, representava a “garantia” de que ficaria curada.

A minha médica lá no hospital já me mandou pra... pra cirurgia, mas eu não quero fazer a reconstrução (...) Porque eu acho que eu não tenho que estar mexendo em nada. Não faz diferença pra mim. Eu vou à praia, faço hidroginástica, faço natação, entendeu? Tenho movimento completo, boto roupa colante, roupa transparente, boto rendinha. Eu adaptei minhas roupas, minhas coisas. Claro que eu não vou usar blusa decotada, mas uso camiseta.

(...) o problema é a anestesia (...) Se não tivesse esse problema da anestesia, de choque e não sei o quê, eu até faria não por mim, mas pelo meu marido (...) Mas eu... não quero não. Não quero não, porque eu não gosto de hospital.

(...) às vezes eu fico assim com o astral meio baixinho (...) Não gosto de ficar fazendo exames (...): 'ah, eu vou ter que voltar no hospital, e faz mamografia, e faz isso, e tira sangue, e tira sangue, e faz radiografia, e faz cintilografia, e bota contraste...' Então isso me deixa assim meio... mas eu faço. Eu não deixo de fazer não. Aí agora eu vou fazer de novo, então isso me deixa assim... mas eu encaro numa boa.

B1 não deseja fazer a reconstrução mamária tanto devido ao medo da anestesia, de ter que se submeter a outra cirurgia, como por estar se sentindo bem assim e adaptada ao uso da prótese. Parece demonstrar ainda, porém, um medo latente da recidiva ao afirmar que não deseja mexer no local da cirurgia para realizar a reconstrução e que se sente de “astral baixo” por ter que fazer os exames de controle.

Eu fiz a cirurgia e fui pra casa. Lá no hospital a psicóloga conversou comigo: 'Bom, você vai com uma prótese'. Me deram uma prótese de lá. Eu cheguei inteirinha, bonitinha. Foi aquela coisa. E enquanto eu estava com os pontos, ele me respeitou, ficou na dele e tal. Mas depois a necessidade física falou mais alto. Eu fiquei com vergonha. Eu não queria tirar camisola, a luz apagada, tudo no escuro e tal. Mas ele me mostrou que pra ele não estava fazendo diferença nenhuma. Inclusive ele falou uma coisa que eu falo aí, e a psicóloga ri à beça. Ele disse assim: 'Pra que duas mamas se eu só tenho uma boca?' Entendeu? Esses troços assim; então ele foi me deixando à vontade. E não forçou pra tirar, que eu ligasse a luz. Nada disso. Ele foi me mostrando sem palavras. Ele foi me mostrando que não tinha problema, que eu estava bem, que ele gosta de mim pelo que eu sou e não pelo que eu estou aparentando ali. Isso já faz quase quatro anos (...) Isso foi só no início, agora eu já estou sem vergonha (risos).

Na relação com o marido, B1 ressalta em sua fala um grande companheirismo e sua aceitação da perda da mama, enfatizada também por seu não-incentivo à reconstrução. Na relação íntima do casal, percebemos uma certa timidez por parte de B1 no início de sua nova situação, explicitada por sua dificuldade de ficar totalmente nua; com o apoio e incentivo de seu marido, porém, ela retomou sua vida sexual sem maiores problemas.

Discussão

Para a entrevista com a família, B1 indicou seu marido, justificando sua escolha com a afirmação de que ele adora conversar. Por telefone foi marcada a data, após B1 ter confirmado a aceitação da família em participar. Na data agendada, porém, realizamos a entrevista em sua residência só com seu filho (B2) e a namorada dele. O marido havia saído, mesmo sabendo do agendamento, e a filha, que não estava em casa, dissera para a mãe que preferia não participar porque ainda não se sentia preparada para falar sobre o tema.

Na entrevista com B2 e sua namorada, B1 manteve-se presente e muitas vezes interrompeu a fala do filho, acrescentando algum detalhe de que se recordava. Demonstrou grande necessidade de falar sobre o tema, mostrando-se bastante loquaz, até mais do que seu filho. Em alguns momentos, B1 chorou copiosamente, demonstrando assim ainda estar elaborando todo seu processo de adoecimento e, também, o quanto ele lhe causou sofrimento, aspectos não expressos em sua entrevista individual.

O filho também emocionou-se ao lembrar e falar a respeito do dia em que ajudou B1 a fazer o curativo após o banho. A tarefa cabia ao esposo, que nesse dia, porém, não se encontrava presente, e o filho precisou assumi-la.

B2 afirmou ter sido essa experiência uma das mais marcantes de sua vida e destacou também o dia em que realmente se deu conta do adoecimento de sua mãe e de tudo o que ela havia passado devido à doença. Relatou também que o período mais estressante enfrentado por ele com relação ao tratamento da mãe foi logo após o diagnóstico, pois estava se mudando a trabalho por um ano para um estado distante e se sentiu dividido entre ir e realizar um sonho, e ficar e cuidar da mãe. Optara por mudar-se, principalmente pelo incentivo que recebeu da própria mãe, mas confessou que teve muito medo de perdê-la. Afirmou também não se lembrar muito do tratamento, pois viajou logo depois da primeira quimioterapia realizada após a cirurgia.

Durante essa entrevista, B1 reafirmou o não-comparecimento da filha e do marido e acrescentou que sua filha lhe contara não lembrar de nada sobre seu tratamento, como se houvesse tido um “branco”, uma lacuna na memória, tamanho fora o seu sofrimento, o que a levava a optar por não participar da

entrevista e, simultaneamente, deixara B1 preocupada a respeito. B1 expôs ainda o quanto o olhar de pena de seus familiares quando souberam do diagnóstico, um olhar triste, que parecia aguardar sua morte, a deixava com raiva, fazendo-a brigar com todos como uma forma de mobilizar a família para sair desse sentimento. Nessa época seu marido perdeu cerca de 10 quilos em três meses, tão “depressivo” ficou por medo de perdê-la; ele, aliás, informou B1, até hoje se preocupa de forma excessiva toda vez que ela sai de casa sozinha, demonstrando com isso que, até os dias atuais, sua família ainda guarda de forma presente todas as lembranças de seu adoecimento, mantendo-se em constante alerta e temendo uma futura recidiva.

A namorada de B2 relatou que só depois de seis meses de namoro foi que B1 contou que teve câncer de mama, e B1 justificou-se dizendo que só quem realmente sabe são amigos de verdade da família e pessoas mais íntimas.

Ao fazermos a análise dos discursos de B1, percebemos uma certa contradição já que, na entrevista individual, na instituição, em discurso acelerado e sem pausas, ela aparentou estar alegre, sentido-se bem, curada, sendo o câncer de mama algo de seu passado que já se encontrava superado e, em sua residência, no entanto, demonstrou que esse adoecimento continua presente, como uma ferida que marcou e marca sua vida e a de sua família até os dias atuais.

Ao mesmo tempo, porém, percebemos boa consciência da adaptação corporal, falando a respeito de sua sexualidade de forma direta e com brincadeiras. Seu discurso evidencia também grande fé em Deus e um grande desejo em divulgar o trabalho dessa instituição que frequenta, como suporte a outras mulheres que tiveram a doença, a quem recomenda cuidados com o braço operado, e também para informar à população em geral sobre a doença e a necessidade da realização do auto-exame como tentativa de prevenção.

B1 relatou ainda o quanto ficou abalada, aos 26 anos, com a perda de sua mãe, seis meses após o nascimento de seu primeiro filho, e o quanto sentiu falta de sua presença no período de seu adoecimento.

Quanto às categorias expostas por Saba (1982) referentes à reação ao diagnóstico, B1 demonstrou enquadrar-se mais na categoria “espírito de luta”, ao relatar sua atitude otimista diante da cirurgia e do tratamento, acreditando totalmente em sua possibilidade de cura e também por ter procurado ler e se informar sobre a doença.

Com base em suas definições e descrições sobre o câncer e sua etiologia, inferimos que suas concepções se enquadram mais diretamente na perspectiva biológica de nosso capítulo teórico.

Caso C – Fui premiada

Identificação: entrevistada C1, 53 anos, aposentada (comerciária), casada, dois filhos, segundo grau completo, católica praticante, realizou histerectomia em 84, depois fez três cirurgias para a retirada de cistos na mama esquerda e, em 94, fez mastectomia da mama direita. Submetida a tratamento radioterápico após a cirurgia, não fez uso de quimioterapia e nem tomou Tamoxifeno. Fez três tentativas de reconstrução mamária, havendo rejeição e necessidade de extração nove anos depois. Fumou durante 15 anos e há 10 anos parou, usou pílula por dois anos e meio, e fez seis meses de reposição hormonal.

Sobre sua família de origem, informa ter pais vivos e quatro irmãos, sendo a terceira filha. No histórico familiar, aponta uma tia que teve câncer de nariz e garganta.

Em sua entrevista afirmou existirem vários empecilhos para a realização da entrevista com a família, pois todos trabalham e não param em casa. Chegou a tentar falar com o filho por telefone, mas em seguida comunicou que ninguém gostaria de participar.

Definição da doença

Eu sabia porque eu já tinha tido na minha família, não de mama. Eu tive uma tia que teve de nariz e garganta. Eu sabia que era uma doença que podia me levar à morte. Porque a gente associa o câncer à morte. Então eu achei sim que eu ia morrer, que eu não ia durar muito tempo. Então pra que que eu ia tirar a minha mama se eu ia morrer, né? Eu ficava com ela até eu morrer. Já que eu ia morrer mesmo, né? (risos) Aí depois a gente vê que não é assim, né?

A doutora disse pra mim que eu ia ficar boa, que eu tinha todas as chances de ficar boa, porque ainda não estava grande (...) quando eu fui fazer a radioterapia o médico falou pra mim: ‘oh, a senhora está curada. Nós vamos fazer a radioterapia só pra marcar alguma coisa que possa ter ficado, né? Porque seu exame está muito bom, mas a gente sempre pensa, né?’ (...) Até hoje, se você tem uma dor aqui, uma dor ali, você vai logo no médico, né? Porque câncer de mama a gente sabe, leva para o pulmão, para os ossos e para o cérebro, né? A gente sabe disso.

Eu aprendi que o câncer, em primeiro lugar não se associa à morte, porque até hoje, esses dias mesmo eu estava ouvindo uma pessoa (...) Ai, falou assim pra mim: 'Mexeu, pronto, acabou; depois que mexeu pode contar que morreu'. E tem 10 anos aqui, eu mexi, né? Então eu ainda falei: 'Nem sempre é assim, às vezes precisa mexer pra poder salvar'. Quase sempre tem que mexer pra poder salvar, né? A não ser assim, quando já está em um estágio terminal, aí não adianta mais nada, não adianta tratamento, não adianta mais nada. Mas não é assim, as pessoas pensam que é assim. Mexeu, operou, agora acabou. Operou? Agora pode contar que não vai durar dois anos. A maioria das pessoas falam isso. E isso agora, aí no século XXI, né? Falando isso ainda. Quer dizer, ainda tem muita gente ignorante neste país. Muita gente sem saber nada. Não sabe nada.

Inicialmente, para C1, o câncer representava uma sentença de morte, daí sua relutância em se deixar operar e tirar a mama. Porém, a confiança e convicção de sua médica de que iria ficar bem, fizeram-na ir modificando pouco a pouco sua crença.

Apesar do medo, que deixa transparecer, de uma recidiva, hoje acredita-se curada do câncer de mama e busca modificar a opinião das pessoas que ainda associam o câncer à morte, citando-se como exemplo, por estar viva 10 anos após a operação.

(...) o câncer, eu acho que foi um aprendizado muito grande pra mim. As pessoas olham assim, mas não olham pra você. As pessoas nem notam você (...) Ninguém está prestando atenção em você não. As pessoas estão cada um olhando pra si, né? E a gente não, depois que a gente tem essa doença, de mama ou qualquer outra, acho que a gente cresce, a gente aprende a olhar para o outro, entendeu? Até eu ter o câncer, eu nunca tinha visto ninguém com problema de... que tivesse tido um câncer (...) mas o que eu quero dizer é que a gente vê que a gente presta mais atenção nas pessoas, não guarda mágoa das pessoas.

Pelo fato de o câncer ter representado para ela um grande aprendizado, C1 se diz hoje mais atenta às pessoas, imune a mágoas; nesse sentido, a doença transformou-se em elemento de mudanças positivas em sua vida.

Etiologia da doença

(...) eu associei assim, a muito estresse. Eu sou uma pessoa muito agitada, né? Eu trabalhava numa loja que eles quebravam (... inaudível) de cinco a seis horas por dia, né? Cheia de problemas com o marido antes de eu ter o câncer (...) às vezes eu falo, às vezes, eu até que eu nem devia falar isso pra ele, já passou, mas às vezes eu falo pra ele que ele teve uma parcela de culpa, né? Na minha família nunca teve ninguém. Eu sou a primeira.

Mas eu acho que... com certeza eu acho que o meu câncer eu fiz ele, né? Como a gente fala, né? Eu fiz ele com essas coisas todas, com os problema da vida que a gente leva. Tudo que envolve, né? Uma porção de coisas. É o trabalho, é o filho, é

o marido que aporrinha. Eu sou muito estressada mesmo como pessoa, mas agora eu estou mais calma (risos).

C1 associa a etiologia do câncer ao estresse pessoal que viveu no trabalho, com o marido e o filho, e também à hereditariedade, apesar de não incluir esta última possibilidade em seu caso particular. Percebemos certa contradição sobre esse ponto, pois ora ela afirma ter uma tia que teve câncer no nariz e garganta, ora informa que é a primeira pessoa a apresentar câncer em sua família.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

(...) e eu sei que é um câncer. E eu vou ter que tirar minha mama, mas só que eu não vou tirar. Eu vou morrer, mas eu não vou retirar (risos) (...) Bom... pra mim, faz parte do meu corpo, né? É uma coisa que é... não sei, acho que faz parte da sexualidade também da mulher, né? E você se sente mutilada quando você precisa fazer isso, né?

Ah, eu nunca deixei ele [esposo] ver. Nem depois que eu fiz a reconstrução, porque eu não agradei, entendeu? Então... ele viu assim quando eu estava operada, né? Porque aí não tinha jeito, às vezes estava fazendo curativo ou outra coisa, mas eu nunca deixei ele me ver minha cirurgia.

A gente sempre teve relação normal, só que eu nunca tirava a parte de cima (risos). Eu sempre tinha... botava um “baibedolzinho”, uma roupinha ou então ficava de sutiã, né? Mas assim, mostrar pra ele assim, eu nunca... Se eu tivesse tomando banho e ele entrasse, ele entrava e dizia: ‘que bobeira!’ Eu escondia, eu virava. Até hoje eu faço isso. Até hoje, isso aí, eu não consegui... é, é... superar, né? Isso aí... eu não consigo deixar. É engraçado, eu mostro pra qualquer pessoa; se você quiser ver, eu mostro, mas pra ele eu não mostro.

Porque na época a gente acha que o marido vai largar a gente por causa disso, né? A gente já não estava vivendo bem e tudo. Acha que ele vai largar por causa disso, acha que ele não está querendo você por causa disso, mas não teve nada disso não, foi tudo da minha cabeça.

Inicialmente, C1 afirma que não queria retirar a mama por acreditar que iria morrer, “não adiantaria nada” sendo a única justificativa que fornece para sua opção de não retirar a mama; porém, ao longo da entrevista, percebemos o quanto era importante o papel da mama para sua identidade de mulher e para sua sexualidade, o que ela demonstrou ao mencionar sua dificuldade de deixar o marido vê-la sem roupa e seu receio de que ele a largasse por causa da retirada da mama, bem como ao relatar toda a sua luta para fazer a reconstrução.

Fiz reconstrução nove meses depois de que eu tinha feito a mastectomia, eu tava na sala de cirurgia fazendo a reconstrução (...) Ah, pra mim era tudo o que eu queria, né? Só que... eu tive muitos problemas (...)

Botou, eu fui pra casa feliz da vida, porque ficou bonita a minha mama, né. Só que uma semana depois ela fez isso, oh (mostrou a mama). A pele estourou. E eu fiquei com uma cicatriz desse tamanho aberta. Vazando, vazando, vazando. Aí ele tentando com remédio, pomada, com tudo, tentando fechar. Só que não fechou. Não fechou.

Então quer dizer que eu perdi a mama pela segunda vez, né, mas aí tudo bem. Quer dizer, agora eu estou voltando de novo, ele [médico] vai tentar, a gente vai tentar, ele vai tentar se eu quiser, né? [risos] (...) Mas eu ainda corro risco da pele estourar (...)Então eu estou pensando se eu vou fazer ou não, mas acho que eu vou fazer.

Mesmo sem o apoio e incentivo dos familiares, C1 realizou três cirurgias para fazer a reconstrução mamária, por causa das rejeições que sofreu, e ainda pretende se submeter a mais uma em breve. Embora ainda corra risco de nova rejeição, prefere tentar a viver sem a mama.

Discussão

O discurso de C1 era extremamente acelerado e quase sem pausas. Em muitos momentos soltou um riso irônico e contraditório, buscando ser engraçada, mas em momentos que abordava situações muito difíceis por que havia passado e que lhe causaram muito sofrimento. Como, por exemplo, quando afirmou ter sido premiada por ter tido o câncer ou quando disse que morreria, mas não tiraria sua mama.

Seu riso demonstrou também ansiedade e nervosismo por participar da entrevista. Mesmo tendo aceitado prontamente participar, manteve-se o tempo todo da entrevista sentada na beira da cadeira de forma diagonal com os pés na direção da porta e respirando de forma acelerada. Ao relatar todo o seu processo de adoecimento e suas tentativas malsucedidas de reconstrução, expressou raiva, desapontamento e não aceitação da situação, tanto por isso ter acontecido com ela como pelo fato de a reconstrução não ter dado certo e também por não contar com o apoio e a compreensão dos filhos.

Ao falar sobre a segunda perda da mama, quando teve que retirar totalmente a reconstrução feita, seus olhos encheram-se de lágrimas, demonstrando mais uma

vez o quanto a reconstrução é importante para ela e a grande dificuldade de aceitar a perda de sua mama e que as pessoas percebam que não a possui. Tanto, que só seus familiares ficaram sabendo, mudou de bairro e só contou para uma vizinha e amiga do bairro antigo depois de anos.

Afirmou ter recebido grande apoio de sua família de origem e do marido. Quanto aos filhos, acredita que eles fugiram e negaram seu adoecimento, queixando-se sobretudo da falta de apoio e ajuda da filha, que nunca quis ver o local e não lhe dá atenção quando ela reclama de dor no braço operado, agindo como se não entendesse a razão ou motivo da dor materna.

Evidenciou também sua fé em Deus e seu desejo de viver como os fatores fundamentais para vencer a doença.

Com base nas categorias descritas por Saba (1982) quanto às respostas psicológicas ao diagnóstico, percebemos que C1 possuiu como resposta inicial a atitude “sentimento de impotência/desesperança”, acreditando que fosse morrer de qualquer forma, não sendo necessária, portanto, a realização da cirurgia. Porém, após as conversas com sua médica e radioterapeuta, modificou sua visão, passando a acreditar em seu total restabelecimento e por ele lutando, como demonstram suas tentativas de reconstrução mamária, o que acabou levando-a a desenvolver como atitude principal o “espírito de luta”.

Suas definições sobre o câncer e sua etiologia fazem-nos enquadrá-la mais diretamente nas perspectivas biológica e psicossocial apresentadas em nosso capítulo teórico, mas por conseguir integrá-las encontra-se também vinculada à perspectiva multifatorial.

Caso D – (...) *a palavra câncer, ela é pesada em torno do mito que criaram em cima dela, como a Aids*

Identificação: entrevistada D1, 51 anos, aposentada, mas trabalha como manicure, solteira, uma filha, segundo grau completo, kardecista não praticante, realizou em 94 mastectomia da mama esquerda. Submeteu-se a tratamento quimioterápico após a cirurgia, mas não à radioterapia e nem tomou Tamoxifeno. Não pretende fazer reconstrução mamária. Fumou durante mais ou menos 35 anos. Usou pílula por mais ou menos 16 anos e não tomou hormônio para a menopausa.

Sobre sua família de origem, a mãe faleceu, o pai está vivo; de dois irmãos por parte de pai, um morreu de câncer no pâncreas, o outro, que está com 83 anos, apresentou câncer de próstata; também uma prima por parte de pai teve um câncer de útero; tem duas irmãs do casamento de seus pais, sendo ela a primogênita; mora com uma delas.

Definição da doença

Eu acho que como Aids, pneumonia, as pessoas assim... fizeram títulos, criaram mito em torno daquela doença; existem até hoje pessoas que não falam, né? 'Ah, cê tá com aquela doença'. Não, então a partir do momento que você começa a falar, que até elas falam com a gente aqui, eu falo, eu tive um câncer, eu falo com as pessoas (...)

Uma palavra como outra qualquer (..) não é pelo fato da palavra câncer, ela é pesada, em torno do mito que criaram em cima dela, como a Aids. Pra você chegar e dizer: 'Pô, o cara é aidético'. Como o meu amigo que falou: 'Pô, você é cancerosa'. No início me doeu, mas é uma palavra que é igual a outra, como vida, amor, igual a solidariedade, igual a saudade. Eu acho, no meu modo de ver, é assim.

Percebemos inicialmente no discurso de D1, uma certa banalização ou tentativa de desvalorização da doença, que dizia ser “uma doença como outra qualquer”, sem definir propriamente o que era o câncer para ela.

(...) o câncer é uma doença que, se você não tiver uma cabeça boa e um apoio, no caso da família e cercada de bons profissionais, você vai ter dificuldade de enfrentar a doença.

(...) são coisas que você tem realmente que passar na vida ou em outras encarnações, porque a gente tá aqui, na nossa crença, você está aqui cumprindo coisas que você deixou de fazer em outra encarnação. E principalmente as mulheres que têm câncer de mama em outras encarnações elas exibiam muito essa parte aqui, provocavam as pessoas com a vaidade, e a vaidade não é uma coisa boa, então, você quando volta, você perde né... mas eu vivia realmente com os meus peitos de fora, colocava aquele sutiã de aro... a coisa que eu tinha mania era sutiã (...) tinha que ser, eu acho que tinha que ser, eu tinha que passar por tudo isso pra mudar alguns valores que a gente tem.

Depois, porém, forneceu outras significações, ao afirmar ser uma doença pela qual tinha que passar, algo que já estava predestinado para seu aprendizado, passando a aceitar com resignação seu adoecimento para conseguir trabalhar sua vaidade e modificar valores. Ao mesmo tempo, expôs também a necessidade de

contar com o apoio da família e de ser acompanhada por bons profissionais para conseguir superar a doença, demonstrando não ser tão fácil enfrentá-la como havia expresso anteriormente, “uma doença como outra qualquer”.

Etiologia da doença

Associo, eu associo, eu acho que foi um estresse que eu tive no trabalho. Eu devia ter aquela célula mesmo evoluindo complicada e eu trabalhava no Rio, eu lidava com muito dinheiro (...) eu ficava muito tensa, dura. Eu acho que aquilo foi indo, foi indo, porque era assim, a minha mãe ficou doente, eu saí do trabalho pra ficar com ela, eu fiz um curso de massagem pra poder cuidar dela, porque... pra fazer nela, porque ela não tava andando muito. Ela fez um aneurisma cerebral, aí depois ela internou, aí descobriu que ela tinha uma virose, uma úlcera, ficou 27 dias internada. E quando eu parei de trabalhar eu melhorei, mas aí eu não estava assim, como eu te falei, em janeiro eu tinha ido ao médico e ele tinha visto que tava com o nódulo (...)

Então eu acho que isso contribuiu. Como eu te falei, eu tive três parentes com câncer; meu irmão tá vivo até hoje, e não teve ninguém com câncer de mama na família da minha mãe. Vendo na literatura aí, normalmente são as filha ou primas, mas na família da mãe e ninguém da minha família teve isso, da minha mãe; e eu acho que isso... porque a família do meu pai, eu sou a quarta que teve câncer, meus dois irmãos tiveram de próstata, um teve no pâncreas e o outro teve de próstata, e eu perdi uma prima com câncer no útero, né, e eu tive de mama.

D1 associa a etiologia da doença ao estresse por que passou no trabalho e também à hereditariedade, apesar de vivenciada pelo lado paterno, e não materno, que é o que ela acredita interferir.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

Bem, eu não tive assim... na realidade a perda da mama não me fez esse sofrir... não me causou muito choque não; eu fiquei muito ruim foi com a química, foi uma coisa bem dolorosa pra mim (...)

(...) tirar a mama... não é nem por um motivo... não tenho até hoje problema nenhum, eu vou à praia, eu brinco, eu sou uma pessoa até bem extrovertida; o que me pegou mesmo foi a quimioterapia, que eu achava que eu não ia fazer e, na realidade, eu precisei fazer; aí eu fiquei... tive a depressão, quase todo mundo tem, né; do primeiro até o terceiro dia ela dá mesmo uma depressão, você não quer ver ninguém, mas depois eu melhorava, porque, graças a Deus, estava me fazendo bem; e hoje em dia eu saio, tenho a minha vida normal, trabalho, faço tudo o que eu fazia e faço até um pouco em excesso (...)

(...) ter que lutar contra um câncer de mama... você não vê, né? Se eu não falo pra você que eu tirei a mama, você não vai ver, mas tem gente que tem no rosto e é muito pior; eu tenho uma tia que teve câncer, tia do coração só; o rosto dela é

muito feio; mas a gente não, sabe; a gente tem prótese, tem a reposição. Eu não faço, porque eu acho que o que tá quieto não se mexe, nesse ponto eu sou medrosa, eu acho até que, eu tenho medo assim, porque não tá me incomodando, eu vou mexer aqui pra quê?

(...) o câncer de mama no caso nosso, você fica sem a mama, se quiser repor, repõe, se não quiser bota a protesezinha igual eu tenho e vai sair bonitinha, de cinta, sabe, corta o cabelinho, se enfeita e ninguém deduz. Só vai saber se você contar que teve câncer de mama e diabetes; você vai numa festa cheia de doce e você vai olhar sem poder comer, pô! (risos) É dolorido.

Inicialmente D1 expõe que a perda da mama não lhe causou tanto sofrimento como a quimioterapia, sendo esta considerada muito mais difícil. Afirmou também que o fato de ser na mama é melhor do que em outras partes do corpo, por não ser tão visível por outras pessoas, já que existe a possibilidade do uso da prótese. Tal afirmação demonstra que D1 dá extremo valor e importância ao que as pessoas pensam a seu respeito.

Foi normal, porque ele já sabia, né, a gente se falou antes, se conheceu um pouco, né, e aí eu falei que eu tive um câncer de mama, que eu não tinha a mama e fluiu normalmente. Ele não se chocou; a primeira foi de sutiã, porque eu fiquei assim é... com vergonha daquela situação, mas depois ele mesmo tirou, aí fluiu normalmente.

(...) eu vivia realmente com os meus peitos de fora, colocava aquele sutiã de aro, a coisa que eu tinha mania era sutiã (...) E eu só gostava de sutiã bom, até hoje, os meus sutiãs são bons, eu usava aqueles sutiãs com aros, colocava os peitos pra cima, aí eu não uso mais, é no máximo um decotinho que venha até aqui. Por quê? Porque você se priva daquela exibição que você tinha, né? Pra provocar as pessoas.

Na relação íntima com o namorado da época, confessou ter sentido vergonha no início, mas que depois não se importou mais. Em seu relato posterior, no entanto, afirmou o quanto gostava de usar sutiãs com aros para exibir os seios e assim provocar as pessoas.

Discussão

Aceitou a realização da entrevista com a irmã, com quem mora, e ainda sugeriu convidar a tia para participar. A entrevista foi agendada, postergada e depois, por telefone, D1 confessou que estivera tentando convencer a irmã a participar, mas ela não aceitara.

O discurso de D1 era bem devagar, aparentando certa tranqüilidade em falar sobre o tema. Percebemos, porém, que buscava com isso demonstrar que não sentira nenhum abalo, nenhum afetamento por ter passado por essa doença. Mantinha-se distante e evitava olhar diretamente para a pesquisadora. Ao relatar seu adoecimento parecia não falar a seu respeito, mas sobre a vida de outra pessoa. Por quatro vezes repetiu a frase “nem foi um choque pra mim”, o que nos levou à hipótese de que a morte de sua mãe foi algo vivido por ela de forma tão dolorosa, tão maior do que o sofrimento pelo qual passou com o câncer, por tê-la acompanhado até a morte, poucos meses antes da descoberta de sua doença, que todo o seu sofrimento posterior não representou nada perto daquele.

A única coisa que a incomoda bastante e lembra constantemente seu adoecimento é o inchaço de seu braço operado, que perdeu as defesas depois da retirada dos gânglios. Esse braço, quando em estado de infecção aguda, impede-a de trabalhar e lhe exige repouso. À exceção desse inchaço no braço, que ela considera um problema, parece encontrar-se bem adaptada à perda da mama e ao uso da prótese, realizando sem restrições todas as atividades que deseja fazer.

Deduzimos também que, por encontrar-se solteira e não possuir parceiro fixo, a perda da mama não afetou tanto sua auto-estima e sua identidade enquanto mulher. Seu discurso indica que ela se encontra mais voltada para a maternidade, afirmando várias vezes o quanto sua vida está direcionada à criação e ao sustento da filha, considerada sua razão de viver. Sua vida amorosa foi postergada para depois que sua filha estiver “encaminhada, vivendo sozinha e fazendo faculdade”. Isso se D1 conhecer alguém que considere interessante; caso isso não aconteça, afirma estar satisfeita como está, por já ter vivido bastantes relacionamentos em sua juventude.

De acordo com os critérios de resposta à doença, expostos por Saba (1982) em nosso capítulo teórico, percebemos que D1 viveu como resposta preponderante a “aceitação estóica”, aceitando e se resignando ao diagnóstico e tratamento sem buscar informações, por descrever o câncer com uma certa banalização, não definindo propriamente o que este representava para ela e por explicitar a necessidade de afirmar que não havia se abalado em nenhum momento com o diagnóstico e a perda da mama.

Com base em suas definições e descrições sobre o câncer e a etiologia da doença, pudemos perceber que suas concepções enquadram-se mais diretamente

nas perspectivas biológica e psicológica apresentadas em nosso capítulo teórico, mas, por conseguir integrá-las, encontra-se também vinculada à perspectiva multifatorial.

Caso E – *No fundo, no fundo, sabe quando você tem aquela certeza, mas você tem medo de encarar a realidade. No fundo, no fundo desde o início, quando eu tava tomando banho... eu tinha certeza que era câncer (...)*

Identificação: entrevistada E1, 45 anos, do lar e costureira, “juntada”, um filho, segundo grau completo, católica não praticante. Realizou a mastectomia da mama direita em 98. Fez tratamento quimioterápico antes da cirurgia e radioterápico depois, e tomou Tamoxifeno durante cinco anos. Em sete tentativas de reconstrução mamária apresentou rejeição, precisando extraí-la. Fumou por 20 anos e há seis anos parou. Usou pílula por três anos e não fez reposição hormonal.

Sobre sua família de origem, informa que o pai faleceu e mãe está viva. Tem três irmãos, sendo a segunda filha na ordem de nascimento. Não possui histórico de câncer na família.

Definição da doença

Ah, tudo, menos que eu ia viver como eu tô vivendo agora, eu achei que eu ia morrer, aí a gente imagina logo o câncer, o câncer que deixa careca, magra, essa coisa toda (...)

...Oh, eu não pensei que fosse fazer o tratamento e ia ficar bom. Eu imaginei que eu tava com câncer, que ia ficar naquele sofrimento....e depois, no fundo, no fundo, ia morrer, né? Eu ia ficar naquela enganação, toma remédio hoje, opera amanhã e ia morrer. Eu não imaginei que eu fosse viver hoje e poder depois de seis anos tá dando entrevista. Não passou NUNCA(com ênfase) pela minha cabeça...

Ah, achava que tava morrendo mesmo, mas só que eu não tinha coragem de falar com a família, pra família não sofrer mais. Eu achava que ali eu ia morrer. Não acreditei que eu fosse ficar assim tão bonita.

Para E1 o câncer era, no primeiro momento, uma sentença de morte, mas, mesmo assim, tentava dissociar-se de sua crença sobre a doença para se vincular a crenças e orações a Deus.

Antes eu associava o câncer, igual Aids, à morte, mas hoje não.

O câncer é uma doença. Que eu acho assim, DEPOIS que eu tive câncer que eu digo isso. A gente fica nervosa, aí nossas células vão se multiplicando; todo mundo tem essas células, aí né, um começa a da problema de pressão alta, outro já começa a ter problema de coração, outro infelizmente, e eu foi o câncer (...)

No final da entrevista, afirma que, depois de ter tido o câncer, porém, redefiniu o conceito, passando para um mais fundamentado na perspectiva psicológica de somatização da doença por seu excesso de “nervosismo”.

Etiologia da doença

Ah, antes eu não sabia o porquê, mas agora, depois de ouvir tantas palestras que a gente assiste... Acho que assim: aos problemas da vida, a família. Oh, minha mãe acha que meu pai teve câncer, mas só que antigamente ninguém era assim igual a mim, fiz a biópsia e constatou que eu tava com câncer. Aí o meu pai teve uma úlcera, aí não sei se é ignorância também, aí minha mãe acha que foi câncer, porque demorou a cicatrizar, esse negócio todo. Ela acha que ele teve câncer. Aí de repente pode ser hereditário, só que o câncer de mama alguém da família, se for hereditário, tem que ter né?... só que ninguém na minha família nunca constatou câncer de mama. A assistente social me perguntou o que que tinha acontecido neste ano antes do câncer. Aí aconteceu várias coisas na minha vida que eu acho também que foram por causa dessas coisas (...) meu pai morreu. Minha sogra, eu adorava a minha sogra, era mãe que eu não tinha aqui, ficou doente e acabou falecendo. Meu marido ficou desempregado. Essas coisas.

(...) devido a gente ficar estressada. Estresse da vida, a gente fica estressada e cada um tem o seu tipo de doença. Em mim, infelizmente, foi o câncer (...) Eu ouvi dois médicos falando e a gente começa a pensar assim, vamos supor, quando eu tô dançando eu não penso em nada, em dívida, em ninguém, a gente está feliz da vida, quando a gente está feliz a gente não pensa muito em doença, quando a gente tá triste, começa a pensar e tudo de ruim que a gente pensa, acaba acontecendo. Aí vai ficar pensando em doença, em dívida, aí pronto. ‘Aí, essa fatura chegou hoje, eu não tenho dinheiro pra pagar’. Aí lá vem logo a depressão, depressão. Não só o câncer, como outras.

E1 associa a etiologia do câncer aos problemas por que passou ao longo da vida: a perda do pai e da sogra, e o desemprego do marido. Relacionou também a suas características pessoais de nervosismo (item anterior), sentimentos de tristeza, depressão e pensamentos negativos, e à hereditariedade, apesar de não considerar essa etiologia possível no seu caso particular, pois ninguém teve câncer de mama em sua família.

Por último, E1 correlacionou a etiologia dessa doença aos problemas da vida que geram estresse, depois depressão e que levam ao adoecimento; em seu caso foi o câncer, mas pode ser qualquer doença. E1 demonstrou, portanto,

escolher uma cadeia linear e causal de explicação dos fatos, apoiada no discurso da perspectiva psicossocial.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

A quimioterapia que me arrasou, né? Quimioterapia, cirurgia (...) Porque foi pior do que saber que eu tava com câncer. Fiquei numa revolta... ah, fiquei fraca, eu ficava vomitando, só vivia deitada, emagrecendo, cheguei a 45kg. Ter-ri-vel.

Horrível. Me olhava no espelho. Acho que nem meu marido me viu careca. Se me viu, foi porque o lenço caiu dormindo.

Aí eu sempre de lenço. Eu não ia a lugar nenhum de lenço; só pra o hospital. Eu não ia a lugar nenhum, toda magra, vomitando (...) Foi igual quando eu tirei a mama, ficou aquele buracão, eu levei 15 dias pra me olhar. Aí quando a menina me dava banho, eu virava. Mandava eu botar a mão em cima. O médico mandava eu botar a mão, eu não queria botar de jeito nenhum. quando eu me olhei no espelho eu disse: 'Ei, você tá careca, mas seu cabelo vai nascer de novo'. Aí, passou assim (...)

Para E1 o tratamento quimioterápico associado à perda do cabelo foi vivenciado como pior do que receber até o diagnóstico; teve muita dificuldade em ver-se careca e deixar que as pessoas a vissem assim, até seus próprios familiares, chegando mesmo a dormir com lenço.

Depois da cirurgia [mastectomia], tentei fazer reconstrução e não deu, não deu certo. Já fiz sete cirurgias depois do câncer, que as cirurgias foram piores do que a mastectomia, mil vezes.

...eu não sei, se fosse nos olhos, se eu ia encarar desse jeito... se fosse na perna. Na mama dá pra a gente disfarçar um pouquinho, né?(ri). Na mama dá pra disfarçar. Se bem que a gente fica assim... Aí o marido.

Quando eu tenho uma mama é diferente (...) Aí eu não vou mais à praia, não posso botar uma blusinha assim que mostre mais um pouquinho a mama. Ah! A mama faz parte da beleza da gente, é igual cabelo, né? Ah, faz falta. Eu não vou dizer que não faz, porque faz. Se eu falar que não faz, eu estou mentindo; faz falta. Se eu puder escolher, né, eu queria ficar com elas duas. Boas. Mas já que não deu certo...

As tentativas de reconstrução mamária foram vivenciadas por E1 como piores até do que a própria mastectomia. Ela afirmou também considerar o câncer de mama um pouco mais fácil do que outros tipos de câncer, em função de poder disfarçá-lo. Ao mesmo tempo, porém, declarou o quanto foi difícil ver-se sem mama, aspecto que considera parte importante para sua auto-estima, para se sentir

bonita, e também o quanto teve medo de perder seu marido por causa disso. Até hoje não gosta de se ver no espelho e nem de tocar-se nessa região.

Aí quando eu falei com ele [marido] que... que eu tava com câncer, que eu ia operar a mama. Ai ele falou: 'Ah E1, aí é só tirar a mama e pronto?' Ai eu falei assim: 'é'. (Ele): 'Aí fica boa?' (Eu): 'Fica'. Ai eu falei que eu não queria mais ele, queria me separar, não sei o quê. (Ele): 'Por que que vai separar? Por que que vai separar?' (Eu): 'Eu não quero porque eu tô com câncer, vou tirar a mama, que não sei o quê, você vai falar, toda hora vai ficar jogando na minha cara, vai ficar me chamando de doente, que eu não tenho uma mama, vai arrumar uma outra mulher'. Ai a menina fala que eu queria ouvir aquilo. Ai quando eu falei isso, aí ele: 'Eu te aceito com mama, sem mama, que não sei o quê. Você pra mim não muda nada, pra mim não muda. Que não é a mama, não é por causa das duas mamas que eu gosto de você'. Pelo menos [ele] falou, e eu gostei de ouvir aquilo (risos). Não, não é por causa da mama, sem mama eu gosto de você. Ai depois que eu operei, não mudou nada não.

Eu não gosto de me ver até hoje. Às vezes eu tiro a roupa assim, mas eu não gosto de botar a mão. Ai se tiver outro caroço, não vou operar mesmo, porque eu tirei a mama (ri). Mas a gente fica usando a outra naturalmente.

Ah, é diferente [relação íntima do casal]. Eu fiquei com vergonha, foi estranho. (ele): 'Ah, deixa de ser boba, E1, que não sei o quê; não teve que tirar? Então'. Eu durmo de sutiã. A maioria das vezes eu durmo de sutiã. Eu acho que eu só caio na real que eu tive câncer, que eu operei, que eu fiz mastectomia, quando eu durmo sem sutiã. Porque aí fica aquele negócio estranho, vazio. Ai eu digo (ao marido): 'ah, X, eu não gosto de dormir assim de sutiã, é estranho, esse negócio vazio. Mas ele age naturalmente passa a mão, eu não passo a mão, ele passa a mão... Como se nada tivesse acontecido.

Demonstrou que a relação íntima com o marido permaneceu a mesma e que ele a auxiliou muito a aceitar melhor a situação de viver sem as duas mamas, já que declarou que nada se havia alterado e que gostava dela do mesmo jeito.

Discussão

Ao abordar a possibilidade da realização da entrevista com a família, E1 mostrou-se disponível, sugerindo que se entrevistasse seu marido, seu filho e sua irmã, que mora com ela. Por telefone, porém, afirmou que nenhum deles se mostrara interessado em participar, alegando que não gostaria de ficar falando e lembrando das “coisas ruins e do sofrimento que passaram”.

O discurso de E1 mostrou-se coerente e lógico; ela também apresentou coerência entre sua comunicação verbal e não verbal. Ao identificar em sua mama um caroço, tinha “certeza” de que seria câncer, mas não queria acreditar nessa possibilidade, negava para si mesma, contendo o medo do resultado.

Manifestou muita dificuldade de compartilhar com sua família seus sentimentos e medos, só contando para os familiares quando foi realizar a biópsia. Ao informar a família de origem, esperava receber apoio, mas seus familiares se desesperaram, aguardando sua morte. Seu esposo permaneceu a seu lado, tranquilo e calmo, o que a irritava profundamente. Seu maior auxílio veio de sua crença em Deus, das palestras de que participou sobre a doença e do grupo de apoio que encontrou na instituição que veio a ser o local desta pesquisa.

A mama e o cabelo para E1 fazem parte de um padrão de beleza, e sua perda afetou profundamente sua auto-estima, chegando até a propor ao marido a separação, com medo de ser rejeitada por ele. Essa atitude demonstra o quanto E1 teve dificuldades de aceitar as perdas físicas por que passou e, também, sua extrema perseverança em fazer a reconstrução mamária, apesar de sete rejeições e nenhum apoio da família para sua realização.

Atribuiu o câncer aos problemas da vida, ao estresse que viveu em relação a grandes perdas que teve, pai e sogra, chegando a explicitar que contém seus sentimentos como medo e raiva até mesmo diante dos sofrimentos que viveu. Ao mesmo tempo, afirmou que aprendeu muito com essa doença, melhorando como pessoa. Passou a valorizar mais a vida, a não dar tanta importância para pequenas coisas e a respeitar mais a si própria e as pessoas em geral, sentindo-se mais humanizada.

Com base nos estudos de Saba (1982), podemos enquadrar E1 na categoria de resposta inicial “sentimento de impotência/desesperança”, pois acreditava firmemente que iria morrer, depois, contudo, modificou sua atitude, passando a ler, assistir a palestras e a se informar sobre a doença, desenvolvendo então como resposta principal o “espírito de luta”.

Com relação à perspectiva etiológica da doença, observamos, com base em suas definições, que E1 correlacionou fatores hereditários, psicológicos de sua personalidade e psicossociais de estresse enfrentados tempos antes do aparecimento da doença. Nesse sentido, suas concepções enquadram-se em todas as perspectivas descritas em nosso segundo capítulo.

Caso F – (...) *ela [filha] era minha razão de viver, meu... eu tinha que ter força pra poder continuar cuidando dela (...)*

Identificação: entrevistada F1, 45 anos, consultora de cosméticos, solteira, uma filha, segundo grau completo, católica praticante, realizou mastectomia da mama direita em 2000. Submeteu-se a tratamento quimioterápico e tomou Tamoxifeno após a cirurgia. Pretende fazer reconstrução mamária. Fumou durante uns três anos, usou pílula por cinco anos e não tomou hormônio para a menopausa.

Sobre sua família de origem, o pai é falecido, a mãe está viva, e, dos oito irmãos, sete estão vivos, cinco mulheres e dois homens. É a caçula. No histórico familiar, aponta duas tias com câncer: uma paterna cujo câncer apresentou-se na mama, e uma materna, da qual desconhece a localização da doença.

Definição da doença

Ah...é a mesma coisa que você tá... pra você ficar à beira da morte, você se depara com uma situação dessas que parece que no momento é seu fim. É como se você tivesse com o pé na cova, digamos assim.

(...) o câncer de mama descoberto precocemente as chances de cura é de 100%, entendeu? As chances de cura é 100%; agora quando você descobre ele já tá todo enraizado mesmo fazendo quimioterapia, radioterapia às vezes não tem mais jeito. E eu graças a deus já me liberei disso.

Inicialmente para F1 o câncer representava a morte. Afirmou ter “entrado em parafuso” quando soube que teria de operar.

Após a cirurgia, com as informações obtidas sobre a doença e a participação nessa instituição, passou a acreditar totalmente na possibilidade de cura quando a doença é descoberta no início, como foi o seu caso. Diante disso, acredita-se totalmente curada.

ah ... disso, nem sei como eu posso dizer, eu... a gente encara assim, que infelizmente é uma doença muito... muito triste ainda, digamos assim, porque... como eu, né? Ah! Eu costumo dizer, eu ganhei mais... até aqui, eu ganhei mais quatro anos ainda já de vida, não ainda, já vivida, né? Porque... muita gente que operou na mesma época que eu, já não teve a mesma sorte, que já até morreu, né?

Então eu acho assim... que nem todo mundo tem a mesma sorte de passar por uma doença dessa e sair talvez, né? Viva dela. Ganhar mais alguns anos. Eu... acredito que eu ainda vou ter uns bons anos ainda, vou ver minha filha casar, ver meus netos (riu). Espero, né? A gente tem que buscar isso dentro da gente.

Ao mesmo tempo, F1 percebe que nem todos os casos são favoráveis, tendo conhecido pessoas que já faleceram devido à doença, o que a faz sentir-se uma

grande sortuda por ter conseguido vencer a doença, vivenciando cada ano como uma premiação, como um brinde extra, como uma nova vida.

Etiologia da doença

Ah, porque a gente já brigava muito antes da cirurgia, e eu acredito até... eu tenho praticamente certeza como o médico também falou que o meu foi é... motivo, o estresse. Porque tive uma vida muito conturbada, muitas brigas com família, com marido; eu já fui mãe aos 33 anos, né? Tive uma única filha, tá hoje com 12; é minha razão de viver (...)

Ah, eu acredito que o meu tenha sido o próprio estresse que eu passei a minha vida toda, a minha infância. Porque como eu te falei eu sou a caçula de oito irmãos é... Foi... Teve... Minha mãe teve a separação, né? Já era o segundo casamento dela, né? O segundo companheiro dela, o meu pai, e eu mal conheci o meu pai, e ela se separou quando tava me esperando e ela sofreu muito nessa gravidez, entendeu? Ela... a gente foi nascido e criado na roça, na roça mesmo, com lamparina, sem luz elétrica, sem nada, no interiorzão mesmo; então a gente foi criado no cabo da enxada, trabalhando na roça assim, sabe?

(...) eu era uma pessoa extremamente medrosa, sabe? E ele sempre vivia me ameaçando eu vivi muitos anos sobre ameaça (...) Então eu acredito que o meu tenha sido é estresse, estresse emocional de... Minha irmã recortou num jornal, eu acho até que foi O Fluminense, que... a causa principal do câncer de mama vinha desses três fatores: cigarro, anticoncepcional e estresse emocional.

Antes mesmo que fosse proposta a pergunta sobre a etiologia do câncer, F1 informou que em sua vivência pessoal da doença ela se relaciona ao estresse acumulado desde a barriga da mãe ao longo da vida, à infância humilde e às brigas na família e com seu ex-marido.

Eu conheci ele [seu pai]... eu já tava operada do câncer de mama quando eu conheci ele, entendeu? Daí eu fui descobrir também que essa... uma tia minha a irmã dele, né? Tia paterna, que também tava operada, mas ela já está com uma certa idade, já tá na faixa dos seus 60, ou talvez até mais. A tia X, ela disse que já tinha 16 anos também de mastectomia e...

F1 associou a etiologia do câncer também ao cigarro, ao uso de anticoncepcional e à hereditariedade de câncer de mama, mencionando sua tia paterna como antecedente.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

Olha, pra falar a verdade, foi tudo muito... muito rápido é... eu porque eu encarei da maneira assim, que já que não serve, tá ruim então pra que eu vou me apegar

com isso [mama], pra ficar com isso? Então eu queria era me livrar do problema mas eu queria ficar curada; eu entrei no consultório falando assim: 'Olha, vai tirar tudo, mas eu vou ficar boa, eu quero ficar boa e eu vou ficar boa'.

(...) é uma vaidade que toda mulher tem, né? Mas eu nunca fui assim; uma das coisas mais importantes da minha vida não é a mama não, mas é um órgão que você tira e que... te... mexe com a tua estética, né? Você quer poder... eu passei a não poder usar mais blusinha de alça, nem vestido de alça; eu, imediatamente, eu fiz uma limpa no meu armário. Eu tirei tudo e dei tudo, dei tudo pra minha sobrinha.

(...) o pior de tudo foi a sessão de quimioterapia; eu fiz quatro só, mas foi a pior coisa, foi o trauma da minha vida. Ficar sem a mama, quando eu logicamente quando eu me deparei no banheiro com o espelho de todo o tamanho, que tem na casa da minha irmã numa suíte com um espelho de fora a fora e me deparar com aquela cicatriz daqui até aqui horrorosa sem a minha mama, foi um choque com certeza. Eu entrei em depressão e chorava dia e noite, e de repente não sabia nem por que que tava chorando, mas nada mais era do que uma depressão, e eu convivi com isso alguns, alguns anos, assim tipo uns dois anos eu chorava dia e noite.

Ao saber do diagnóstico sua primeira reação foi querer se livrar o mais rápido possível da mama atingida pelo tumor, vencendo seu medo da morte. Depois da cirurgia, porém, quando a ameaça de morte já havia passado e teve que encarar o espelho, informa, foi difícil para sua estética e identidade feminina e entrou em depressão em função disso.

E quando eu também me deparei com aquilo [queda do cabelo] que foi uma coisa monstruosa pra mim, então por isso que eu falo, eu acho que foi mais complicado perder o cabelo do que perder a mama (...)

(...) como eu frequento essa associação, eu escuto depoimentos de muitas mulheres, e a maioria delas falam a mesma coisa, pra mim o mais complicado foi perder o cabelo (...)

F1, portanto, considerou a perda do cabelo a maior dificuldade de enfrentamento de todo o processo de seu adoecimento, maior até do que a provocada pela perda da mama. Afirma, porém, ter encontrado ressonância na instituição que frequenta, pois escuta queixas semelhantes de outras colegas que passaram por essa doença.

(...) quando eu passei por essa cirurgia ele não, ele simplesmente não aceitou, entendeu? Ele simplesmente não aceitou. Ele falou que: 'eu aceito com qualquer um, menos com ela, porque ela é uma pessoa muito vaidosa, muito cuidadosa e eu não aceito', entendeu? Então ele não conseguiu, ele não conseguiu me dar força, ele... a gente só fazia era brigar (...)

Olha, eu não sei como foi pra ele [ex-marido quando a viu depois da cirurgia], pra mim... foi normal, porque, como eu te disse.... Ele deitava do meu lado da

cama e eu passava noites e noites em claro chorando, com dor; foi muito complicado a cirurgia, muita dor, muitos dias e muitas noites sem dormir, e ele deitava do meu lado roncava e dormia, não era nem com ele, entendeu?

Eu tive muito apoio da minha família, muito apoio, mas de quem eu mesmo eu esperava, que era dele [ex-marido], que tava ali do meu lado, o pai da minha filha, eu não consegui, eu não consegui. Ele não teve força pra me dar, pelo contrário, era hora dele me dar apoio, era hora dele, sabe? A gente, cada vez a gente brigava mais.

Na relação com o ex-marido, percebe-se que, apesar das grandes brigas e ameaças que ele fazia, um dos grandes motivos desencadeadores da separação do casal foi o adoecimento de F1 e sua dificuldade em aceitar e lidar com a perda da mama, demonstrada também por quase não conseguirem mais ter relação depois da operação.

Discussão

Perguntada sobre a possibilidade de uma entrevista com sua família, pensou em sua família de origem, respondendo que seria muito difícil marcar com suas irmãs e que sua mãe se encontra enferma e acamada. Questionada então sobre a possibilidade de a pesquisadora conversar com sua filha e seu ex-marido, mostrou-se receptiva, concordando de marcarmos por telefone. A entrevista acabou acontecendo sem a presença de F1, só com seu ex-marido, que mostrou total disponibilidade em participar, e em seu escritório, devido à proximidade da sede da instituição em que se realizava a pesquisa.

Na entrevista com F2 confirmamos vários dados expostos por F1. Um dos primeiros diz respeito a sua intensa reação ao diagnóstico, o qual a desestruturou profundamente, tanto que seu ginecologista, ao lhe dar o diagnóstico e informá-la sobre a necessidade da mastectomia, pediu o comparecimento de F2. O ex-marido lembrou que F1 queria sair do consultório e ir direto para o hospital, operar imediatamente.

Ao longo de sua entrevista, obtivemos também a informação de que essa separação do casal representava a terceira, porém a mais longa, de dois anos e meio. Antes da doença ele havia saído de casa por dois meses; depois, no meio da quimioterapia, saiu novamente e ficou fora cerca de quatro meses e meio. Voltaram a viver juntos mais dois anos e então se separaram de forma definitiva,

apesar de F1 acreditar que acabará cedendo e deixando-o voltar a morar com ela, por causa da filha e por pena de sua condição financeira.

F2 confirmou também que a relação íntima dos dois não voltou a ser a mesma após a mastectomia. Ele acredita que isso foi causado pelo fato de F1 se achar diminuída devido à perda da mama, “não se achar mais mulher” ou se achar “menos mulher do que as outras”. No entanto, apesar de colocar a culpa em F1, assumiu que a perda da mama o afetou também, tendo sido um impacto vê-la mutilada, imperfeita. Podemos inferir a proporção desse impacto pelo fato de F2 ter pedido para pular a questão sobre o que considera ser o papel e a importância da mama para as mulheres.

F2 revelou que muito admira F1 por ser tão guerreira, por lutar e brigar pela vida e por seu espaço.

Quanto a expressar e sentir raiva, considera F1 uma pessoa muito explosiva com ele, acrescentando que isso não acontece em relação a outras pessoas e que não consegue compreender a razão. Supõe que represente para ela sua “válvula de escape”, seu “para-raio”. A forma que aprendeu para lidar com essa atitude, diz ele, foi sair de casa e deixá-la falando e brigando sozinha.

Percebemos que F2 se encontrava muito cuidadoso com suas respostas nessa entrevista, falando bem pausadamente, pensando e medindo o que iria falar, chegando até a verbalizar isso. Observamos ainda que o adoecimento de F1 o abalou profundamente, primeiro pelo medo de perdê-la e, posteriormente, pelo enorme impacto que a mastectomia lhe causou, dificultando a aceitação da perda da mama de F1, bem como sua relação íntima com ela.

Em sua entrevista individual, F1 apresentou discurso coerente e sem contradições. Falou pausadamente e devagar, porém expressava na fala e no olhar enormes tristeza e angústia por todos os sofrimentos que enfrentou na vida, a ponto de continuar tomando até hoje antidepressivo.

Seus sofrimentos dizem respeito, primeiro, com relação a sua família de origem, à vida humilde e sofrida no interior do estado onde nasceu e à mágoa que sentia do pai, a partir do discurso que ouvia da mãe, de suas ações e também da falta de sua presença. Só veio a conhecê-lo alguns meses antes de seu falecimento, mas afirmou ter conseguido, com esse encontro, perdoá-lo. Percebemos que o resgate dessa relação foi extremamente significativo para F1, fazendo-a estabelecer um contato positivo com sua referência masculina.

Observamos que a relação que tinha com o marido assemelhava-se extremamente à de seus pais antes de se separarem, incluindo as ameaças de morte que sua mãe sofreu de seu pai, quando grávida de F1, semelhantes às expressas por seu ex-marido quando bebia e se tornava agressivo.

Além do sofrimento com relação à família de origem, F1 demonstrou sentir enorme mágoa de seu ex-marido, por não ter recebido dele o apoio com que tanto contava durante o tratamento do câncer.

Ao relatar as mudanças que ocorreram após seu adoecimento, afirmou que este trouxe mais coisas boas do que ruins, que ela cresceu muito, aprendeu a se relacionar melhor com as pessoas, passou a ter pena de seu ex-marido e se tornou mais religiosa.

Observamos também que seu maior estímulo para vencer o adoecimento, além da religião, foi o amor que sente por sua filha, considerada a sua razão de viver; afirma não poder morrer sem antes vê-la crescer e contar com seu carinho e cuidado.

Quanto à resposta psicológica, segundo as categorias descritas por Saba (1982), no início, F1 mostrou o “sentimento de impotência/desesperança”, acreditando que iria morrer e nada poderia fazer. Logo depois, porém, sua resposta principal foi o “espírito de luta”, demonstrado em sua afirmação de que iria tirar toda a mama, mas que ficaria boa por seu desejo de se recuperar.

Quanto à perspectiva etiológica preponderante em sua fala, percebemos que seu caso condiz mais com a perspectiva psicossocial, posto que insiste em afirmar que sua doença se relacionava aos fatores geradores de estresse enfrentados ao longo de sua vida. Além desses, F1 mencionou também hereditariedade, uso de anticoncepcional e cigarro, fatores presentes na perspectiva biológica. Por fazer a integração dessas duas perspectivas, incluímos também seu discurso na perspectiva multifatorial.

Caso G – *Então muda tudo, agora é: ‘ah, tadinha dela! Não pode, olha o braço dela!’ Fica aquela coisa! As pessoas me tratam assim diferente, entendeu? Muda, muda tudo, tudo, tudo*

Identificação: entrevistada G1, 48 anos; contadora e comerciante; casada; dois filhos, sendo um casado; segundo grau completo e católica praticante.

Realizou a mastectomia da mama esquerda em 94. Submeteu-se a tratamento radioterápico e tomou Tamoxifeno por um ano e meio. Não fez reconstrução mamária e não deseja fazê-la. Não fumou antes do câncer, mas passou a fumar agora. Não fez uso de pílula e nem de reposição hormonal.

Sobre sua família de origem, informa que seus pais faleceram. São três irmãos, sendo ela a do meio; não há casos de câncer na família.

Definição da doença

Pra mim não é nada não, é uma doença, não sei, mas é uma doença que você não fica sossegada nunca, qualquer coisinha que você sente, você acha que voltou pra outro lugar. Aí quer começar a fazer exames, mamografias, pra ver se voltou e aí começar tudo novamente.

Apesar de iniciar sua fala dizendo que o câncer “não é nada”, G1 se contradiz em seguida, ao afirmar que se trata de uma doença que representa constata ameaça, podendo recidivar a qualquer momento, deixando-a, portanto, em permanente estado de alerta e preparada para seu retorno.

Etiologia da doença

Nervoso né, as pessoas falam estresse (...) o meu marido fuma a beça, eu, que não fumava, que tive.

G1 associa o câncer ao nervosismo, ao estresse e ao cigarro, apesar de não correlacionar esses fatores em seu caso. Afirma apenas que “as pessoas”, “todo mundo” diz isso, mas não expressa sua própria opinião nem se concorda com essa visão ou não.

Além disso, percebemos certa revolta velada em sua fala, quando afirma que o marido, que sempre fumou muito, “nunca teve câncer”, mas ela, que nunca havia fumado, sim; isso, aliás, levou-a à decisão de começar a fumar.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

Aí ele falou: ‘eu vou abrir, raspar bem, pra mais tarde não virar um câncer’. E eu: ‘tudo bem’. Aí eu fui lá pra falar com ele, né, pra ele ver e já fiquei lá, aí ele falou assim: ‘vai ficar logo aqui pra gente agitar logo isso’. Aí comecei a fazer exame, eu não tava nem preparada, ninguém da família tava preparado (...) Já fiquei lá preparando os exames (...) Mas eu pensei que não era pra fazer a mutilação

quando ele falou 'abrir, raspar bem pra mais tarde'; foi na hora que arrancaram tudo, fui saber depois. Nem sabia, pelo que ele falou era pra prevenir de um câncer – 'vou abrir, raspar bem, pra mais tarde não virar o câncer'. Eu achei que iria fazer como uma curetagem, não sabia como é que faz, raspar bem e pronto, foi o que eu pensei, depois que eu entrei na real que o câncer é assim.

Fiquei super-revoltada, porque tava em greve, tentei fugir do hospital. Fui embora mesmo. Tem que ser o que eu quero, não adianta, tem que ser o que eu quero, já me mutilaram sem minha autorização, chega.

Eu era magra, tinha 38 anos, entendeu? Tava queimada de praia (...) Depois mudou tudo, né? Eu nunca mais fui para praia, não tiro roupa perto de ninguém, essas coisas, né? Não usar roupa decotada, eu tinha um colo bonito, acostuma, tudo muda, não pode pegar peso, não pode pegar isso, não pode pegar neto, não pode pegar nada. Então muda, né? Quer dizer que sim, né? A diferença é que tem que mudar, essa é a realidade. Aí vai falar: 'Pô, tudo bem!' O braço inchado, vai comprar uma roupa, é um desespero, um lado entra, e o outro não entra, é sempre isso. Muda, diz que não vai mudar. Muda tudo, não é a mesma coisa.

A realidade é essa. É que eu não gosto de ficar falando muito. Mesmo depois de 10 anos assim ainda é difícil (...) e vai ser sempre, cada vez mais, sabe (...) Sei lá, a gente não esquece não, não adianta (...) Porque eu sou sempre... sou poupada por todo mundo.

G1 expressou sua total revolta com relação à falta de honestidade do médico que não lhe forneceu o diagnóstico correto e nem a preveniu quanto ao tipo de cirurgia à qual se submeteria, dificultando a compreensão de seu adoecimento, bem como sua elaboração, o que teve como consequência o fato de estar até hoje inconformada com as mudanças que ocorreram em sua vida em função da doença. Apesar das falas anteriores e mesmo expressando o quanto teme que o câncer volte, G1 demonstrou certa contradição e algum conflito em relação ao diagnóstico, afirmando não ter certeza a esse respeito:

Descobri aqui na associação, com a Dra. X, porque ela falou pra mim. Até hoje não sei se foi câncer mesmo ou não, entendeu? Foi uma coisa muito rápida pro meu gosto, melhor nem tocar o assunto. Já veio, já arrancou, não adianta, não vai voltar.

A relação com o marido, afirmou G1, também mudou, pois não conseguia mais ficar nua na frente dele, o que acabou interferindo em sua vida sexual. Apesar disso, expressa que o marido e a família aceitaram bem a mastectomia, demonstrando, porém, certa piedade em relação a G1, e isso a deixa insatisfeita.

Até o sexo muda, você nunca mais tira a roupa, pra ter relação tem que ser com roupa, não é a mesma coisa; não é a mesma coisa; faz o sexo e pronto (...) ele

[marido] aceita bem, aceita tudo, a família toda, né? Mas não é eles, né? Então: 'coitadinha dela!'.

Discussão

A princípio G1 não aceitou a entrevista com a família, mudando de idéia depois de perceber que outras entrevistadas haviam consentido e até realizado; decidiu então falar com seus familiares. A entrevista foi agendada e acabou acontecendo três semanas após a sua individual, sendo realizada apenas com seu marido, G2, apesar de os filhos estarem presentes na casa e, durante a maior parte do tempo, no mesmo ambiente. Haviam, contudo, informado que não desejavam participar.

G2 afirmou que a época da descoberta da doença foi um período muito difícil; G1 quase entrou em depressão e mudou muito seu comportamento, tornando-se mais agressiva, mais briguenta e nervosa por qualquer coisa, comportamento que, embora de forma mais branda, se mantém até hoje.

G2 confirmou também o relato de G1 quanto à perda da mama. Lembrou que G1 quebrava tudo, o que o fez procurar também, assim como G1, a médica da associação para conversar e pedir ajuda a respeito de como lidar com G1. Denominou-se o “para-raio” de G1, por segurar todas as suas explosões, além dos problemas.

Percebemos que G2 aceitou melhor do que G1 a perda da mama. Para ele, ela é uma mulher “normal”; ela, porém, se considera mutilada. Disse também que não sente pena da mulher, apesar de ela não acreditar nisso; que está com G1 por gostar dela, do “jeitinho dela” e já estarem casados há 27 anos. Porém, assumiu tratá-la de forma diferente, evitando informá-la sobre problemas, principalmente, problemas graves, o que condiz com as suspeitas de G1, de que os médicos teriam revelado seu diagnóstico para a família, que teria preferido não contar para ela, o que justifica também sua mudança de comportamento doméstico, tornando-se mais agressiva.

Durante sua entrevista individual, G1 mostrou-se impaciente e nervosa. Apesar de ter aceitado participar assim que a convidamos, permanecia ambivalente quanto a responder ou não às perguntas, afirmando em vários momentos não gostar de falar sobre seu adoecimento. Apesar do tom de conversa, respondia de forma curta e abreviada, não nos deixando aprofundar as questões.

Quando insistíamos, ela simplesmente defletia ou não respondia ao que havíamos perguntado, mudando de assunto, falando apenas sobre o que queria falar, como se quisesse, com isso, não entrar em contato com seus sentimentos em relação à doença, que parecem estar guardados e contidos dentro dela, como se ainda estivesse no estado de negação da doença. Sua entrevista, portanto, acabou sendo a mais curta de todas.

Constatamos também que a morte de sua mãe causou-lhe um impacto muito grande. Aparentemente tinham um vínculo muito forte, e G1 afirmou que ela fora a única pessoa que realmente acreditou na possibilidade de sua cura, não indo ao hospital vê-la, pois a esperava em casa, certa de que G1 ficaria bem.

Durante toda sua entrevista percebemos também muita raiva de G1 por familiares, que dela têm pena e a tratam como coitadinha. Ela parece estar a ponto de explodir, não agüentando mais essa situação de pouparem-na de tudo, como se não fosse capaz de compreender ou enfrentar de frente os problemas. Sua fala é confirmada pelo marido, que afirma evitar trazer-lhe problemas e funcionar como um pára-raio para suas explosões.

Em relação à resposta psicológica ao diagnóstico de câncer de mama, descrita por Saba (1982) em nosso Capítulo 3, percebemos que, apesar de já terem se passado 10 anos da cirurgia, G1 apresenta como resposta principal a “negação”, afirmando que até hoje não tem certeza se teve câncer, não querendo falar muito a respeito e demonstrando enorme dificuldade de aceitar a perda de sua mama e as mudanças que isso provocou em sua vida.

Quanto à perspectiva na qual baseia sua representação social da etiologia da doença, percebemos que G1 relaciona, como fator de perspectiva biológica, o cigarro e, da perspectiva psicossocial, o estresse, porém não os implica em seu caso pessoal. Por apresentar fatores dessas duas perspectivas, incluímos seu discurso também na multifatorial.

Caso H – (...) *Eu, no meu íntimo, eu mesma, eu já sabia que era câncer*

Identificação: entrevistada H1, 51 anos; aposentada (funcionária pública), datilógrafa; casada; dois filhos, sendo um já casado; segundo grau completo; católica praticante. Realizou a mastectomia da mama esquerda em 98. Fez

tratamento quimioterápico antes e após a cirurgia, tratamento radioterápico após a cirurgia e não fez uso de Tamoxifeno. Não fez a reconstrução mamária e nem pretende. Nunca fumou, fez uso de pílula por um ano e não realizou a reposição hormonal.

Sobre sua família de origem, informa que a mãe faleceu, o pai está vivo, e que teve seis irmãos, sendo quatro só por parte de pai, e dois deles já falecidos. É a quinta filha na ordem de nascimento. Sua mãe faleceu em decorrência de câncer de mama, com metástase em outros órgãos, e sua tia materna também teve câncer de mama e intestino. Este último aconteceu na mesma época em que H1 estava fazendo o tratamento quimioterápico e radioterápico. Nos intervalos de seu tratamento, H1 ia ao hospital visitar e cuidar da tia, levando roupas e fraldas limpas diariamente.

Definição da doença

Ele estava guardadinho lá, alguma coisa iria desencadear, certo?

Às vezes no início eu achava que era algum castigo, sabe? Deus está me castigando por eu ter feito isso, por eu ter feito aquilo, por eu não ter por exemplo, batido mais pra que ele não tivesse tirado aquela criança como eu te falei, entendeu? Eu ficava me questionando sobre isso, né? E antes mesmo eu questionava muito sobre o câncer. Eu questionava muito Deus, por que que ele levou a minha mãe? [começou a chorar muito]. Porque eu disse a Ele, às vezes é até egoísmo meu, mas por que que levou ela e não levou a minha tia que não tinha filhos? Foi minha tia que me criou, a mim e minha irmã, entendeu? Então, eu questionava isso, em relação ao câncer não, em relação a Deus, né? Minha mãe com os filhos pequenos, e a minha mãe que foi embora. Hoje eu consigo entender mais e tô voltando mais até a Igreja (...)

Inicialmente H1 refere-se ao câncer como algo com que já nasceu, estando ele só esperando uma oportunidade para se manifestar. Essa visão se deve, principalmente, ao fato de ter perdido a mãe e a tia com essa doença, apesar de achar que não iria morrer, confiante no desenvolvimento da medicina ao longo dos últimos anos e também por comparar os casos e perceber sua vantagem: a mãe morava no interior de um estado, enquanto ela fazia o tratamento no Rio de Janeiro.

Posteriormente, no entanto, revelou imaginar, com base em sua crença religiosa, que essa doença represente um castigo, uma expiação que deveria cumprir por ter sentido tanta raiva de Deus ter tirado sua mãe, por ter desejado a

morte da tia, que não tinha filhos, no lugar de sua mãe, e também por não ter lutado mais com o filho para que a namorada dele não abortasse seu neto, sob a alegação de serem ainda muito jovens e não estarem preparados para tal responsabilidade.

Etiologia da doença

(...) eu, no meu íntimo, eu mesma, eu já sabia que era câncer. Sabia que era câncer, porque eu tenho histórico familiar. Então a minha história familiar não vai negar nunca. Então, minha mãe teve e morreu. Eu tinha seis anos, no interior, sem recurso, muitos e muitos anos atrás, não tinha essa evolução, hoje no interior talvez esteja até mais evoluído. E minha tia também, irmã de minha mãe, apareceu o câncer, ela já tinha estado com câncer de mama também em anos anteriores.

(...) eu fui acompanhando a evolução de toda a minha família, eu sabendo conscientemente que um dia, certo? Eu, a minha irmã, alguma assim, poderíamos ter o câncer.

H1 associou inicialmente a etiologia do câncer a seu histórico familiar por ter perdido a mãe e a tia materna para essa doença. Demonstrou também já “esperar” por isso, tendo “certeza” de que um dia a doença iria se desenvolver, nela ou em sua irmã; tanto, que quando se apalpou e descobriu o caroço já tinha certeza de ser câncer, mesmo antes do diagnóstico e mesmo sua médica afirmando primeiramente que aquilo era apenas uma displasia mamária. Essa primeira associação surgiu espontaneamente antes de ser feita a pergunta referente ao assunto.

Então eu acredito que o desencadeamento deve ter sido feito de muito aborrecimentos que já vinha sobrecarregando e tal, e tal, e justamente quando eu estava bem estres-sa-da, bem cheia de, sabe? de problemas. Cheia de coisa e tal, foi aonde que ele veio aflorar; pra mim, eu acho que foi isso.

(...) eu acho que foi por aí, que desencadeou toda essa ..., né? Porque quando uma pessoa tem um estresse, tem qualquer coisa, ela sempre aflora em algum lugar que tem... né? Eu tinha colegas que elas tinham o que a gente chama de lupos, de vez em quando e tal, por causa do estresse que elas tinham. Então isso tudo foi um desgaste. Eu acredito que tenha sido isso. Eu me decepcionei muito com ela [sua sogra]. Eu me decepcionei muito nesse ponto, entendeu?

Após a pergunta de nosso roteiro sobre a etiologia da doença, H1 afirmou associá-la ao momento de vida estressante pelo qual estava passando na época em função de vários problemas: 1- decepções que teve com sua sogra ao longo da vida, eclodindo quando ela observou que a casa em que moravam, no mesmo

terreno da casa da sogra, não era de H1 e do marido. H1 decidiu, então, comprar uma casa e mudar-se; 2- a própria mudança também foi sinônimo de estresse para H1 pela procura do imóvel. 3- a festa de 15 anos da filha, devido aos gastos e preparativos, que ela justificou por gostar muito de festa e se considerar exagerada; e 4- a gravidez da namorada de seu filho, quando este tinha apenas 16 anos. A menina preferiu tirar a criança, e ela se sentiu culpada por não ter lutado mais para que isso não acontecesse, já que é contra ao aborto.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

Quando a médica falou e tudo, e tal. 'Ah, tudo bem. Tem que tirar, vamos tirar, né?' A única coisa que me deixava chateada foi quando, não do cabelo cair, da quimioterapia, mas daquele negócio de ir pra rua, assim, chegar no serviço, com as colegas, aquela coisa toda e você às vezes até ouvir uma piada, uma coisa e outra. Era só isso, mas não por eu estar fazendo a quimioterapia, isso aí tudo bem, aí fiz a primeira, aí o médico falou: 'Seu cabelo vai cair e tal'. Aí eu: 'Então tá.' Aí, cheguei em casa, chamei o meu filho e falei: 'Vem cá, traz a máquina.' Pedi ele logo pra raspar e: 'Tira logo tudo. Vou ficar aqui protelando, vai cair tudo mesmo, então tira logo tudo de uma vez.' Aí fui, comprei uma peruca, mas também achava aquilo tão estranho, que dentro de casa eu não usava, usava mais era lenço, usava só quando era pra sair, aí eu usava. Aí eu tinha alguns lugares pra ir, por exemplo, pra levar um atestado médico ou ao banco, que era próximo ao serviço, aí eu colocava a peruca, mas aí no caso, eu ia no horário que eu sabia que as pessoas quase não iam ao banco. Aí eu ia rápido, aquela coisa toda.

(...) era a quimioterapia que me deixava com aquele mal-estar, aquela coisa horrorosa, aquele cheiro enjoado, aquela cara feia pra todo mundo, enjoada.

Em seu discurso H1 tentou demonstrar que não se abalou com o tratamento quimioterápico e nem com a perda da mama. Aos poucos, porém, vai afirmando que não se sentia bem careca, evitando sair na rua e usando uma peruca. H1 relatou também o quanto passou mal com a quimioterapia, contradizendo sua fala inicial.

Eu falo e você vai dizer assim, porque as pessoas realmente não acreditam, nada, pra mim nada, sabe? Pra mim foi tranquilo, tão tranquilo que desde o dia que eu cheguei, desde do dia que lá sentada, a enfermeira veio pra tirar todo o curativo, e tal, não sei o quê; quer dizer, aí ela achou que eu talvez não fosse olhar e ela foi tirando, e eu fui olhando na boa. Olhando. Tirou? Que legal.

(...) logo que eu cheguei, eu não tive esse negócio: 'ah, aquela coisa, meu Deus, só vou no banheiro, não vou mudar de roupa na frente do meu marido'. Só com o filho homem, né, porque aí é uma forma de respeito, né, eu nunca fiz isso pra ele, então não vou.. mas se fosse preciso que ele viesse pra fazer o curativo, e tudo, nada, sinceramente.

Não sei se é porque eu sempre, tudo pra mim é uma festa, tudo pra mim eu levo numa boa, pra mim, tudo numa boa mesmo.

Pra mim foi mais uma estética [mama]. Primeiro seria, lógico, pra, pra... amamentação, né? Mas como eu já não tinha mais a quem amamentar, então pra mim só tinha a estética, nada mais.

Segundo H1 a perda da mama em nada afetou sua vida, pois considerava ser a amamentação a função mais importante desse órgão. Como seus filhos já estavam crescidos, o único valor que a mama passou a ter para ela era o estético, parecendo, aliás, não lhe dar muita importância, pois usava os verbos no tempo passado, como se a estética tivesse tido algum valor em outra época, e hoje nem ligasse mais para a aparência de seu próprio corpo.

Não, não afetou nada não [relação conjugal], porque praticamente, mesmo antes minha vida sexual já era aquela coisa normal, depois uma coisa mais fria, sabe e tal, mas ele continua com o mesmo carinho. Eu é que às vezes me retraio não quanto a isso, mas é porque eu já estou mesmo na menopausa, mas numa boa.

(...) não mudou em nada não [relação sexual]. Eu até achava: ‘Ah, ele agora eu acho que ele vai me largar, né? Porque eu já também tem dia que eu não quero nada, então acho que agora ele vai’, mas não, nem... continuou a mesma coisa, o carinho o mesmo, eu é que reconheço que sou meio agressiva, meio chata, mas da questão da cirurgia, nada afetou, na minha casa não.

Na relação com o marido, H1 afirmou não ter mudado nada, não sentiu vergonha nem ficou constrangida em ficar nua ou ter que mudar de roupa na frente dele; para ela era tudo “normal”, “nada afetou”. Ela tentou demonstrar estar bem e que todas essas mudanças que ocorreram em sua vida em nada a afetaram, parecendo ter necessidade de se mostrar forte, de negar as dificuldades ou sofrimentos, como quando chorava escondida no banheiro ou evitava sair à rua, para não encontrar com pessoas conhecidas estando careca. Buscava, assim, negar para si mesma a doença e os sofrimentos pelos quais passou, o que comprovamos ao longo da entrevista quando várias vezes dizia a palavra “nada”, “pra mim nada”, como se quisesse se convencer: “pra mim não houve nada, nada aconteceu”.

Discussão

Em sua entrevista individual dispôs-se prontamente a falar com seu esposo e filha sobre a possibilidade da realização de uma segunda, com a família. Eles aceitaram participar, e a conversa teve lugar na casa da família, três semanas após sua entrevista individual.

H1 manteve-se presente nessa ocasião, colocando-se entre o marido (H2) e a filha (H3), que tinha impresso na camiseta o *slogan*: “Câncer de mama tem cura. Toque-se”.

H2 afirmou ter-se sentido revoltado pelo fato de H1 só lhe ter revelado o diagnóstico quando já estava com a cirurgia marcada, tendo escondido por quatro meses os resultados. Apesar disso, diz saber o motivo: a festa de 15 anos da filha. H1 sabia que, se contasse, ele embargaria a festa, o que afirma ser verdade. Contou-nos também que havia percebido que ela estava diferente, começou a emagrecer e não trocava mais a camisola na frente dele, esperando que ele deitasse primeiro. Revelou ainda que H1 sempre foi assim em relação a doenças. Nos quase 30 anos de casados, acredita que ela se tenha queixado apenas duas vezes de estar passando muito mal. Essa afirmação foi confirmada por H1 com uma frase que descreve bastante seu modo de ser: “(...) como eles falaram, tudo meu é assim, não consigo falar, eu guardo tudo”.

Tanto o marido quanto a filha assumiram ter sentido muito medo de H1 morrer, principalmente porque sabiam que a mãe de H1 morrera com a mesma doença e porque sempre ouviam H1 falar que assim também morreria e com a mesma idade da mãe, 50 anos; não passaria dessa idade. Tais afirmações foram confirmadas por H1, ressaltando apenas que na época estava com 45 anos.

H3 leu e nos mostrou uma poesia que fez sobre o câncer quando estava no Inca acompanhando sua mãe ao tratamento quimioterápico. Acredita que esse acompanhamento tenha aumentado sua sensibilidade olfativa (até hoje sente o cheiro forte da quimioterapia em sua casa) e seu desejo de participar como voluntária em trabalhos com as crianças atendidas por essa instituição; por outro lado, perdeu um ano na escola por excesso de faltas, mas se dá conta de que, depois da doença, sua família se tornou mais unida, e hoje conversam mais do que antes.

Inicialmente H1 buscou demonstrar em sua entrevista individual que não se fragilizou com seu adoecimento, que passou por ele de forma tranqüila, não acreditando que pudesse morrer e mantendo aparência de forte. Falando devagar e

com calma, porém, seu olhar era triste e expressava muitos sentimentos contidos, principalmente dor. À medida que a entrevista prosseguia e os temas se aprofundavam, H1 não se conteve mais e desabou; chorou copiosamente e por muito tempo. A entrevista foi interrompida e H1 pediu que se suspendesse a gravação, pois queria contar coisas que nunca conseguira falar para ninguém, sofrimentos passados ao longo da vida e por muito tempo guardados, raivas e decepções com pessoas muito próximas que a fazem guardar muita raiva e ressentimentos até hoje.

H1 considera o câncer uma doença já esperada e que, ao mesmo tempo, a remete para a saudade da mãe e a dor de sua perda, aos seis anos de idade, pelo mesmo tipo de câncer. Essa perda implicou a destruição de seu lar, sendo os irmãos distribuídos entre parentes de vários estados; ela se mudou apenas com sua irmã para uma casa de caridade em outro estado, onde sua tia trabalhava e morava, e perdeu o contato com seu pai e irmãos, só retomando já casada há muitos anos.

Afirma ter aprendido bastante com a doença, se percebendo hoje mais humana, valorizando mais a vida, ela própria e as pessoas, vivendo de forma menos estressante e dando menos importância às coisas.

Das respostas psicológicas descritas por Saba (1982), aquela em que H1 se enquadra ao longo de seu processo de adoecimento é a “aceitação estoica”, com a qual demonstrava uma aparente aceitação do diagnóstico, buscando levar uma vida normal mesmo durante o tratamento quimioterápico, quando cuidava da tia doente, mas que na verdade representava uma tentativa de negar para si mesma os sofrimentos enfrentados. Ao mesmo tempo, apresentou em alguns momentos o “espírito de luta” por acreditar que ficaria curada e se empenhar em seu tratamento, bem como pelas coisas que desejava.

Quanto à perspectiva etiológica do câncer, H1 descreveu fatores que podemos incluir na biológica, como a hereditariedade, e na psicossocial, como os vários fatores de estresse enfrentados antes da descoberta da doença. Por associar e integrar fatores de ambas perspectivas, incluímos H1 também na perspectiva multifatorial.

Caso I – (...) *o câncer não me afetou em nada, eu costumo receber as más notícias de nariz em pé, eu não me abato com má notícia não*

Identificação: entrevistada I1, 69 anos; do lar; casada; uma filha; segundo grau completo; sem religião definida, dizendo apenas acreditar em Deus. Realizou a mastectomia da mama direita em 83 e a da mama esquerda em 91, não fez uso de quimioterápicos e nem de radioterápicos, tomando apenas o Tamoxifeno por sete anos. Não pretende fazer a reconstrução mamária. Nunca fumou. Fez uso de pílula por 14 anos e não fez reposição hormonal.

Sobre sua família de origem, informou que seus pais já faleceram e que teve cinco irmãos, estando dois vivos. É a terceira filha na ordem de nascimento. Duas tias e duas primas maternas tiveram câncer de mama, uma prima paterna de abdômen e pulmão, e um irmão, no rosto.

Definição da doença

O câncer, ele tá quietinho, ela tá adormecido (...) A gente diz que tá curada, mas no fim, no fim, a gente tem consciência que ele pode voltar a qualquer momento. Eu tenho consciência disso. As pessoas dizem: ele volta. Tem uns que têm sorte e não aparece, eu tenho tido sorte até agora, já passou 13 anos, mês que vêm, mas quem tem diz que ele pode voltar de repente, pode voltar no pulmão pode voltar no ovário, mas o câncer é uma forma de sucessão, né, ele é feito uma aranha, ele vai entrando, se ele tiver quietinho ali, ele salta, de repente ele invade o espaço da gente. Quer dizer, eu tenho consciência disso, então vou catucar [fazer a reconstrução mamária] por quê? Não catuco mesmo, posso estar até errada, mas...

(...) o câncer é uma doença que é um perigo, não vem dizer que não é um perigo porque é, você nunca enfrentou uma situação assim, uma situação que te abalasse e isso aí abala a estrutura de qualquer um, mesmo a pessoa não querendo ficar abalada, embora até aceitando, mas no fundo, no fundo abala, por dentro o emocional da gente fica abalado, até ele se equilibrar novamente, ele equilibra, mas o impacto de repente assim da doença abala qualquer um. Mas você dá a volta por cima e vai em frente, é o que a pessoa tem que fazer, dar a volta, não deixar o câncer te enrolar, você enrola ele, é, tem que enrolar o câncer, o câncer tá vivendo, você vai enrolando.

Para I1 o câncer representa uma doença incurável que permanece no organismo escondido, quieto e que, de repente, resolve se desenvolver e invadir o corpo da pessoa. É uma doença perigosa e traiçoeira sobre a qual se deve ter constante alerta, “enrolando o câncer”, para que ele não volte.

Etiologia da doença

II afirmou não fazer nenhuma associação quanto à etiologia dessa doença. Apesar disso, percebemos durante a entrevista, que muitas vezes ela afirmou a influência da hereditariedade, informando que vários familiares seus haviam passado pela mesma doença.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

Eu vou dizer pra você, no princípio eu levei quase uns três ou quatro meses pra olhar a cicatriz, eu não olhava. Tomava banho de cara virada, teve uma época a minha cunhada me ajudava a tomar banho, porque tava enfaixado tudo, depois de tirar ela me dizia assim: ‘olha’, e eu dizia: ‘eu não’. Depois de muito tempo é que eu fui olhar, encarei né, mas eu continuei a vida. Oito anos depois acontece, se repete, mas do outro lado, né; o primeiro foi o direito, o segundo foi o esquerdo. Agora já esse segundo pra mim, foi muito desgastante, porque este segundo eu fui dada feito um paciente terminal, porque eu peguei uma infecção hospitalar da pior que tem (...)

Olha, eu vesti muito um colo, uma mama que tem aquela figura, aquela rachadura aqui no meio, isso era meu ideal de ter uma mama assim, minha mama não era assim minha mama era um pouco separada, mas pra pessoa é grotesco, né, a pessoa se olha no espelho e vê aquela tábua; ainda mais eu que tô cheia de cicatriz, devido à infecção, eu tô cheia de manchas, né, não é agradável, é uma figura muito desagradável até pra outra pessoa ver. A gente depois se acostuma, mas de repente uma pessoa que olha assim e que nunca viu, que me vê, se choca, fica chocante, você vai dizer que não; fica depois numa boa, aceita, porque não adianta se revoltar, mas que é chocante é.

(...) eu não aceitei, eu não quis fazer [reconstrução mamária], opção minha, eu tinha medo (...) Sabe o que que eu achava? Se está dormindo, deixa ele quieto. Eu achava que se eu fosse mexer... foi até bom, porque, se fosse mexer aqui, aparecia um outro, na minha cabeça já estava aquela coisa que de quando mexe piora, vai acordar o que está dormindo (...) eu dizia não adianta que eu não faço. Sala de cirurgia eu só entro... se tiver necessidade; eu não fujo; se vai ter que operar, vamo; agora eu dizer que eu vou operar porque eu vou procurar uma operação, eu não faço.

Mesmo se chocando ao se olhar no espelho e não gostando do que vê, II não deseja realizar a reconstrução mamária por medo de fazer nova cirurgia. Vê a reconstrução como uma ‘procura de cirurgia’, como uma escolha, preferindo, então, optar por não fazê-la. Ao mesmo tempo, acredita que não se deve mexer em algo que está “dormindo”, como o câncer, preferindo deixá-lo quieto enquanto pode, sendo a reconstrução, nesse caso, vista como aquilo que pode despertar a doença.

Ele nunca falou nada; na primeira [cirurgia] vez ele aceitou; na segunda vez também, não se intrometeu em nada (...) A primeira [relação sexual] foi tudo normal, a segunda é que acabou, eu levei mais que uma ano e meio né[para se recuperar], mas aí já estava um casamento meio desgastante, quer dizer, a gente convive junto, mas acabou tudo.

II relatou que não teve problemas com seu marido em relação à perda da mama, porém nunca conversaram sobre o tema. Afirmou que a relação sexual terminou, mas não em função da cirurgia, e sim por causa do desgaste da relação e do casamento, passando a apenas dividirem a mesma casa.

(...) foi um tratamento muito doloroso; aliás, nessa época, eu fiquei na casa do meu irmão, minha cunhada que me tratava. Eu vivi lá quatro meses, fui pra casa porque quis, ela não queria que eu fosse, eu tava ainda fragilizada, não tava... quer dizer, eu fiquei boa da infecção, mas estava enfraquecida, tava completamente, tava muito ruinzinha mesmo, mas pra mim foi bom ter vindo pra casa, que eu indo pra casa eu me assumi, eu comecei a fazer as minhas coisas; com sacrifício, mas fazia. O meu braço da operação, ele não ia pra trás, ele só ia pra frente, ele levantava muito pouco, porque ele ficou parado muito tempo, né, e hoje em dia eu adquirir o movimento todo através do que, com esforço, eu fazendo as coisas de casa (...)

II expressou ao longo da entrevista o quanto sofreu com esse adoecimento, o quanto foi doloroso e o quanto foi desenganada pelos médicos devido à infecção hospitalar que contraiu. Ao mesmo tempo, demonstrou enorme força de vontade em querer melhorar e sair logo da cama, e também a enorme gratidão que possui pelos cuidados recebidos de sua cunhada nesses quatro meses em que viveu em sua casa.

Discussão

II afirmou que não conseguiríamos fazer a entrevista com a família, pois o marido é “esquisito”, e a filha não está falando com ela, e concluiu: “(...) a família aqui se resume eu, eu, eu ,eu, independente”.

Ao longo da entrevista II mostrou-se uma pessoa dura, fria, forte e com muita raiva contida. Parecia precisar demonstrar ser forte para não ter que admitir e entrar em contato com seus medos, seus sentimentos e sua fragilidade humana diante da possibilidade da morte. Apesar disso, falou de forma indireta do quanto teme que a doença volte, do quanto permanece vigilante, tentando enganar e driblar o câncer.

I1 expressou também enormes mágoa e desapontamento em relação ao marido, por ter sempre vivido iludida e descoberto traições dele com outras mulheres, pouco antes da recidiva do câncer na mama esquerda. Percebemos, entretanto, que sua maior decepção foi com a filha, primeiro por não ter ficado ao seu lado, não ter acreditado nas traições do pai, passando a defendê-lo. Segundo, por ter decidido morar sozinha sem nem ao menos comunicar a I1 e, terceiro, por tê-la abandonado quando mais precisava, em seu adoecimento, só a tendo visitado rapidamente três vezes, mais por obrigação do que por vontade própria, ao ter sido informada de que sua mãe estava morrendo. Desde então não se falam mais.

Percebemos ainda que I1 demonstra ser uma pessoa muito carente de afeto e carinho, expressando-se rígida, fria e independente, vangloriando-se sempre ao longo da entrevista de ter-se virado sozinha, ser forte e ter conseguido vencer a doença contando apenas com seus próprios esforços. Contudo, ao falar sobre os cuidados que recebeu da cunhada, chegou a se emocionar e deixou escorrer uma lágrima, que foi rapidamente enxugada. Demonstrou, assim, como sua cunhada conseguiu tocá-la com esse cuidado, que foi extremamente importante para I1, tendo sido a única pessoa que acreditou que pudesse se recuperar e mantinha-se firme e dura, obrigando-a a comer.

I1 apresentou como resposta psicológica, descrita por Saba (1982) em nosso Capítulo 3, uma mistura da “aceitação estoica” – ao dizer que recebeu o diagnóstico de “cabeça em pé” e que nada a afeta ou abala – com o “espírito de luta” – ao afirmar que com o que mais contou nesse adoecimento foi sua própria força de vontade e seu desejo de viver.

Quanto às representações sociais da etiologia da doença apresentadas em nosso Capítulo 2, incluímos I1 na perspectiva biológica por suas referências, ainda que indiretas, à hereditariedade.

Caso J – (...) *depois que operei é que já era... acabou mesmo [relação sexual com o marido]. Não tem jeito (...) tenho vontade, mas vontade dá e passa, eu não tenho saco (risos).*

Identificação: entrevistada J1, 51 anos; do lar; casada; três filhas, sendo duas já casadas, primeiro grau completo e evangélica praticante. Realizou a mastectomia da mama esquerda em 2001. Submeteu-se a tratamento

quimioterápico após a cirurgia, mas não à radioterapia nem tomou Tamoxifeno. Não fez reconstrução mamária, mas tem vontade. Fumou durante 20 anos e há seis anos parou. Fez uso de pílula por seis meses e realizou a reposição hormonal também durante seis meses.

Sobre sua família de origem, informa ter mãe falecida, pai vivo e 10 irmãos, sendo quatro homens e seis mulheres. É a quarta filha na ordem de nascimento e não possui histórico familiar de câncer.

Ao propormos a entrevista com a família, J1 não se mostrou receptiva a princípio, afirmando que seus familiares (pensando na família de origem) nada saberiam explicar a seu respeito, pois vivem em local distante. Ao sugerirmos a possibilidade de entrevistar seu esposo e filhas, J1 informou ser ainda mais inviável, alegando que ninguém parava em casa; ofereceu, então, como única possibilidade uma de suas irmãs, com quem possui vínculo mais forte e relação mais próxima. Fizemos a entrevista, então, na casa dessa irmã, com a presença de J1 e no dia seguinte ao de sua entrevista individual.

Definição da doença

Eu pensei que eu ia morrer. Eu chorava. Não queria morrer tão cedo assim, pô! Eu queria morrer pelo menos com 50, né? Eu pensava: 'Pô, vou morrer.' Não tem jeito e tal, né? Porque eu ia morrer, né? Chorava pra caramba, porque eu ia morrer cedo, sem ninguém pra... coisa, né? Não tinha mãe, né? Ela morreu, né? Não tinha mãe, e agora? Eu morrendo ia ficar as filhas aí com... na mão de quem? Pai? Pai não cuida direito.

(...) 'isso tem cura! Opera, a senhora vai ficar bem, a senhora não vai morrer não. Vai correr tudo bem' [fala das filhas para J1]. Elas me deu força, tanto que me levou no médico, por mim eu acho que eu nem ia. Eu achei que ia morrer, mesmo operando ou não operando, eu ia morrer, porque eu não sabia nada disso, não sabia como era isso. Então, por mim, eu ia ficar até morrer, tá entendendo? Eu tava sabendo que tava com câncer, então eu: 'não, o câncer não tem cura!'. Pra mim o câncer não tinha cura, câncer de mama não tinha cura. Ainda mais que eu já tava passada, né? Não é que eu tava passada, mas já tava passada de operar, mas assim, já passado assim de anos, né? Porque eu não corri, já deu tempo. Então, por mim eu ficava em casa, mas agora: 'Não, mamãe, tem cura; a senhora vai ficar boa'.

J1 associava o câncer à morte. Foi só por intermédio das filhas e da visão que elas lhe passavam, uma doença passível de cura e tratamento, que J1 se mostrou disposta a seguir o tratamento e acreditar que seria possível ficar boa.

Etiologia da doença

Eu achei que fosse porque eu tomei hormônio, porque quando eu tava com 45, minha menstruação começou a falhar, aí eu fui no médico, ginecologista, e ele passou hormônio pra mim tomar. Eu tomei hormônio, porque a minha menstruação não podia ir embora porque eu era muito nova, tá entendendo? (...) Então, eu tomei durante seis meses direto. Eu não sabia que hormônio causava isso, né? (...) depois que eu fiquei sabendo que hormônio dá câncer, o 'Fantástico' mostrava que o hormônio dá câncer, depois então foi isso que me causou o câncer de mama. Eu calculei que fosse isso, não sei se eu tô, não sei.

(...) eu achei também que fosse da menopausa, porque diz, né, que o câncer está associado à menopausa, mas não tem certeza, né, achei que fosse também (...) a televisão, o Fantástico que mostrou (...).

J1 relacionou a etiologia dessa doença à reposição hormonal, que fez por seis meses, tentando evitar a entrada na menopausa ainda aos 45 anos. Esse tratamento funcionou até os 49 anos, e assim que parou totalmente de menstruar descobriu o caroço em seu seio. J1 afirma também que essa associação se baseia nas divulgações de programas de televisão que assistiu. Posteriormente, porém, explicitou uma etiologia pessoal para a doença:

Acho que isso aconteceu pra eu poder sossegar um pouco, porque eu era uma pessoa assim, que eu queria fazer as coisas que não tá na minha altura, coisa de homem, entendeu? Eu capinava lá em casa, de um homem da terra, né? (...) eu quero fazer e agora eu não posso fazer mais nada disso, agora o capim cresce eu tenho que deixar ele crescer, não posso mais limpar o mato como eu fazia antigamente, tá me entendendo? Quer dizer, a vida, sei lá, alguma coisa acontece que você tem que dar uma parada, você não pode fazer coisas que não é da sua altura, tá entendendo? Porque é dividido, uma coisa é de mulher e outra coisa é de homem. Eu não, eu queria fazer as duas coisas.

J1 percebeu a doença como um aprendizado para si mesma, sinalizando que ela deveria parar de fazer coisas que habitualmente fazia e que considera serem tarefas masculinas, realizando agora apenas atividades que define como femininas. Sua condição física atual a impede, em função do braço operado, de executar tarefas que antes fazia normalmente. Essa limitação física provavelmente acabou com seu conflito quanto a tarefas que considerava inadequadas para seu gênero.

Repercussões do tratamento oncológico na identidade feminina

Mas a questão da quimioterapia, a primeira coisa que eu fiquei mais triste foi que caiu meus cabelos e eu fiquei careca, tá entendendo? Nem foi por causa da cicatriz, foi mais por causa dos cabelos, né? Eu fiquei meia triste (...) o cabelo, caiu o cabelo e eu fiquei mais triste, porque eu fiquei careca, sei lá, fiquei meio estranha, aí sentia sim, sabe? Mal no espelho, de repente, caiu meus cabelos (...) até que fiquei bonitinha (risos) (...) diferente. Diferente, menina!

Ah, a vaidade que a mulher tem, né? De ter duas mamas, né? Usar blusa decotada, mostrando e tal, principalmente porque os homens gostam de ver. Agora a gente tem que usar a blusa com gola até no pescoço, eles nem olha, nem olha, tá entendendo? Aí você que você bota uma saíinha curtinha, uma barriguinha de fora, os homens fica tudo de olho, né? Por quê? A gente tá chamando atenção. E o que eu vou chamar atenção de um homem? Eu não chamo a atenção é de nada, o homem vai olhar assim e nem te olha na rua, você passa, põe um calçado e tá, tá, tal, e eles não tão nem olhando, entendeu?

Até que eu não senti não [perda da mama], porque ficava escondida dentro da roupa, né? Não vai mostrar pra ninguém. E não vai fazer falta, porque eu não vou amamentar mais ninguém, porque eu já tive minhas filhas, tudo aí e tal (...) Até que eu não ligo pra essas coisas não, não esquentei com isso não, de ficar sem a mama eu não esquentei com isso não, tá entendendo? Eu acho que foi uma fase que eu cheguei a ficar chateada quando o meu cabelo caiu, que eu falei, do que eu ficar sem a mama. Porque antigamente eu usava blusa decotada, tomara que caia, tá entendendo? Gostava de mostrar. Eu usava. Eu peguei minhas blusas tudo e dei.

Para J1, o tratamento quimioterápico e a conseqüente perda do cabelo foram vivenciados como mais difíceis do que a perda da mama, apesar de demonstrar ter-se ressentido por não conseguir mais atrair a atenção dos homens por não poder usar mais blusas decotadas.

A mama para J1 está atrelada à vaidade feminina e à amamentação. Como afirmou não ter para quem mostrar seus seios, já que o marido não deseja ver e também não está mais amamentando, esse órgão perdeu sua função, tornando-se, assim, mais fácil a aceitação de sua perda por causa do câncer.

Meu marido já não tava assim, nossa, sua relação já não tava indo bem não, não tava conseguindo ficar direito, sabe? Assim, a gente sempre falava assim, assim, a gente já não tinha uma relação boa, tá entendendo? (...) a gente tinha um contato, mas depois dessa operação, depois que operei aí e que, sabe? Acho que desabou mesmo. Aí acabou mesmo (...) depois que... eu operei, agora que eu operei, agora mesmo que desandou mesmo, acabou mesmo. Ele tinha pensado em sair de casa, mas só não foi porque não tem condições, porque ganha pouco, se não largava casa, largava tudo e sumia.

Eu quis, mas ele não quis ver não: 'não, quero não, quero ver nada não'. Até hoje ele não me vê sem roupa, entendeu? Até hoje. Acabou comigo, menina, com a vida da gente, ainda bem que ele ainda tava assim, mas não é só comigo não, tem muitos que larga a mulher. Tem uma senhora lá que o marido foi embora quando ela operou. Isso acaba até com, com, com, como é que fala?... Com a convivência do marido com a mulher, acaba, acaba. E você fica uma pessoa inútil, né? Se sentindo inútil, né? Nada se pode fazer. Se você pega um peso, sua mão incha (...)

Quer dizer, ter que depender dos outros é a pior coisa que tem, se não pode fazer nada sem ter que depender dos outros e isso deixa a gente até magoada (...) Porque a gente que é mulher não devia ficar doente, isso não deveria dar na gente não (...) não deveria dar em ser humano, entendeu? Não devia existir essa doença, não devia existir, porque a gente fica doente e depois não pode fazer nada. Não pode pegar um peso, não pode lavar uma roupa, não pode lavar uma louça, não pode arrumar a casa, tá entendendo? Porque senão incha e dá pobreza nesse braço, a gente fica sem poder fazer nada, não pode fazer nada, poxa!

Eu tô desde a operação sem ter relações (...) antes de operar a gente ainda tinha relações. Depois que eu operei, nunca mais tive relações com ele não. Ele não me procura não. Ele deve tá com outra mulher na rua, porque ontem, eu não sei qual que era o papo na sala, a gente tava na cozinha conversando, eu não lembro o que foi que falou que ele falou assim: ‘Vocês que pensam que eu tô morto, não sei o quê’. Aí eu fiquei na minha e pensei: ‘Bom, ele deve ter procurado uma mulher na rua pra se satisfazer’, tá entendendo? Ele não me procura, mas ele procura na rua. Eu não sei se é por causa que ele tem medo de me machucar, porque eu não tenho essa parte aqui, né, no seio, né? E acha que vai me machucar, eu não sei explicar isso.

J1 afirma que sua relação com o marido já não era satisfatória, mas o seu adoecimento favoreceu ainda mais o término dessa relação. Seu marido não foi visitá-la no hospital, o que a deixou extremamente magoada, não quis mais vê-la nua depois da operação e não teve mais relações sexuais com ela. J1 acredita que seu marido só continua morando com ela, porque não tem para onde ir e nem possui condições financeiras para tal. Além disso, supõe ainda que ele esteja mantendo relações extraconjugais, já que não a procura mais na cama. Demonstrou também estar insatisfeita com essa situação, sentido falta de vida sexual.

Discussão

Em entrevista, a irmã da paciente, J2, afirmou associar a etiologia do câncer com aborrecimentos e amarguras vividos em casa com marido ou filhos e que não são expressos, mas, sim, contidos. Isso decorre, segundo ela, do que ouviu de alguns médicos. Associa também à “não-liberação do perdão”, ou seja, quando a pessoa guarda raiva de alguém dentro de si mesma. Essa raiva transforma-se em câncer, por já existir em todas as pessoas células cancerígenas. J2 acredita que J1 necessita “liberar o perdão” para seu marido. Ao ouvir a explanação da irmã, J1 acrescentou que, para antes da cirurgia, ela concordava com a irmã, mas que hoje

é diferente, conseguindo não dar mais atenção para as atitudes do marido que lhe causavam tanta raiva.

J2 afirmou também que, por ter morado muitos anos perto de J1, presenciou vários aborrecimentos enfrentados pela irmã com o cunhado, o que, aliás, afirma, foi o motivo que a fez optar por se mudar, para ficar mais distante e não saber o que estava acontecendo na casa de J1. Relatou que absorvia muito os problemas da irmã, chegando a ser internada por “problemas nos nervos” em hospital psiquiátrico em função disso.

Para J2, a maior dificuldade enfrentada por J1 foi a descoberta, depois de casada, que seu marido sofria de “problemas dos nervos”, tendo crises e ficando também internado em hospital psiquiátrico. Informa que o cunhado é muito agitado, só fala gritando e briga muito com J1 por qualquer coisa que saia da ordem habitual da casa.

J2 revelou que J1 só contou para a família a respeito da doença quando ia operar, dizendo que iria retirar um caroço da mama, tendo ela mesma deduzido que se tratava de um câncer de mama. Na época, J2 não acreditava que o câncer pudesse ter cura, associando a palavra câncer à morte. Decidiu unir a família, e passaram a rezar bastante por J1 na Igreja que freqüentavam, pedindo para que J1 conseguisse se curar e vencer essa doença. Acredita que Jesus e as orações da família conseguiram curar J1.

J2 não incentiva a realização da reconstrução mamária de J1, por ter medo da rejeição, de problemas na cirurgia e por considerar que J1 está bem como está.

Na entrevista individual, J1 falou de forma rápida e sem pausas, demonstrando coerência em seu discurso e expressando muita raiva e desapontamento em relação ao marido, por não a ter apoiado nem visitado no hospital, como esperava, e também por já não a considerar na condição de mulher, não desejar vê-la nua e nem procurá-la mais para sexo.

J1 mencionou também a dura realidade que enfrentou nos hospitais públicos durante dois anos desde que descobriu o caroço até conseguir realmente operar e seguir o tratamento adequado. De acordo com sua informação, pela lista do Inca, até hoje ainda não foi chamada para realizar a cirurgia, que só conseguiu fazer devido ao contato, por intermédio de sua irmã, com um enfermeiro de um hospital particular que atende também pacientes do SUS.

Segundo a avaliação da paciente, foi em sua religião (evangélica) que mais conseguiu forças para lutar contra a doença; por isso agora frequenta a igreja regularmente, todos os domingos e segundas, quando antes só ia aos cultos esporadicamente.

Como enfatizado em sua frase título, J1 demonstrava certo pessimismo e passividade diante de situações que considerava compatíveis ao gênero feminino, como acatar, sem reclamar ou contestar, todas as decisões do marido, nelas incluindo ficar sem sexo e sem obter prazer para o resto de sua vida, porque ele não a deseja mais desde a operação.

Acreditamos que, em decorrência da entrevista individual, alguma coisa a fez refletir sobre esse tema, pois quando voltávamos juntas da entrevista na casa de sua irmã, J1 relatou-nos que havia pensado sobre o assunto e havia se masturbado pela primeira vez, sozinha no banheiro, obtendo prazer e não se sentindo mais insatisfeita e passiva diante do marido, como vinha acontecendo.

Com relação à resposta psicológica ao diagnóstico, com base nas descrições feitas por Saba (1982), observamos que J1 apresentou inicialmente “sentimento de impotência/desesperança”, acreditando que iria morrer, sem que houvesse algo que pudesse fazer. Posteriormente, com o apoio da crença das filhas em sua cura e seu incentivo para que ela seguisse o tratamento, J1 passou a apresentar como resposta o “espírito de luta”, tornando-se mais otimista e buscando informar-se com as filhas sobre a doença.

Quanto às perspectivas etiológicas descritas em nosso Capítulo 2, podemos incluir J1 na perspectiva biológica, por destacar a reposição hormonal e a menopausa como fatores influentes no desenvolvimento da doença.

4.6.2.

Análise intersujeito

Com base em nosso levantamento teórico e nas discussões com profissionais da área, mencionadas no item 4.3, estabelecemos a princípio oito categorias de análise: descoberta da doença, definição do câncer, perda e papel das mamas, tratamento, relação com o parceiro/vida sexual, reação do parceiro/família ao diagnóstico, etiologia e raiva. Duas outras categorias foram

agregadas em decorrência dos resultados das entrevistas piloto: facilitador do enfrentamento e mudanças.

Passaremos então agora à apresentação da análise das 10 categorias, e em cada uma ilustramos nossa análise dos dados com as falas de nossas entrevistadas, demonstrando assim a participação e importância de todas elas para a realização deste trabalho.

Descoberta da doença

Com o primeiro item de nosso roteiro, tínhamos por objetivo verificar a maneira como as entrevistadas haviam descoberto o câncer de mama, se por do auto-exame, em consultas médicas ou de outra forma e, também, como reagiram ao diagnóstico.

Buscávamos com isso, comparar os dados da realidade de nossas entrevistadas com os almeçados pela ciência e, também, confrontar as mudanças recentemente implantadas pelo Inca, o qual passou a informar à população que o auto-exame não é suficiente para a realização da prevenção do câncer de mama, havendo a necessidade ainda da realização da mamografia a partir dos 35 anos (INCA, 2004). Dado o desenvolvimento de uma alta tecnologia nos exames de mamografia, já é possível atualmente a detecção do nódulo em fase bem inicial, quando ainda não se consegue apreendê-lo de forma tátil pelo auto-exame.

A maioria de nossas entrevistadas (sete sujeitos) afirmou ter descoberto a doença a partir do auto-exame: no banho (cinco sujeitos), sentada em uma poltrona (um sujeito) e em pé, em casa (um sujeito). Duas revelaram que a detecção foi feita por exames de rotina, e uma relatou que o tumor se evidenciou a partir de dores na mama.

Auto-exame. Na hora do banho eu fiz o auto-exame. Examinei a mama esquerda e quando eu examinei a direita eu descobri um carocinho. Aí no dia seguinte fui na minha ginecologista. Ela não acreditou, ela não sentiu o carocinho de tão pequenininho que era. Aí, eu insisti. (B1, 47 anos)

Ah eu tava... tomando banho. Aí tava passando sabonete e de repente eu senti aquele caroço assim, dei aquela parada. Aí depois eu comecei, comecei a ficar mexendo, não sabia, se... Comecei a mexer, mexer no caroço. Deveria ter uns três ou quatro centímetros, no máximo. Aí, no dia seguinte eu fui no médico, aí eu dizia que eu estava com câncer, e o médico falava que não (...). (E1, 45 anos)

Aí, eu fazendo exame de rotina, a minha médica havia pedido a mamografia, aí fiz e quando ela olhou a mamografia ela sentiu que tinha algo diferente, que não estava conforme as outras anteriores. Aí eu fiz, ela mandou que eu fizesse uma outra, chama-se “não sei o que lá” de alta ressonância, aí eu fiz, aí de imediato ela pegou o telefone e quando saiu o resultado, ela pegou o telefone e ligou pro mastologista, me encaminhou pro doutor X; ela ligou para ele e mandou que eu fosse para lá, e eu fiquei lá com ele. (A1, 50 anos)

Foi assim um carocinho que começou a doer, sabe? Uma dorzinha, uma fisgadinha, aí foi quando eu comecei a sentir assim uma fisgadinha no peito. Aí foi quando eu comecei a sentir, né? Não assim, a descobrir, né? Aí eu fui à ginecologista pra fazer exames de rotina, né? (H1, 51 anos)

Percebemos também, quão impactante foi para essas mulheres descobrir a tumoração. Das sete entrevistadas que descobriram pelo auto-exame, seis procuraram o médico no dia seguinte ou (uma delas), pelo menos, logo em seguida à suspeita. Só uma, portanto, mesmo percebendo certa alteração na mama, só procurou o médico quando constatou aumento progressivo e começou a sentir fortes dores no local.

Pudemos correlacionar esses resultados com os encontrados por Skaba (2003), cujas entrevistadas procuraram atendimento médico ao primeiro sinal ou sintoma diferente encontrado nas mamas. Para a autora, o ponto central dessa rápida busca de auxílio refere-se ao poder dos meios de comunicação de nosso país, que afirmam: “o câncer, quando diagnosticado a tempo, tem cura” (p. 59).

Outro fator importante que buscamos analisar foi a reação principal ao diagnóstico do câncer de mama: quatro entrevistadas afirmaram ter-se visto mortas, acreditando que fosse o fim; duas declararam não ter aceitado a perda da mama, sendo esse o ponto de maior angústia; duas informaram ter sentido que precisavam retirar logo o câncer, desejando fazer a cirurgia imediatamente ao diagnóstico para, assim, exterminar logo todo o “mal”; e duas se resignaram e aceitaram o diagnóstico, uma devido ao fato de acreditar que sua religião incentiva tal atitude, e outra devido ao histórico de câncer na família, sendo essa doença já esperada.

Eu pensei que eu ia morrer. Eu chorava. Não queria morrer tão cedo assim, pô! Eu queria morrer pelo menos com 50, né? Eu pensava: ‘Pô, vou morrer. Não tem jeito e tal’, né? Porque eu ia morrer, né? Chorava pra caramba porque eu ia morrer cedo (...). (J1, 51 anos)

(...) fui pra casa, apanhei o dicionário e fui ver o que que era carcinoma. Aí quando eu vi entrei em parafuso, né? Porque a gente entra mesmo (...) E eu sei que

é um câncer. E eu vou ter que tirar minha mama, mas só que eu não vou tirar. Eu vou morrer, mas eu não vou retirar (risos). (C1, 53 anos)

Eu achei que... eu achei não, eu tenho certeza de que o carocinho ia me matar e eu não queria morrer. Então, eu falei: 'Não; opera o mais rápido possível' (...) Ai eu queria me ver livre do caroço. Eu botei na minha cabeça que viveria bem sem a mama, mas, se aquele carocinho ficasse ali, aí eu pressionei um pouquinho a médica. (B1, 47 anos)

É, eu creio muito em Deus, eu acho, assim, que se você tem uma fé e aí eu vou te falar mais do meu lado religioso, eu tô, eu sigo muito o espiritualismo, então eu acho que tudo que está designado pra você, você não vai, eu não reclamei, pelo contrário, eu aceitei bem (...). (D1, 51 anos)

Estes dados corroboram os resultados encontrados em pesquisas anteriores sobre o tema. Segundo Bergamasco e Angelo (2001), o câncer de mama acarreta um profundo impacto psicossocial tanto nas pacientes quanto em seus familiares. Esses autores identificam quatro temas centrais nessa fase inicial do diagnóstico: “1- descobrindo-se uma mulher com câncer, 2- querendo livrar-se da doença, 3- sendo ajudada para não desistir, 4- tentando adaptar-se à nova realidade” (p. 279). O segundo tema apresentado pelos autores correspondeu diretamente aos sentimentos vividos por duas de nossas entrevistadas, como exemplificado na fala de B1, acima. Percebemos que o tema 3 apareceu de forma indireta quando algumas de nossas entrevistadas afirmaram utilizar o contato com outras mulheres da Instituição, já curadas há vários anos, para obter força e não desistir do tratamento; de forma direta, encontra-se na fala de J1, que afirma sentir-se ajudada pelas filhas a não desistir e acreditar na possibilidade de cura.

Constatamos a presença do quarto tema referido pelos autores nas mudanças que algumas entrevistadas impõem ao vestuário, na doação de roupas decotadas e no uso de prótese no sutiã como forma de se adaptar corporal e socialmente à nova realidade.

Outro ponto analisado diz respeito à comunicação aos familiares de suas sensações na mama e da possibilidade de câncer. Cinco só contaram depois de ter feito todos os exames e de o médico dar o diagnóstico; três afirmaram ter dividido a suspeita com família/companheiro tão logo sentiram alguma diferença na mama; e duas só compartilharam a questão quando já possuíam a data prevista para a realização da biópsia e/ou mastectomia. A justificativa da maioria das entrevistadas para postergar a divulgação para a família dizia respeito à tentativa de não a assustar sem motivos concretos, não a desesperar “à toa” com a

possibilidade de doença considerada tão ameaçadora, preferindo só revelá-la quando tivessem certeza.

(...) quando eu diagnostiquei o caroço, assim por acaso, eu estava encostada numa porta, botei a mão assim dentro do sutiã e localizei. Como tinha uma tia que estava muito doente do coração, fiquei quieta, né, quando olhei pra ela assim eu sabia que essa notícia pra ela ia ser fatal, e foi. Aí no dia seguinte procurei o médico mesmo, não falei nada com ninguém, saí à procura de um médico. (I1, 69 anos)

(...) no dia que eu descobri, eu falei assim [para o marido]: 'Eu tô com um caroço na mama, amanhã eu não vou trabalhar, eu vou pra... eu vou pro médico'. Aí eu fui pro médico. Aí quando eu voltei, ele me perguntou assim: 'E aí?' Eu disse: 'Ah, o médico pediu a mamografia'. Aí fui fazer a mamografia e tal. Aí ele foi trabalhar em X; aí veio no final de semana. Nesse decorrer aí eu não contava as coisas que o médico me falava no Hospital do Câncer, entendeu? 'Ah, vou deixar pra falar quando eu tiver certeza'. (E1, 45 anos)

(...) na minha casa ninguém sabia (...)Eu não contei pra ninguém. Pra ninguém, ninguém, até ir pra cirurgia, até começar a fazer biópsia, essa coisa toda (...) (H1, 51 anos)

Definição da doença

Com esse tema de nosso roteiro, buscávamos analisar a que tipos de representações sociais nossas entrevistadas vinculavam o câncer, que tipo de significações, importância e valores lhe atribuíam. Percebemos que várias características foram sendo associadas pela mesma pessoa, não sendo, portanto, categorias excludentes: seis entrevistadas associaram primeiramente o câncer à morte, à não-cura; três afirmaram ser uma doença que não é passível de controle, estando todos vulneráveis e inseguros quanto à possibilidade de uma recidiva; para duas pessoas o câncer representou um grande aprendizado; duas supõem tratar-se de um resgate, um castigo pelo qual tinham de passar; uma declarou ser uma doença que demanda tratamento, bons médicos e Deus para ser vencida; uma o associou à hereditariedade; e uma o referenciou como algo triste por que passou.

Ah...[o câncer] é a mesma coisa que você tá... pra você ficar à beira da morte, você se depara com uma situação dessas que parece que no momento é seu fim. É como se você tivesse com o pé na cova, digamos assim. (F1, 45 anos)

(...) é uma doença que você não fica sossegada nunca, qualquer coisinha que você sente, você acha que voltou pra outro lugar. Aí quer começar a fazer exames, mamografias, pra ver se voltou e aí começa tudo novamente. (G1, 48 anos)

Pra mim... o que que aconteceu comigo, o câncer, eu acho que foi um aprendizado muito grande pra mim. As pessoas olham assim, mas não olham pra você. As pessoas nem notam você (...) E a gente não, depois que a gente tem essa doença, de mama ou qualquer outro, acho que a gente cresce, a gente aprende a olhar para o outro, entendeu? (...) a gente presta mais atenção nas pessoas, não guarda mágoa das pessoas. (C1, 53 anos)

(...) são coisas que você tem realmente que passar na vida ou em outras encarnações, porque a gente tá aqui, na nossa crença, você está aqui cumprindo coisas que você deixou de fazer em outra encarnação. E principalmente as mulheres que têm câncer de mama em outras encarnações elas exibiam muito essa parte aqui, provocavam as pessoas com a vaidade, e a vaidade não é uma coisa boa, então (...) você se priva daquela exibição que você tinha, né? Pra provocar as pessoas. (D1, 51 anos)

Perda e papel da mama

Segundo Tôrres (2004), “quanto maior for a importância que a mulher confere às mamas, maior será o sentimento de perda após a cirurgia” (p. 21). O valor atribuído às mamas irá variar de acordo com a idade e o estado psicológico e social da mulher (TÔRRES, 2004). Para a autora, a mama representa uma parte integrante da feminidade da mulher e, ao mesmo tempo, desperta seu sentimento de maternidade.

Com relação a dessa temática, procurávamos detectar o papel principal da mama para nossas entrevistadas, se mais atrelado à maternidade ou à identidade feminina, se referente a ambas as associações ou ainda se existe outra forma de concebê-la. Assim como constatado em relação à categoria anterior, percebemos que a mama cumpre vários papéis para a mesma mulher: cinco entrevistadas afirmaram constituir uma parte de sua identidade, sexualidade, beleza e vaidade feminina; quatro a referiram à maternidade e à alimentação dos filhos; duas a declararam parte de si mesmas, de seu corpo; duas a relacionaram à questão estética; duas, à sedução, como forma de provocar os homens; e uma teve dificuldade em responder e colocar em palavras a questão, demonstrando a forte importância desse órgão para ela.

Bom... pra mim, faz parte do meu corpo, né? É uma coisa que é... não sei, acho que faz parte da sexualidade também da mulher, né? E você se sente mutilada quando você precisa fazer isso, né? (C1, 53 anos)

Bom, deixa eu pensar... oh, eu acho assim, na época que meus filhos estavam pequenos, [a mama] tinha a função de alimento deles, né? Mas depois que eles cresceram ficou sem função, tanto é que, quando eu tive que operar, eu nem quis fazer a reconstrução. Tirar a mama, pra mim, foi tirar a doença, então... eu fiquei mais segura, cê tá me entendendo? (B1, 47 anos)

Pra mim foi mais uma estética. Primeiro seria, lógico, pra, pra... amamentação, né? Mas como eu já não tinha mais a quem amamentar, então pra mim só tinha a estética, nada mais. (H1, 51 anos)

Ah, a vaidade que a mulher tem, né? De ter duas mamas, né? Usar blusa decotada, mostrando e tal, principalmente porque os homens gostam de ver. Agora a gente tem que usar a blusa com gola até no pescoço, eles nem olha, nem olha, tá entendendo? Aí você que você bota uma sainha curtinha, uma barriguinha de fora, os homens fica tudo de olho, né? Por quê? A gente tá chamando atenção. E o que eu vou chamar atenção de um homem? Eu não chamo a atenção é de nada, o homem vai olhar assim e nem te olha na rua, você passa, põe um calçado e tá, tá, tal, e eles não tão nem olhando, entendeu? (J1, 51 anos)

Com relação à perda da mama, observamos diferentes resposta à situação enfrentada pelas mulheres: seis afirmaram ter tido grande dificuldade de aceitar a perda de se submeter à mastectomia; uma chegou até a afirmar que preferia morrer a ter que viver sem sua mama; quatro revelaram ter encarado o fato de forma tranqüila, ou porque já esperavam passar por essa doença devido à hereditariedade, ou porque retirar a mama associava-se à garantia de cura, de extirpar toda a doença de seu corpo, ou ainda porque a localização facilitava disfarçar a perda mediante o uso de prótese no sutiã, ao contrário de outros tipos de câncer, cujas feridas são extremamente visíveis, e o disfarce, impossível, como o câncer no rosto. Além dessas justificativas, percebemos também que essa “fácil” aceitação, pode estar encobrindo o desejo de realizar a reconstrução mamária, devido à crença e a grande medo latente de que, se mexer na mama, o câncer possa voltar, de que, na verdade, ele não tenha sido totalmente extinto, mas esteja “adormecido”.

(...) eu senti muito, doeu, foi uma dor assim... não é dor da cirurgia, foi a dor de eu perder a minha mama, entendeu? Foi uma dor muito grande (...) Olha, quando eu soube mesmo que eu ter que tirar a minha mama eu pegava, acariciava ela: ‘não, não acredito no que tá acontecendo, por que comigo?’ Entende? Eu não aceitava (...). (A1, 50 anos)

Bem, eu não tive assim... na realidade a perda da mama não me fez esse sofrir... não me causou muito choque não, eu fiquei muito ruim foi com a ‘químio’ (...), tirar a mama, não é nem por um motivo, não tenho até hoje problema nenhum, eu vou à praia, eu brinco, eu sou uma pessoa até bem extrovertida (...) mas ter que lutar contra um câncer de mama, você não vê, né, se eu não falo pra você que eu tirei a mama, você não vai ver, mas tem gente que tem no rosto, e é muito pior, eu

tenho uma tia que teve câncer, tia do coração só, o rosto dela é muito feio, mas a gente não, sabe, a gente tem prótese, tem a reposição, eu não faço, porque eu acho que o que tá quieto não se mexe, nesse ponto eu sou medrosa, eu acho até que, eu tenho medo assim, porque não tá me incomodando, eu vou mexer aqui pra quê? (D1, 51 anos)

Observamos ainda correlação nas respostas das quatro mulheres que apresentaram maior ou melhor aceitação da perda da mama com o fato de a representação da mama estar vinculada à função de amamentação, que não exercem mais porque os filhos já estão crescidos. Duas correlacionaram a mama exclusivamente a essa função, e as outras duas a ela acrescentaram a possibilidade de sedução, de provocar os homens. Por sua vez, das seis mulheres que experimentaram grande dificuldade de aceitação da perda da mama, cinco a relacionaram mais à questão da identidade feminina e da sexualidade, função presente e constante em suas vidas até hoje, e uma demonstrou grande dificuldade de abordar a questão, devido à importância que atribui à mama.

Pra mim, no meu caso, [o papel da mama] foi a amamentação e é até hoje. Não amamento mais, mas vivo em função da minha filha. E também o lado mulher de exibir muito os seios para provocar os homens, mas a gente também vai envelhecendo e já não é mais a mesma coisa. (D1, 51 anos)

Mas é muito difícil, muito difícil mesmo [a perda da mama]. Sendo que isso foi uma coisa ruim que passou na minha vida e que hoje, graças a Deus, eu já fiz a reconstrução, já me sinto praticamente... voltei quem sabe até melhor do que eu era, né? Quem sabe? (...) E eu aconselho a todas que passam pelo que eu passei, que façam a reconstrução, é muito importante, você volta a se sentir viva de novo (...) Não foi pelo meu marido, porque ele, ele foi até o finalzinho da... até eu entrar no centro cirúrgico, ele pedia pelo amor de Deus que eu não fizesse a reconstrução, pra eu ficar do jeito que eu estava (...) inclusive eu tive pessoas conhecidas minhas que chegou pra ele [marido] e falou: (...) 'Vamos supor que você tivesse perdido o teu pênis e tivesse condições de botar outro, você não ia colocar?' Aí ele: 'Mas não há necessidade'. 'Mas se ela tá querendo, é porque na cabeça dela vai fazer falta'. Quer dizer, então, não foi por ele, foi por mim. Eu fiz isso por mim (...) (A1, 50 anos)

Tratamento

Com esse tema buscávamos saber como nossas entrevistadas haviam vivenciado o tratamento e a que tipos, além da mastectomia, tinham sido submetidas.

Por meio do questionário de identificação, encontramos sete tipos de tratamentos utilizados associados à cirurgia de mastectomia: quimioterapia após a

cirurgia (3); radioterapia e Tamoxifeno (2); quimioterapia antes, radioterapia depois da cirurgia e Tamoxifeno (1); quimioterapia após a cirurgia e Tamoxifeno (1); quimioterapia antes e depois da cirurgia e radioterapia depois (1); radioterapia após cirurgia (1); e Tamoxifeno (1).

De acordo com a bibliografia consultada, que aborda grandes reações de ansiedade diante a realização da mastectomia, em virtude das significações da mama para a identidade feminina (Saba, 1982), esperávamos que essa categoria ficasse voltada para a dificuldade de lidar com a perda da mama. No entanto, observamos que, para todas as mulheres (6) que haviam passado pelo tratamento quimioterápico, a maior dificuldade enfrentada foi a perda do cabelo e não a da mama. Tal afirmação era justificada pelas entrevistadas pela questão da visibilidade social, já que a falta da mama podia ser disfarçada pela roupa ou prótese, e a falta do cabelo, mesmo com uso de peruca (4) ou lenço (2), era percebida pelos outros.

*Olha, foi **tranquilo**. Fiz os exames, a cirurgia foi **ótima**. Eu achei que eu fosse ficar esquisita depois da cirurgia, mas até que me olhei bem, encarei a nova situação física **bem**. O mais complicado pra mim foi cair o cabelo, porque eu tinha um cabelo cacheadinho, entendeu? Então, a médica disse que eu ia fazer quimioterapia; depois de um mês de operada eu comecei a fazer, e foi difícil o cabelo. Porque a mama a gente põe uma prótese, põe roupa e tal, e ninguém vê. Passa na rua e ninguém vê. (B1, 47 anos)*

*(...) eu acho que tudo que está designado pra você, você não vai, eu não reclamei, pelo contrário, eu aceitei **bem**, eu falei, só que ter o câncer, tirar a mama, não é nem por um motivo, não tenho até hoje problema nenhum, eu vou à praia, eu brinco, eu sou uma pessoa até bem extrovertida, o que me pegou mesmo foi a quimioterapia (...). (D1, 51 anos)*

...o pior de tudo foi a sessão de quimioterapia; eu fiz quatro só, mas foi a pior coisa, foi o trauma da minha vida. Ficar sem a mama, quando eu... logicamente, quando eu me deparei no banheiro, com o espelho de todo o tamanho que tem na casa da minha irmã, numa suíte com um espelho de fora a fora e me deparar com aquela cicatriz daqui até aqui, horrorosa, sem a minha mama, foi um choque com certeza. Eu entrei em depressão e chorava dia e noite (...) foi uma coisa monstruosa pra mim [se ver careca], então por isso que eu falo eu acho que foi mais complicado perder o cabelo do que perder a mama, assim de imediato, né? Lógico que depois o cabelo volta, melhor do que antes, volta forte, bonito e não tem nada a ver, mas é tudo o momento, né? (F1, 45 anos)

*Quando a médica falou e tudo e tal. 'Ah, **tudo bem**'. Tem que tirar, vamos tirar, né? A única coisa que me deixava chateada, foi quando, não do cabelo cair, da quimioterapia, mas daquele negócio de ir pra rua, assim, chegar no serviço, com as colegas, aquela coisa toda, e você às vezes até ouvir uma piada, uma coisa e outra. Era só isso, mas não por eu estar fazendo a quimioterapia, **isso aí tudo bem**; aí fiz a primeira; aí o médico falou: 'Seu cabelo vai cair e tal'. Aí eu: 'Então*

tá'. Aí, cheguei em casa, chamei o meu filho e falei: 'Vem cá, traz a máquina'. Pedi ele logo pra raspar e: 'Tira logo tudo. Vou ficar aqui protelando, vai cair tudo mesmo, então tira logo tudo de uma vez'. Aí fui, comprei uma peruca, mas também achava aquilo tão estranho, que dentro de casa eu não usava, usava mais era lenço, usava só quando era pra sair, aí eu usava. Aí eu tinha alguns lugares pra ir, por exemplo, pra levar um atestado médico ou ao banco, que era próximo ao serviço, aí eu colocava a peruca, mas aí, no caso, eu ia no horário que eu sabia que as pessoas quase não iam ao banco. Aí eu ia rápido, aquela coisa toda. (H1, 51 anos)

Outro ponto que nos chamou atenção foi a necessidade da maioria das entrevistadas (6) de qualificar com adjetivos positivos o tratamento que elas mesmas apresentavam como sendo a parte mais difícil de todo o processo, dolorosa, invasiva e que apresentava vários efeitos colaterais como vômitos, tristeza, ressecamento e feridas na boca e nas veias, entre outros. Acreditamos que utilizavam adjetivos como “tranquilo”, e “ótimo” ou a expressão “tudo bem” como uma necessidade de negar ou de entrar em contato com as sensações negativa enfrentadas, focando apenas a atenção no “bônus” de ainda estar vivas. Grifamos essas palavras nos trechos das entrevistas acima, com exceção da que se refere a F1, e apresentamos mais exemplos abaixo:

*(...) ele [médico] viu que não tinha jeito de deixar a prótese. Tirou a prótese. Tirou, deu ponto e fechou. Então, quer dizer que eu perdi a mama pela segunda vez, né, mas aí **tudo bem**. (C1, 53 anos)*

*Ah, eu achei **ótimo** [o tratamento]. Se não fosse assim, se não tivesse tratamento com certeza, né, a pessoa não sobreviveria. Antigamente a pessoa que tinha câncer morria, né? Porque não tinha os tratamentos que tem hoje. (E1, 45 anos)*

*Eu **não senti nada não** [tratamento quimioterápico]. Não. Graças a Deus eu não senti nada. Não senti enjôo, não senti isso e aquilo outro, não senti nada. Só depois, na terceira, minha boca começou a rachar um pouco. Eu senti a língua crespa. Minha boca ficou cheia de ferida e doía, que eu não podia comer nada. Ficava rachada, machucada, né? Mas depois... foi só isso também. Aí o médico passou aquela pomadinha, né? É só isso também, eu não senti nada não, correu tudo bem, Graças a Deus. Até hoje eu não tenho mais a veia, essa veia grossa aqui [mostra o braço], era aonde eu tomava. Aqui também eu tinha uma veia [mostra a mão], não nasce mais. Mas só isso só, não tem mais nada não. (J1, 51 anos)*

Reunindo o relato de F1 e os das três restantes, obtivemos a informação de que quatro entrevistadas vivenciaram o tratamento em geral como difícil ou doloroso. A1 e F1 tiveram muita dificuldade de aceitar a perda da mama, G1 sofreu queimaduras com o processo de radioterapia e enfrenta até hoje problemas com o inchaço quase constante do braço operado, e I1 contraiu uma grave

infecção hospitalar após a cirurgia da mama, o que dificultou sua cicatrização e quase a levou à morte. Com exceção de F1, nenhuma fez tratamento quimioterápico.

Apesar de as seis anteriores terem apontado como a situação mais problemática do tratamento a perda do cabelo, percebemos ao longo das entrevistas que para C1 e E1 foi extremamente frustrante também passar em vão por tantas cirurgias de reconstrução, tanto quanto é para D1 conviver com o inchaço do braço operado.

Relação com parceiro/ vida sexual

Com esse item, buscávamos investigar a ocorrência de alguma mudança na relação conjugal e sexual do casal após a mastectomia. Das 10 entrevistadas, nove eram casadas ou mantinham relação fixa com um parceiro na época da cirurgia. Delas, cinco relataram não ter havido nenhuma mudança no comportamento do parceiro em relação a elas ou à vida conjugal, e quatro afirmaram que, antes da doença, a relação já não era satisfatória, duas delas já tendo até passado por momentos de separação, e uma se separado definitivamente. Dessas quatro ainda, três afirmaram não ter tido nenhuma relação sexual com o marido depois da mastectomia, e a outra informou que mantém relações, porém sempre de sutiã ou com alguma roupa tapando os seios.

(...) mas em relação ao casamento, em si, continuou tudo a mesma coisa, ele não mudou em nada. Eu tenho tantas colegas aí, né, que, quando passam por um negócio desses, o marido larga, eu acho que quando larga é que já não tá bom, entendeu? Porque quando é um casamento de verdade conforme o meu é, eu acho que supera tudo. (A1, 50 anos)

(...) como eu te falei, a gente já tinha um relacionamento muito complicado antes da cirurgia, a gente... a gente vivia igual gato e cachorro, a gente não tinha um relacionamento bom, entendeu? A gente brigava muito, então.. (...) quando eu passei por essa cirurgia, ele não, ele [marido] simplesmente não aceitou, entendeu? Ele simplesmente não aceitou. Ele falou que... 'eu aceito com qualquer um, menos com ela, porque ela é uma pessoa muito vaidosa, muito cuidadosa e eu não aceito', entendeu? Então ele não conseguiu, ele não conseguiu me dar força, ele... a gente só fazia era brigar. (F1, 45 anos)

Esses dados confirmam as idéias expostas por Tôrres (2004), para quem os atos cirúrgicos de mutilação da mama influenciam diretamente a auto-estima da mulher, acarretando mudanças em sua imagem corporal, interferindo na

recuperação de sua vida sexual e gerando sentimento de angústia e medo de ser rejeitada pelo parceiro.

Realizamos ainda uma comparação entre a aceitação da própria mulher e a do parceiro, com base nas respostas de todas as mulheres; o fato de termos incluído até a que não era casada se justifica por seus relatos de um relacionamento que manteve após a mastectomia, não sem antes, porém, informar o parceiro sobre a cirurgia. Quatro entrevistadas aceitaram a situação e obtiveram a aceitação dos parceiros; três contaram com a aceitação do marido, mas não se aceitaram nessa condição (duas delas foram as que tentaram a reconstrução); duas não tiveram a aceitação do marido, mas aceitaram a própria perda; e uma não recebeu a aceitação do marido nem se aceitou dessa forma. Percebemos nesse contexto que, quando não houve aceitação por parte do marido, o relacionamento sexual do casal foi imediatamente interrompido e que, quando a não-aceitação é da mulher, a vida sexual é preservada pelo casal.

Eu achei que eu fosse ficar esquisita depois da cirurgia, mas até que me olhei bem, encarei a nova situação física bem (...) ele [marido] me mostrou que pra ele não estava fazendo diferença nenhuma. Inclusive ele falou uma coisa que eu falo aí e a psicóloga ri à beça. Ela disse assim: 'Pra que duas mamas se eu só tenho uma boca?' Entendeu? Esses troços assim, então ele foi me deixando à vontade. E não forçou pra tirar, que eu ligasse a luz. Nada disso. Ele foi me mostrando sem palavras. Ele foi me mostrando que não tinha problema, que eu estava bem, que ele gosta de mim pelo que eu sou e não pelo que eu estou aparentando ali. (B1, 47 anos)

Eu nunca mais fui para praia, não tiro roupa perto de ninguém, essas coisas, né? Não usar roupa decotada, eu tinha um colo bonito, acostuma, tudo muda, não pode pegar peso, não pode pegar isso, não pode pegar neto, não pode pegar nada. Então muda, né? Quer dizer que sim, né? A diferença é que tem que mudar, essa é a realidade (...) Até o sexo muda, você nunca mais tira a roupa, pra ter relação tem que ser com roupa, não é a mesma coisa, não é a mesma coisa; faz o sexo e pronto (...) ele [marido] aceita bem, aceita tudo, a família toda, né? (G1, 48 anos)

Até que eu não senti não, porque ficava escondida dentro da roupa, né? Não vai mostrar pra ninguém. E não vai fazer falta, porque eu não vou amamentar mais ninguém, porque eu já tive minhas filhas, tudo aí e tal (...) depois que... eu operei, agora que eu operei, agora mesmo que desandou mesmo, acabou mesmo. Ele [marido] tinha pensado em sair de casa, mas só não foi porque não tem condições, porque ganha pouco, senão largava casa, largava tudo e sumia. (J1, 51 anos)

(...) eu já tinha assim mais de ano já que eu tinha passado pela cirurgia e eu vivia chorando. Minha filha saía pra... ela saía pra escola de manhã cedo 7:30, eu já acordava chorando, ia dormir, às vezes já chorando, ela chegava da escola, às vezes já me encontrava chorando ou então já tinha chorado, sabe? Então eu vivia chorando.. (...) quando eu passei por essa cirurgia ele não, ele [marido] simplesmente não aceitou, entendeu? Ele simplesmente não aceitou. (F1, 45 anos)

Três entrevistadas explicitaram ter tido receio de ser abandonadas pelo parceiro devido à perda da mama.

Porque na época a gente acha que o marido vai largar a gente por causa disso, né? A gente já não estava vivendo bem, e tudo. Acha que ele vai largar por causa disso, acha que ele não está querendo você por causa disso, mas não teve nada disso não, foi tudo da minha cabeça. (C1, 53 anos)

Quanto à vida sexual de nossas entrevistadas, verificou-se que três mantiveram atividade sexual normal, porém com roupa; três nunca mais tiveram relações sexuais com seus parceiros; duas afirmaram que a cirurgia não afetara essa questão, tendo-se mantido igual o desempenho sexual; uma afirmou ter diminuído a frequência das relações no início por se sentir com vergonha do próprio corpo; e uma revelou que mantém a prática, mas com uso de roupa; mudou, portanto, pois se tornou insatisfatória (para este último caso, ver acima trecho da entrevistada G1).

A gente sempre teve relação [sexual] normal, só que eu nunca tirava a parte de cima (risos). Eu sempre tinha...botava um "baibedolzinho", uma roupinha ou então ficava de sutiã, né? Mas assim, mostrar pra ele assim, eu nunca... Se eu tivesse tomando banho, e ele entrasse, ele entrava e dizia: 'Que bobeira!' Eu escondia, eu virava. Até hoje eu faço isso. Até hoje, isso aí, eu não consegui...é, é... superar, né? Isso aí... eu não consigo deixar. É engraçado, eu mostro pra qualquer pessoa, se você quiser ver, eu mostro, mas pra ele eu não mostro. (C1, 53 anos)

A gente dorme na mesma cama porque não tem outra lá em casa, porque se tivesse... às vezes ele quer dormir na sala, mas já tá acostumado a dormir no quarto, então não consegue, dormiu só um dia na sala e não consegui, aí foi pro quarto (...) Então, quer dizer, aí é um quarto, um quarto só, só tem uma cama, a gente tinha um contato [relação sexual], mas depois dessa operação, depois que operei aí e que, sabe? Acho que desabou mesmo. Aí acabou mesmo. (J1, 51 anos)

Não, não afetou nada não, porque praticamente, mesmo antes, minha vida sexual já era aquela coisa normal, depois uma coisa mais fria, sabe e tal, mas ele continua com o mesmo carinho. Eu é que às vezes me retraio não quanto a isso, mas é porque eu já estou mesmo na menopausa, mas numa boa. (H1, 51 anos)

Eu fiquei com vergonha. Eu não queria tirar camisola, a luz apagada, tudo no escuro e tal. Mas ele me mostrou que pra ele não estava fazendo diferença nenhuma. [mas] Isso foi só no início, agora eu já estou sem vergonha (risos). (B1, 47 anos)

Duas entrevistadas relataram que nunca deixaram seus companheiros verem o local da cirurgia (como ilustração, ver trecho da entrevistada C1, acima).

Para Bitterncourt (*apud* Tôrres, 2004), “a vergonha pode ser limitadora do prazer sexual uma vez que a mulher, ao se sentir sem autoconfiança e sem o poder de sedução acaba por desinvestir libidinalmente o seu corpo” (p. 23).

Reação do parceiro/família ao diagnóstico

Por meio desse item buscávamos perceber como o parceiro e a família tinham reagido à notícia do diagnóstico do câncer de mama e como se comportaram em relação à paciente. Simultaneamente, essas reações permitiram apreender também sua forma de conceber e representar socialmente a doença.

Devido às diferenças encontradas entre as reações da família e as referentes aos parceiros, preferimos analisá-las de forma separada. Em relação às últimas, dos nove parceiros presentes na época do diagnóstico, seis acreditaram na possibilidade de cura e tratamento, e três ficaram apreensivos, pensando que a companheira iria morrer. Quando à reação dos familiares, oito famílias ficaram extremamente abaladas, chocadas e desesperadas, temendo a morte da entrevistada, e duas acreditaram no tratamento.

Ah, o meu marido é todo tranqüilão (...) Encarou assim, encarava assim, como se não tivesse acontecendo. Eu ficava nervosa, com raiva, porque ele não ficava nervoso. Eu que ficava. ‘Poxa, eu passando por tudo isso e você na maior tranqüilidade’. ‘Mas você quer que faça o quê? Que eu fique nervoso também? Você não tá fazendo tratamento, não vai ficar boa? Não vai operar, não vai ficar boa? Você quer que eu fique o quê? Chorando igual você? Ai em vez de dois, em vez de um vai ser dois nervoso dentro de casa’. E aí ficava assim naturalmente. (E1, 45 anos)

Olha, ele [marido] quando descobriu o... quando a médica deu o diagnóstico. Ele ficou em depressão. Eu não, ele ficou: ‘Ah! Porque eu vou perder você’. Aquela história, né. Ai eu falei: ‘Não. Vamos encarar numa boa e tal’ (...) Então, eu acho que ele achava que eu ia morrer, então, assim, ele não queria desagradar, eu acho, ele não queria preocupar a nossa família. Meu pai, por exemplo, que fez angioplastia, fez cateterismo, fez não sei o quê. Minhas tias que... tem uma que fez duas pontes de safena. Então, sabe, a preocupação dele eu acho que era essa, de não falar uma coisa que é tão terrível e assustar todo mundo, e todo mundo dar um ataque do coração e morrer. Sei lá. Eu acho. (B1, 47 anos)

Pra família realmente depois que passou tudo isso, cada um foi falando um pouquinho (risos) o que tinham sentido, né. Ai falaram: ‘Ah, ela vai embora, vai morrer’, porque meu marido sempre dizia: ‘O dia que a H1 cair de cama, vai ser pra morrer’. Ele pensava assim, né, nunca tinha ido a hospital, essas coisas toda. A minha sogra ia lá em casa, depois que ela falou que ia lá em casa e depois que saía: ‘ai, a H1’ Porque qualquer doença faz um alarde terrível, né? Ai também achava que eu ia morrer. Todo mundo achava que eu ia morrer, mas menos eu; eu não achava que eu ia morrer. (H1, 51 anos)

[reação] Da família? Eles são tudo cristãos, eles são tudo conformados, ser cristão cê já se conforma, né? Só pede a Deus pra correr tudo bem. Pediram muito a Deus pra me ajudar: 'Não, Deus vai te ajudar, vai correr tudo bem'. Me deu tudo força, tá entendendo? Pra eu lutar, né? Lutar, operar e pra correr tudo bem, que nada ia acontecer (...) elas [filhas] me: 'Né, mãe, isso tem cura! Opera, a senhora vai ficar bem, a senhora não vai morrer não. Vai correr tudo bem!'. Me deu força, tanto que me levou no médico, por mim eu acho que eu nem ia. Eu achei que ia morrer, mesmo operando ou não operando, eu ia morrer (...). (J1, 51 anos)

Outro ponto analisado diz respeito ao apoio que companheiros e família ofereceram às entrevistadas durante o tratamento. Constatamos que, dos nove parceiros, seis conseguiram dar o apoio de que as pacientes necessitavam, e três não conseguiram apoiá-las. Da família, todas as entrevistadas afirmaram ter recebido apoio, fosse de uma forma mais geral (3), fosse por poder contar com a ajuda de algum membro mais específico, como irmãos (4), pai (1), mãe (1) ou filhas (1). Apenas duas entrevistadas revelaram ainda ter um certo ressentimento com suas filhas, que não lhe deram o apoio e a força que esperavam. Temos como hipótese a idéia de que isso possa ter ocorrido em função do medo que essas filhas tiveram de também vir a sofrer da mesma doença e que talvez as tenha tornado apreensivas, abalando suas identidades corporais e os valores introjetados do ideal feminino passados pela figura materna.

(...) quando eu vim logo do hospital quando eu operei ele foi a primeira pessoa que viu, quando eu vim pra minha casa, foi ele que foi o meu enfermeiro, entendeu? Ele que me dava banho, ele fez tudo. Então eu só tenho que agradecer a Deus (...) (A1, 50 anos)

(...) todo mundo ficou assim muito solidário, sabe? Todo mundo, toda hora procurando tá perto de mim, dando força, ligando, visitando. Eu tive muito apoio da minha família, muito apoio, mas de quem eu mesmo eu esperava, que era dele, que tava ali do meu lado, o pai da minha filha, eu não consegui, eu não consegui. Ele não teve força pra me dar, pelo contrário, era hora dele me dar apoio, era hora dele, sabe? A gente, cada vez a gente brigava mais. (F1, 45 anos)

(...) ela [filha] já não estava em casa não. Foi me visitar na época, que eu tava morrendo, né, aí falaram com ela e eu nem sei se ela foi porque quis ou se induziram ela a ir, aí eu já não sei (...) Foram três vezes, umas três vezes ela foi me visitar, mas aquela visita assim de médico, por obrigação. Se algum dia, se por um acaso outra coisa acontecer comigo eu não quero a visita dela... vai me visitar pra quê? Uma visita falsa... eu não quero mais falsidade, falsidade não é comigo não. Da primeira foi falsa, então eu já estou escaldada, né, ela tem que viver a vida dela, não quero nada de mau pra ela não, ela escolheu o caminho, mas eu sei que mais tarde ela vai ter uma cabeça... quando o tempo passar, que ela começar a pensar, ela vai ter muito arrependimento na vida, mas é isso aí, a vida é isso mesmo, a gente tá aqui pra isso, uns colhem e outros plantam. (I1, 69 anos)

Etiologia

A partir das descrições etiológicas em nosso referencial teórico, buscávamos com esse item perceber quais eram as perspectivas de nossas entrevistadas sobre a(s) causa(s) do câncer que tiveram.

Nove expuseram suas associações, e a que não abordou o tema de forma direta, indiretamente, relacionou-o à hereditariedade, tendo parentes que passaram pelo mesmo adoecimento. Observamos, também, que apenas esta última expôs um único fator etiológico; as demais estabeleceram associações com vários fatores, o que veio a resultar, na computação dos resultados obtidos, em número superior a 10, que vem a ser a quantidade de mulheres entrevistadas. Assim, oito entrevistadas associaram o câncer à hereditariedade familiar; seis, a fatores estressantes enfrentados antes do adoecimento, como a morte de familiares (3), problemas financeiros e no trabalho (5) e brigas com pessoas importantes (3), tendo a maioria (4) passado por mais de um desses fatores; duas, a seus traços de personalidade (ser mais pessimista ou preocupar-se demais com as pessoas e com os problemas dos outros); duas, ao tipo de alimentação (carnes com hormônios, gordura, agrotóxico, uso excessivo de remédio e dieta sem frutas e verduras); uma, ao sedentarismo e à falta da prática de exercícios físicos; uma, ao uso de cigarro; e uma à reposição hormonal.

(...) eu, no meu íntimo, eu mesma, eu já sabia que era câncer. Sabia que era câncer, porque eu tenho histórico familiar. Então a minha história familiar não vai negar nunca. Então, minha mãe teve e morreu. Eu tinha seis anos, no interior, sem recurso, muitos e muitos anos atrás, não tinha essa evolução; hoje no interior talvez esteja até mais evoluído. E minha tia também, irmã de minha mãe, apareceu o câncer, ela já tinha estado com câncer de mama também em anos anteriores. (H1, 51 anos)

(...) eu acredito até... eu tenho praticamente certeza como o médico também falou que o meu foi é... motivo, o estresse. Porque uma vida muito conturbada, muitas brigas com família, com marido (...) o próprio estresse que eu passei a minha vida toda, a minha infância. Porque, como eu te falei, eu sou a caçula de oito irmãos é... Foi... Teve... Minha mãe teve a separação, né? Já era o segundo casamento dela, né? O segundo companheiro dela, o meu pai, e eu mal conheci o meu pai, e ela se separou quando tava me esperando e ela sofreu muito nessa gravidez, entendeu? Ela... a gente foi nascido e criado na roça, na roça mesmo, com lamparina, sem luz elétrica, sem nada, no interiorzão mesmo, então a gente foi criado no cabo da enxada, trabalhando na roça assim, sabe? E eu vim pra cidade grande com 14 pra 15 anos, e minha mãe sofreu muito com ele, ela dizia que ele

bebia muito, é... problema de bebida, eu tenho trauma de negócio de bebida, né?
(F1, 45 anos)

(...) eu fico preocupada com essa minha sobrinha, porque o meu tipo de gênio, o meu, é igualzinho ao dela (...) Eu sou assim, eu sou muito é... eu me preocupo demais com os outros, sabe, eu acho que eu sofro, isso é o meu pensamento, eu sofro o problema dos outros e acho que isso não faz bem pra ninguém. Eu sofro o problema dos outros, sei lá, e eu acho que ela é muito parecida comigo, muito, muito, e eu me preocupo com ela inclusive eu já chamei ela, já conversei com ela “cuidado que eu era assim igual a você”, entendeu? (A1, 50 anos)

(...) desde de novinha eu sempre fui gordinha. Todo mundo fala que a gordura tem alguma coisa a ver com câncer, e outra coisa que eu tô achando que essa incidência de câncer tá ficando muito grande, devido a esses remédios que eles andam colocando, porque eu já peguei cenoura pra comer e eu sento aquele cheiro forte de remédio; é, cenoura, aquela vermelha, beterraba, é de fazer salada e jogar fora, que fica com um gosto insuportável desses agrotóxicos que eles andam colocando, eu acredito que seja isso, mas quando o médico obteve o resultado do meu é... da biópsia, mas teve um outro exame que fiz também, que veio positivo; receptores hormonais, ele disse que a minha taxa de hormônio tava muito alta; aí ele pediu pra que diminuísse a carne e o frango, só que, se eu puder ficar sem, eu fico, porque ele disse que tá muito cheio de hormônio, o frango e a carne, então, se eu puder passar sem eu passo. (A1, 50 anos)

Verificamos com esses dados, então, que todas as nossas entrevistadas apontaram para algum fator dentro da perspectiva biológica (hereditariedade (8), alimentação (2), sedentarismo (1), cigarro (1) ou reposição hormonal (1). Duas relacionaram a etiologia à perspectiva psicológica; seis ao estresse, adequando-se, portanto, à perspectiva psicossocial. Além disso, podemos afirmar que, como apenas uma de nossas entrevistadas relacionou a etiologia a um único fator, nove detêm, na verdade, como perspectiva principal a visão multifatorial.

Raiva

Com base no referencial da perspectiva psicológica e dos estudos de Reich (1985), a raiva representaria um sentimento vivido e expresso com certa dificuldade por pacientes com câncer, devido ao fato de seus traços de caráter ou personalidade lhes exigirem serem cordatos e bons para, assim, agradarem e serem amados por todos (LeShan, 1994; Matthew-Simonton, 1990 e Reich, 1985).

Três de nossas entrevistadas admitiram sentir raiva; três negaram a princípio, mas depois acabaram admitindo ou mencionando situações que lhes causavam raiva; três negaram sentir raiva; e uma disse que sente às vezes.

eu sinto [raiva]. Eu acho que tem horas que você tem que sentir, eu me altero. Não sei se é um sentimento bom, mas me irrita bastante quando eu falo com uma pessoa e ela não me ouve, quando eu tento mostrar que a pessoa não tá certa e ela nem me escuta (...) mas eu sinto que não é uma coisa boa de se sentir, porque você se altera, se desequilibra e a pessoa que te causou a raiva tá numa boa, você é que ficou ruim, entende? (D1, 51 anos)

RAIVA? ... Eu não sinto raiva. Eu nunca tive raiva assim das pessoas não. Sabe assim: RAIVA!! sabe, não (...) Não sei, eu acho que eu não tenho raiva... Às vezes eu sinto raiva assim, por causa de filho, sabe, filha que não fez isso, não fez aquilo, podia ter feito e não fez, aí sim, aquela RAIVA. (H1, 51 anos)

Não, não sinto isso não (...) Nunca senti raiva de ninguém. Nunca fiquei, não sei se é porque eu sou cristã, e a gente que somos cristã temos que perdoar 777 vezes. A gente não podemos tomar raiva nem do inimigo, tá entendendo? Então, eu não sinto raiva, tá entendendo? (J1, 51 anos)

Ah, às vezes sinto, sábado mesmo, eu senti tanta raiva do meu marido, que se eu pudesse eu matava ele. (E1, 45 anos)

Quanto à expressão desse sentimento, das sete entrevistadas que admitiram sentir raiva, três revelaram que conseguem expressá-la gritando ou xingando; duas responderam que a expressam brigando; uma afirmou falar com a pessoa que lhe causou tal sentimento; e uma informou o uso de palavras agressivas.

Ah, eu falo muito, eu grito, eu xingo. (H1, 51 anos)

Tem gente que vive ali guardando rancor do outro. Eu não, se eu tiver que brigar com você ou com qualquer pessoa, eu brigo agora e daqui a pouco... só que eu falo o que tenho que falar, o que estou sentindo (...) Eu nunca guardava, eu nunca fui de guardar raiva de ninguém, né? Mas é aquele negócio, se você tivesse me feito alguma coisa, você pra mim, entendeu? Não fazia nem a segunda e nem a terceira. Eu não ia permitir isso (...) se fez mal assim, vai fazer de novo. Mas se eu tiver que falar com você, eu vou falar. Se eu tiver que... Antes não, antes aquela pessoa pra mim tinha... entendeu? Eu passava e nem olhava. Eu parava de falar. Hoje em dia não, se a pessoa me faz alguma coisa, se eu tiver que falar alguma coisa, eu falo. Mas eu não falava. Hoje em dia, não. Hoje em dia eu não tenho essas coisas não. Eu tenho pessoas que eu convivo, amigos, que antes eu não queria nem olhar. Hoje em dia não, eu digo: 'Você está precisando de um amigo?' Eu vou ali, vou atender, vou ajudar se eu puder ajudar, mas é muito difícil a gente vê isso. Cada um por si. (C1,53 anos)

(...) se eu tiver intimidade com a pessoa, se for alguma coisa que me magoou, eu chego pra ela, se eu tenho oportunidade de falar com ela e falo: 'Pô, você não precisava ter falando aquilo não. Poxa, podia se assim e tal, podia ser mais maleável'. Hoje eu tenho mais facilidade. Antes não, sabe? Tudo que passava e que machucava, assim, né? Ficava... me machucando, não sei nem por que, não sei nem explicar. (F1, 45 anos)

Eu expresso com palavras agressivas. (D1, 51 anos)

Verificamos ainda que dessas sete entrevistadas, cinco conseguem expressar tal sentimento apenas com o marido, com pessoas de casa ou muito íntimas (como é o caso de F1, acima), e duas afirmaram extravasar com qualquer pessoa que lhes tenha gerado a raiva (como exposto no trecho da entrevista de C1).

Também nos chamou a atenção a fala de três de nossas entrevistadas (das sete que admitiram sentir raiva), afirmando terem mudado seu comportamento depois do adoecimento em relação a sentir ou expressar raiva. Utilizaram a doença, portanto, como um “divisor de águas”, revelando que só a partir desse fato conseguiram expressar ou lidar melhor com tal sentimento (expresso no trecho de C1, acima, e nos dois trechos abaixo).

Antes da cirurgia, sim, eu tinha mágoas; depois da cirurgia, eu já consegui até pedir perdão, sabe? Coisas que vinham remoendo, me fazendo mal, uma picuinha aqui, uma picuinha ali. Seu achar que eu errei, né? Eu chego e falo pra você: ‘Poxa, fulano, desculpa. Foi mal naquela hora. Falei assim, assim com você’, entendeu? Peço desculpa, peço perdão (...) e se eu tiver intimidade com a pessoa, se for alguma coisa que me magoou, eu chego pra ela, se eu tenho oportunidade de falar com ela e falo: ‘Pô, você não precisava ter falando aquilo não’ (...) bastava falar uma coisa mais agressiva pra mim que eu já chorava e na época eu não desabafava, né? Hoje eu falo mais do que uma matraca, né? Então, eu ficava guardando muito dentro de mim, tudo que eu me aborrecia, que eu passava, eu não tinha coragem de falar, não tinha coragem de botar pra fora. Eu não tinha... eu na hora, eu não respondia. Aquilo ficava, sabe? Só me fazendo mal. Mudei depois da cirurgia. Mas é porque eu também fiz quatro meses de, de... análise com a psicóloga, que era uma terapia, né? Talvez essa que chamam de um tratamento alternativo? (F1, 45 anos)

Olha, houve uma certa época na minha vida que eu ficava com muita raiva de tudo que me aporrinhava, chegava a ficar estressada, hoje em dia eu mudei completamente o meu jeito de viver, nada me afeta. Pode brigar, reclamar, eu olho, olho e ainda não tá me dizendo mais nada. Eu botei na minha cabeça que eu tenho que viver o resto de vida que me resta, eu tenho que viver a minha vida. (I1, 69 anos)

Facilitador de enfrentamento

Por intermédio desse item, buscávamos verificar se existiu algum tipo de ajuda ou facilitador que auxiliou nossas entrevistadas a enfrentarem esse período de adoecimento e tratamento.

Apenas uma delas afirmou não ter contado com nenhum tipo de facilitador. Das nove restantes, porém, apenas uma citou um único facilitador. Todas as demais contaram com no mínimo dois tipos de auxílio. Entre os facilitadores foram citados: família (7), Deus ou uma religião (4), ajuda de amigos (3), própria força de vontade em querer viver (2), grupo de auto-ajuda que frequenta (própria instituição da pesquisa ou grupo de idosos) (2), informar-se sobre a doença (2), ajuda e apoio do marido (1), uso de Floral de Bach (1), tratamento psiquiátrico com uso de antidepressivo (1), terapia (1), uso de fórmula “verde” dada por uma senhora (1).

(...) a minha família toda me apoiou muito, eu tive um apoio muito grande da minha família, que isso pra mim foi fundamental, a minha tia ficou comigo o tempo todo, que é uma senhora de idade, minha irmã também, tanto a que moramos juntas e a que mora em X (cidade no interior do estado) veio e me deu muito apoio, quer dizer, eu tive... um amparo bom com elas. Pra mim foi muito importante, e eu acredito que pras outras também faça bastante diferença (...) eu acho que realmente foi a família que foi, sabe, o sustento de tudo, o alicerce deu hoje estar aqui foram eles, todos: tios, primos, até amigos de, muita coisa, tenho amigos que se preocupam até comigo, aqui na própria associação, X, Y, elas me ajudam com qualquer problema, elas me ajudam bastante. (D1, 51 anos)

Olha, em primeiro lugar foi Deus, porque você tem que pensar muito em Deus, ao primeiro momento, tem horas até que eu peço perdão a ele. A primeira coisa que me veio a cabeça foi brigar com Deus, briguei muito, mas eu briguei mesmo, como se estivesse brigando com você, é que aquilo não podia ter acontecido comigo e por que comigo? (...) Em primeiro lugar, foi a força que... apesar da briga com Papai do céu, foi a força que eu pedi, que eu encontrei, que eu olhava pro céu e eu via Deus nas nuvens, eu via Deus nas estrelas, eu via Deus no céu (...) o meu próprio marido me deu muita força, me agarrei muito nele, ele foi o meu verdadeiro salva-vidas, né, eu acho que por isso que eu estou aqui pra te contar esta história, pela minha família também, mas mais pelo meu marido, entendeu? Até hoje, a gente conversa muito (...) (A1, 50 anos)

(...) eu é que enfrentei mesmo. Eu sempre tive muita força de vontade. Eu, às vezes, quando eu fiquei doente, eu não me levantava da cama sozinha, ficava congestionada, então eu não tinha força, era a minha cunhada que tinha que vir, tinha que ter alguém que botar a mão no meu pescoço ou na minha cabeça pra me levantar. Mas olha, eu lutava, às vezes ela chegava no quarto eu tava lutando pra me levantar sozinha, ela chegava brigava comigo, eu dizia: ‘não, eu tenho que conseguir’, às vezes eu conseguia ficava rodando, rodando, rodando, rodando até conseguir. Então eu acho que eu também me ajudei muito, eu nunca me entreguei à doença, muita gente que ia me visitar dizia que eu não passava daquela semana, devido ao estado que eu estava, hoje eu tô aqui, por quê? Porque eu nunca pensei pra baixo, eu sempre achava que eu ia ficar boa, que eu ia me curar, então eu não me entreguei à doença, eu acho importante, muito importante é você não se entregar, que quando tá ruim você tem que ficar ali lutando pra sobreviver, que foi o que aconteceu comigo, eu lutei e sobrevivi. (I1, 69 anos)

Ah, eu gostava de participar assim, depois que eu fiquei sabendo do câncer, eu gostava de qualquer coisa relacionado ao câncer, eu queria saber. Se tivesse palestra em não sei onde, eu ia, no Hospital do Câncer eu ia, no jornal, se tava falando alguma coisa do câncer, tava eu alerta. Aí eu fiquei assim, eu gosto de saber tudo. O que é bom e o que é ruim. Aí palestras eu gosto de assistir, assim... descobri a X [instituição em que foi feita esta pesquisa], faz bem pra saúde. A gente aprende muita coisa. Aí eu acho que isso aí ajuda. Participar de grupos ajuda. E a valorizar mais a vida, a participar de tudo, a participar de tudo, a dançar, passear, tudo! [Ri] (E1, 45 anos)

Mudanças

Esse item foi posteriormente desenvolvido em função de as entrevistas piloto abordarem o tema tantas vezes e de tão variadas formas, fossem mudanças positivas ou negativas, internas ou externas que aconteceram após o adoecimento e foram percebidas de forma marcante e determinante na vida de nossas entrevistadas. Para evitar tendenciosidade na resposta, em vez de solicitar que nos descrevessem mudanças ocorridas, a pergunta que utilizamos foi: o que ficou desse adoecimento para você? Muitas delas, porém, abordaram o tema de forma espontânea.

(...) eu fiz muita amizade e nesse decorrer desse... após essa cirurgia, como até hoje, eu tinha dificuldade de me... digamos assim, de me relacionar com outras pessoas, eu tinha dificuldade assim... de me abrir, de conversar de... Hoje não; hoje eu me sinto uma pessoa mais leve, mais aberta, eu tenho mais facilidade de me comunicar, eu tenho mais facilidade de perdoar, eu tenho mais facilidade de enxergar coisas que eu não enxergava antes, sabe? Eu sou... sabe? Meu coração tá mais aberto hoje pra coisas mais importantes, talvez antes eu só enxergasse... sei lá, a... o meu próprio bem-estar, a minha vaidade; eu não tinha aquela sentimento... aquele sentimento; o que eu enxergo hoje eu não enxergava antes, sabe? Eu... eu me tornei uma pessoa 100% melhor, digamos assim, sabe? Eu tenho mais solidariedade com todo mundo; não que eu não tivesse antes, mas eu tenho muito mais hoje do que antes. Talvez porque eu tenha me tornado uma pessoa mais frágil, não sei, entendeu? Não sei, ainda não sei bem explicar isso não. (F1, 45 anos)

Porque a gente perde, né? Mas ganha um monte de coisas. Eu perdi uma mama... mas serve pra muita coisa. Com certeza eu aprendi muito, depois do câncer. Passei a valorizar mais as pessoas, a valorizar menos as coisas. Passei a pensar duas vezes antes de falar, antes de magoar, né? Porque às vezes uma palavrinha que a gente fala, magoa pra caramba. Ah, se tivesse que dizer, eu dizia e não queria nem saber; mas às vezes a gente diz uma coisa... mas aí isso tudo eu aprendi foi depois do câncer. Às vezes a gente diz uma coisa que naquele momento, eu falo por experiência, naquele momento a pessoa não tá preparada pra ouvir aquilo, né? E foi o câncer que me fez aprender isso. Eu digo em casa, eu digo assim as pessoas também: 'Ah, nada acontece por um acaso, nada'. Hoje, depois do câncer, eu melhorei assim uns 70%. Então o câncer não foi tão ruim, foi? Serviu pra aprender a ser humana. Ah, eu aprendi muito. Muita coisa, muita coisa (...) Participar de grupos de ajuda. E a valorizar mais a vida, a participar de

tudo, a participar de tudo, a dançar, passear, tudo! Antes eu fazia isso, mas agora é mais gostoso. Agora é mais gostoso (...) Antigamente, eu tinha mania de casa, se alguém me chamasse pra sair, eu não podia ir porque eu tinha que dar faxina hoje, amanhã não posso porque eu vou passar roupa; hoje, fica pra depois, a faxina também. E lá vamos nós em não sei aonde. Vai ser aniversário de não sei quem. Ah, tudo tá em primeiro lugar (...) agora eu acho que eu me alimento melhor (...) evito a comer muita gordura, carne de porco eu não como (...) Eu evito comer um monte de coisas, aí eu como mais legumes, verduras. O que eu vejo que é mais saudável (...) antes eu não comia. Agora eu como melhor. Eu procuro assim, comer mais proteína, mais verde. E antes não, eu comia... (E1, 45 anos)

Eu nunca mais fui para praia, não tiro roupa perto de ninguém, essas coisas, né? Não usar roupa decotada, eu tinha um colo bonito, acostuma, tudo muda, não pode pegar peso, não pode pegar isso, não pode pegar neto, não pode pegar nada. Então muda né? Quer dizer que sim, né? A diferença é que tem que mudar, essa é a realidade. Aí vai falar: 'Pô, tudo bem!' O braço inchado, vai comprar uma roupa, é um desespero, um lado entra, e o outro não entra, é sempre isso. Muda, diz que não vai mudar. Muda tudo, não é a mesma coisa (...) Até o sexo muda, você nunca mais tira a roupa, pra ter relação tem que ser com roupa, não é a mesma coisa, não é a mesma coisa, faz o sexo e pronto (...) fiquei assim fria (...) Eu esfriei e pronto, deixei pra lá. (G1, 48 anos)

Assim como em outros itens, todas as entrevistadas apontaram mais de uma mudança ocorrida: obtiveram aprendizado pessoal muito grande, tornaram-se pessoas melhores, mudando alguns comportamentos que antes as incomodavam, lidando melhor com conflitos, sabendo lidar e se relacionar melhor com as pessoas e familiares com quem que antes não tinham um bom relacionamento (8); mudaram a alimentação para uma considerada por elas mais saudável, como não comer carnes ou frango, incluir soja, mais verduras e legumes e diminuir o leite (5); mudaram e/ou adaptaram o vestuário, com roupas menos colantes ou decotadas (5); respeitam suas limitações e têm cuidados com o braço operado (4); não gostam ou nunca mostraram a marca da cirurgia para ninguém ou para o marido (4); valorizam-se mais e a vida e as pessoas, e dão menos valor às coisas em geral (4); não dão tanta importância e valor aos trabalhos domésticos e à arrumação da casa em si (2); não vão mais à praia (2); participa de trabalhos de divulgação sobre o câncer de mama (1); sente-se mais fria com as coisas e as pessoas (1); e teve uma diminuição na qualidade de suas relações sexuais (1).

Para Tôrres (2004),

Essa nova realidade trazida pelo câncer de mama faz com que pacientes e familiares tenham que assumir novos papéis não escolhidos por eles, e sim impostos pela fatalidade do adoecimento, interrompendo projetos, sonhos e perspectivas futuras. Mudanças ocorridas na rotina da paciente, relacionam-se à necessidade do abandono ou modificação do trabalho, ao estabelecimento de novos

tipos de relações com os familiares e à necessidade de constante adaptação ao tratamento (p. 9).

Dessa forma, o adoecimento implica e exige uma reestruturação da mulher que teve câncer de mama. Além dessas mudanças consideradas de caráter “negativo”, como a interrupção ou necessidade de abandono de tarefas e ações costumeiras, a autora expõe ainda que tais mudanças levam a um questionamento de suas vidas que lhes possibilita uma reavaliação de valores, crenças e atitudes. Tais mudanças podem, assim, impulsioná-las no sentido de concretizar sonhos e desejos adiados, como também de modificar a valoração de ações e comportamentos.

5 Considerações finais

Quando delimitamos um fenômeno como objeto de estudo e o compreendemos enquanto uma representação social, temos consciência de que se reproduzem por seu intermédio as concepções, contradições e ideologias que regem uma sociedade. Essas representações são construídas pelos atores sociais e sofrem a influência do tempo, da cultura e das características sociais e políticas de uma época.

Dessa maneira, pudemos apreender, com base na fala de nossas entrevistadas e nas práticas de tratamento disponíveis atualmente em nosso país, acessíveis a essa população, que as representações sociais do câncer de mama vinculam-se a sentimentos de perda, medo da morte e da mutilação.

Ao considerarmos as representações sociais sobre essa doença e sua etiologia a partir de quatro perspectivas – biológica, psicossomática, psicossocial e multifatorial – procuramos demonstrar a prioridade atribuída pelas três primeiras a alguns fatores tidos como preponderantes para o favorecimento ou desenvolvimento do tumor.

Apesar de incluirmos alguns autores em mais de uma perspectiva, percebemos que a maioria deles, de forma geral, priorizou apenas a sua perspectiva no estudo da doença, tendo dificuldade de correlacionar e integrar fatores etiológicos de perspectivas diferentes. Daí nossa preferência pela perspectiva multifatorial, que acreditamos estar mais atualizada e disponível ao diálogo e interação desses vários fatores.

O foco inicial do trabalho referia-se à análise das representações sociais sobre a doença e sua etiologia, porém, o contato com a fala de nossas entrevistadas, na prática de campo, fez-nos ampliar nossa discussão, incluindo as repercussões do tratamento oncológico, uma vez que percebemos seu grande impacto sobre a identidade feminina e corporal dessas mulheres, provocado especificamente pela perda da mama e do cabelo.

Na comparação dos dados de identificação de nossas entrevistadas, constatamos que sete mulheres fumaram por no mínimo 12 anos, tendo apenas uma destas relatado o uso por apenas três anos. Das 10 entrevistadas, apenas uma

não fez uso de anticoncepcional; as outras usaram por períodos que variaram de seis meses a 16 anos. Quanto à reposição hormonal, apenas duas entrevistadas fizeram uso e durante seis meses. Cinco mulheres relataram, possuir algum membro na família com ocorrência de câncer. Só uma mulher do grupo não teve filhos; quatro tiveram dois filhos, quatro, apenas um, e uma, três filhos. Quanto à amamentação, o tempo mínimo relatado foi de 15 dias, e a maioria afirmou ter amamentado em média por três meses.

Esses dados nos revelaram que alguns fatores de risco, discutidos na perspectiva biológica, foram confirmados pela maioria das mulheres, como hábito de fumar, uso de anticoncepcional, histórico familiar de câncer, baixo número de filhos e pouco tempo de duração da amamentação dos filhos. A reposição hormonal foi realizada por apenas duas mulheres.

Quanto a primeira vertente da perspectiva psicossocial, verificamos a presença de vários fatores estressantes antes do surgimento da doença: morte de familiar próximo (5), brigas conjugais (4), mudanças no trabalho (2), demissão no trabalho (1) e problemas com a família do cônjuge (1). Sendo ainda mais notório destacar como morte de familiar próximo a perda da mãe (4) e uma entrevistada que teve a perda do pai e da sogra, a qual representava para ela, em suas palavras, uma “segunda mãe”.

Com relação à informação suplementar, à exceção de F1, todas as outras participaram direta ou indiretamente da entrevista com a família; quando não se encontravam no próprio ambiente, complementando suas repostas, ficavam em ambiente próximo, sendo-lhes possível a escuta da entrevista.

Em relação à descoberta da doença, a maioria de nossas entrevistadas (7) afirmou ter percebido o tumor pelo auto-exame das mamas. Duas descobriram por exames de rotina, e uma a partir de dores na mama. Dessas sete, seis procuraram um médico no dia seguinte, fazendo-nos concluir que ainda existe enorme impacto e grande medo na vivência dessas mulheres quando da descoberta do caroço e da possibilidade de um resultado positivo de malignidade para suas suspeitas.

As reações principais ao diagnóstico foram: ver-se morta (4), não aceitar a perda da mama (2), desejar retirar o tumor imediatamente (2) e resignar-se/conformar-se com o diagnóstico (2).

Quanto ao compartilhamento do diagnóstico com os familiares, só três relataram imediatamente, em seguida a perceber alguma diferença nas mamas; as outras sete só o fizeram após o diagnóstico médico (5) ou quando já tinham data prevista da cirurgia (2). Concluímos que esses dados corroboram o fato de a representação social do câncer ainda estar atrelada à morte, configurando uma doença ameaçadora. Sendo assim, adiar ao máximo a comunicação para a família representa uma forma de não fazê-la “sofrer” ou “se desesperar” sem motivos, sem antes ter certeza dos resultados.

Além dessa vinculação com a morte (6), constatamos que o câncer tem como representação social a idéia de impossibilidade de controle (3), de ser responsável por um grande aprendizado (2), de configurar um resgate (2), de ser doença que necessita de bom tratamento (1), de ser hereditário (1) de gerar sentimento de tristeza (1). Percebemos ainda, que a representação social da doença foi se modificando ao longo do processo de adoecimento. Inicialmente vinculava-se mais a morte e posteriormente como um grande aprendizado e facilitador de mudanças.

Em relação às associações desenvolvidas sobre a mama e seu papel, cinco entrevistadas mencionaram sua identidade e sexualidade feminina; quatro, maternidade e amamentação; duas, sua identidade corporal; duas, questão estética; duas, sedução; e uma não conseguiu responder à questão. Tais associações condizem com as referências teóricas apresentadas sobre o tema, vinculando-o, principalmente, à maternidade e à identidade sexual feminina.

A perda da mama foi vivenciada com grande dificuldade de aceitação por seis entrevistadas e com facilidade por quatro. Entre estas últimas, a justificativa para tal fato, dizia respeito à expectativa nesse sentido devido à hereditariedade; a idéia de que sua total retirada implicava psicologicamente “segurança” de cura da doença; à suposição de extirpar todo o “mal”; e à possibilidade, nesse tipo de câncer, do disfarce por meio da prótese colocada no sutiã. Encontramos correlação entre a facilidade de lidar com a perda da mama e vinculação desse órgão à maternidade, enquanto as mulheres que afirmaram ter tido dificuldade relacionaram a mama a sua identidade e sexualidade feminina.

Compreendemos, assim, que vincular a mama apenas à amamentação, como fizeram aquelas quatro mulheres, facilitou-lhes a forma de lidar com a cirurgia, já que seus filhos eram crescidos, não necessitando mais dessa forma de alimentação

e, conseqüentemente, do uso desse órgão. Porém, ao mesmo tempo, percebemos que negar sua associação à identidade sexual feminina pode implicar estarem negando, para si mesmas, sua sexualidade e vida sexual.

Apreendemos ainda que, para as mulheres que passaram pelo tratamento quimioterápico, a perda do cabelo foi vivenciada como pior do que a própria perda da mama. Verem-se carecas era sentido como pior por não poderem disfarçar bem, mesmo usando peruca, sendo então percebidas socialmente como doentes. Observamos certa contradição em nossas entrevistadas, pois ao mesmo tempo que afirmaram ter experienciado o tratamento com dificuldade, seis delas declararam ter sido um tratamento “tranquilo”, “ótimo”, tendo passado “bem” por ele. Acreditamos que essa contradição pode representar sua necessidade de afirmar para si mesmas que conseguiram superar a doença, que se encontram bem, independente do sofrimento que enfrentaram.

Na relação com o parceiro e na vida amorosa, das nove entrevistadas que possuíam parceiro à época, cinco afirmaram não ter havido mudança nenhuma após a mastectomia, e quatro revelaram que, antes da cirurgia, já viviam uma relação comprometida com seus esposos, tendo duas informado a ocorrência de separações temporárias, e uma se separado definitivamente. Dessas quatro, três declararam não ter tido mais relação sexual com seus parceiros após a mastectomia, o que pode estar relacionado à dificuldade de aceitação tanto por parte do parceiro quanto por sua parte, ou, ainda, representar uma dificuldade de diálogo do casal sobre o assunto.

Quanto à reação ao diagnóstico por parte dos esposos e familiares, dos nove esposos/parceiros, seis acreditaram na possibilidade de cura, e três supuseram que elas iriam morrer. Oito famílias tiveram como reação sentimentos de perda e medo da morte, e duas acreditaram fielmente em um resultado positivo com o tratamento.

Na associação das representações sociais sobre a etiologia dessa doença, verificamos que todas as entrevistadas se referiram à perspectiva biológica, duas à psicossomática, seis à psicossocial, e sete integraram essas perspectivas, ou seja, referiram-se à perspectiva multifatorial.

Em relação a assumir a raiva, três afirmaram sentir, três negaram a princípio, mas admitiram depois, três negaram totalmente, e uma revelou sentir de vez em quando. Das sete que admitiram sentir raiva, três afirmaram expressá-la

por gritos, duas por brigas, uma falando com a pessoa que provocou o sentimento, e uma por palavras agressivas. Cinco declararam só conseguir expressar a raiva para pessoas próximas, as outras duas para qualquer pessoa.

Como facilitador de enfrentamento, os mais representativos foram apoio da família (7), de Deus ou de uma religião (4) e ajuda de amigos (3).

A partir da análise das entrevistas piloto, acrescentamos a categoria mudanças em nosso roteiro. As mudanças verificadas após o adoecimento relacionaram-se principalmente às de caráter pessoal (8), referentes à alimentação (5), ao vestuário (5), pertinentes a limitações e cuidados com o braço operado (4), à não-exibição da marca da cirurgia em geral ou para o marido (4), ao fato de terem passado a valorizar mais a vida (4). Embora muitas mulheres tenham relatado grandes sofrimentos decorrentes desse adoecimento, utilizaram-no como uma alavanca para realizar mudanças, para viver coisas que nunca haviam vivido ou se permitido, aproveitando e dando muito mais valor a cada segundo “extra” que “adquiriram” com a cura da doença.

Apesar de terem consciência do fato de que iriam morrer um dia, a doença remeteu a maioria para um contato mais próximo e real com a possibilidade e iminência da morte, o que as fez vivenciar a possibilidade de vida que ainda existia dentro delas. Vida e morte não são termos separados, e sua associação fez com que a maioria se empenhasse mais em suas próprias vidas, sendo essas mudanças consideradas “melhores” (9) e “piores” (1).

Considerando o objetivo de nossa pesquisa, descrito na introdução, concluímos que os mesmos foram alcançados. Conseguimos descrever e avaliar as representações sociais de nossas entrevistadas sobre o câncer, sua etiologia e as repercussões do tratamento. Identificamos, porém, que muitas de nossas inferências necessitam de maior aprofundamento e da realização de pesquisas longitudinais que venham a abarcar toda a história de vida das entrevistadas, assim como acompanhamento para a comparação de suas percepções sobre a doença/etiologia e tratamento em diferentes momentos de sua vida (logo após o diagnóstico, depois da mastectomia, cinco anos depois, 10 anos depois, 15 anos depois). Propomos ainda a comparação de tais percepções nas diferentes classes sociais.

Aprendemos ainda que o câncer de mama produz marca permanente em tais mulheres. Depois dele, elas não são mais as mesmas; existe um tempo antes e

um depois da doença. Essa marca não é apenas física, decorrente da mastectomia, mas uma marca que as incita a participar e permanecer freqüentando o grupo de apoio a pacientes que tiveram câncer de mama, a buscar informações sobre a doença, a ter cuidado constante com o braço operado devido ao receio de que ele inche, a enfrentar e lidar com o medo de recidiva, mas também uma marca “positiva”, que as torna, em sua maioria, mais solidárias e compreensivas com a dor e o sofrimento humano, fazendo-as aprender e dar mais valor a cada segundo que possuem de vida, curtindo-o como um momento único e intransferível.

Assim como nossas entrevistadas, jamais seremos as mesmas após esta pesquisa. O contato com a Instituição, com as mulheres e familiares entrevistados, nos tocaram profundamente. Acompanhar por suas falas desde a percepção do carço e o impacto do diagnóstico até os dias atuais fez-nos perceber como lutar pela vida implica força, energia e disposição, e como se necessita nessa empreitada de acolhimento, de apoio, de aceitação, de carinho e de compreensão.

Mais do que apreender e desenvolver um saber teórico e técnico sobre o tema, aprendemos com nossas entrevistadas, entre sorrisos e lágrimas, que o mais importante na vida é amar, amar cada dia, cada momento, cada segundo como único.

Referências bibliográficas

ABRIC, J.C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (org.). **Estudos Interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, p. 27-38.

ACOSTA, K . L.. S. (2002). O estigma familiar em mulheres mastectomizadas: reflexões para o serviço social. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer – INCA. (Monografia, especialização em Serviço Social em Oncologia).

ALEXANDER, F. (1954). **Medicina psicossomática: sus fundamentos y aplicaciones**. Cuba, La Habana: Cultural S.A.

ANDERSON, R. A. (2001). **Clinician's Guide to Holistic Medicine**. Blacklick, OH, USA: McGraw-Hill Professional Book Group, p.77-100. Disponível em: <
<http://site.ebrary.com/lib/ebraryanddbd/doc?id=10015239&page=94> >

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *In*: **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol. 47. Nº 3, p. 277-282.

CALDAS, P. S. (2001). As representações sociais. *In*: Câncer na Infância: caminho sem volta? Um estudo na Enfermaria Pediátrica do INCA. Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social da PUC/RJ. p. 40-46. (Dissertação, mestrado em Serviço Social).

CARVALHO, V. A. (1994). Personalidade e câncer. *In*: M. M. .M. J. CARVALHO (coord.). **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy, p. 65-78.

CAZETO, S. J. (1998). A psicossomática na formação do Psicólogo. *In*: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. de A. C. (organizadores) **Psicossomática II: Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 211-215.

CAPRA, F. (1993). **Sabedoria incomum: conversas com pessoas notáveis**. São Paulo: Cultrix.

DEJOURS, C. (1998). Biologia, Psicanálise e somatização. *In*: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. de A. C. (organizadores). **Psicossomática II: Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 39-49.

DELAMÔNICA, E. V. R. (2002.a). Apresentação *In: Psicofísica Contemporânea*. Rio de Janeiro: Nepep, Universidade Gama Filho, Especialização em Psicossomática Contemporânea, p.6. (Mimeo).

_____ (2002.b). O movimento da psicossomática contemporânea. *In: História da doença e das práticas curativas*. Rio de Janeiro: Nepep, Universidade Gama Filho, Especialização em Psicossomática Contemporânea, p.19-30. (Mimeo).

DELBERT, P. (1978). **Politique préventive du cancer: Cytophylaxie**. Paris: Cevic.

DEL PRIORE, M. (2000). **Corpo a corpo com a mulher: pequenas histórias das transformações do corpo feminino no Brasil**. São Paulo: Senac-São Paulo.

FARR, R.M. (1995). Representações sociais: a teoria e sua história. *In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, p. 31-59.

GOES Jr., J. S.; GOES, J. C. G. S. (1994). Epidemiologia do câncer de mama. *In: DIAS, E. N.; CALEFFI, M.; SILVA, H.M.S.; FIGUEIRA FILHO, A.S.S. Mastologia Atual*. Rio de Janeiro: Revinter.

HORST, N. L. (2002). Questionário de frequência de consumo alimentar para detectar fatores de risco de câncer de mama na população do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer – INCA. (Monografia, especialização em Nutrição Oncológica).

HOUAISS, A. (2001). **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) (2004) Disponível em: < <http://www.inca.gov.br> >. Acesso em: 08 jul. 2004.

JABLONSKI, B. (1998). **Até que a vida nos separe: a crise do casamento contemporâneo**. Rio de Janeiro: Agir.

KOWALSKI, I.S.G. (1996). A parceria de professores e profissionais da saúde na prevenção do câncer – Possibilidades e dificuldades. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo. (Dissertação, mestrado em Psicologia da Educação).

_____ (2001). As possibilidades da representação social para apoiar programas educacionais de prevenção do câncer. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. (Tese, doutorado em Psicologia da Educação).

LANE, S.T.M. (1994). Linguagem, pensamento e representações sociais. *In: LANE, S.T.M; GODO, W. (orgs.) Psicologia Social: o homem em movimento*. 13ª ed. São Paulo: Brasiliense.

LeSHAN, L. (1994). **Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer**. São Paulo: Summus.

MATTHEWS-SIMONTON, S. (1990). **A família e a cura: o Método Simonton para famílias que enfrentam uma doença**. São Paulo: Summus.

MELLO FILHO, J. (1992). **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____. (2002). **Concepção Psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MENDONÇA, G. A. S. (1997). Pesticidas e câncer de mama: um estudo caso-controle no Rio de Janeiro. São Paulo: Universidade de São Paulo – USP. (Tese, doutorado em Medicina).

MINAYO, M. C. S. (org.) (2004). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. São Paulo: Vozes.

MOSCOVICI, S. (1978). A representação social: um conceito perdido. *In: MOSCOVICI, S. A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar editores, p. 41-81.

_____. (1995). Prefácio. *In: GUARESCHI, P. A. ; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.) Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, p. 7-16.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M. (2002). Internet: a negatividade do discurso da mídia versus a positividade da experiência pessoal. À qual dar crédito? *In: Estudos em Psicologia*. vol.7, no.1. Natal.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. (1998). Representações sociais. *In: STREY, M. N. et al. Psicologia social contemporânea: livro-texto*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, p. 104- 117.

PROVENZA, T.R. (1994). **Seios: uma história de conflitos, emoções, ansiedades e prazeres**. Belo Horizonte: Lemi.

REBELO, M.S. (2004). Análise sobre classe social e fatores assistenciais como prognóstico para sobrevivência de pacientes com câncer de mama feminina, residentes no município do Rio de Janeiro, atendidas no Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. (Tese, doutorado em Medicina).

REDKO, C. P. (1992). Entrega das cabeças: experiências de vidas dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Universidade de São Paulo – USP. (Dissertação, mestrado em Antropologia).

REICH, W. (1985). **La biopatía del cáncer**. Buenos Aires: Nueva Visión.

_____ (1990). **A função do orgasmo**. São Paulo: Brasiliense.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.M.L.; JABLONSKI, B. (1999). Preconceito, estereótipo e discriminação. *In: Psicologia Social*. 18 ed. reform. Petrópolis: Vozes, p. 147-176.

SÁ, C. P. (1998). **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ.

SABA, A. M. F. (1982). Reações de ansiedade em mulheres perante situações de mastectomia e histerectomia. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio. (Dissertação, mestrado em Psicologia).

SANDRE-PEREIRA, Gilza (2003). Amamentação e sexualidade. *In: Rev. Estudos Feministas*, Florianópolis, vol.11, no.2, p. 467-491, jul./dez. 2003.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi (2000). A mulher e o câncer na história. *In: GIMENES, Maria da Glória (org.); FÁVERO, Maria Helena (co-org.) A Mulher e o câncer*. Campinas: Livro Pleno, p. 43-70.

SANTOS, M. F. (1996). Representação social do câncer de mama. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. (Dissertação, mestrado em Psicologia).

SIMONTON, O. C. ; MATTHEWS-SIMONTON, S. e CREIGHTON, J.L. (1987). **Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer**. São Paulo: Summus.

SKABA, M.M.V.F. (2003). Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. (Dissertação, mestrado em Saúde da criança e da mulher).

SOALHEIRO, B. (2004). A ciência de se comer bem. *In: Super Interessante*. São Paulo: Abril. Edição 204, setembro de 2004, p.56- 65.

SONTAG, S. (1984). **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal.

SOUZA, M. R. G. (1999). Frequência alimentar e incidência de patologias associadas em pacientes portadoras de câncer de mama tratadas no

hospital do câncer do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer – INCA. (Monografia, especialização em Nutrição Oncológica).

SPINK, M. J. P. (2003). **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes.

STOPPARD, M. (1998). **Mamas: saúde e cuidados**. Rio de Janeiro: Ediouro.

STREY, Marlene Neves (1998). Gênero. *In*: STREY, M. N *et al.* **Psicologia Social Contemporânea**. Rio de Janeiro: Vozes, p. 181-198.

THULER, L. C. S.; LEAL, P.R.; COSTA, C. R. A. e ANLICOARA, R. (2003). A influência do silicone na gênese do câncer de mama. *In*: **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol. 49, nº 1, p. 9-15.

TÔRRES, F. S. E. (2004). Câncer de mama e sexualidade: repercussões psicossociais pós-mastectomia. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer – INCA. (Monografia, especialização em Psicologia Oncológica).

TROTTA, E. E. (1996). **Psicossomática reichiana e metodologia da orgonoterapia**. Rio de Janeiro: edição do autor, Impressão Avenida Central.

_____ (1999). Wilhelm Reich e a psicossomática. *In*: MALUF Jr, N. (org.) **Reich: o corpo e a clínica**. São Paulo: Summus, p. 105-122.

WAGNER, W. (1998). Sócio-gênese e características das representações sociais. *In*: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (org.) **Estudos Interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, p. 3-25.

Anexo 1- Quadro de participantes

Participante	Idade atual	Tempo de observação	Tratamento realizado	Mama afetada	Reconstrução mamária	Entrevista com família	Uso de cigarro	Uso de pílula	Reposição hormonal	Câncer na família
A1	50 anos	5 anos	Histerectomia, quadrantectomia, mastectomia radioterapia e Tamoxifeno	direita	Sim	A2 Esposo	Por 33 anos	Por 4 anos	Não	Não
B1	47 anos	3 anos	Mastectomia e quimioterapia	direita	Não	B2 Filho	Por 12 anos	Por 10 anos	Não	Não
C1	53 anos	10 anos	Histerectomia, mastectomia e radioterapia	direita	3 tentativas, tendo rejeição	Não	Por 15 anos	Por 2 anos	Por 6 meses	Tia (nariz e garganta)
D1	51 anos	10 anos	Mastectomia e quimioterapia	esquerda	Não e não pretende fazer	Não	Por 35 anos	Por 16 anos	Não	2 irmãos e 1 prima (útero)
E1	45 anos	7 anos	Mastectomia, quimioterapia, radioterapia e Tamoxifeno	direita	7 tentativas, tendo rejeição	Não	Por 20 anos	Por 3 anos	Não	Não
F1	45 anos	4 anos	Mastectomia, quimioterapia e Tamoxifeno	direita	Não, mas pretende fazer	F2 Ex-marido	Por 3 anos	Por 5 anos	Não	Tia paterna (mama) e tia materna (não sabe localização)
G1	48 anos	10 anos	Mastectomia, radioterapia e Tamoxifeno	esquerda	Não e não pretende fazer	G2 Esposo	Não	Não	Não	Não
H1	51 anos	8 anos	Mastectomia, quimioterapia e radioterapia	esquerda	Não e não pretende	H2 Esposo H3 Filha	Não	Por 1 ano	Não	Mãe (mama) e tia materna (mama e intestino)
I1	69 anos	15 anos (2ª cirurgia)	Mastectomia e Tamoxifeno	direita e esquerda	Não e não pretende	Não	Não	Por 14 anos	Não	2 tias, 3 primas e 1 irmão
J1	51 anos	4 anos	Mastectomia e quimioterapia	esquerda	Não, mas pretende	J2 Irmã	Por 20 anos	Por 6 meses	Por 6 meses	Não

Anexo 2

Questionário de identificação

Nome: _____

Idade atual: _____ Quando teve o câncer: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Estado civil: _____

Profissão: _____

Religião: _____ Frequente: () Sim. () Não.

Grau de instrução: _____

Constituição familiar: () esposo. () filhos.

Família de origem: () pai. () mãe () irmãos. Posição: _____

Grau de instrução do esposo/companheiro: _____

Data da cirurgia: ____/____/____ Mama D () Mama E ()

Tipo de cirurgia:

() mastectomia. () quadrantectomia.

- Quimioterapia antes da cirurgia: () S () N. nº de sessões: _____

- Quimioterapia após a cirurgia: () S () N. nº de sessões: _____

- Radioterapia antes da cirurgia: () S () N. nº de sessões: _____

- Radioterapia após a cirurgia: () S () N. nº de sessões: _____

- Tamoxifeno: () S () N. Tempo: _____

- Reconstrução: () imediata. () tardia. () sem reconstrução.

() tentativas malsucedidas de reconstrução mamária. Nº : ____

() deseja realizar. () não deseja realizar.

Idade 1ª menstruação: _____ Idade última menstruação: _____

Idade 1ª gravidez: _____ Amamentação: () S () N tempo: _____

Cirurgias anteriores: _____

Mamas: () S () N.

CA Mama na família: () S () N. Grau de parentesco: _____

Fumo: () S () N Pílula : () S () N Hormônio menopausa: () S () N

tempo: _____ tempo: _____ tempo: _____

Aceita realização de entrevista com a família: () S () N

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ENTREVISTA DE PESQUISA

Nome da paciente: _____

Telefone: _____

- 1- Eu, abaixo assinado, autorizo a psicóloga Ana Carla Lima Ribeiro, do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, a utilizar minhas informações pessoais concedidas em entrevista para sua pesquisa, intitulada “Representação Social do Câncer de Mama”.
- 2- Tenho ciência de que fui selecionada para tal pesquisa devido a minha participação em X. (Associação para pacientes com câncer de mama de Niterói).
- 3- Recebi e entendi a explicação detalhada dos objetivos de tal pesquisa e autorizo a gravação desta entrevista, desde que sejam resguardadas minha total identidade e a de minha família.
- 4- Tenho clareza de que serei informada quanto aos resultados obtidos no final da pesquisa.

Por estar ciente e concordar com os termos acima, eu, voluntariamente, autorizo e consinto em participar desta pesquisa.

Rio de Janeiro, de 2004.

Paciente

Ana Carla Lima Ribeiro CRP 19570/ 4ª Região