

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**MARIA JOSÉ CLAPIS**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE  
MAMA - UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli Villela Mamede**

**Tese de Doutorado apresentada à  
Escola de Enfermagem de Ribeirão  
Preto, como parte dos requisitos  
para obtenção do título de Doutor  
em Enfermagem.**

Ribeirão Preto, dezembro de 1996

**Dedico este trabalho**

*A todas as mulheres do REMA, que com carinho e amizade sempre me incentivaram nesta caminhada. Em especial às que participaram deste, que pela disponibilidade e atenção, possibilitaram-me concretizar este trabalho.*

*À minha filha Marialina, que apesar da pouca idade, procura entender o meu “ser ausente” mesmo estando presente..*

*À minha mãe Inês, um exemplo de mulher forte e determinada, que sempre estimulou-me para o desenvolvimento pessoal e profissional.*

*Ao meu pai Anésio, que com seu jeito tranqüilo de ser, mostrou-se sempre presente e apoiando minhas realizações.*

*Aos meus irmãos, Marcos e Maria Inês, que com maneiras diferentes de ser, estiveram sempre me incentivando.*

## **Agradecimento Especial**

*À Marli, amiga e orientadora desta pesquisa, que mostrou-me outras facetas do “ser mulher” enquanto pessoa e profissional*

*À Pilar e ao Dr. David Azoubel, que por acreditarem no trabalho do REMA, nos estimularam a buscar novos horizontes.*

*À Equipe do REMA: este trabalho é fruto de nossas reflexões...*

## *Agradecimentos*

*À Marli e Ana Maria, com quem tenho compartilhado o trabalho do REMA desde sua implantação.*

*Às companheiras da Área de Saúde da Mulher: Yuriko, Solange, Antonieta, Ana Márcia, Marli e Ana Maria pelas demonstrações de amizade e incentivos.*

*A todas as pessoas que, ao longo destes anos, contribuíram para a concretização do trabalho do REMA.. Em especial à equipe atual do REMA: Marli, Ana Maria, Renata, Raquel, Marislei, Maria Antonieta, Cristina, Flávia, Amélia, Luciana, Luciane.*

*À Maria Antonieta S. Prado pela competência, preocupação e carinho na confecção deste trabalho.*

*A todos os funcionários da Escola de Enfermagem pelo serviço de apoio para o desenvolvimento do trabalho do REMA. Em especial aos servidores do Departamento MISP, Seção de apoio Laboratorial e Zeladoria.*

## SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRAT .....	ii
APRESENTAÇÃO.....	1
CAPÍTULO I -CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA .....	8
1. <i>A problemática do câncer de mama na saúde da mulher</i> .....	9
2. <i>Qualidade de vida em busca de uma assistência integral</i> .....	18
CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	25
1. <i>Relações de Gênero enquanto categoria de análise</i> .....	26
2. <i>Orientação Teórico Metodológica</i> .....	33
3. <i>Metodologia</i> .....	41
4. <i>Procedimentos Metodológicos</i> .....	54
4.1 O local do estudo .....	54
4.2 População em Estudo.....	72
4.3 Sujeitos do Estudo.....	73
4.4 Coleta de dados .....	75
4.5 O processo de análise dos dados .....	78
CAPÍTULO III - HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA .....	83
1. <i>Caracterização do sujeitos</i> .....	84
2. <i>Apresentação dos Estudos de caso</i> .....	85
3. <i>O “ser mulher antes do diagnóstico de câncer de mama:</i>	

<b><i>A construção da identidade Feminina</i></b> .....	108
<b>I - A Infância</b> .....	109
<b>II - A Adolescência</b> .....	138
<b>III- O Desenvolvimento da sexualidade</b> .....	151
<b>IV- O Casamento</b> .....	165
<b>V- O Trabalho</b> .....	177
<b>4. O “ser mulher” após o diagnóstico de câncer de mama</b> .....	184
<b>I- Imagem corporal e auto estima</b> .....	185
<b>II- Relacionamento sexual</b> .....	197
<b>III- Atividades diárias</b> .....	204
<b>CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	213
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	221
<b>ANEXOS</b> .....	232
<b>ANEXO 1</b> .....	233
<b>ANEXO 2</b> .....	237

## RESUMO

Através das histórias de vida de nove mulheres com câncer de mama, procurei identificar e analisar indicadores de qualidade de vida, buscando compreender como elas se definem enquanto sujeito social antes e após o tratamento; e evidenciar indicadores que possam ser trabalhados no processo de reabilitação com vista à uma melhor qualidade de vida. Os dados foram organizados a partir de entrevista individual, observação e pesquisa em prontuário. Os conteúdos das histórias possibilitaram a identificação de duas temáticas principais: o “ser mulher” antes do diagnóstico de câncer de mama através da construção da identidade feminina; e o “ser mulher” após o diagnóstico do câncer de mama. A identidade feminina analisada a partir do processo de socialização, evidenciou a construção de uma cultura de si, traduzida pelo cuidado com o corpo. Este ocupa um lugar de destaque na adolescência, no namoro, no relacionamento sexual (fonte de beleza e prazer), no casamento (com a vivência de outras dimensões do existir através dos filhos e companheiro) e na disposição para o trabalho. A interpretação do ser mulher após a mastectomia revelou a necessidade de ampliação dos cuidados de si, especialmente aqueles relacionados ao movimento involuntário da alma (psico-espiritual). Isto porque ser mulher após a mastectomia, significou ter um corpo doente, mutilado, necessitando de ajuda para cuidar de si. A possibilidade de trabalhar com as perturbações do corpo e da alma voltados para a saúde, pode significar uma melhor qualidade de vida.

## ABSTRACT

On the basis of the life histories of nine women with breast cancer, I attempted to identify indicators of quality of life and to understand how these women define themselves as social subjects before and after treatment. I also intended to demonstrate indicators that may be explored in the process of rehabilitation for a better quality of life. The data were organized from individual interviews, observation and examination of the medical records. The contents of the histories permitted the diagnosis of two major themes: "being a woman" before the diagnosis of breast cancer, i.e., the construction of a female identity, and "being a woman" after the diagnosis of the process of socialization revealed the construction of a "culture of the self" reflected in body care. This occupies an outstanding place during adolescence, dating, sex relationships (a source of beauty and pleasure), in marriage (with the experience of other dimensions of existence through children and partners), and in the attitude towards work. The interpretation of being a woman after the mastectomy revealed the need to expand the care of the self, especially in terms of involuntary movement of the soul (psycho-spiritual). This because being a woman after mastectomy means having a sick, mutilated body requiring help for self care. The possibility of working with the perturbations of body and soul in the direction of health may signify a better quality of life.

## APRESENTAÇÃO

*“Para termos uma percepção concreta sobre determinado fato, precisamos nos valer do passado que de algum modo se conservou. A memória é essa reserva crescente a cada instante e que dispõe da totalidade da nossa experiência adquirida”*  
(ECLÉA BOSI, 1983)

---

Este trabalho desenvolve-se a partir de minha experiência com mulheres acometidas pelo câncer de mama e vou iniciá-lo contando uma história. Isto porque, no exercício de recordar a minha vivência com estas mulheres, lembrei-me de uma situação vivida que integra a minha memória e que passo a relatar.

Uma tia, irmã de meu pai, percebeu um caroço no seio. Contava ela que fazia muito tempo que havia descoberto, mas que o médico tinha lhe falado que aquilo não era nada. O tempo foi passando e o caroço aumentando. Assim, ela resolveu procurar outro médico, e depois de uma biópsia foi constatado que estava com câncer de mama. Lembro-me da tristeza dos familiares e da preocupação em contar este fato para meus avós, que já estavam bastante idosos. Isto porque a doença era tida como fatal e diziam: “ela não deve operar porque, se mexer, o câncer vai alastrar”. Com o diagnóstico realizado tardiamente e com as condições precárias de assistência, o tratamento tornou-se ineficaz e não possibilitou que ela sobrevivesse por muito tempo.

Lembro-me nitidamente que a cirurgia era muito extensa e que demorou para cicatrizar. Ela usava somente camisolas bem largas; e, como tinha as mamas volumosas, a mutilação ficava muito evidente e eu achava muito estranho.

Naquela época, ainda era uma adolescente, e como tal na efervescência da construção de minha identidade. Vários questionamentos surgiram em minha mente e entre eles sobressaía-se a seguinte questão: como será que minha tia sentia-se enquanto mulher? Mas nada podia ser comentado!

Num período muito rápido, fui percebendo grandes transformações que se faziam na imagem de minha tia: o braço do lado da cirurgia se tornou inchado,

---

sua face era a expressão da dor e da dificuldade respiratória. Até que em poucos meses a família se viu aliviada quando ela se foi.

Depois disso, fui ter contato novamente com mulheres com câncer de mama, já na vida profissional, enquanto enfermeira assistencial, pois durante a minha formação recebi pouco treinamento nas questões relacionadas à assistência de enfermagem em ginecologia, pois o mesmo se dirigiu em maior profundidade para a área obstétrica.

Naquela época, o meu contato com as mulheres com câncer de mama, se restringia ao período pré e pós operatório, em fase de internação, que era bastante longo. Aos poucos fui me instrumentalizando para o cuidado com estas mulheres, de forma a contribuir para sua recuperação, com os cuidados pós operatório imediatos, com orientações sobre os cuidados específicos com o braço homolateral à cirurgia, os exercícios para a profilaxia da imobilidade do braço e ombro e do linfedema.

Com a evolução dos conhecimentos sobre os recursos terapêuticos, as cirurgias foram se tornando mais conservadoras e uma nova fase iniciou-se, com maior ênfase para os tratamentos sistêmicos (quimioterapia e hormonioterapia), com complementação para o tratamento local (através da radioterapia).

No entanto, apesar dos avanços tecnológicos, os tratamentos propostos para o câncer de mama ainda são mutiladores afetando não só fisicamente, mas também emocional, social e sexualmente a mulher. O medo da morte, a adaptação a uma nova imagem corporal, a reintegração na vida familiar e sexual, a readaptação no trabalho, enfim a uma nova vida, são partes de uma longa trajetória que poderá ser vivenciada com muitas dificuldades.

---

Em decorrência dessas modificações e avanços relacionados aos recursos terapêuticos, observou-se modificação no período de internação dessa clientela que tornou-se reduzido e isto fez com que se modificasse a assistência de enfermagem, bem como foi se perdendo a possibilidade de executar um plano de assistência orientado para o cuidado pós alta hospitalar. Portanto, as enfermeiras a nível hospitalar estavam perdendo a oportunidade de um contato mais longo com estas mulheres e vários aspectos da recuperação pós mastectomia deixaram de ser realizados.

MAMEDE (1991) discorrendo sobre o processo de reabilitação de mulheres mastectomizadas e a necessidade de estruturar um serviço que atendesse a tais dificuldades, ressalta que poucos esforços têm sido implementados nessa tarefa. Os espaços que existem são esforços pessoais, com poucos recursos e muitas vezes pouco valorizados, apesar do reconhecimento de que a mutilação da mulher leva a sérias conseqüências físicas, sociais e emocionais.

Assim, em 1989, já exercendo juntamente com outras docentes, o ensino de enfermagem obstétrica e ginecológica junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, surgiu a oportunidade de oferecer um espaço físico para assistência às mulheres com câncer de mama, onde se pudesse colocar em prática uma proposta com vistas à assistência integral, ou seja, entendendo que o processo de assistir em saúde vai além do anátomo - fisiológico, além da recuperação física, contemplando a integralidade da pessoa e suas especificidades, quer na área biológica, social e psicológica.

Vivenciando a crescente e complexa situação do assistir mulheres com câncer de mama, nesse grupo de trabalho: REMA\*, a preocupação em buscar

---

\* REMA - Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas.

---

conhecimentos e estratégias para auxiliar na melhoria da qualidade de vida dessa clientela, tem sido um grande desafio.

Assim, nesse processo de assistir tenho vivenciado, juntamente com a equipe do Rema, as dificuldades de se encontrar estratégias que conduzam a uma melhor qualidade de vida para essa clientela. E muitas dessas dificuldades passam pela própria compreensão sobre os reais significados de uma vida com qualidade para essas mulheres, visto que este conceito é complexo, pois depende de diferentes perspectivas ou visões de mundo dos sujeitos.

Qualidade de vida tem sido definida como um conceito multifatorial que envolve a sensação de bem estar e satisfação do próprio indivíduo sobre a sua condição física, seu estado emocional, seu desempenho de funções, enfim envolve os valores e a qualidade da participação social do indivíduo nas diversas dimensões da sua vida.

Entendendo dessa forma, fica claro que para identificar os indicadores de qualidade de vida de cada mulher mastectomizada a ser assistida, necessário se faz compreender como essa mulher se define enquanto sujeito social dentro do seu contexto de vida.

Assim, na tentativa de responder aqueles questionamentos iniciais, optei por trabalhar com mulheres com câncer de mama, buscando através de suas histórias de vida, elementos que me dê suporte para compreender como se deu o processo de socialização na construção de sua identidade feminina; e como o câncer de mama - uma doença grave, que mutila, altera a imagem corporal, a auto estima, a sexualidade - influencia sua própria vida ou o sentir-se mulher.

Isto porque acredito que muitos fatores que afetam a qualidade de vida da mulher têm relação com a condição imposta à mulher pela nossa sociedade, isto

---

é, com o seu “ser mulher” enquanto mãe, educadora, esposa, esteio da família, trabalhadora, entre outras; sendo que esta condição mostra-se agravada pela sua situação de doença.

Minha percepção é de que as mulheres, através da construção social da identidade feminina, possuem uma tendência a ter uma baixa auto-estima, o que, normalmente, as coloca em situação de desvantagem, e interpretam a sua situação de mutilação como motivo de aumentar a assimetria entre os gêneros. Portanto, a compreensão dos indicadores de qualidade de vida da mulher com câncer de mama passa pelo entendimento das relações sociais de gênero.

---

Assim, tornaram-se objetivos desta investigação:

1. identificar indicadores de qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, através da compreensão de como elas se definem como mulher antes e após o tratamento;
2. analisar os indicadores que estão interferindo na qualidade de vida destas mulheres e que possam ser trabalhados no processo de reabilitação;

Os achados desse trabalho poderão trazer importantes contribuições para a sistematização de uma assistência integral à mulher com câncer de mama, que tem como meta melhorar a qualidade de sua vida.

Assim, no desenvolvimento deste trabalho, apresento no capítulo I um enfoque teórico do Câncer de Mama e Qualidade de vida e no capítulo II o referencial teórico - metodológico. No capítulo III apresento e analiso as histórias de vida das mulheres com câncer de mama, sujeitos deste estudo. No capítulo IV discuto alguns aspectos que podem ser apontados como indicadores de qualidade de vida da mulher com câncer de mama.

# CAPÍTULO I

## CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA

*“A Qualidade de Vida é o coração da reabilitação do paciente oncológico...” (McKENNA, WELLISCH, FAWZY, 1995).*

---

**1 - A problemática do câncer de mama na saúde da mulher.**

O câncer de mama tem sido considerado um problema de saúde pública, devido sua alta incidência na população feminina adulta.

Embora as neoplasias ocupem o segundo grupo mais importante na mortalidade da população feminina adulta brasileira, as ações de controle não têm sido efetivas a ponto de reduzirem sua incidência e mortalidade.

Além disso, dado o volume e a variedade de fatores de risco relacionados ao câncer de mama, muitas mulheres são consideradas de alto risco, tendo em vista as modificações ocorridas em seus estilos de vida, especialmente em relação ao papel da mulher na sociedade.

No Brasil, o papel social da mulher tem sofrido modificações especialmente nas últimas duas décadas. Essas se expressam através da crescente participação feminina na força de trabalho, no número de famílias chefiadas por mulheres, nas mudanças no comportamento reprodutivo da mulher especialmente quanto ao controle da reprodução, além da maior organização política através de movimentos específicos de mulheres.

Segundo AQUINO e cols (1991), o impacto dessas mudanças sobre a saúde ainda é pouco conhecido. Isto porque, embora a inserção profissional ocorra em velocidade acentuada, esta ainda se dá, de modo privilegiado, em ocupações tipicamente “femininas”, expondo as mulheres a fatores de risco diferenciados dos experimentados pelos homens. Por outro lado, essa crescente inserção profissional não tem sido acompanhada da criação de mecanismos sociais como creches, lavanderias, entre outros; nem de uma maior equidade

entre os gêneros, especialmente em relação à divisão sexual do trabalho que as liberem de suas tarefas tradicionais como o cuidado da casa e dos filhos.

A estrutura patriarcal vigente na família e que, incorporada e reforçada pelo capitalismo, expressou-se no século XIX na delimitação estrita das funções, papéis, tarefas e espaços reservados a cada sexo e que reforçam a dominação do homem sobre a mulher, também na esfera produtiva (MEYER, 1995).

Assim, até os dias atuais a grande maioria das mulheres exercem funções profissionais voltadas para a educação de crianças (professoras), para o cuidado com saúde (profissionais de enfermagem), para o cuidado da casa (empregadas domésticas), produção de roupas (costureiras), entre outras.

Como resultado é possível supor que os efeitos do trabalho sobre a saúde da mulher brasileira não se reproduzem necessariamente com valor benéfico, como o observado nos países industrializados centrais. Assim a exposição à stress, riscos ocupacionais, modificações alimentares, mudança de outros comportamentos como a incorporação de hábitos como o de fumar, ingerir bebida alcoólica, drogas, entre outros; além da necessidade efetiva de controle da prole levando a esterilização de amplos contingentes de mulheres, à utilização maciça e indiscriminada de anticoncepcionais orais e mesmo o aborto, tornam-se determinantes importantes dos principais problemas relacionados à saúde da mulher.

Outro aspecto que devo ressaltar é a grave crise econômica que o País vem atravessando, com repercussões sociais e políticas, com a deterioração das condições de vida de milhões de brasileiros, acumulando necessidades não satisfeitas.

Como a etiologia do câncer é constituída por um complexo de fatores que vão desde a predisposição genética e hereditária, passando pela ação de agentes cancerígenos e condições emocionais e sociais, pode-se presumir que a

condição de vida do indivíduo tem importante papel no desenvolvimento desta doença.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a cada ano ocorrem cerca de 7 milhões de novos casos de câncer, metade dos quais em países em desenvolvimento. Atualmente existem cerca de 14 milhões de paciente com câncer, sendo que aproximadamente dois terços destes são casos terminais. É previsto aumentar praticamente todos os tipos de câncer, sendo apontado como as principais razões, o uso de fumo (tabaco) e, paradoxalmente, melhor cuidado de saúde - pessoas que vivem mais tempo são candidatas a uma maior chance de desenvolver câncer. Dois terços de todos os cânceres são atribuídos ao estilo de vida e aos processos de desenvolvimento (WORLD HEALTH, 1993).

No caso do câncer de mama, dados epidemiológicos têm evidenciado a importância destes fatores de risco, uma vez que sua incidência é maior em países desenvolvidos e em regiões industrializadas.

Nos Estados Unidos, o câncer de mama é o mais comum (exceto o câncer de pele) e o segundo câncer mais mortal na mulher (FLETCHER, 1995)

No Brasil, as taxas de câncer de mama estão próximas das encontradas em países desenvolvidos. Em 1986, nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, o câncer de mama apresentou uma frequência relativa maior entre os óbitos. Estes dados foram coletados em capitais que possuem Registros de Câncer de Base Populacional. Porto Alegre é a capital que teve maior incidência (76,2 por 100.000 mulheres), seguindo-se São Paulo e Fortaleza com 65,5 e 61,6 por 100.000 mulheres, respectivamente (MENDONÇA, 1992).

Dados da "American Cancer Society" apontam que a maioria das mulheres diagnosticadas com câncer de mama sobreviverão, pois com a

detecção precoce, as chances de sobreviver são boas. A taxa de sobrevivência de 5 anos é de 100% para o câncer “in situ” e 93% para doença localizada (FERRANS, 1994).

Este aumento da taxa de sobrevivência foi possível devido ao desenvolvimento de outras modalidades de tratamento (como cirurgias menos radicais, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia) preocupadas em estender o tempo de vida da pessoa portadora de câncer.

Ultimamente, uma nova fase, enfocando a melhoria e aperfeiçoamento da qualidade de vida para os sobreviventes do câncer de mama tem sido discutida, tendo em vista que, apesar do desenvolvimento tecnológico, os tratamentos propostos para o câncer de mama são ainda mutiladores e afetam não só fisicamente, como também os aspectos emocionais, sociais, sexuais da mulher.

A realização de uma cirurgia mamária, como a mastectomia modifica o esquema corporal da mulher mastectomizada, alterando sua maneira de sentir e vivenciar o corpo. Toda uma realidade prática do viver cotidiano se modifica (BAHAMONDES, et. al, 1984).

Neste processo de reabilitação, a mulher com câncer de mama necessitará de grande apoio por parte dos profissionais de saúde. Ela terá necessidade de receber informações a respeito de vários cuidados após a cirurgia. Orientações e informações sobre as diferentes etapas de recuperação, cuidados com o braço homolateral à cirurgia, exercícios que recuperem a capacidade funcional do braço e ombro, outros tratamentos como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia são exemplos de temas que necessitam de orientações claras e seguras por parte daqueles que se propõem a ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de reabilitação (MAMEDE, 1991).

CARTER (1993) ressalta que, em geral, as mulheres não são preparadas adequadamente para suas experiências no período pós-operatório e não são informadas sobre serviços de suporte. Como consequência, segundo esta autora, muitas mulheres continuam a experimentar sintomas físicos e depressão até 4 anos após o tratamento.

MAMEDE e colaboradores (1995) constataram que 70% (227) das 324 mulheres inscritas num serviço de reabilitação de mulheres mastectomizadas, antes de chegarem naquele serviço, tinham recebido somente orientações limitadas a alguns exercícios físicos. Outras orientações sobre auto cuidado, cuidados com o braço para profilaxia do linfedema, ou serviços de suporte social foram desconsiderados como estratégias que poderiam auxiliar na melhoria da qualidade de vida da clientela.

Segundo SILVA (1994), para que a mulher volte a realizar suas atividades cotidianas deverá passar por um processo de reabilitação que corresponde ao processo que esta percorre ininterruptamente, a partir do momento em que é definido seu diagnóstico. Como a reabilitação é um processo individual e específico de cada mulher já que envolve capacidades e possibilidades físicas, intelectuais e espirituais, é um processo que envolve mudanças de “atitudes, valores e crenças” e que tem “ampla conotação social”.

O processo de reabilitação da mulher com câncer de mama implica ainda na reaprendizagem de habilidades. Isso significa não somente o reaprender a vestir-se, banhar-se, a caminhar sozinha ou fazer exercícios físicos, mas abrange redescobrir o seu papel dentro da família, comunidade e sociedade. Torna-se então necessário, reformular o auto-conceito, a auto-imagem de si mesma além de reaprender a enfrentar os problemas do cotidiano (SILVA, 1994). Implica

ainda, resgatar nessa clientela a satisfação pela vida, a qual pode ser traduzida por uma melhor qualidade de vida.

Isto porque, em decorrência de situações vivenciadas como o diagnóstico do câncer, a perda da mama, a insatisfação com o tratamento proposto ou realizado; freqüentemente ocorrem mudanças no estilo de vida. Estas mudanças podem influenciar negativamente o comportamento da mulher, como o aparecimento de sentimento de desvalorização pessoal com conseqüente alteração de seu auto-conceito. Como resultado desta mudança do nível de auto-estima, a mulher poderá sentir-se incapacitada, com medo de tornar-se menos importante para si e para os outros.

Em estudo realizado com mulheres mastectomizadas, SILVA (1994) evidenciou o quanto a mastectomia alterou o estilo de vida dessas mulheres com a redução da auto-estima, alteração em sua identidade com o sentimento de perda da feminilidade, dificuldades no relacionamento conjugal por sentir-se menos mulher, não mais desejada sexualmente, entre outros.

Conforme descreve FONSECA (1989), essas reações da mulher mastectomizada são subjetivas e determinadas pela maneira como ela vive o seu corpo desde a infância, as experiências consigo mesma, com os outros e com o marido.

Ou seja, depende da forma como foi construída a sua identidade, especialmente durante o processo de socialização, sendo a mesma fortemente determinada por um conjunto de características de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades que a sociedade imputa diferencialmente aos sexos.

Historicamente a mulher foi colocada em uma situação de submissão e reduzida ao domínio do privado com função de cuidar da geração e da manutenção da vida, seja a vida biológica, seja a do cotidiano. Desde criança ela foi treinada e segundo MURARO (1992) para se perceber como inferior e ser dominada pelo gênero masculino.

Segundo MEYER (1995), a explicação da origem da divisão entre os sexos sobre o domínio do mundo público (masculino) e privado (feminino) perde-se no tempo e, ainda hoje não foi totalmente superada. Seus fundamentos repousam em discursos “naturalistas” e biologicistas”, que atribuem a cada sexo características hierarquicamente diferenciadas; o feminino está associado à docilidade, à submissão, à sensibilidade, à dependência, ao apego a minúcias, à intuição e à paciência; o masculino está associado à lógica, à organização, à força, à agressividade, à independência e à decisão.

Antes do surgimento do movimento feminista na década de 60, a identidade feminina e a condição social da mulher eram referidas a fatores biológicos: menor estatura, menor força muscular, as dimensões do cérebro e o processo reprodutivo que “enfraquecia” caracterizavam a chamada “inferioridade biológica da mulher”- conceito aceito tanto no discurso científico como na sociedade em geral. Na mulher, feita para ser mãe, via-se a correspondência perfeita entre atributos físicos e funções sociais (GIFFIN, 1991).

Nos anos 50, Simone de Beauvoir, já com uma ótica feminista, vem denunciar que a mulher é, fisiologicamente, escrava da espécie, afirmando que “não se nasce mulher mas, torna-se mulher” - ou seja, argumenta a autora que a identidade sexual é uma construção social e não um dado natural ou biológico (GIFFIN, 1991).

Apesar de ter se passado algum tempo desde o início deste movimento, verifica-se pouco avanço em relação à situação social da mulher.

No Brasil, a participação da mulher no desenvolvimento do país não tem acontecido de forma homogênea entre homens e mulheres ao longo das últimas décadas, mas ao contrário, tem mantido a subordinação da mulher. Assim, observa-se que mesmo tendo ocorrido um aumento substancial da participação da mulher na força de trabalho, seus salários são inferiores aos dos homens e não é atenuado nem mesmo por uma maior escolaridade (MAMEDE, 1996).

Observa-se ainda uma proporção substancial de famílias chefiadas por mulheres, com tendência à elevação. E o agravante dessa situação é que a maioria dessas mulheres tem um rendimento mensal inferior a um salário mínimo, portanto elas são mais sozinhas e mais pobres (MAMEDE, 1996).

A ausência de creches, escolas em tempo integral, precariedade dos serviços coletivos - água, luz, esgoto, telefone, habitação e segurança - são dificuldades que aumentam o trabalho da mulher na casa, deterioram a saúde e compromete a geração seguinte - os filhos são pior preparados para enfrentar o mercado de trabalho, ingressam muito cedo e vêem reduzidas suas possibilidades de ascensão social. Às meninas se reserva o papel substituto da mãe - a responsabilidade com o trabalho doméstico, o cuidado dos irmãos, ou então vão cedo para o mercado de trabalho e muitas vezes para a prostituição (MAMEDE, 1996).

Essas diferenças sociais, econômicas e culturais que originam-se nas assimetrias de gênero, criam necessidades para a saúde da mulher.

Em relação à mulher portadora de câncer de mama, acredito que essa situação pode levar ao deterioramento de sua condição de vida. Isto porque,

---

estas mulheres, mesmo em situação de ameaça à vida, com problemas decorrentes do tratamento - como incapacidade física, linfedema, dor, entre outros - sentem necessidade ou obrigação de continuar assumindo os papéis considerados femininos, mesmo que isto signifique um peso a mais neste momento de doença.

Assim, muitas vezes os papéis de mãe, esposa ou companheira, dona de casa - com a atribuição de todos os afazeres domésticos - responsável pela educação dos filhos, pela manutenção financeira e estrutural da família, pelo controle da fertilidade, freqüentemente as colocam em situação de stress, ansiedade, insegurança e medo, entre outros.

Desta forma acredito que, o significado que as mulheres mastectomizadas dão a uma vida com qualidade, relaciona-se à estrutura de padrões, conceitos, percepções, valores e ações que foram incorporados durante o seu processo de socialização, na construção de sua identidade.

## **2 - Qualidade de Vida - em busca de uma assistência integral.**

Qualidade de vida, em sua essência, pode ser traduzida pela satisfação em viver (FORATTINI, 1991).

RUFFINO-NETTO (1992) refletindo sobre o assunto, considerou como “qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de sua potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo para ser meios utilitários fins (apenas enfeitando), ou simplesmente existindo. Todos são seres vivos que procuram se realizar”. Assim, este autor ressalta que, qualidade de vida excelente, boa, regular ou má deveria ser adjetivada não só pelos que observam os viventes, mas também pelos autores dessas vidas - os que estão vivendo.

Ainda segundo RUFFINO-NETTO (1992), se formos refletir sobre o HOMEM, como ser bio-psico-social, vamos nos deparar com uma diversidade de situações. O HOMEM, além de reproduzir como os animais, ele é capaz de produzir além de suas necessidades, incorporar experiências e conhecimentos pela educação e cultura; humaniza (altera) a natureza e altera-se a si mesmo - processo de mútua transformação permanente; desenvolve o raciocínio; tem ação intencional e planejada; produz artefatos, instrumentos, conhecimentos - senso comum, científico, filosófico, artístico e teológico.

Para falar em qualidade de vida, é necessário ver o homem dentro de sua sociedade e assim analisar sua condição de vida e seus determinantes sociais, econômicos e políticos, isto porque as experiências humanas são formadas pela história, pelos relacionamentos, pela política, estrutura social, gênero e cultura.

Dependendo da perspectiva que se apresenta, tem-se definições diferentes de qualidade de vida, conforme ressaltado por GHORAYEB (1989), pois este é “um conceito multifatorial, que envolve a sensação de bem-estar e satisfação do indivíduo, sua condição física, seu estado emocional na sua função intelectual, seu desempenho no trabalho e sua participação social”.

FORATTINI (1991) diz que é fácil entender os obstáculos que se apresentam para se alcançar uma conceituação precisa do que vem a ser qualidade de vida, pois o caráter subjetivo lhe é inerente.

Às dificuldades de conceituar a qualidade de vida somam-se às de mensuração. É fácil depreender que as medidas objetivas de qualidade de vida se fundamentam em indicadores concretos, como taxa de desemprego, densidade habitacional, etc. Quanto às subjetivas, decorrem do uso de indicadores abstratos, baseados em informações colhidas diretamente dos indivíduos que compõem a população em estudo. O estado de satisfação ou insatisfação constitui, na verdade, experiência de caráter pessoal (FORATTINI, 1991).

Por isso, qualidade de vida é um construto difícil para medir e definir porque cultura, ética, religião e outros valores pessoais influenciam as percepções de significado e consequências de qualidade de vida (ZHAN, 1992).

O conceito de qualidade de vida tem sido historicamente investigado por vários filósofos, a lembrar o filósofo Aristóteles, que descreveu “felicidade” como um certo tipo de atividade virtuosa da alma. Felicidade para ele era uma benção de Deus; portanto, “um homem feliz vive bem e faz bem” (ZHAN, 1992).

Sustentado desde há muito tempo na tradição da Cultura Chinesa, o conceito de qualidade de vida tem sido embutido na arte, literatura, filosofia e

medicina tradicional. A origem de muitos dos modos de vida chinês está fundamentado em dois princípios, “Yin e Yan”. De acordo com a maneira tradicional do pensamento Chinês, qualidade de vida pode ser possível se “Yin e Yan” estiverem balanceados.

Enquanto a subjetividade de qualidade de vida do Ocidente e Oriente são diferentes, provavelmente, todos concordam que o homem procura por bem-estar material, tanto quanto espiritual.

No final da Segunda Grande Guerra, o termo “qualidade de vida” foi introduzido, no vocabulário Americano primeiro como um termo referindo bens materiais - uma casa, carro, mais e melhores empregos e dinheiro para viajar e aposentar. Mais tarde a “Comissão Nacional de Metas do Presidente Eisenhower”, em 1960 considerou o termo na política nacional, utilizando-o na educação, preocupação para o indivíduo, no crescimento econômico, na saúde e bem-estar, e na defesa de um mundo livre. Depois, a principal transformação política e social do final dos anos 60, alterou a ênfase voltada para liberdade pessoal, lazer, emoção, prazer, simplicidade e cuidado pessoal.

Thomas Jefferson ampliou o conceito de qualidade de vida para incluir o pressuposto de “felicidade” como um direito inalienável na Constituição dos Estados Unidos (McSWEENY and CREER, 1995).

Portanto, o conceito de qualidade de vida pode ser definido puramente em termos objetivos através de medida de itens tais como: renda, emprego, educação, função física, moradia e pureza do ar. Por exemplo, economistas usam o Produto Nacional Bruto como um indicador para Qualidade de Vida. Esses indicadores objetivos podem identificar algumas injustiças, antecipar demandas públicas e prever tendências (ZHAN, 1992).

No entanto, CAMPBELL (1976), chama a atenção de que estes indicadores sociais descrevem as condições de vida que podem influenciar a experiência de vida; mas eles não conseguem avaliar diretamente aquela experiência. Isto porque, seu estudo (CAMPBELL,1976), demonstrou que o conceito de felicidade para a população geral nos Estados Unidos, havia diminuído de uma forma constante desde 1957 a 1972, apesar de quase todos os indicadores sócio-econômicos objetivos terem aumentado.

Este estudo mostrou-se de grande relevância e o mesmo tem sido citado por vários pesquisadores (FERRANS, 1990; ZHAN, 1992), pois evidenciou que a qualidade de vida é um construto que ultrapassa aspectos objetivos da vida do indivíduo, como ter um lar, bom emprego, etc.

Atualmente, o termo indica que “vida boa” representa mais que simples influência material, conforme ressaltaram BAUM e colaboradores (1990).

Muitos de nós intuitivamente entendemos o que significa o termo “qualidade de vida”, mas tem sido excessivamente difícil a sua compreensão para os cientistas sociais, pesquisadores dos serviços de saúde, e médicos para defini-la de forma precisa (GANZ, 1994).

A utilização de tal termo na área da saúde tem estado relacionado à expectativa de um produto de trabalho eficaz. Assim, qualidade de vida como o resultado do cuidado médico tem sido referenciado desde o tempo de Hipócrates. Os médicos são instruídos para aceitar a responsabilidade para maximizar o bem-estar de seus pacientes através do alívio do sofrimento e da cura de doenças quando possível (GANZ, 1994).

Muitos pesquisadores datam o início oficial do termo qualidade de vida e conceitos relacionados no cuidado à saúde por volta de 1947, quando a

---

Organização Mundial de Saúde definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, mais que simplesmente como ausência de doença e enfermidade (MCSWEENY E CREER - 1995, ZHAN - 1992, SPITZER - 1987).

Investigações iniciais quanto ao conceito de qualidade de vida na saúde começaram a surgir depois dessa data, embora o termo tenha sido considerado como categoria do Index Medicus há menos de 30 anos (MCSWEENY E CREER - 1995).

KARNOFSKY, em 1948, foi um dos pioneiros a introduzir no campo médico uma escala para medir a qualidade de vida do paciente. Sua escala (“Karnofsky Performance Status Scale”) enfatizava a função física e o estado de performance do paciente (SPITZER - 1987, WEEKS - 1992, ZHAN - 1992, BAUM - 1990).

As idéias e esforços de Karnofsky podem parecer corriqueiras e inconcebíveis hoje, mas naquela época seu trabalho foi uma saída radical das abordagens convencionais para avaliar o prognóstico de progresso de pacientes com câncer terminal (SPITZER, 1987).

A partir daí, progressivamente vão aparecer trabalhos na literatura médica, propondo medidas e escalas para avaliar a qualidade de vida. E nesta evolução, a preocupação com outras dimensões da vida do indivíduo vão se tornando mais evidentes, ultrapassando a saúde funcional.

Importante pesquisa realizada nas últimas décadas, segundo WEEKS (1992), mostrou a produção de uma coleção de sofisticados questionários com finalidade de medir tanto aspectos específicos como globais de qualidade de vida. Estes instrumentos variam em modelo de aplicação, ênfase, extensão e duração.

Escalas como “Cancer Rehabilitation Evaluation System - CARES” (GANZ, 1992), “Function Living Index - Cancer - FLIC” (SCHIPPER et al, 1984), “Quality of Life Index - QLI” (SPITZER et al, 1981), “European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC” (AARONSON et al, 1988), “MOS 36 - Item Short - Form Health Survey - SF36” (STEWART et al, 1988), e “Linear Analog Self - Assessments - LASA” (PRIESTMAN and BAUM, 1976), têm sido apresentadas com notado sucesso na produção de valores, as quais são reproduzíveis e validadas (WEEKS, 1992).

Outros instrumentos como “Rotterdam Symptom Checklist” e “Hospital Anxiety Depression” foram apontados como bons métodos para acessar dimensões chave de qualidade de vida e para avaliar ansiedade e depressão (SLEVIN, 1992).

Esta tendência em criar e adaptar escalas para medir qualidade de vida tem se mantido, sendo que entre estes estudos cito o trabalho de FERRANS e POWERS - “Quality of Life Index - Cancer Version” (FERRANS, 1990); e FERREL - “Quality of Life - Cancer Survivors” (FERREL et al, 1995).

Assim, a tradição em medir qualidade de vida em pacientes com câncer tornou-se uma preocupação. SLEVIN (1992) diz que existem boas razões pela qual a avaliação de qualidade de vida teve origem precocemente na área da oncologia, pois tanto o câncer quanto seus tratamentos, freqüentemente produzem substancial caos e danos na vida dos pacientes e seus familiares. O primeiro exemplo é a Escala de Karnofsky que foi construída no trabalho com pacientes em quimioterapia.

Atualmente WEEKS (1992) aponta que, uma das áreas mais excitantes da pesquisa clínica em oncologia é a exploração de como usar estes

---

instrumentos minuciosamente afinados para melhorar o cuidado que se dá aos pacientes.

Isto porque, estudos têm mostrado que a percepção que o pessoal de saúde tem das necessidades e preocupações dos pacientes, freqüentemente, diferem do próprio relato do paciente especialmente nas questões que envolvem stress psicológico, necessidades para informações, e preocupação com o câncer (MEYEROWITZ, 1993).

Estes julgamentos tornam-se particularmente problemáticos no câncer de mama, pois a escolha de tratamentos que promovam benefícios médicos semelhantes, podem diferir em termos de seus efeitos psicossociais.

No câncer de mama, talvez mais que outra doença, os efeitos maléficos da doença sobre a qualidade de vida têm estimulado o desenvolvimento de tratamentos alternativos. Cirurgias conservadoras e reconstrução mamária foram desenvolvidas em resposta às preocupações psicossociais de pacientes (MEYEROWITZ, 1993).

Autores têm chamado atenção para a importância da incorporação na tomada de decisão do próprio indivíduo sobre os conceitos que ele atribui para satisfação com a vida, principalmente quando há necessidade de intervenção no seu corpo.

Assim, minha preocupação em trabalhar com as mulheres com câncer de mama, buscando entender como elas avaliam a satisfação com a sua vida atual dentro de suas próprias visões de mundo, tem como proposta trazer subsídios, para a identificação de indicadores de qualidade de vida dessa clientela no processo de assistir.

## CAPÍTULO II

### REFERÊNCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

*“É preciso mudar o modo de agir e interagir para que homens e mulheres vivam a diferença biológica na igualdade de direitos humanos e sociais em direção à reciprocidade”  
MOEMA VIEZZER (1993).*

### **1 - Relações de Gênero enquanto categoria de análise**

Para referencial teórico deste trabalho, optei pela perspectiva feminista, pois segundo GERGEN (1993), “busca novas formas de realizar o trabalho acadêmico, com base menos no poder, na razão e na dominação e mais no diálogo franco, reciprocamente impregnado pela expressão de valores e sentimentos”.

Os estudos teóricos guiados por ideais feministas oferecem a oportunidade para alterar a natureza das disciplinas, pois sublinham a necessidade de se renunciar à “objetividade” tal como é praticada hoje, especialmente nas ciências (GERGEN, 1993).

A importância de considerar a realidade como socialmente construída está explícita na maior parte dos estudos feministas; e a dicotomia “verdade versus falsidade” é excluída como idéia feminista (GERGEN, 1993).

Segundo, ASTELARRA (1980) se considerarmos como feminismo a resistência das mulheres em aceitar papéis, situações sociais e políticas, ideologias e características psicológicas que fundamentam-se na existência de uma hierarquia entre homens e mulheres a qual justifica a discriminação da mulher, vemos que no transcurso da história surgiram muitos e variados movimentos feministas. A luta pela igualdade social da mulher existiu ao longo dos séculos em diversas ocasiões e sob diferentes formas. Por isso é que, apareceram muitas vezes grupos que defenderam, tanto ideológica como politicamente, a necessidade de lutar pela igualdade social entre homens e mulheres. Essas lutas, ideológicas ou políticas, num sentido amplo, foram denominadas de “movimentos feministas”.

Desta forma, a ciência feminista teve suas origens não no mundo acadêmico, mas num movimento social e na consciência social (MEYER, 1996).

Assim por todo o século XX, as idéias feministas estiveram basicamente associadas à ação política na vida cotidiana. As idéias seminais do feminismo concentraram-se tradicionalmente nas formas de influir sobre as condições sociais, de modo a levantar o véu da opressão e tornar as mulheres agentes livres e iguais. Como resultado da constatação da ordem social existente, da interpretação do que existia e do que pode vir existir, as feministas criaram um conjunto crescente de idéias desafiadoras. À medida que essas idéias foram elaboradas e avaliadas, um formidável acúmulo de conhecimento feminista emergiu (GERGEN, 1993).

Segundo HOLLANDA (1994), o pensamento feminista surge no campo acadêmico nas duas últimas décadas, e impõe-se como uma tendência teórica inovadora e de forte potencial crítico. Isto porque, conforme descreve LOURO (1996), muitas das mulheres envolvidas na militância feminista foram também as iniciadoras dos trabalhos de reflexão e de produção acadêmica. Era notável o esforço para dar visibilidade à mulher como agente social e histórico, como sujeito.

Em seus primeiros momentos, tais iniciativas acadêmicas carregavam as marcas da militância, ou seja, estavam basicamente atentas à denúncia da opressão e tinham um caráter mais descritivo do que propriamente analítico (LOURO, 1996).

Segundo MACHADO (1992) essa foi a primeira geração de feministas que tinham como ideologia a igualdade de direito entre homens e mulheres, baseando-se em parâmetros e paradigmas da razão iluminista, civilizatória e linear, a identificação com os valores da racionalidade dominante, ou seja, o olhar

---

masculino era tido como certo e verdadeiro o que resultou na mutilação da identidade feminista e de sua visão de mundo.

Era a reprodução do discurso e das práticas androcêntricas, patriarcais e iluministas pelas próprias mulheres, que reivindicaram a posse das mesmas qualidades que definiram o homem e sua racionalidade de cunho cartesiano e instrumental. As mulheres queriam autonomia, poder e direitos iguais aos homens, ou melhor queriam ser iguais ao homem (PEREIRA, 1995).

Porém, como uma das principais características do movimento desde o seu início tem sido a superação, observou-se o grande equívoco da primeira geração de feministas, e no final dos anos 70, surge uma nova preocupação, visto que foi se percebendo que havia um equívoco na luta pela igualdade entre os gêneros, num mundo onde a visão androcêntrica era dominante.

Como ressalta GERGEN (1993), “as mulheres não podem apropriadamente dar conta do mundo dos homens, os adultos não podem retratar com propriedade o mundo das crianças... e, em última instância, não existem padrões generalizáveis de acuidade para comparar perspectivas diversas”.

Frente a essa constatação, o movimento feminista apresenta como preocupação central a construção da identidade feminina, ou seja, através da própria visão das mulheres construir a sua história.

Surge então a segunda geração de feministas, que no final dos anos setenta, tenta redefinir a especificidade e a diferença do feminino. É o início do período onde se procura, sob a ótica da mulher construir a identidade feminina. Com isso, as feministas procuram as mulheres que fizeram história, e uma história diferente da escrita pelo homem (MACHADO, 1992).

Superando teoricamente as duas gerações anteriores, a terceira geração de feministas apresenta uma postura mais condizente com uma teoria que se quer libertadora e auto - emancipadora. Essa geração enaltece a análise da multiplicidade das diferenças e da alteridade entre os sexos, tentando entender como se dá a produção cultural dos sistemas de gênero (MACHADO, 1992).

Quando se pensa no plano mais geral do debate teórico feminista, já é senso comum a distinção de dois pólos conceituais: o feminismo anglo - americano e o feminismo francês (HOLLANDA, 1992).

O feminismo anglo - americano trabalha a partir da recuperação de uma experiência e de uma “identidade feminina”. Esta tendência tem dois principais compromissos: a denúncia da ideologia patriarcal que permeia a crítica tradicional e determina a constituição do cânone literário masculino; e a tarefa de empreender uma arqueologia literária para resgatar os trabalhos das mulheres, que de diversas formas foram silenciadas ou excluídas da história da literatura. Estuda a construção social da identidade feminina, centrando-se nos processos de socialização da mulher.

Por outro lado, o feminismo francês, mais vinculado à psicanálise, vai trabalhar no sentido da identificação de uma possível “subjetividade feminina”. As feministas francesas atentam para a psicanálise como uma teoria capaz de promover a exploração do inconsciente e a emancipação do “pessoal”, caminho que se mostrava especialmente atraente para a análise e identificação da opressão da mulher.

HOLLANDA (1992) enfatiza que a divisão entre essas duas tendências, parcialmente contraditórias, está se tornando cada vez menos clara, pois o que chama a atenção é que nas duas situações a preocupação central é, claramente,

a procura da definição, ainda que em graus diversos de complexidade, de uma identidade feminina e do lugar da diferença.

Em meu trabalho tenho seguido a vertente anglo - americana, pois compartilho a crítica de um sistema de poder que legitima certas representações em detrimento de outra, e de tornar evidente os processos históricos de construção e representação da categoria mulher e do que lhe seja implícito.

Acompanhando ainda a tendência, tenho adotado o conceito de gênero como categoria analítica nos estudos “da mulher”, onde, procura-se articular modos de resistência ao questionamento de “verdades” estabelecidas que permeiam a produção e reprodução das relações sociais entre homens e mulheres, de forma hierárquica e desigual.

O estudo das relações de gênero, substituindo agora a noção de identidade, passa a privilegiar o exame dos processos de construção destas relações e das formas como o poder as articula em momentos históricos e socialmente datados (HOLLANDA, 1992).

O gênero, como categoria analítica, é um modo de se referir à organização social das relações entre os sexos. Numa rejeição total ao determinismo biológico, que busca as explicações para a sujeição da mulher em sua capacidade procriativa ou na força física masculina, o gênero enfatiza as qualidades fundamentalmente sociais das distinções baseadas no sexo. É uma categoria relacional, que define homens e mulheres uns em relação aos outros (BRUSCHINI, 1992).

Para BRUSCHINI (1992) ao utilizar-se este conceito, rejeita-se a idéia de esferas separadas para um e outro sexo. O estudo da condição feminina, do papel da mulher na história e na sociedade passa a partir de então a ser substituído pelo estudo das relações entre homens e mulheres.

---

Utilizar as relações de gênero enquanto categoria analítica no pensamento científico, significa examinar criticamente todas as diferenças por gênero que entram na análise. Significa divisar novos modos de pesquisa que permitam apreender a vida de sujeitos escondidos da história. Significa levar em conta os homens e as mulheres, e não generalizar os atores sociais ignorando que eles se compõem de pessoas de ambos os sexos. A utilização da abordagem feminista nos obriga a reconhecer nossos valores e nossa subjetividade enquanto observadores humanos, com origens pessoais e sociais particulares e com interesses inevitáveis (HUBBARD, 1993).

Devo lembrar ainda que, o conceito de gênero supõe uma pluralidade conforme descreve LOURO (1996), ou seja, haveria conceitos de feminino e de masculino social e historicamente diversos, e que a idéia de pluralidade implica admitir também concepções diversificadas conforme classes, religião, raça, idade, etc.; além de conceitos de masculino e feminino que se transformam ao longo do tempo.

Para GIFFIN (1995), o conceito de gênero expressa a rejeição do “destino biológico” anunciado no discurso sociocientífico dominante. Dando ênfase à construção social de feminino/masculino, e à dimensão de poder nas relações entre homens e mulheres, o desenvolvimento deste conceito acompanhou historicamente a simultânea recusa ideológica ao papel de reprodutora, confinada à esfera familiar.

Assim enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino ou feminino (LOURO, 1996).

Conforme salienta SORJ (1992), o gênero diferentemente do sexo, é um produto social, aprendido, representado, institucionalizado e transmitido ao longo das gerações. Portanto, não deve ser tratado como um fato simples, natural e inquestionável, mas como processo social e relacional estando mediado pelo poder.

O famoso dito de Simone de Beauvoir, “ninguém nasce mulher, mas torna-se mulher” engendra a definição de gênero, afirmando a não coincidência de identidade natural e identidade de gênero. O gênero não é atribuído só como fato corporal, mas é assumido como um “projeto”, ocorrendo dentro de um campo de relações sociais que limitam a liberdade do sujeito, sendo gradual a aquisição de uma postura. O corpo da mulher é em si uma situação social e não um simples fato biológico (NAKANO, 1996).

SCOTT (1990) ao definir gênero, identifica duas partes que são ligadas entre si, as quais deveriam ser distinguidas na análise. Para esta autora, o núcleo essencial da definição repousa sobre a relação fundamental entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”.

Esta autora constrói sua argumentação a partir de um desdobramento destas proposições e segundo MEYER (1996), Joan Scott apresenta assim, uma proposta teórico - metodológica. A perspectiva metodológica refere-se à primeira proposição que tem como objetivo “classificar e concretizar como se deve pensar o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais” a partir da relação entre quatro elementos: os símbolos culturalmente disponíveis; os conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e/ou jurídicas; a organização social e suas instituições, a construção das identidades subjetivas.

Segundo MEYER (1996), tal enfoque permite conceber as questões de gênero para além das identidades subjetivas e, igualmente, compreende-las como imersas e impregnadas por toda a ordem social na qual se inserem.

E para esse tipo de análise, a consciência da subjetividade e do contexto tem de integrar o processo científico, e segundo HUBBARD (1993), subjetividade e contexto fazem parte do ser humano. A contribuição que a perspectiva feminista vem oferecer

neste sentido é na insistência que a subjetividade e o contexto não podem ser eliminados; pelo contrário, devem ser reconhecidos, se quisermos compreender a natureza e procurar entender nossa posição na natureza e na sociedade, tanto quanto sujeitos como objetos.

Assim, reafirmando a postura inicial, acredito que a perspectiva das relações de gênero apresenta grande potencial para direcionar o trabalho com mulheres com câncer de mama.

### ***2- Orientação Teórico Metodológica: INTERACIONISMO SIMBÓLICO.***

Como meu interesse neste trabalho é compreender o significado que as mulheres com câncer de mama dão à sua experiência vivenciada, enquanto “ser pertencente ao gênero feminino”, acredito que o interacionismo simbólico poderá em muito, contribuir nesta tarefa.

Vários estudos têm ressaltado que o interacionismo simbólico possibilita a compreensão do significado consciente da experiência de vida no contexto saúde - doença. Por ser uma teoria que trata do comportamento humano e da interação social, ela favorece o entendimento do significado que as pessoas dão às coisas no ambiente natural, e como estas pessoas transformam esses significados através do processo interpretativo.

Isto é, essa teoria parte do princípio de que, um fenômeno tem sempre um significado que é inerente a ele e é produto da interação social. Sua manifestação se dá através de uma interpretação consciente, ou seja, um fenômeno passa a ter significado para uma pessoa no momento em que ela se considera conscientemente, reflete e pensa sobre ele e, assim, o interpreta.

Assim, ao dar oportunidade às mulheres com câncer de mama expressarem o sentido que elas dão à qualidade de vida e à imagem que elas têm sobre o “ser mulher”, pode-se apreender ou direcionar-se para a identificação de indicadores de qualidade de vida, através de seu ideário sobre gênero feminino.

O interacionismo simbólico é uma perspectiva da psicologia social que enfoca a natureza de interação que ocorre entre as pessoas.

Tem origem remota na psicologia de William James, mas se ampliou com os sociólogos no fim do século XIX. Entre eles se destaca George Herbert Mead, que foi, segundo LITTLEJOHN (1992), o gerador primordial do movimento. Para este autor, Mead pode muito bem ser chamado o “pai” do interacionismo simbólico. Porém Mead não publicou uma obra completa e sistemática sobre sua teoria. Todos os seus quatro livros são póstumos e organizados por editores a partir de palestras, aulas, notas e manuscritos fragmentários (HAGUETTE, 1995).

A psicologia de Mead era distintamente humana e ele usou o ato social como unidade básica de análise (LITTLEJOHN, 1992).

HAGUETTE (1995) diz que apesar da obra de Mead como um todo exibir uma orientação filosófica, ele preocupou-se em ilustrar suas proposições a partir de fatos da vida cotidiana.

Os três conceitos cardeais na teoria de Mead são : sociedade, eu e mente. Entretanto essas categorias não são distintas. Pelo contrário, são ênfases diferentes sobre o mesmo processo geral: “o ato social”. A condução básica no pensamento de Mead é a noção de que o homem é um ator, não um reator. O ato social é um conceito abrangente sob o qual podem abrigar-se quase todos os outros processos psicológicos sociais. Os atos interrelacionam-se e estruturam-se uns sobre os outros, em forma hierárquica, ao longo da vida da pessoa. O ato

---

humano pode ser breve, ou pode ser a realização de um plano de vida. Os atos começam com um impulso; envolvem percepção e atribuição de significado, repetição mental e ponderação de alternativas, e consumação final (LITTLEJOHN, 1992).

Herbert Blumer discípulo de Mead e criador do termo “interacionismo simbólico” em 1937, foi responsável pela sistematização dos pressupostos básicos da abordagem interacionista. Assim, Blumer apresenta e discute os mais importantes aspectos da interação simbólica tentando ser fiel ao pensamento de Mead, onde aborda sobretudo a natureza da interação simbólica, a natureza da sociedade e da vida em grupo, a natureza dos objetos, da ação humana e a ação conjunta (HAGUETTE, 1995).

Assim BLUMER (1969), afirma que o significado das coisas, eventos, fenômenos surge como resultado de orientações psicológicas internas das pessoas, mas tal significado é produto da vida social. Nesse sentido nenhum fenômeno pode ter significado independentemente da interação dos seres humanos e os significados dos fenômenos são constantemente refinados e alterados.

De acordo com tal compreensão, Blumer apresenta três premissas que sustentam a base do interacionismo simbólico (HAGUETTE, 1995) :

1. “O ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, idéias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana.
2. O sentido destas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com seus companheiros.
3. Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra”.

Ao contrário das posturas encontradas em muitas abordagens das ciências psicológicas, o interacionismo simbólico aloca uma importância fundamental ao “sentido” que as coisas têm para o comportamento humano. Ignorar isto significa segundo Blumer, “falsificar o comportamento em estudo”. Por outro lado, o interacionismo simbólico também se diferencia de outras abordagens quando concebe o “sentido” como emergindo do processo de interação entre as pessoas, ao invés de percebê-lo seja como algo intrínseco ao ser, seja como uma expressão de organização psicológica (HAGUETTE, 1995).

Tal concepção vem de encontro à crítica feminista, especialmente quando, focaliza os perigos do essencialismo no trato do funcionamento humano; e um dos itens de agenda do pensamento feminista trata da sexualidade quando insiste que a sexualidade não é biologicamente dada, não é uma qualidade humana inerente, não é qualquer tipo de instinto, mas, ao contrário, é basicamente, uma construção social, como refere TIEFFER (1993), uma forma de ser e de se relacionar criada por arranjos sociais.

---

Acresce Blumer que a utilização dos sentidos que as coisas tem para as pessoas envolve um processo interpretativo e segundo HAGUETTE (1995) esse processo acontece em duas etapas. Primeiramente o ator indica a si mesmo as coisas em direção das quais ele está agindo; ele aponta a si mesmo as coisas que têm sentido. Isto representa um processo social internalizado no qual o ator interage consigo mesmo de uma maneira bem diversa daquela na qual interagem os elementos psicológicos - representando a instância da pessoa engajada em um processo de comunicação consigo mesma. Em seguida, em virtude deste processo, a interpretação passa a significar a forma de manipulação de sentidos, ou seja, o ator seleciona, checa, suspende, reagrupa e transforma os sentidos à luz da situação na qual ele está colocado e da direção de sua ação. A interpretação é, pois, um processo formativo, e não uma aplicação sistemática de sentidos já estabelecidos.

Ao fundar-se nestas premissas, a interação simbólica é levada necessariamente a desenvolver um esquema analítico da sociedade humana e da conduta humana que envolve certas idéias básicas relacionadas com a natureza das seguintes matérias: grupos humanos ou sociedades, interação social, objetos, o ser humano como ator, a ação humana e as interconexões entre as linhas de ação. Em uma visão de conjunto estas idéias representam a forma como o interacionismo simbólico vê a sociedade humana e a conduta humana.

HAGUETTE (1995) diz ainda que, no interacionismo simbólico a sociedade humana ou vida humana em grupo é vista como consistindo de pessoas que interagem, ou seja, pessoas em ação que desenvolvem atividades diferenciadas que as colocam em diferentes situações. O princípio fundamental é que os grupos

humanos, assim como a sociedade, “existem em ação” e devem ser vistos em termos de ação.

Tomando outro aspecto do pensamento de Mead, Blumer discute a necessidade das partes interagentes “assumirem o papel do outro”, a fim de que as indicações dirigidas à(s) outra(s) parte(s) sejam feitas a partir do ponto de vista desta outra parte, de modo que sua intenção seja percebida. A mútua assunção de papéis é uma condição “sine qua non” da comunicação e da interação efetiva de símbolos. Quando uma pessoa faz indicações a outra, ela o faz indicando objetos significativos para ela, que fazem parte de seu “mundo”. Um objeto é visto, então, como qualquer coisa que pode ser indicada ou referida (HAGUETTE, 1995).

Os objetos - em termos de sentidos - são criações sociais, ou seja, são formados a partir do processo de definição e interpretação através da interação humana.

Assim, segundo HAGUETTE (1995), a vida de um grupo humano dentro da perspectiva interacionista representa um vasto processo de formação, sustentação e transformação de objetos, na medida em que seus sentidos se modificam, modificando o mundo das pessoas.

Outro conceito importante para a abordagem interacionista é o “self”.

Para ser capaz de interagir, o ser humano deve possuir um “self”. Ele representa um organismo que não somente responde aos outros como a si mesmo, ou seja, o ser humano pode ser um objeto de suas próprias ações. Como outros objetos, o “self” surge do processo de interação social no qual outras pessoas estão definindo alguém para si mesmo. A fim de tornar-se um objeto para si mesma a pessoa deve ver-se a si mesma “de fora”, ou seja, colocando-se no lugar ou no papel dos outros e vendo a si própria ou agindo para si mesma daquela posição.

Conseqüentemente, nós vemos a nós mesmos através da forma como os outros nos vêem ou nos definem (HAGUETTE, 1995).

Para Blumer, a ação humana consiste em levar em consideração as várias coisas que o indivíduo nota, construindo uma linha de conduta na base de como ele as interpreta (SILVA, 1994).

A perspectiva interacionista concebe a ação como originando-se ou combinando-se com experiências manipuladas pelo indivíduo, contrapondo às visões dominantes da psicologia e ciências sociais que ignoram o processo de auto - interação, através do qual o indivíduo manipula o seu mundo e constrói sua ação.

Resumindo o processo de formação da ação, Blumer enfatiza que “nós devemos reconhecer que as atividades dos seres humanos consistem no enfrentamento de uma seqüência de situações nas quais eles devem agir, e que suas ações são construídas à base do que eles notam, de como eles avaliam e interpretam o que eles notam, e do tipo de linhas de ação projetadas que eles mapeiam” (HAGUETTE, 1995).

As normas de ação humana se aplicam tanto para a ação individual como para a ação coletiva, e, neste ponto, Blumer discute o último aspecto do processo de interação simbólica, que se refere à “ação conjunta” ou coletiva.

Da mesma forma que na ação individual, a ação conjunta pode se constituir em objeto de estudo, não perdendo o caráter de ser construída através de um processo interpretativo, quando a coletividade enfrenta situações nas quais é chamada a agir (HAGUETTE, 1995).

A ação conjunta, apesar de ser composta da atividade de diferentes linhas de ação dos indivíduos componentes, tem um caráter “sui gêneris”, isto é, um caráter que torna a articulação ou vinculação das ações individuais “diferentes” do somatório das ações. É assim que se pode falar de casamento, de transações comerciais, de família,

de universidade ou de nação. Apesar de seu caráter distintivo, a ação conjunta tem sempre que operar através de um processo de “formação”, ou seja, embora certas ações conjuntas aparentemente exibam formas estabelecidas e respectivas de ação, cada uma de suas instâncias deve ser formada novamente. Estas formas decorrentes de ação permitem ao indivíduo partilhar sentidos comuns e preestabelecidos sobre as expectativas de ação dos participantes e, conseqüentemente, cada participante é capaz de guiar seu próprio comportamento à luz destes sentidos (HAGUETTE, 1995).

O fato é que, por detrás da fachada da ação conjunta percebida objetivamente, o conjunto de sentidos que sustentam esta ação conjunta tem sua vida própria. Assim, HAGUETTE (1995), diz que “não é verdade que são as regras que criam e sustentam a vida em grupo, mas, ao contrário, é o processo social de vida grupal que cria e mantém as regras”.

Nesse sentido o reconhecimento da “unidade indiscutível” entre sujeito e objeto é a finalidade da metodologia feminista na ciência, pois o método científico baseia-se numa determinada definição de objetividade, que nega ou ignora o relacionamento entre os objetos descrevendo os fatos como se eles e as atividades existissem num vácuo.

E como bem colocado por HUBBARD (1993), “não existe um livre espírito da história natural mas tão somente um conjunto de descrições formadas pelos homens” e acrescenta a crítica feminista “...formuladas pelos homens, em sua maior parte brancos, instruídos, euro - americanos que vêm praticando um certo tipo de ciência nos últimos duzentos anos”.

Assim, a contribuição que o pensamento feminista vem dando na compreensão da conduta humana é no sentido de insistir que a subjetividade e o contexto não podem

ser eliminados e devem ser reconhecidos, se quisermos compreender a natureza e utilizar o conhecimento assim adquirido sem agredi-lo.

Em outras palavras, se trata do alerta feito por Blumer quando o mesmo critica a metodologia convencional que utiliza meios de estabelecer a validade empírica de certos estudos através de esquemas inadequados para captar o caráter específico do objeto de estudo. Diz ainda que a tarefa do estudo científico empírico, deveria se limitar a “levantar o véu” que cobre a área ou a vida do grupo que alguém se propõe a estudar. Isto só pode ser efetuado mediante uma aproximação com a área e de uma “escavação” profunda através de um estudo cuidadoso.

### **3- Metodologia**

BLUMER (1969) ressaltou que, para se identificar os objetos que são de preocupação central para as pessoas, a pesquisa deve favorecer a apresentação descritiva pelas próprias pessoas de como elas veem os objetos, como elas têm agido em relação aos objetos em diferentes situações e como elas se referem aos objetos em suas conversas com membros de seu próprio grupo.

Para BLUMER (1969), tais observações, dificilmente são conseguidas através de procedimentos de pesquisa comumente usados na pesquisa tradicional, como aplicação de questionários, escalas, pesquisa tipo “survey” ou com o pré estabelecimento de variáveis antes do estudo de campo. Recomendou a adoção de métodos naturalísticos, que respeitem a natureza do mundo empírico, através da “**exploração**” e “**inspeção**”, afirmando que através de estudos exploratórios o pesquisador pode ter tanto uma visão mais próxima e completa de uma esfera da vida social com a qual ele não está familiarizado, como pode desenvolver e aprimorar a sua pesquisa, de maneira que o problema

estudado, o direcionamento da pesquisa, os dados, as relações analíticas e as interpretações surjam e permaneçam embasados na realidade empírica que está sendo estudada.

Blumer descreve que a “**exploração**” é, por definição, um procedimento flexível no qual o pesquisador adota novos pontos de observação enquanto o estudo progride, caminha em novas direções não determinadas previamente, e muda a sua visão de quais dados são relevantes, enquanto vai adquirindo maiores informações ou melhor compreensão. Estes estudos podem envolver observação direta, entrevistas com as pessoas, escutar as suas conversas ou a história de suas vidas, usar seu diários de cartas, consultas a documentos públicos ou através de discussões, em grupos, de itens que parecem relevantes. Para Blumer neste tipo de pesquisa, é importante que o pesquisador esteja bastante alerta para a necessidade de testar constantemente e revisar as suas imagens, crenças e concepções relacionadas à área da vida que está estudando pois, como todos os seres humanos em geral, os pesquisadores são “escravos de suas próprias imagens pré - estabelecidas e assim têm a tendência de assumir que as outras pessoas vêem os dados objetos como eles próprios os vêem” (CALIRI, 1994).

O outro aspecto do estudo direto do mundo empírico destacado por Blumer, envolve os procedimentos relacionados com a “**inspeção**” dos elementos analíticos que são importantes para a situação estudada, sejam referentes a processos, organização, relações, rede de relações, estados de ser, elementos de organização pessoal e acontecimentos (CALIRI,1994).

Como descreve HAGUETTE (1995), a “**inspeção**” representa um exame mais intensivo e focal do conteúdo empírico de todos os elementos analíticos

usados para fins de análise, assim como o mesmo tipo de exame da natureza empírica das relações entre os elementos.

A exploração e a inspeção representam, pois, os elementos cardeais da “investigação naturalística” do mundo, ou seja, a investigação dirigida para o mundo empírico tal qual ele se apresenta, ao invés de simulações ou abstrações ou, ainda, substituições através de imagens preconcebidas.

Assim, para o desenvolvimento deste estudo, optei pelo método do **estudo de caso**, que tem sido definido por vários autores com “um método de pesquisa que envolve uma análise completa e em profundidade de um indivíduo, grupo, instituição ou outra unidade social” (POLIT e HUNGLER, 1995; WOODS e MICHELL, 1988).

Segundo WOODS e MICHELL (1988) o termo, estudo de caso, não denota uma técnica específica particular, mas ao contrário, uma estratégia geral para a pesquisa. Tipicamente, um estudo de caso envolve um ou vários casos que são estudados através do tempo, usando múltiplos métodos de coleta de dados. Eles são estudos naturalísticos, conduzidos em um cenário que não é controlado pelo investigador.

LUDKE e ANDRÉ (1986) descrevem as características fundamentais do estudo de caso, entre as quais destacam-se:

1. **“Os estudos de caso visam à descoberta.** Mesmo que o investigador parta de alguns pressupostos teóricos iniciais, ele procurará se manter constantemente atento a novos elementos que podem emergir como importantes durante o estudo. O quadro teórico inicial servirá assim de esqueleto, de estrutura básica a partir da qual novos aspectos poderão ser detectados, novos elementos ou dimensões poderão ser acrescentados, na medida em que o estudo avance.

Essa característica se fundamenta no pressuposto de que o conhecimento não é algo acabado, mas uma construção que se faz e refaz constantemente. Assim sendo, o pesquisador estará sempre buscando novas respostas e novas indagações no desenvolvimento do seu trabalho”.

**2. “Os estudos de caso enfatizam a interpretação em contexto.** Um princípio básico desse tipo de estudo é que, para uma apreensão mais completa do objeto, é preciso levar em conta o contexto em que ele se situa. Assim, para compreender melhor a manifestação geral de um problema, as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas devem ser relacionadas à situação específica onde ocorrem ou à problemática determinada a que estão ligadas”.

GERGEN (1993), adverte que as objeções das feministas ao processo de “descontextualização” freqüentemente se concentram nas conseqüências que se abateram sobre as mulheres enquanto objetos de estudo. As mulheres “descontextualizadas” são muitas vezes estudadas isoladas de suas circunstâncias pessoais. Lembra ainda que, freqüentemente, os cientistas atribuem às mulheres traços pessoais que podem ser conseqüência de sua posição enquanto grupo oprimido, em vez de “disposições naturais”.

**3. “Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda.** O pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema, focalizando-o como um todo. Esse tipo de abordagem enfatiza a complexidade natural das situações, evidenciando a inter - relação dos seus componentes”.

Este procedimento metodológico vem ao encontro da abordagem feminista pois, a pesquisa de inspiração feminista quer que se reconheça que cientistas,

objetos de pesquisa e “fatos” estejam todos inter-relacionados, envolvidos em influências recíprocas e sujeitos a constrangimentos lingüísticos e de interpretação.

**4. “Os estudos de caso usam uma variedade de fontes de informação.**

Ao desenvolver o estudo de caso, o pesquisador recorre a uma variedade de dados, coletados em diferentes momentos, em situações variadas e com uma variedade de tipos de informantes. Com essa variedade de informações oriunda de fontes variadas, ele poderá cruzar informações, confirmar ou rejeitar hipóteses, descobrir novos dados, afastar suposições ou levantar hipóteses alternativas”.

**5. “Os estudos de casos revelam experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas.** O pesquisador procura relatar as suas experiências durante o estudo de modo que o leitor ou usuário possa fazer as suas “generalizações naturalísticas”. Em lugar da pergunta: este caso é representativo do que? o leitor vai indagar: o que eu posso (ou não) aplicar deste caso na minha situação? A generalização naturalística ocorre em função do conhecimento experiencial do sujeito, no momento em que este tenta associar dados encontrados no estudo com dados que são frutos das suas experiências pessoais”.

**6. “Estudos de Caso procuram representar os diferentes e as vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social.** Quando o objeto ou situação estudados podem suscitar opiniões divergentes, o pesquisador vai procurar trazer para o estudo essa divergência de opiniões, revelando ainda o seu próprio ponto de vista sobre a questão. O pressuposto que fundamenta essa orientação é o de que a realidade pode ser vista sob diferente perspectiva, não

---

havendo uma única que seja a mais verdadeira. Assim, são dados vários elementos para que o leitor possa chegar às suas próprias conclusões e decisões, além, evidentemente, das conclusões do próprio investigador”.

**7. “Os relatos do estudo de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.** Os relatos escritos apresentam, geralmente, um estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de linguagem, citações, exemplos e descrições. A preocupação é com uma transmissão direta, clara e bem articulada do caso e num estilo que se aproxime da experiência pessoal do leitor”

Com base nestas características, vislumbrei no método de estudo de caso, a possibilidade de alcançar meus objetivos, tendo em vista o desejo pessoal e profissional de conhecer mais profundamente a situação de vida das mulheres após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Acredito ainda, que o método possibilitaria entender como elas vivenciam e entendem o processo de recuperação, além de que, poderei me colocar como elemento ativo deste processo, através de minha vivência no REMA - Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas.

Portanto, a utilização de estudos de casos possibilita aplicação da epistemologia feminista na desconstrução e reconstrução dos significados herdados, analisar hiatos e pontos cegos em nossos sistemas de conhecimento, e pode-se ainda, extrair um significado novo dos padrões culturais registrados de patriarcado.

Na enfermagem o estudo de caso tem sido aplicado mais freqüentemente para indivíduos e famílias ou grupos. A maioria dos estudos de casos publicados

na pesquisa de enfermagem, enfoca os indivíduos com problemas específicos de saúde (WOODS e MITCHELL, 1988).

HABECK e cols. (1984) por exemplo, descrevem um estudo de caso para ilustrar como os conceitos de reabilitação de câncer e cuidado contínuo podem ser operacionalizados e trazer implicações para a prática.

Assim, o método de estudo de caso pode ser aplicado em diversas situações, fazendo um importante intercâmbio entre a pesquisa e a assistência; uma vez que o objetivo de investigação emerge da prática do trabalho.

Além disso, os estudos de casos podem ser distinguidos em vários tipos, como descrito por TRIVINOS (1990), porém considero que o mais adequado para este estudo é o denominado “**História de vida**”.

A história de vida como um método de pesquisa foi derivado do interacionismo simbólico nos anos de 1930 e 1940. Seguidores do interacionismo simbólico acreditam que humanos aprendem sobre e definem seus mundos através de interação com outros. Símbolos, tais como palavras, significados e linguagem, são aprendidos através de interação e são usados pelo indivíduo interagindo para representar a definição de envolvimento do indivíduo sobre qualquer situação dada. Pesquisadores, então, aprendem sobre humanos através de observação de suas interações com outros e através de interpretação de seus símbolos (DENZIN, 1989, in JENKS, 1995).

A criação de conceito de “eu” (enquanto ponto de vista e ponto de ação subjetivo) é um produto de crenças a respeito da subjetividade da experiência individual na vida pessoal. O eu do indivíduo é conseqüentemente construído a partir das experiências de ser uma pessoa - entre - pessoas conforme estas são avaliadas e explicadas. A esse respeito YOUNG - EISENDRATH (1993) refere

---

que “na sociedade patriarcal, estamos constantemente e em todo lugar submetidos a suposições tácitas e explícitas da superioridade masculina”. Afirma a autora que padrões masculinos de saúde, saúde mental, liderança, cultura, competência, liberdade pessoal entre outros constituem nossa realidade social registrada e herdada, de um modo geral. Comenta ainda que estudos mostram que espera-se que os homens sejam mais fortes, mais objetivos, mais competentes e mais independentes que as mulheres, cujos resultados são óbvios na vida cotidiana. Espera-se que as mulheres sejam mais fracas, menos competentes e que se expressem de maneira mais emocional e subjetiva que os homens.

Assim, os relatos pessoais transmitem uma interpretação de rompimento biográfico, como uma interpretação do “eu”, revelando as discontinuidades e contradições com as quais as pessoas vivem (CARTER, 1996).

Contar suas histórias é um dos processos mais importantes que as pessoas usam para dar sentido em suas experiências de vida, e transmitir aquela experiência para outros. Por exemplo, BERRY (1993), pesquisando experiências de trabalho de paciente, descobriu que eles contam seletivamente histórias a fim de mobilizar suporte social quando retornam ao trabalho após o tratamento de câncer.

Assim, CARTER (1996) refere que tanto em sua vivência clínica, quanto como pesquisadora, tem encontrado que a melhor maneira de entender a experiência de uma pessoa portadora de câncer, é ouvir suas histórias. Para esta autora as histórias dos pacientes são sempre úteis e são uma maneira que eles têm de expressar preocupações, pedir ajuda, ou estabelecer relacionamento com outros.

Para SANDELOWSKI (1991), o conhecimento narrativo através de histórias pode ser transformado por pesquisadores em descrições e “teorias de vida” da vida da pessoa. Vidas podem ser reveladas e transformadas em histórias, pelo ato de contar sua própria história.

Boas histórias captam a essência e a natureza universal da experiência humana. Elas evocam nossos sentimentos e podem resultar em ação para corrigir circunstâncias (CARTER, 1996).

Segundo BOSI (1983), todas as histórias contadas pelo narrador inscrevem-se dentro de “sua história”, a de seu nascimento, vida e morte. E a morte sela suas histórias com o selo do perdurável. As histórias dos lábios que já não podem recontá-las tornam-se exemplares. E, como reza a fábula, se não estão ainda mortos, é porque vivem ainda hoje.

A história de vida se define como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstruir os acontecimentos que vivenciou, e, transmitir a experiência que adquiriu. Através da narrativa linear e individual dos acontecimentos que ele considera significativos, se delineiam as relações com os membros de seu grupo, de sua profissão, de sua camada social, de sua sociedade global, que cabe ao pesquisador desvendar. Desta forma, o interesse do pesquisador está em captar algo que ultrapassa o caráter individual do que é transmitido e que se insere nas coletividades a que o narrador pertence. Porém, o relato em si mesmo contém o que o informante houve por bem oferecer, para dar idéia do que foi sua vida e do que ele mesmo é (QUEIROZ, 1988).

Como lembra SHOTTER e LOGAN (1993), aqueles que procuram estudar temas da construção social, ressaltam a necessidade de “modificar toda a noção de autoria de indivíduos enquanto originadores; sugerem que na realidade, os resultados sociais são

produzidos **em conjunto**. Ou seja, não podem ser atribuídos a quaisquer planos, desejos ou propósitos de quaisquer indivíduos em particular.” Reforçam ainda que, esse tecido básico resultante de muitos planos e ações singulares dos homens pode fazer surgir mudanças e padrões que nenhum indivíduo sozinho planejou ou criou.

Segundo QUEIROZ (1988), “as histórias de vida podem revelar o cotidiano, o tipo de relacionamento entre os indivíduos, as opiniões e valores e, através dos dados assim obtidos, é possível construir um diagnóstico dos processos em curso”, o que acredito ser esta estratégia útil para compreender o significado do “eu psicológico” da mulher com câncer de mama.

BECKER (1974) descreve ainda que uma das principais funções da história de vida é dar sentido à noção de “processo”. Segundo este autor, o “processo em movimento” é observável, mas não facilmente. Ele requer uma compreensão íntima da vida dos outros, assim como uma técnica - como a história de vida - que nos fornece uma riqueza de detalhes sobre o referido processo, cujo caráter só seríamos capazes de “especular” na ausência de uma técnica adequada.

George Herbet Mead diz que a realidade da vida social é uma conversão de símbolos significantes, no curso do qual as pessoas realizam operações de tatear para logo ajustar e reorientar sua atividade à luz das respostas (reais ou imaginárias) que os demais dão a essas operações. A formação do ato individual é um processo no qual a conduta é continuamente remodelada a fim de levar em conta as expectativas dos outros, conforme estas são expressadas na situação imediata e o ator supõe que podem chegar a ser expressas. A atividade coletiva, segundo a expressam os conceitos de “organização” ou “estrutura social”, surge de um processo contínuo de ajuste mútuo das ações de todos os atores envolvidos. O processo social, por conseguinte, não é uma interação imaginária de forças invisíveis, nem um vetor

composto pela interação de múltiplos fatores sociais, mas sim um processo observável de interação regida por símbolos (BECKER, 1974).

SHOTTER e LOGAN (1993) descrevem que os traços de nossa feição psicológica são construídos ou produzidos dentro do seguinte processo social:

- “1. expressam-se inicialmente de maneira inconsciente e espontaneamente como resultado de atividades práticas **entre** pessoas;
2. no curso dessa **ação conjunta**, indivíduos percebem seus resultados e descobrem como organizar eles próprios as condições para a sua ocorrência, descobrem como agir **deliberadamente**;
3. a função social original da atividade conjunta é agora transformada com o fim de servir ao propósito de um indivíduo, e,
4. as origens sociais da capacidade de agir deliberadamente e de maneira auto consciente, já não precisam ser reconhecidos, pois o indivíduo está agora apto a agir, ao que parece de maneira autônoma. Concluem ainda as autoras que na verdade, está na própria natureza da experiência dos indivíduos autoconscientes achar que suas capacidades lhes **pertencem**, sendo suas origens sociais, comunitárias reprimidas e esquecidas.

É nesse aspecto da invisibilidade das relações sociais na construção desse “individualismo possessivo” que muitas teóricas feministas encontram caminhos para a reconstrução de muitos padrões de relações sociais como a opressão/ inferioridade da mulher.

A utilização da história de vida como recurso metodológico, quando bem confeccionada, pode nos oferecer detalhes desse processo; ou seja, o processo no qual em última instância, deverão referir-se nossos dados para que tenham importância teórica e não meramente operacional e preditiva. Deve referir-se àqueles episódios

---

decisivos da interação em que se forjam novas formas de atividades individual e coletiva, em que produzam novos aspectos do eu (BECKER, 1974).

Assim, ao dar uma base concreta à nossa concepção do processo subjacente, a história de vida serve aos propósitos de verificar as suposições, iluminar a organização e reorientar os campos estagnados (BECKER, 1974).

Importante ressaltar ainda que a história de vida tem sido apontada como um método que traz importantes benefícios para os pacientes.

ARMSTRONG (1987, in JENKS, 1995) observou que participantes em estudos de suas história de vida tinham se beneficiado de estar falando de suas histórias, por obterem introspecção crítica dentro de suas situações e através da criação de consciência.

Como resultado dessa introspecção, possibilita ao indivíduo entrar num campo de visibilidade e conseqüentemente funcionar como sujeito e objeto de sua própria história. Parafraseando Foucault “aquele que está sujeito a um campo de visibilidade, e sabe disso, assume a responsabilidade pelos constrangimentos do poder; os faz atuar espontaneamente sobre si mesmo, inscreve em si mesmo a relação de poder na qual simultaneamente desempenha os dois papéis (senhor e escravo); ele se torna os princípios da própria sujeição”.

Entretanto, JENKS (1995) lembra que história de vida não é considerada uma forma de terapia. Ela é conduzida para o propósito de pesquisa, não para proposta terapêutica. Benefício através da introspecção pode ocorrer com o método de história de vida, mas não é sua intenção. O fato de estar contando sua história pode ser doloroso para o narrador. Assim, o pesquisador deve ter isto em mente no momento de estar recrutando potenciais participantes para um estudo de história de vida. Além

disso, os participantes devem ser informados que o ato de contar suas histórias pode criar dor ou pode resultar em instropecção e compreensão.

Ao mesmo tempo, o pesquisador beneficia-se de estar ouvindo a história de vida, sendo capaz de construir avaliações do fenômeno fundamentado na experiência de vida de indivíduos vivendo com o fenômeno sob estudo. O conhecimento obtido pelo pesquisador está portanto, fundamentado na experiência de vida e prática.

A história de vida também pode ser considerada uma prática feminista conforme referem SHOTTER e LOGAN (1993), pois esta permite uma conversa, na qual o poder criativo, formador, do discurso pode ser posto em uso, reformulado, redistribuído e tornado a desenvolver, tanto o conhecimento das pessoas a respeito de si mesmo e de suas circunstâncias imediatas, quanto a natureza de suas relações prático - históricas umas com as outras.

Por esta razão, a história de vida pode ser uma metodologia extremamente útil para conseguir conhecimento embutido nas experiências do paciente sob fenômeno de interesse para a enfermagem (JENKS, 1995).

No dizer de SHOTTER e LOGAN (1993) “um primeiro passo para alcançarmos poder e nos libertarmos das conseqüências impeditivas da imagem de nós mesmos é reconhecer que não é somente **isto** o que nos bloqueia. Os pecados da omissão e acusação não se encontram em nossos pensamentos, mas nos relacionamentos práticos imediatos uns com os outros, aqui e agora; em que vozes permitimos que se fale e quais delas levamos a sério; nossos pecados estão nas nossas formas reais de avançarmos juntos - sejam elas quais forem ... Ah!, quantas histórias ainda há por contar - sobre quem poderíamos ser e o que poderíamos estar fazendo uns aos outros, a nós mesmas e a nosso mundo”.

#### **4 - Procedimentos Metodológicos**

##### **4.1 O local de estudo: o caminhar em busca de uma assistência integral\* .**

Este trabalho foi desenvolvido no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas - REMA, do Departamento de Enfermagem Materno - Infantil e Saúde Pública da EERP - USP.

Este núcleo funciona na área física de um dos laboratórios de ensino e pesquisa da referida instituição. Presta atendimento às mulheres, regularmente, de segunda, quarta e sexta-feira no horário das 8:00 às 12:00 horas.

Atende a qualquer mulher com câncer de mama encaminhada pelos serviços de saúde da cidade e região, ou pelas próprias pacientes.

O REMA foi criado em maio de 1989, por um grupo de docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, com vistas a implementar uma assistência integral à mulher com câncer de mama; e onde se pudesse confrontar alguns enfoques teóricos dessa assistência.

Conforme descreve MAMEDE (1991), a intenção é possibilitar um lugar calmo, amigável, agradável e aberto; com espaço suficiente para que a mulher mastectomizada possa falar sobre suas vivências, fantasias, sentimentos sobre os quais nunca ou quase nunca tem oportunidade de falar, elaborar e transformar. Da mesma forma, procura-se não perder de vista a realização de um trabalho corporal para a recuperação física do braço e ombro e para a reintegração desse corpo como uma totalidade.

Enquanto núcleo de ensino, pesquisa e assistência procuramos operar de acordo com as seguintes metas, descritas por MAMEDE (1991):

---

\* nesta descrição, utilizei o tempo verbal na 3ª pessoa, por tratar-se de um trabalho coletivo.

- 
- ⇒ “prestar assistência integral à mulher com câncer mamário e seus familiares, estimulando a busca de um maior desempenho de seus papéis e habilidades dentro de seu contexto social;
  - ⇒ incrementar a formação de uma equipe multidisciplinar para a assistência integral da mulher com câncer de mama;
  - ⇒ auxiliar no tratamento e capacitação de profissionais, alunos de graduação e pós - graduação em enfermagem e outras áreas da saúde, para a assistência integral à mastectomizada.
  - ⇒ prestar assessoria a outras instituições de saúde, na assistência integral à mastectomizada;
  - ⇒ desenvolver pesquisas sobre o câncer ginecológico e mamário e,
  - ⇒ desenvolver programas de prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico e mamário.”

Outro aspecto básico em relação a assistência, é que esta fundamenta-se na própria experiência de vida da mulher, visto que a mulher com câncer de mama, não está só vivendo uma enfermidade biológica, corporal, mas também está sendo profundamente afetada psicológica e socialmente (MAMEDE, 1991).

Para o desenvolvimento destas atividades, contamos com uma equipe composta por três docentes da área de Saúde da Mulher do Departamento de Enfermagem Materno - Infantil e Saúde Pública da EERP - USP, que são as responsáveis pela manutenção do funcionamento do REMA, sendo uma coordenadora geral das atividades da equipe. Integram ainda a equipe de trabalho, uma docente da área de Enfermagem Psiquiátrica, uma enfermeira na função de técnica especializada de apoio ao ensino e pesquisa, fisioterapeutas (estagiários e voluntários), alunos de pós - graduação (nível mestrado e

doutorado), alunos de graduação e bolsistas de iniciação científica e aperfeiçoamento.

Nossa meta tem sido a busca de uma assistência integral, ou seja, entendendo que o processo de assistir em saúde vai além do anátomo - fisiológico, além da recuperação física, contemplando a integralidade da pessoa e suas especificidades, quer na área biológica, social e psicológica.

Essa maneira de entender o processo de assistir, nos tem impulsionado para, constantemente, respondermos às necessidades da mulher com câncer de mama, o que acreditamos ser uma forma de assegurar a qualidade do cuidado.

Assim, neste processo de consolidação do trabalho do REMA, passamos por diversas fases, adquirindo conhecimento e habilidades para o cuidado da mulher com câncer de mama, o que tem imprimido uma dinâmica no trabalho de forma a possibilitar a compreensão de questões complexas que surgem na convivência com tais mulheres, no enfrentamento de situações de crises como o medo da morte, recidivas, o enfrentamento da fase terminal, além das dificuldades encontradas no dia a dia.

Outro aspecto importante que deve ser ressaltado foi a mudança do paradigma utilizado para a assistência no trabalho do REMA e que tem sido de fundamental importância. Isto por que, a assistência voltada para um novo conceito de saúde, onde se espera que a mulher mastectomizada esteja bem no mundo em que ela vive e não somente livre de doença como é o paradigma tão presente nos serviços de saúde, tem oferecido oportunidade para a realização de uma prática em parceria entre profissionais e clientes (MAMEDE, 1991).

Para darmos uma idéia do processo vivenciado no atendimento às mulheres com câncer de mama, faremos uma breve descrição de cada fase do trabalho.

Em 1989, quando iniciamos o atendimento às mulheres mastectomizadas, tínhamos em mente que suas necessidades englobavam vários aspectos. Porém a faceta física do processo de reabilitação era a mais clara para nós, quando já havíamos estabelecido que seu objetivo era prevenir, amenizar ou eliminar, a dor, a limitação articular e de movimentos, a alteração da sensibilidade, as complicações pulmonares e alterações posturais.

MAMEDE (1991), ressalta a importância destes aspectos, pois a limitação da capacidade funcional do braço e ombro podem colocar em risco o desempenho das atividades de vida diária e os papéis sociais da mulher mastectomizada.

Assim, na assistência prestada com vistas à reabilitação física, temos desenvolvido atividades como exercício físico em aparelhos (fig. 1), ginástica individual (fig.2) e em grupo (fig.3 e 4) e massagem manual (fig.5) e/ou por aparelho de compressão (fig.6). As questões de pesquisa nessa área têm buscado responder problemas como avaliação e controle do linfedema pós-mastectomia.

Isto porque uma das grandes dificuldades encontradas na assistência à mulher mastectomizada tem sido o controle e o tratamento do linfedema. Além de ser um grande problema vivenciado por algumas destas mulheres, observa-se que existe uma variedade de fatores individuais (como tipo de cirurgia, história de deiscência, infecção, tratamento radioterápico entre outros) que afetam a evolução e o tratamento desta complicação pós linfadenectomia axilar. E, nem sempre, os recursos disponíveis têm apresentado resultado satisfatório.

Assim, em um primeiro momento, verificamos a necessidade de obtermos medidas objetivas para avaliar a presença, evolução ou regressão do linfedema.

MAMEDE (1991) descreveu os primeiros passos que percorremos até chegarmos na avaliação que realizamos hoje, onde a cirtometria<sup>1</sup> tem sido feita em quatro pontos distintos dos membros superiores.

Para a execução da cirtometria (fig.7), a paciente poderá estar sentada ou deitada. Toma-se como referência a prega do cotovelo e fixa-se os pontos a 6 e 10cm no braço e 6 e 10cm no antebraço. Com uma fita métrica faz-se a medida de ambos os braços, pois o braço não afetado tem sido utilizado como parâmetro de comparação para a avaliação do linfedema. Consideramos que a paciente está desenvolvendo um linfedema quando apresenta uma diferença maior ou igual a 3.0 centímetros de um braço para outro. Este parâmetro também foi estudado por MAMEDE et al. (1991) e optamos por padronizar este valor, por ser intermediário aos dados de vários autores e por verificarmos que o linfedema é mais evidenciado nestes locais.

A cirtometria tem sido realizada mensalmente em todas as mulheres atendidas no REMA a partir do primeiro atendimento e outras vezes, se observarmos necessidade de medidas mais freqüentes.

A partir do momento em que se observa sinais da presença de linfedema, inicia-se um trabalho individual com massagens manuais e/ou por aparelhos de compressão.

Importante ressaltar que tem sido enfatizado para estas mulheres, que o aspecto básico do linfedema é sua prevenção, pois uma vez instalado torna-se difícil sua regressão total.

Neste sentido enfatizamos a importância dos exercícios físicos e os cuidados que devem ser tomados em relação ao membro afetado.

---

<sup>1</sup> Cirtometria é a medida circular dos membros superiores com pontos de referência fixos, para cada cliente, com intuito de verificar a existência e o grau de linfedema (BETTEN MULLER - 1985, in MAMEDE, 1991).

Como parte do trabalho desenvolve-se coletivamente, sentimos necessidade de um momento para formarmos um grupo de discussão - que tem sido denominado de dinâmica de grupo (fig.8).

Em sessões de grupo, as mulheres têm oportunidade para pensar e refletir sobre questões relacionadas à sua vida e contar com importantes informações sobre diagnóstico, tratamento, cuidados; pois quase sempre essas informações são perdidas ou não realizadas no retorno médico.

Conforme descrito por MAMEDE (1991), as questões como o significado de um arranhão no membro superior do lado operado, dos efeitos colaterais da radioterapia e/ou quimioterapia, do auto - exame da mama oposta, podem ser explicados e reforçados mais amplamente e profundamente em um grupo, do que individualmente. Aspectos importantes das relações grupais também são reforçados nessa dinâmica, pois oferece suporte social e psicológico entre seus pares, o que geralmente num relacionamento paciente - profissional é pouco disponível.

Além disso, na dinâmica de grupo muitos problemas e dificuldades comuns vivenciado pelas mulheres são evidenciados, onde a conversa e a troca de idéias são estimuladas. Como o tema a ser discutido emerge do próprio grupo, tem sido dado a oportunidade para discutirem as dificuldades nos relacionamentos - familiar, sexual, social; a angústia e o medo da morte entre outros.

Isto também favorece a formação de vínculo de amizade entre as mulheres e é freqüente elas ficarem conversando em pequenos grupos após o término das atividades. Também percebemos que para algumas delas, esse é o espaço onde podem demonstrar e receber carinho, atenção, conforme podemos visualizar na figura 9.

Ainda dentro da filosofia de trabalho voltada para a assistência integral à mulher com câncer de mama, entendemos que momentos de lazer devem estar integrados em nosso trabalho. Assim, periodicamente, fazemos programações em conjunto - equipe e grupo de mulheres - para viagens, passeios em locais fora da cidade, bazar beneficente e almoços festivos - que têm se tornado tradicionais. (figuras 10 a 14).

O REMA também tem oferecido um serviço de visita domiciliária com vistas à continuidade da assistência. Essas visitas têm como objetivo o atendimento imediato pós - alta hospitalar de mulheres operadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP; bem como o atendimento às mulheres inscritas no REMA, residentes na cidade de Ribeirão Preto, que não comparecem ao serviço há mais de um ano e para aquelas que estão em fase de terminalidade da doença ou com outros problemas de saúde.

Para as mulheres residentes em outras cidades, temos enviado “carta - mensagem” solicitando que entrem em contato com o REMA.

O retorno ao serviço acontece de maneira espontânea, desde que elas sintam necessidade de atendimento. Como ressaltado por MAMEDE (1991), não temos oferecido alta definitiva pois entendemos que no processo de reabilitação essas mulheres podem necessitar de atenção em qualquer fase da vida.

Assim, ao pensarmos no trabalho desenvolvido pelo REMA, vemos que em sua dinâmica distinguem-se atividades de cunho individual e coletivo.

Como atendimento individual destacamos as atividades físicas como exercícios em aparelhos, exercícios físicos para dificuldades de movimentação do braço e manutenção da postura até que consigam participar dos exercícios em grupo, massagem manual e/ou aparelhos de compressão. O apoio para as

---

mulheres que estão em momentos de crise ou em dificuldade emocional e/ou social também tem sido foco do trabalho individual.

Importante ressaltar que este atendimento não se restringe a uma única conversa, mas que tem uma continuidade, com discussões da equipe sobre a melhor maneira de conduzir cada caso ou até mesmo a opção para encaminhamento a um serviço de atendimento psiquiátrico especializado.

Ainda dentro do atendimento individual incluímos a realização da cirtometria e a visita domiciliária.

Como atendimento coletivo entendemos os momentos da dinâmica de grupo, os exercícios físicos em grupo e as atividades recreativas.

Porém esta dinâmica de atendimento, quer individual ou coletivo não acontece de forma desarticulada, pois fundamenta-se nas necessidades levantadas do grupo de clientes como um todo, como nas necessidades de cada cliente em particular.

Assim, para a instrumentalização da equipe de trabalho, temos realizado reuniões semanais para estudo de temas relevantes para a assistência no câncer mamário e discutido formas de facilitar o processo de reabilitação da mulher com câncer de mama.

Isto porque, nós profissionais, também temos dificuldades e restrições em trabalhar questões tão complexas como as apresentadas pela mulher com câncer de mama e mastectomizada.

Por inúmeras vezes ficou evidente a nossa dificuldade em lidar com situações de piora da doença, de recidivas, de morte forçando-nos a retomar o objetivo do nosso trabalho assistencial. À medida que esse processo reflexivo da equipe caminhava, visualizamos que em várias ocasiões não conseguimos

---

trabalhar os nossos sentimentos, emoções, obrigando-nos a fugir do confronto de situações ameaçantes à nossa integridade. Parecia naquela época, mais fácil, porém era desgastante, pois vivíamos em constante apreensão sobre o conteúdo dos sentimentos e emoções que poderiam emanar em cada período de atendimento.

Isso nos preocupava, porque tínhamos como pressuposto teórico para o nosso trabalho, a compreensão de que a mulher deveria “estar bem no mundo e não somente livre de doença”, e muitas de nossas atitudes reforçavam para a cliente a perspectiva da cura.

A maioria das mulheres ao iniciarem as atividades no REMA enfatizam a dimensão psicológica da história de uma mulher sem mama, evidenciando que o aconselhamento e orientações geralmente conseguem resolver apenas os seus problemas práticos e materiais (próteses mamárias, cuidados com o braço do lado afetado), mas nem sempre resolvem por si só, o ajustamento dela na vida familiar, marital, no trabalho e com ela mesma (MAMEDE, 1991).

Assim, entendíamos que o nosso trabalho também deveria envolver essas dimensões. O estudo realizado por MAMEDE em 1991, foi um marco na consolidação desta visão, pois nos possibilitou embasamento teórico para tal.

Outra situação que impulsionou nosso crescimento foi o enfrentamento de situações como recidivas da doença e morte de mulheres que frequentavam nosso Núcleo. Como lidar com estas situações sem provocar um desgaste tão grande da equipe e como ajudar as mulheres a enfrentar esta fase da vida?

Assim, como ressaltou MAMEDE (1991), tínhamos que aprender coisas que não sabíamos...

---

Uma maneira escolhida para buscarmos esse embasamento foi o início do trabalho de Supervisão da Equipe com um psicanalista, em 1992. Esta atividade nos possibilitou e tem possibilitado compreender problemas emocionais da mulher com câncer de mama, além de fornecer subsídios para uma assistência voltada para o alcance das necessidades desta clientela. Outro aspecto que a supervisão tem nos possibilitado é a discussão do próprio trabalho do REMA, facilitando transformações na dinâmica das atividades. Este grupo de supervisão se realiza semanalmente e tem sido um ponto decisivo em nosso crescimento profissional e pessoal, pois nos tem auxiliado a explicitar situações que nem sempre temos condições de perceber.

Outra estratégia que temos utilizado para buscar respostas a importantes questões é a realização de pesquisas, que tem possibilitado a compreensão de questões fundamentais da mulher com câncer de mama, como as situações de stress relacionadas ao aparecimento do câncer (ALMEIDA, et. al., 1991), o conceito social do câncer (MAMEDE, et. al., 1991), desajustamento conjugal e câncer de mama (MAMEDE, et. al., 1994), o conviver com a mastectomia (SILVA, 1994), análise dos fatores de risco do câncer de mama (ALMEIDA, 1991), análise do tema nos periódicos nacionais (FERREIRA, 1993), o suporte social da mulher mastectomizada (WOLFF, 1996). Outros estudos estão em andamento propiciando reflexões contínuas em busca do aprimoramento, continuidade e transformação do processo de cuidar.

Vivenciando esta crescente e complexa situação do assistir a mulher com câncer de mama, a preocupação com a qualidade de vida dessa clientela tem sido nosso foco de interesse de pesquisa.

Figura1 – exercício físico em aparelhos

Figura 2 –ginástica individual

Figura 3 – ginástica em grupo



Figura 4 – ginástica em grupo

Figura 5 – massagem manual

Figura 6 – massagem por aparelho de compressão

Figura 7 execução da cirtometria

Figura 8 – dinâmica de grupo



Figura 9 – convivência em dia de lazer



Figura 10 – convivência em dia de lazer

Figura 11 - convivência em dia de lazer

Figura 12 - convivência em dia de lazer

Figura 13 - convivência em dia de lazer – bazar

Figura 14 - convivência em dia de lazer - bazar

## **4.2 População em estudo**

Desde o início das atividades observa-se que o número de mulheres inscritas no REMA, mantém-se de forma crescente. Dados computados até 31 de julho de 1996, demonstram que 379 mulheres estão inscritas, com uma média de 20 a 25 atendimentos por dia.

Este grupo caracteriza-se por ser a maioria casada ou amasiada (235 - 62%); com pouca escolaridade, sendo que grande parte tem o 1º grau incompleto (189 - 49,86%) e 32 (8,44%) são analfabetas. A faixa etária das mulheres participantes do REMA varia entre 23 e 86 anos, com grande concentração na faixa dos 41 a 60 anos (198 - 52,23%). A ocupação predominante é o trabalho doméstico (246 - 64,90%), tanto no lar, ou como trabalho remunerado (faxineira, lavadeira, cozinheira, empregada doméstica, entre outros).

Como esperado, predominam as mulheres que são residentes na cidade de Ribeirão Preto (200 - 52,77%); porém considero significativo o número de residentes em cidades da região (153 - 40,36%). Também encontra-se mulheres procedentes de outros estados (21 - 5,54%), com predominância para o estado de Minas Gerais (18 - 4,74%).

O grupo de pacientes é heterogêneo em vários aspectos; desde o tempo de pós - operatório , tipo de tratamento, situação sócio - econômica, até níveis de dificuldade emocional para o enfrentamento da doença.

### **4.3. Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos deste estudo constituíram-se de nove mulheres com câncer de mama atendidas pelo REMA.

O processo de inclusão aconteceu por ocasião das reuniões em grupo, nos dias de atendimento, quando expliquei minha intenção de realizar uma pesquisa, através da qual as mulheres que viveram a experiência de serem acometidas pelo câncer de mama e terem sido submetidas a seu tratamento, pudessem relatar suas histórias de vida. A história de cada uma me auxiliará a entender mais profundamente como tem sido a qualidade de vida de cada uma delas. Nesta oportunidade também foi enfatizado que a participação seria voluntária, uma vez que entendia que no processo de estar contanto suas histórias poderiam emergir sentimentos que as levariam a sofrimento. Várias mulheres expressaram desejo de participar da pesquisa, sendo então agendadas para as entrevistas. Interessante notar que algumas mulheres do grupo estimulavam a participação daquelas que estavam vivenciando dificuldades emocionais, sociais, de relacionamento. Acredito que elas visualizaram na entrevista uma maneira de buscar ajuda para suas dificuldades.

O critério que estabeleci para a inclusão das mulheres na pesquisa foi que elas fossem portadoras de câncer de mama, submetidas à cirurgia e que freqüentassem o REMA. Optei pelo estudo de múltiplos casos por entender que daria melhores condições para alcançar os objetivos desse trabalho, pois como refere JENKS (1995), múltiplos casos podem fornecer abstração de temas comuns entre os casos.

---

Porém, a definição do número de informantes foi uma preocupação nesta fase, pois como refere DEBERT (1988) no trabalho com histórias de vida, parece bastante problemático a idéia de que, em um determinado momento podemos definir um ponto de chegada onde as respostas se tornam repetitivas, um “ponto de saturação” a partir do qual podemos definir o número de informante.

A sensação que tenho é que ocorre exatamente o contrário. Sempre teria sido possível mergulhar mais profundamente nas mesmas coisas de forma a perceber novos ângulos. A cada nova entrevista, um novo leque de questões poderia ter sido aberto.

Mas mesmo assim percebi que vários aspectos das histórias de vida convergiam para o mesmo ponto e assim considerei que a amostra de nove mulheres foi suficiente para responder meus questionamentos, uma vez que trabalhar com histórias de vida é um processo demorado, envolvendo a realização de várias entrevistas com a mesma pessoa, até que conseguir a definição dos pontos de maior obscuridade.

Levei em conta ainda o posicionamento de autores como DEBERT (1988) e QUEIROZ (1987), que referem que o tempo disponível para a pesquisa e o tempo despendido em entrevistas e transcrições dos relatos podem ser os indicadores de término da coleta de dados.

#### **4.4 Coleta de dados**

Para a elaboração das histórias de vida das mulheres estudadas, utilizei dados colhidos através de entrevistas, observação do atendimento prestado no REMA às mulheres deste estudo, e leitura do prontuário individual, onde são registrados dados de identificação, história da doença e tratamento e anotações de cada atendimento realizado à mulher.

Conforme ressalta QUEIROZ (1987), a entrevista supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador; o tema ou o acontecimento sobre que versa foi escolhido pelo pesquisador de acordo com a conveniência do seu trabalho. O pesquisador dirige a entrevista pois, esta pode seguir roteiro previamente estabelecido, ou operar aparentemente sem roteiro, quando na verdade, se desenrola conforme uma sistematização de assuntos que o pesquisador memorizou.

A captação dos dados segundo QUEIROZ (1987), decorre da maior ou menor habilidade do pesquisador em orientar e estimular o informante a discorrer sobre o tema de interesse, pois é o informante que conhece o acontecimento, suas circunstâncias, as condições atuais ou históricas, ou por tê-lo vivido, ou por deter a respeito informações preciosas.

Para a realização da entrevista procurei guiar-me nas seguintes questões:

- ⇒ Como você se via enquanto mulher antes de ter câncer de mama?
- ⇒ Em que este diagnóstico mudou sua vida?
- ⇒ Você sente que a cirurgia trouxe alterações quanto a sentir-se mulher para você mesmo ou para os outros?
- ⇒ Você mudou o seu modo de ser?

⇒ Tem buscado estratégias para melhorar sua vida?

Diante do conteúdo expresso nas entrevistas, procurava montar e remontar suas histórias e ao perceber que determinadas facetas estavam obscuras ou não muito claras, novas entrevistas foram agendadas.

Para organização das histórias de vida das mulheres estudadas, elaborei um roteiro embasado no modelo de entrevista psiquiátrica apresentado por ALMEIDA e cols (1996), o qual encontra-se no anexo 1. A elaboração desse modelo me foi de grande utilidade pois facilitou a busca de elementos que revelassem aspectos da construção da identidade feminina em cada fase de suas vidas.

Cabe ressaltar ainda, que a coleta de dados foi facilitada devido ao treinamento na condução de entrevistas, oferecido a vários profissionais do REMA, inclusive a mim, pela psiquiatra responsável pela supervisão da equipe. Portanto este treinamento conduzi-me a não proceder interferências nos relatos das informantes, exceto naquelas situações em que o relato se desviava do objeto de interesse ou quando havia necessidade de complementar informações.

As entrevistas foram então gravadas, mediante autorização das entrevistadas, cabendo ressaltar que apenas uma sentiu-se constrangida com o uso do gravador, quando relatava dificuldades quanto à sua sexualidade; solicitando que desligasse o mesmo. Ao responder ao seu pedido, retornou ao relato, sendo que posteriormente fiz anotações que foram anexadas ao conteúdo transcrito da entrevista.

Gostaria de registrar ainda a perda de parte do material de uma entrevista por defeito do equipamento, sendo que a mesma foi desconsiderada para a realização desta pesquisa.

Também não posso deixar de relatar a disponibilidade do grupo das mulheres em atender minha solicitação. Acredito que esta relação de afinidade se deva à convivência que tenho desenvolvido desde o início do seu atendimento no REMA, além de que, a forma de assistência ali prestada, dá a oportunidade de conversar sobre assuntos considerados difíceis e que nem sempre são abordados nos serviços de saúde de modo geral.

As entrevistas foram realizadas por mim, sendo que no trabalho de transcrição fui auxiliada por duas bolsistas de iniciação científica.

Realizei em média, duas a três entrevistas com cada participante, com duração em torno de sessenta minutos cada. As mesmas foram realizadas em local apropriado, de forma a proporcionar privacidade tanto para a mulher, quanto para mim. Para o agendamento das entrevistas utilizei os dias de atendimento do REMA, pois é um período de maior disponibilidade das mulheres.

Além dos depoimentos contidos nas entrevistas procurei, durante as atividades assistenciais do REMA, observar reações, atitudes, participação de cada uma delas na dinâmica de grupo e exercícios, suas interações com a equipe e demais clientes. Como também durante o grupo de supervisão, coordenado pela psiquiatra, procurei aproveitar dos conteúdos das discussões emanadas quando a vivência de algumas delas era o foco de reflexão. Todas essas fontes de dados foram de grande valia para a compreensão de suas situações de vida e identificação de indicadores de qualidade de vida para as mulheres com câncer de mama.

Outra fonte de dados para complementação dos casos foi a pesquisa nos prontuários de cada mulher, onde procurei resgatar o processo percorrido por elas desde que iniciaram as atividades no REMA.

#### **4.5 O processo de análise dos dados.**

Ao escolher esta metodologia procurei conhecer com mais detalhes a história de vida dessas mulheres, sem me preocupar em confrontar os fatos relatados por elas com as visões de seus familiares e de pessoas que vivem próximo a elas, ou confrontar documentos. Foi considerado como verdade todos os conteúdos, que foram lembrados, que foram escolhidos por elas para representar o que é ser mulher após um diagnóstico e tratamento de câncer de mama, e como isto tem influenciado a qualidade de suas vidas.

Importante ressaltar o fortalecimento do vínculo estabelecido comigo nessa interação pesquisador - pesquisado que iniciou-se desde o momento que começaram a fazer parte do REMA, foi estreitando-se durante nossa convivência em anos de atividades e se consolidou a partir do momento que contaram e relembrou situações de suas vidas. A partir disto, parece-me que este vínculo tornou-se tão forte que, hoje ao encontrá-las, vejo-as de forma diferente pois conheço sua história, tornando-me mais familiar. Da mesma forma sinto que elas me vêm como cúmplices de suas histórias, lembradas em momentos de emoção.

Como comenta BOSI (1983) a formação deste vínculo não traduz apenas uma simpatia espontânea que se foi desenvolvendo durante a pesquisa, mas resulta de um amadurecimento de quem deseja compreender a própria vida revelada do sujeito. Neste sentido acredito que o trabalho do REMA me dá essa condição, a partir do momento em que passo a ter uma vivência mais próxima destas mulheres. Não estou vivendo uma situação pessoal de diagnóstico de

---

câncer de mama, mas estou tentando me colocar no lugar desta mulher para procurar entender sua experiência vivida.

Gostaria de ressaltar ainda os limites que as mulheres encontram ao falar de suas vidas desde a infância, relembrando situações de tristeza e alegria, de decepções de medos, de passagens, como relataram, que se pudessem voltar ao passado teriam evitado.

Como seus relatos foram verbalizados, elas não tiveram a liberdade de rever as suas histórias, de refazer e retocar situações vivenciadas, que foram expressadas oralmente, em momentos de emoção, de lágrimas contidas e derramadas, em situação de angústia que não consegue ser explicada.

Importante ressaltar ainda que, por estarem contando passagens de suas vidas, freqüentemente recordavam-se de situações que não foram bem compreendidas na época em que ocorreram; e o simples ato de relatar as faziam repensar o momento e até reinterpretar suas visões de mundo.

Segundo JENKS (1995) isto ocorre porque os participantes, ao relatarem a história de suas vidas, fazem uma instropecção dentro de suas realidades. Assim, o objetivo da história de vida é apreender, tão claramente quanto possível, interpretações dos participantes sobre os eventos e experiências em suas vidas envolvendo o foco do estudo. A história de vida comunica uma história, uma história que informa.

Após estas considerações, passarei à descrição das etapas seguidas para a sistematização da análise dos dados, onde procurei realizar uma aproximação da “Hermenêutica - Dialética” proposta por MINAYO, (1992) que diferentemente da “Análise de Conteúdo” e da “Análise do Discurso” - que se colocam como uma

tecnologia de interpretação de textos - se apresenta como um “caminho do pensamento”, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia.

“A hermenêutica consiste na explicação e interpretação de um pensamento. Essa interpretação pode ser (a) **literal** ou de averiguação do sentido das expressões usadas por meio de uma análise lingüística; (b) ou **temática**, na qual importa mais que a expressão verbal, a compreensão simbólica de uma realidade a ser penetrada” (MINAYO, 1992).

Operacionalmente, MINAYO (1992), propõe alguns passos para desenvolver o trabalho:

“1. Ordenação dos dados: que engloba tanto as entrevistas como o conjunto do material de observação e dos documentos populares e institucionais, referentes ao tema. Essa etapa inclui (a) transcrição de fitas cassetes; (b) releitura do material; (c) organização dos relatos em determinada ordem, o que já supõe um início de classificação; (d) organização dos dados de observação também em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica. Essa fase dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo”.

Assim, a partir das entrevistas transcritas, organizei os dados de cada paciente tentando reconstruir sua história de vida, abordando as fases da infância, relacionamento com os pais, irmãos, vida escolar, adolescência/puberdade e desenvolvimento sexual/vida conjugal e familiar; conforme exemplo apresentado em anexo (ANEXO 2).

“2. Classificação dos dados - não é o campo que traz o dado, na medida em que o dado não é “dado”, é “construído”. É fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo e num processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas

do investigador. Do ponto de vista dialético a classificação é um processo que, tendo presente o embasamento teórico dos pressupostos e hipóteses do pesquisador, é feito a partir do material recolhido”.

Ainda, de acordo com proposta de MINAYO (1992), o momento classificatório compõe-se das seguintes etapas:

“(a) Leitura exaustiva e repetida dos textos, prolongando uma relação interrogativa com eles. Esse exercício, denominado por alguns autores como “leitura flutuante” permite apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos - chaves de sua existência sobre o tema em foco.

Essa atividade ajuda o pesquisador a processualmente, estabelecer as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas.

(b) Constituição de um “Corpus” ou vários “Corpus” de comunicações se o conjunto das informações não é homogêneo. Nesse momento faz-se uma “leitura transversal” de cada corpo. Recorta-se cada entrevista ou documento em termos de “unidade de registro” a serem referenciadas por **tópicos** de informação ou por **temas**. Os critérios de classificação em primeira instância podem ser tanto variáveis empíricas como variáveis teóricas já construídas pelo pesquisador. Geralmente a interação de ambos os critérios permite ao analista o aprofundamento do conteúdo das mensagens”.

A partir desta orientação teórica, criei as categorias temáticas baseadas no conteúdo das falas das mulheres e de acordo com os objetivos da pesquisa, ou seja:

1º - identificar indicadores de qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, através da compreensão de como elas se definem como mulher antes e após o tratamento.

2º - analisar os indicadores que estão interferindo na qualidade de vida destas mulheres e que possam ser trabalhados no processo de reabilitação.

Assim trabalhei com as seguintes temáticas:

⇒ O “ser mulher” antes do diagnóstico de câncer de mama: a Construção da Identidade Feminina, e

⇒ O “ser mulher” após o tratamento do câncer de mama.

**3.** O terceiro passo proposto por MINAYO (1992) é a análise final. Segundo esta autora, “as duas etapas anteriores - ainda que o marco teórico esteja presente o tempo todo - fazem uma inflexão sobre o material empírico, que é o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação. Esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice - versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado. Tem-se que partir do caos aparente das informações recolhidas no campo e fazer delas ao mesmo tempo uma revelação da sua especificidade de concepção e de participação nas concepções dominantes, e mais que isso, de expressão da visão social de mundo do segmento em relação à sociedade dominante”.

## CAPÍTULO III

### HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

*“...lembrar não é reviver, mas refazer. É reflexão, compreensão do agora a partir do outrora; é sentimento, reaparição do feito e do ido, não sua mera repetição”*  
*MARILENA DE SOUZA CHAÚÍ (in BOSI, 1983)*

### **1. Caracterização dos sujeitos**

As mulheres que integram o presente estudo, apresentam a idade entre 38 a 67 anos, observando-se uma predominância de mulheres mais jovens (6), com menos de 50 anos de idade, sendo a idade média de 47 anos.

Quanto ao estado civil, cinco são casadas, duas divorciadas e duas solteiras, sendo que uma divorciada e uma solteira têm companheiro fixo, mas não convivem no mesmo lar. Com exceção de uma mulher solteira, as outras são mães, com o número de filhos variando 2 a 3. Quatro assumem a condição de chefe da família, situação essa que vem se tornando cada vez mais freqüente em nosso meio.

Ao analisar a escolaridade observa-se que há um predomínio de mulheres com primeiro grau incompleto (4) ou até mesmo analfabetas (2).

Comparando estes dados com o tipo de ocupação que elas desempenham, encontro que a baixa escolaridade acaba por determinar o trabalho mais desqualificado como o de empregada doméstica, servente, ou mesmo atendente de enfermagem. E isto nem sempre era o que elas almejavam, conforme pude observar nos relatos evidenciados através de suas histórias de vida.

O tempo de pós - operatório destas mulheres variou de 7 meses a 4 anos e 6 meses; sendo variável também o período que freqüentam o REMA - de 3 meses a 4 anos e 5 meses.

Quanto ao tipo de tratamento cirúrgico, cinco foram submetidas à mastectomia radical, duas à quadrantectomia e duas à nodulectomia.

---

## **2. Apresentação dos Estudos de caso**

Na tentativa de proporcionar uma melhor compreensão do perfil de cada mulher deste estudo, apresento a seguir uma breve caracterização de cada caso, que consta de alguns dados de identificação e descrição dos problemas vivenciados com os tratamentos de câncer de mama, além da impressão do entrevistador.

### **Caso 1**

#### **Identificação e Apresentação do caso**

C<sub>1</sub>, tem 38 anos de idade, é negra, nasceu em São Paulo (Capital), casou-se há 19 anos e mudou-se para Guatapar onde vive até hoje. Atualmente não tem atividade profissional, mas  responsável pelas atividades do lar. Trabalhou de empregada doméstica. Católica. Tem três filhos com idade de 19, 17 e 12 anos.

Com diagnóstico de câncer de mama em 1992, realizou cirurgia (Quadrantectomia + esvaziamento axilar  direita) e radioterapia. Em agosto de 1995 iniciou o atendimento no REMA, sendo que referia intensa dor no ombro e pescoço (homolateral  cirurgia), com tensão acentuada dos músculos da região do trapézio, o que dificultava a realizao de suas atividades diárias.

#### **Impressão do Entrevistador**

C<sub>1</sub> apresenta alterao em sua auto-imagem e auto-estima, interferindo na relao conjugal, além das relaoes sociais.

No final da primeira entrevista, referiu que o problema parecia maior ainda, porque não tinha com quem conversar e comentar suas preocupações. Assim para ela, a oportunidade de estar sendo entrevistada, foi uma maneira de expor suas dificuldades mais detalhadamente.

A cada nova entrevista, realizada com intuito de completar sua história, C<sub>1</sub> retomava suas dificuldades no relacionamento sexual e auto imagem de si.

Assim, apesar dos encontros não terem cunho terapêutico, tive a oportunidade de apoiá-la em suas dificuldades, e incentivá-la sobre a importância de continuar tentando reelaborar uma nova imagem corporal, incluindo as alterações que as cirurgias provocaram.

Ficou a certeza de que, esta não é uma tarefa fácil, sendo necessário o envolvimento de toda a equipe.

## **Caso 2**

### **Identificação e Apresentação do caso**

C<sub>2</sub>, tem 41 anos, procedente de Brasília - D.F., casou-se somente no religioso (oficialmente é solteira), reside em Ribeirão Preto há 15 anos. Trabalha como auxiliar de enfermagem, é branca, religião católica. Tem duas filhas com idade de 18 e 16 anos

Com diagnóstico de câncer de mama (estadio III - T3. N1) em janeiro de 1995, realizou cirurgia em 07 de abril de 1995 (mastectomia radical à esquerda, com extensa incisão longitudinal indo da região axilar até o abdômen). Iniciou atendimento no REMA em 26 de abril de 1995. Nesta época apresentava-se muito emotiva, referindo sérios problemas com as filhas. Chorava muito; mas

dizia não preocupar-se com a ausência da mama, pois estava tendo muito apoio do companheiro e que achava que isto não seria problema.

Depois disso, fez tratamento de radioterapia, sendo que apresentou várias complicações. Teve uma grande queimadura (2º grau) na região irradiada, além de pneumonite. Considera que a radioterapia a prejudicou fisicamente e qualquer sintomatologia que apresenta, o médico diz que é da radioterapia. Também sofreu muito, pois ficou com várias lesões na região ( *“ficou em carne viva, saiu toda a pele”*) o que dificultava o sono e atividades diárias. Em maio de 1995 começou a apresentar linfedema, e está com uma extensa aderência de pele na região irradiada, o que dificulta os movimentos do braço. No primeiro atendimento disse que tinha muita preocupação com o linfedema pois conhecia uma pessoa que o tinha muito grande.

Outro problema vivenciado foi a necessidade de fazer quimioterapia. Ela diz que não aceitava fazer aquele tratamento, que se “acabou” só de pensar. Considera que o desgaste psicológico foi o fator que propiciou a queda do cabelo, pois o tipo de quimioterapia que ela recebeu, geralmente não provoca este efeito colateral. Este “pavor” que ela referiu da quimioterapia tem relação com experiências vividas anteriormente. Uma amiga de trabalho, também com diagnóstico de câncer de mama, sofreu muito e fazendo quimioterapia, morreu. Ela não consegue esquecer este fato.

Ainda não terminou as sessões de quimioterapia, tem mais duas para fazer, com 4 séries. Também está apreensiva com isso.

Neste período de quase 1 ano, afastou-se do REMA somente em ocasiões que ficou muito debilitada. Atualmente tem vindo regularmente, demonstrando grande preocupação com o linfedema. Além do tratamento realizado no REMA

também participa do atendimento do Serviço de Fisioterapia da UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto). Assim de 2ª a 6ª feira, ela está envolvida com o tratamento do linfedema. Porém, não tem percebido melhora e se refere a isto frequentemente.

Está com as “fácies” muito triste. Transmite uma tristeza e desesperança que mobiliza as pessoas. Referiu que está sem vontade de viver, que não consegue pensar em nada para melhorar sua vida, que tem vontade de desistir e esperar que a doença tome conta de seu corpo. Muito emotiva, chora frequentemente.

### **Impressão do Entrevistador**

Na primeira entrevista, C<sub>2</sub> estava emotiva e chorou muito enquanto relatava sua situação. Está enfrentando problema financeiro, agravado pela chegada de um sobrinho para morar com ela. Relata também problemas familiares, a filha mais velha teve nenê e ela não se conforma com a situação. Está separada da filha caçula, sente muito sua falta, mas prefere deixá-la em Brasília, pois tem medo de seu envolvimento com drogas, visto que seu ex-namorado fazia uso de drogas ilícitas.

Outra grande dificuldade é o afastamento do companheiro, pois está sentindo-se abandonada e solitária.

Conseguiu falar de suas dificuldades, chorou muito, mas não vê saída para sua situação. Sente-se deprimida, sem força, sem vontade para nada.

No segundo encontro, C<sub>2</sub> lembrou episódios de sua vida e voltou a falar dos mesmos problemas relatados anteriormente. Disse que no dia anterior tinha sido o batizado da neta, e desabafou dizendo que não consegue sentir emoção

em ser avó, que não tem a *“felicidade das avós”*. Diz que não é pela criança, mas relaciona à situação que a filha criou, que não esperava isso.

Quanto ao companheiro, disse que ele tinha ido visitá-la no domingo de Páscoa, mas que ficou pouco tempo. Gostaria que ele explicasse os motivos da separação, pois assim teria mais clareza sobre sua situação íntima. Esta indefinição a deixa sem perspectiva para tomar outras iniciativas.

Ainda diz que está deprimida; que não tem vontade de fazer nada, que pensa em *“parar de lutar”* e esperar a doença tomar conta do corpo.

Acredito que uma consulta psiquiátrica para avaliação do estado de depressão seria uma tentativa de ajuda, porém C<sub>2</sub> mostrou-se resistente à idéia, mas prometeu pensar no assunto.

Alguns dias após observei que C<sub>2</sub> estava com a aparência mais tranquila, bem arrumada e com maquiagem no rosto. Veio pedir orientação de como conseguir encaminhamento para realização de laqueadura tubária como método contraceptivo. Disse que tinha resolvido fazer alguma coisa para tentar resolver seu problema de relacionamento com o parceiro.

Referiu que atualmente, o companheiro tem ido visitá-la em média uma vez por semana, à vezes não vai, mas telefona. Ressalta que a relação de ambos nunca mais ficou igual. Diz: *“Eu acho que ele se afastou de mim desde que eu fui operada. Então como ele não quer usar camisinha, não quer fazer uma vasectomia. Essa relação desse jeito... então eu tenho que procurar uma saída”*. Assim, para ela, a realização da laqueadura é uma tentativa de melhorar a relação conjugal. Foi orientada quanto às possibilidades de realização desta intervenção no serviço público, o que a estimulou a procurar atendimento. Empenhou-se nesta tarefa e após ter conseguido, disse que estava tranqüila em

relação à cirurgia pois era uma coisa que ela queria e que tinha sido importante conseguir vencer este obstáculo.

Disse também que as coisas estavam melhorando em sua casa pois o sobrinho arrumou um emprego e a filha está trabalhando. Os salários são baixos, mas já está ajudando. A filha também está fazendo um curso de computação e pensa em conseguir um emprego melhor.

Após a realização da laqueadura, observei que C<sub>2</sub> estava triste novamente e voltou a referir que estava sentindo-se deprimida. Neste momento solicitou-me encaminhamento para o serviço psiquiátrico.

Para mim, sua mudança de atitude revela, que a tentativa de buscar soluções sozinha, de assumir todas as responsabilidades como sempre ela fez em toda sua vida, fica mais problemático nesta situação de doença, pois percebe-se fragilizada. Por isso acredito que este tipo de apoio no processo de reabilitação é uma maneira de ajudá-la. Também ficou claro que este apoio não é suficiente para resolver todos os seus problemas, mas sim fortalecê-la para que ela os enfrente.

### **Caso 3**

#### **Apresentação e Identificação.**

C<sub>3</sub>, tem 46 anos, é branca, casada há 25 anos, semi - analfabeta, católica, trabalhou na lavoura e de empregada doméstica. No momento não está exercendo atividade profissional. Reside em Jaboticabal (SP). Tem 3 filhas com idades de 24, 22, e 15 anos.

Fez seu 1º atendimento no REMA em 06 de novembro de 1991. Com diagnóstico de câncer de mama, realizou mastectomia Radical à Esquerda em 03

de outubro de 1991. Tem extensa região de aderência cicatricial no hemotórax Esquerdo e linfedema que se instalou em torno de 3 meses após a cirurgia (foi detectado em janeiro de 1992). Iniciou a Radioterapia em fevereiro 1992; sendo que ao término da mesma, o linfedema tornou-se endurecido e havia piorado a aderência cicatricial do tórax e axila; o que restringia seus movimentos.

Neste período de 4 anos e meio, C<sub>3</sub> freqüentou o REMA regularmente (2 a 3 dias por semana), sendo que todo o trabalho realizado para diminuição do linfedema e regressão da aderência não surtiram o efeito esperado.

Refere dor na região deltóide e axilar e diz que dependendo da atividade física, perde a força muscular do braço. Freqüentemente reclama de “dor na coluna”, com períodos de exacerbação e outros de melhora.

Em junho de 1992 iniciou quimioterapia devido recidiva em gânglios cervicais. Desde então tem realizado exames e retornos periódicos sem apresentar alterações.

Apesar de estar freqüentemente no REMA é uma pessoa que fala pouco no grupo, chegando a cochilar durante a dinâmica.

Observa-se grande envolvimento dela com o ambiente (preocupada em ajudar na arrumação) e com a equipe de profissionais.

Chegou a referir várias vezes que sente-se muito querida por todos.

Tem maior facilidade para interação individual, tanto com outras mulheres, como com a equipe. Assim, o momento em que fala um pouco sobre ela própria é durante a massagem manual.

Outra situação que a estimula para buscar interação é o fato de vender pequenas coisas (“lingerie”, bijuterias, batons, rifas, entre outros), sendo que

freqüentemente oferece estes produtos para as pessoas que freqüentam o REMA.

### **Impressão do Entrevistador**

C<sub>3</sub> refere que sua maior dificuldade em relação ao câncer de mama é o fato de não poder trabalhar, o que acarreta problemas financeiros. (*“Agora estou vivendo pior, porque de primeiro eu trabalhava. Agora não posso trabalhar e o dinheiro que elas ganham não dá”*).

Diz também que *“tem vontade de voltar a trabalhar, mas que as filhas não deixam”*. Porém teria que voltar a trabalhar de empregada doméstica e fala: *“é só isso que eu sei fazer”*.

É importante ressaltar que no acompanhamento periódico de C<sub>3</sub> no REMA, observei que ela dificilmente seguia as orientações quanto aos cuidados com o braço para tratamento e prevenção da evolução do linfedema. Chamava ainda atenção que ela sempre enfatizava que estava realizando várias tarefas que pioravam seu quadro de linfedema, o que nos intrigava. Certo dia, estava feliz, contando ao grupo que na semana anterior tinha trabalhado de servente de pedreiro junto com o marido para reformar o quarto das filhas, quando pude perceber que, para ela, isto era mais importante do que a presença do linfedema. Isto me estimulou a mudar a abordagem em relação às suas atividades diárias e até mesmo com outras pacientes, pois para elas, isto fazia parte da qualidade de suas vidas.

Assim, também neste momento, em que ela acredita que sua vida pode melhorar se ela voltar a trabalhar, orientei-a a conversar com as filhas, pois se isso é uma necessidade e que a faria sentir-se melhor, ela deveria tentar arrumar um trabalho que não fosse necessário fazer todo o serviço da casa; e que ela

mesmo deveria prestar atenção para definir quais atividades do serviço doméstico pioravam o seu braço.

Conversamos longamente sobre isto e ela ficou de pensar em alguma atividade em que pudesse trabalhar e também conversar com as filhas.

Em outro encontro, chegou dizendo que tinha refletido sobre o assunto que tínhamos conversado, sendo que percebeu que seria difícil voltar a trabalhar de empregada doméstica pois achava que não tinha condições. Assim continua vendendo os produtos que lhe dá uma pequena renda.

Também neste caso confirmou-me que nem sempre temos condições de alterar a situação de sua vida, mas, por outro lado, tive a oportunidade de fazê-la refletir sobre seus problemas, sem criar uma perspectiva inatingível ou impossível, mediante suas dificuldades.

## **CASO 4**

### **Apresentação e Identificação**

C4, tem 54 anos, é branca, casada há 30 anos, reside em Bonfim Paulista (SP). Aposentada há 2 anos, trabalhou 32 anos como servente no serviço público estadual (25 anos em escola estadual e 7 anos no cartório eleitoral). Religião católica, mãe de 3 filhos (duas mulheres com 30 e 26 anos e um homem com 29 anos).

Operada em 28 de setembro de 1995 ( nodulectomia e esvaziamento axilar à esquerda), iniciou atendimento no REMA em 18 de outubro de 1995. Além do tratamento cirúrgico, também fez Radioterapia e está fazendo quimioterapia. Não

apresenta queda de cabelo e os efeitos colaterais têm sido moderados, não lhe causando debilitação.

Desde o 1º atendimento demonstrava tranquilidade, reforçando muito sua fé em Deus e a força que consegue com isto. Muitas vezes disse que *“é melhor não ficar pensando na doença, que é necessário ser forte em todas as situações e aceitar as dificuldades para tocar a vida para frente, ou seja, se possível, esquecer os problemas”*.

Integrou-se facilmente com o grupo de mulheres e profissionais.

No trabalho de reabilitação física teve dificuldades, pois aparentava medo de movimentar o braço, não conseguindo amplitude nos movimentos. Apresentava muita tensão muscular e movimentava o corpo todo para realizar as atividades, tentando poupar o braço. Foi realizado trabalho fisioterápico individualizado até que ela tivesse condições de acompanhar a série de exercícios em grupo.

Tem comparecido regularmente ao REMA (pelo menos uma vez por semana) e sempre que tem oportunidade estimula as companheiras em suas dificuldades, relatando sua experiência positiva com os tratamentos.

### **Impressão do Entrevistador**

Durante todas as entrevistas C<sub>4</sub> mostrou-se bastante tranquila. Entretanto, chamou-me atenção, sua excessiva preocupação em relação ao braço homolateral à cirurgia sendo que isto poderia estar afetando seu relacionamento conjugal. Enfatizou várias vezes que não deixava o marido abraçá-la fortemente porque tinha medo. Conversamos sobre isto, sendo que foi alertada que os

cuidados necessários deveriam ser uma preocupação, mas que ela não deixasse isso interferir em sua vida.

Também percebo que, embora tente demonstrar tranqüilidade o tempo todo, existem momentos em que aparenta o contrário, mas não consegue deixar essas preocupações se evidenciarem. Por exemplo, quando relata que a cirurgia não alterou sua vida diz: *“Graças a Deus, a gente tem muita fé em Deus. Eu me sinto bem... porque eu penso assim... é uma cirurgia que eu levanto, estou andando, enxergando, não estou dando trabalho para ninguém... Então eu me sinto bem. Eu falo, eu quero é viver...”*. Minha percepção é que quando ela refere que quer viver, demonstra preocupação com a doença, que a faz refletir sobre a morte.

## **CASO 5**

### **Apresentação e Identificação**

C5, com 67 anos, divorciada há 14 anos (oficializou a situação de abandono do marido depois de 22 anos). Branca; tem o 1º grau incompleto, aposentada (trabalhou 27 anos como atendente de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto). Religião católica. Reside em Ribeirão Preto. Tem três filhos, dois solteiros e um casado, mas mora sózinha.

Com diagnóstico de câncer de mama, realizou quadrantectomia e esvaziamento axilar à esquerda em 23 de maio de 1995. Como tratamento adjuvante fez radioterapia (35 sessões) e hormonioterapia (Novaldex) no pré-cirúrgico.

Após quatro meses de operada (em 25 de setembro de 1995) foi encaminhada ao REMA , pois ao término das aplicações de radioterapia

---

apresentava aderência e fibrose cicatricial. Não apresentava restrição de movimentos e iniciou trabalho de exercícios físicos em grupo.

Integrou-se bem com o grupo de paciente, mas tem como característica ser uma pessoa que fala pouco. Porém, sempre que tem oportunidade expõe sua opinião, principalmente sua experiência pessoal em relação aos tratamentos, ressaltando os pontos positivos.

Também está sempre se colocando para ajudar em alguma coisa, tanto para os profissionais, como para o grupo de mulheres.

### **Impressão do Entrevistador**

Em todos encontros com C5, observei que ela se mantém tranqüila, assumindo uma postura de enfrentamento da situação, como sempre fez a vida inteira. Assim, volta a enfatizar que apesar de ter se separado do marido com os filhos pequenos, *“sempre manteve a calma e o bom senso, apesar de ter sofrido com tudo isso”*. Agora diz que viaja bastante e aproveita mais a vida. Além disso reforça que foram os filhos que lhe deram força e amparo.

Prefere não falar sobre as coisas que ela considera difíceis, como por exemplo sua sexualidade. Em várias situações, tentei conversar sobre isto, mas ela acabava mudando de assunto.

## **CASO 6**

### **Identificação e Apresentação do caso**

C<sub>6</sub> tem 56 anos, é solteira, branca, escolaridade nível universitário, exerce a função de assistente social em serviço público estadual há 34 anos. Procedente da cidade de Campinas (S.P.), atualmente está residindo em Ribeirão Preto para continuidade do tratamento. Religião católica.

Com diagnóstico de câncer de mama, realizou mastectomia radical à esquerda (tipo Maden) em 07 de junho de 1995 no CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas).

Após recuperar-se da cirurgia veio para Ribeirão Preto (está morando na casa de uma irmã) para continuidade do tratamento (tem indicação de fazer quimioterapia e radioterapia) pois mora sozinha em Campinas e sentia que não teria forças para realizar esses tratamentos sem o apoio de familiares. Está tentando dar prosseguimento ao mesmo no Serviço de Oncologia Mamária do HCRP.

Iniciou atendimento no REMA em 03 de julho de 1995, quando ficou sabendo do mesmo serviço por informação da filha de uma participante do grupo. Logo no primeiro dia conversou muito com a equipe e mulheres do grupo, contando sua história e expondo sua ansiedade e expectativa em relação aos tratamentos que deveria realizar; além da preocupação em como dar continuidade ao mesmo.

Refere que esta foi uma fase difícil e complicada, necessitando de muito empenho de si mesma para conseguir atendimento no serviço de oncologia, além da demora no recebimento do relatório do atendimento realizado em Campinas.

Finalmente iniciou o tratamento radioterápico em setembro de 1995 e quimioterápico em outubro de 1995.

Vivenciou stress, preocupação, medo em relação aos tratamentos e evolução da doença. Entrou em depressão e foi estimulada a procurar ajuda, o que fez através de acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

Participou regularmente do atendimento do REMA, sendo um elemento importante para as discussões de situações problemáticas vivenciadas pelas mulheres com câncer de mama, estimulando o grupo a expor suas dificuldades, como ela o fazia.

Em março de 1996 retornou a Campinas para reassumir seu trabalho demonstrando apreensão em relação ao serviço e na separação do grupo, pois via neste vínculo um apoio para suas dificuldades.

### **Impressão do Entrevistador**

Na primeira entrevista realizada em fevereiro, C<sub>6</sub> dizia que estava insegura e preocupada em despedir-se do grupo, porque deveria retornar a Campinas para assumir o trabalho, e sentia-se muito dependente do REMA . Ressaltou que não era somente a fisioterapia que mantinha as mulheres no grupo, que existia um vínculo emocional muito grande e que ela sabia que poderia procurar pelo serviço quando estivesse sentindo necessidade. (*“Vocês estão vigiando o nosso comportamento; vocês estão nos amparando, então qualquer coisa, qualquer dúvida a gente tem o retorno aqui. De repente eu vou me ver sozinha outra vez e nesta nova situação eu não sei como vai ser”*).

Além disso estava com medo de enfrentar situações novas como retornar ao trabalho e dizia: *“eu faço questão de recomeçar para sentir se eu vou ser capaz de*

*enfrentar novamente as coisas, a situação*". Ela poderia aposentar-se por tempo de serviço, mas preferia retomar o serviço, pois não queria ver na aposentadoria uma derrota e sim um prêmio.

Outra dificuldade relatada era o medo da recorrência da doença (*"...essa metástase é uma preocupação muito grande que eu tenho. Então são medos, não só da doença, mas também de modificações, de comportamento de vida, de restauração de vida, isso muda um pouco"*).

Conversamos sobre estas dificuldades e foi estimulada a voltar ao trabalho, já que estava com tendência a pedir prorrogação da licença saúde, pois ficava claro que era uma forma de protelar o enfrentamento da situação.

Em maio de 1996 retorna a Ribeirão Preto, dizendo que estava iniciando uma nova etapa da vida, pois tinha se aposentado e que voltaria em definitivo para Ribeirão Preto.

Disse que a volta ao trabalho tinha sido muito bom e ela quase protelou a aposentadoria. Se envolveu com projetos que necessitavam de um diagnóstico da situação, se familiarizou com a informática, e tudo isto a deixou em dúvida quanto a aposentadoria. Só não ficou em Campinas porque tinha assumido um compromisso com a irmã para alugar o apartamento. Depois finaliza dizendo: *"... eu senti que talvez não fosse o momento de aposentar-me. Mas depois o funcionalismo público está desgastado, ganha-se pouco, o trabalho não está definido, você tem que procurar as coisas, o chefe não estimula e além disso, fui pega de surpresa, pois quando cheguei lá já não tinha mais sala. Então eu senti que estava sendo empurrada. E de repente os colegas começam assim... Pô! Trabalhando de graça... O outro chegava e falava: é capaz de aposentar e*

---

*continuar trabalhando de graça. Então eu fiquei meio desgostosa. Saí antes que... fiz o milésimo gol do Pelé e saí. É isso aí”.*

Também disse que, no momento, não esta preocupada com a possibilidade de um relacionamento íntimo, pois ela viu que seu pretendente estava distante e não tinha perspectiva nenhuma.

No momento está mais preocupada com o recomeçar. (*“Eu acho que é recomeçar em tudo: adaptação da idade, porque agora estou sentindo que cheguei na terceira idade mesmo, adaptação em Ribeirão Preto, fazer novas amizades. Estou na fase de arrumar a casa, estou chegando...”*).

Pretende vir algumas vezes no REMA , mas que tentará ir se afastando gradativamente.

Observei que essas alterações em sua vida colocaram-na em situação de ansiedade novamente, pois tem como característica sofrer com o desconhecido, mas assume a postura de enfrentamento destas dificuldades. Sua história de vida é uma história de enfrentamento.

---

## CASO 7

### **Identificação e apresentação**

C7, tem 49 anos, casada, branca, escolaridade primário incompleto, do lar, religião católica. Reside em Pirassununga (S.P.). tem três filhos (uma moça com 23 anos, um rapaz com 20 anos, e outro com 16 anos).

Com diagnóstico de câncer de mama (estadio clínico III) foi operada em 20 de maio de 1994 onde foi submetida à mastectomia radical modificada (Tipo Patey) à Direita.

Encaminhada ao REMA , iniciou atendimento em 28 de junho de 1994. Chegou ao serviço demonstrando ansiedade, referia ser muito nervosa e apresentava tremores nos lábios enquanto falava.

Aos poucos foi se integrando ao serviço, relacionando-se com as mulheres e profissionais. Assim, conforme passava o tempo ela foi se abrindo e relatando algumas dificuldades vivenciadas após a cirurgia, como vergonha de sair de casa e receber visitas pela ausência da mama, que não tinha vontade de arrumar-se, que chorava muito e os familiares ficavam bravos com ela.

Em agosto de 1994 iniciou quimioterapia, começou a perder cabelo e mostrava-se preocupada com este fato, mas não chegou a ter queda total de cabelo.

Chamava a atenção sua instabilidade emocional. As vezes chegava muito triste, desanimada e quando alguém ia conversar com ela, entrava em choro. Outras vezes dizia que estava mais animada, que sentia-se muito bem no REMA e que tinha sido muito importante sua participação neste grupo.

Em janeiro de 1995 retornou ao grupo referindo que estava pensando em procurar uma psicóloga ( por insistência de sua filha), pois sentia-se triste, desanimada e irritada com os filhos.

Este quadro tem permanecido desde então. Diz que não tem vontade de fazer nada, que só vem até ao REMA porque o marido a obriga, mas que depois que chega, sente-se bem e que é o único lugar que consegue se abrir.

Ganhou muito peso (engordou 10 Kg em 8 meses) sente-se feia, porém não consegue fazer as caminhadas que estava acostumada e também diz que tem comido muito, pois quando sente-se deprimida, começa a comer mais. Também referiu que não tinha desejo sexual e que estava evitando o marido.

Teve um episódio de erisipela no braço afetado e a partir daí acentuou o linfedema. Foi iniciado tratamento para linfedema com massagem manual e aparelho de compressão pneumática, com discreta melhora.

Neste período de quase 2 anos, continua chamando a atenção o fato de C7 estar quase sempre triste, chorando, desanimada. Também diz que sente-se muito só.

### **Impressão do Entrevistador**

Na primeira entrevista, C7 estava muito desanimada, chorando e dizia que estava triste porque o marido tinha sido grosso e sem educação com ela. Depois conversando revelou sua decepção pelo afastamento dele.

Está sentindo-se impotente para tomar qualquer atitude em relação à sua vida.

Em todos os encontros para entrevista, ressaltou que sente-se deprimida, sem condições de tomar qualquer iniciativa e foi estimulada a procurar ajuda psiquiátrica.

Porém, pela sua história de vida, entendo que não foi somente esta situação de doença que criou estas dificuldades. Além disso, apesar de C7 dizer que não sente-se bem nesta situação, não consegue aceitar ajuda.

## **CASO 8**

### **Identificação e Apresentação do caso**

C8 tem 39 anos, desquitada há 12 anos, tem o 2º grau completo e trabalha como técnica de RX. Reside em Jardinópolis (S.P.). Religião católica. Tem dois filhos, com idade de 18 e 15 anos.

Com diagnóstico de câncer de mama aos 37 anos, realizou mastectomia radical à direita em 17 de maio de 1994. Também fez tratamento de quimioterapia (pré e pós-operatória) e radioterapia.

Chegou ao REMA em 24 de janeiro de 1996, estimulada por duas participantes do grupo que há algum tempo tentavam trazê-la ao serviço. Disse que resolveu procurar atendimento, neste momento, porque há mais ou menos 4 meses atrás percebeu que o braço homolateral à cirurgia havia ficado edemaciado e não estava regredindo. Isto começou a incomodá-la e estava preocupada.

Desde o início de seu atendimento no grupo, chamou atenção sua conduta em relação à cirurgia, pois mesmo passado dois anos desde que operou, nunca conseguiu olhar e nem tocar o local.

Chegou a relatar em dinâmica de grupo sobre suas dificuldades de lidar com a doença, que não a consegue esquecer que não acredita na cura do câncer, do medo (*"pavor"*) que sente na época dos retornos médicos e exames de controle.

Também vem demonstrando muita preocupação com as dores que está sentindo no braço e, que, apesar de ter realizado exames de controle há 15 dias atrás, chegou a pensar que poderia ser recidiva do câncer. Está sempre muito tensa e ultimamente tem conseguido chorar.

### **Impressão do Entrevistador**

Durante a primeira entrevista, C<sub>8</sub> estava emocionada e chorou muito relatando sua experiência de viver após os tratamentos do câncer de mama. Ela tenta esquecer sua dor, evitando falar sobre o assunto (*"Prefiro esquecer esse complexo"*).

Chamou-me atenção que, após esta entrevista, voltamos para a dinâmica de grupo e pela primeira vez, ela conseguiu expressar seu medo da doença e conversar sobre isto com as companheiras do grupo.

Tem retornado ao serviço periodicamente ( em média uma vez a cada 15 dias) pois está preocupada com o linfedema, sendo que tem sido realizado massagem manual para desobstrução e drenagem linfática, e para aderência cicatricial.

Embora seu discurso enfatize esta prioridade, observo uma nítida mudança em seu aspecto emocional, pois freqüentemente tem falado da doença, mudou seu comportamento - estava sempre séria e conversava pouco e hoje já chega sorrindo, cumprimentando os profissionais. Porém continua com a conduta de não olhar-se, preocupada em vestir-se rapidamente para não correr o risco de se

ver sem a mama. Comentou que tem tentado passar a mão no local, mas que ainda não conseguiu.

Também neste caso, pude novamente compreender que a equipe deve trabalhar no sentido de auxiliá-la a reintegrar sua auto imagem, com o envolvimento de todos os profissionais.

## **CASO 9**

### **Identificação e Apresentação do Caso**

C<sub>9</sub> tem 40 anos, casada há 16 anos, não concluiu o 1<sup>o</sup> grau; trabalhava como servente na Secretaria Municipal de Saúde de sua cidade, sendo que aposentou-se após a cirurgia. Reside em Sertãozinho (S.P). Participa da Igreja - Assembléia de Deus há 7 anos. Tem três filhos, com idade de 16, 14, e 11 anos.

Aos 38 anos de idade, após diagnóstico de câncer de mama, foi submetida à cirurgia - Tumorectomia e esvaziamento axilar à Direita no dia 26 de agosto de 1994. Neste mesmo dia realizou laqueadura tubárea e colpoperineoplastia.

Chegou ao REMA em 11 de outubro de 1994, no momento em que estava fazendo radioterapia e quimioterapia concomitantemente. Isto a deixou muito debilitada, perdeu peso, não conseguia comer e andava com uma toalha na mão cuspiendo o tempo todo.

Estava com dificuldade de movimentar o braço, referia freqüentemente problemas de relacionamento com o marido que não entendia a situação que ela estava passando; preocupação com a mãe doente (que mora com ela) e com o filho mais velho (que, segundo ela, tem disritmia cerebral, problemas de relacionamento com o pai e na escola).

Em janeiro de 1995, como persistia sua dificuldade de movimentar o braço, dor localizada e perda de força muscular, foi encaminhada para avaliação ortopédica. Foi avaliada, sendo que manteve-se os exercícios e foi indicado uso de anti-inflamatório. Fazia exercícios individuais sob orientação profissional e não acompanhava o grupo de mulheres no momento dos exercícios.

Continuou nesta situação (restrição de movimentação e dor localizada) por vários meses, sendo que a partir daí solicitou aposentadoria por invalidez.

Em outubro de 1995 começou a queixar-se de dor na perna direita, e começou a apresentar marcha claudicante. Foi avaliada novamente na ortopedia, realizou exames complementares e foi diagnosticado osteoporose. Mostrou-se aliviada com o resultado dos exames, pois tinha preocupação em ser metástase do câncer de mama.

Neste período de 1 ano e meio, comparece rigorosamente ao serviço, pelo menos 2 vezes por semana, sendo que sempre tem uma queixa. Se não é física, são os problemas com o marido, com os filhos, com a mãe. Fala sempre sobre os outros, não consegue pensar nela.

### **Impressão do Entrevistador**

C<sub>9</sub> tem dificuldade em relatar sua história, às vezes não termina o pensamento ou repete várias vezes a mesma situação.

Fica sempre muito apreensiva nas entrevistas, chegando a apresentar sudorese fria, taquicardia, tremedeira, mas não quer interromper a conversa. Acredito que isso dificulta a formulação do seu pensamento.

Freqüentemente me procura para relatar algum fato, queixar-se de alguma dificuldade e refere que sente-se aliviada quando fala sobre seus problemas,

---

porque com a mãe não pode conversar, com o marido ela diz que não adianta, às vezes conversa com os filhos que a apoiam.

Ultimamente diz que está muito cansada e chega a cochilar durante a dinâmica de grupo. Diz que não está dormindo bem, às vezes porque está preocupada, outras vezes porque a mãe doente solicita ajuda.

No relato de sua história de vida observa-se que C<sub>9</sub> sempre assumiu todas as responsabilidades de manutenção da família, sendo que neste momento sente-se fragilizada e com as forças diminuídas para continuar mantendo essas atribuições.

---

### **3. O “ser mulher” antes do diagnóstico de câncer de mama: A construção da Identidade Feminina**

Nesta análise procurei trabalhar as histórias de vida das mulheres acometidas pelo câncer de mama, buscando desenvolver o pensamento de maneira a ter uma visão geral de como ocorreu a construção da identidade feminina destas mulheres e como isto influenciou sua definição de “ser mulher” antes do diagnóstico de câncer de mama.

Conforme ressalta GOMES (1996), reconstruir esta história não é tarefa fácil, na medida em que, em geral, ela não se constrói a partir de uma cronologia. Ano, meses, semanas, dias e fatos coletivos (no plano social), e idades e fatos significativos (no plano individual) são marcos usualmente utilizados pelas pessoas para contar suas histórias.

À primeira vista fica difícil abstrair uma história comum. Na realidade, o que existem são histórias com pontos de encontro e desencontros entre elas. Para lidar com este fenômeno, GOMES (1996) sugere a seleção de categorias no sentido de, a partir das histórias individuais, chegar a história do grupo estudado.

Entender a infância, com as brincadeiras, o relacionamento com o pai e com a mãe, a vida escolar, o preparo para o trabalho, o desenvolvimento corporal, a adolescência, o desenvolvimento sexual, a vida conjugal e as relações entre tais categorias pareceu-me significar uma maior aproximação à história de vida das mulheres com câncer de mama. Portanto passo a analisar como essas categorias se configuram na construção da identidade das mulheres deste estudo.

## I- A Infância

Pelas histórias de vida destas mulheres, pude apreender que destacam-se situações em que a infância foi lembrada através de momentos vividos, principalmente, nas relações familiares.

A maioria das mulheres conviveram com famílias numerosas onde, apesar das dificuldades sociais e econômicas, as mães tinham muitos filhos, conforme pode-se observar nas seguintes falas:

*“Minha mãe teve 17 filhos, mas eu só conheci 14, os outros morreram antes de eu ter nascido.” (C<sub>2</sub>).*

*“Tenho dez irmãos, três morreram quando eram crianças. Sou uma das mais velhas, tenho só uma irmã antes de mim”. (C<sub>4</sub>).*

*“Meus pais tiveram 12 filhos, sendo que eu conheci apenas 8, porque os outros já tinham morrido quando eu nasci”. (C<sub>9</sub>).*

Estes relatos também evidenciam a precariedade do cuidado à saúde desta época, onde eram altos os índices de mortalidade infantil e de fecundidade feminina, além de figurar um descuido com a saúde materna.

*“O meu pai não se preocupava em dar algum conforto para a mãe e nem com a saúde dela. Tiveram muitos filhos, todos nasceram em casa, e a mãe ia para a roça mesmo quando estava de “resguardo””.(C<sub>2</sub>)*

A figura feminina mais presente nas lembranças da infância das mulheres deste estudo, é a da “mulher - mãe”, que além da procriação, cuidado e educação dos filhos, é a responsável pelos afazeres do lar e ajudante do pai no trabalho (geralmente na lavoura).

*“Todo mundo trabalhava... Meus irmãos foram crescendo e já ajudavam na roça. Mas o serviço da casa era meu, porque eu era a mais velha. Eu ajudava minha mãe na casa, porque na roça eu não podia ir, porque eu era pequena. Então eu olhava meus irmãos pra minha mãe ajudar o meu pai. (C3).*

*“Ela também trabalhava muito, em casa e na roça. O meu pai sempre trabalhou assim... plantava, arrendava um pedacinho de terra e plantava. E nós desde pequenos íamos junto para a roça. Levava uma água, ficava olhando o irmão mais novo. Essa foi a caminhada da gente quando era criança. E minha mãe sempre lutou” (C4).*

Assim, desde a infância, na convivência familiar, estão presentes os estereótipos sexuais que diferenciam o trabalho da mulher e do homem; e que colocam a mulher na posição de submissão ao homem.

Conforme refere CALDANA (1991), os valores tradicionais da família são assimilados durante a primeira fase da vida e, por isso mesmo, são fortemente enraizados. A família tende a imprimir na personalidade dos subordinados uma determinada estrutura psíquica, aprovada pela sociedade, e para isto vale-se de meios sugeridos pela própria sociedade. Desta forma, para as mulheres deste estudo a relação de submissão da mulher ao homem, como também a figura do pai com poder sobre a mãe, foram interpretados como costume da época em que eram crianças. Também pude apreender que para essas mulheres, a qualidade do relacionamento conjugal está na dependência da aceitação pela mulher de seu papel de submissão e obediência ao marido.

*“... na minha época, a mulher era muito submissa ao homem. Meu pai era um homem que tinha posses, ele tinha fazenda, mas acho que ele, é diferente a criação, não é como hoje, sei lá, não sei te explicar. Era aquela rotina deles, comprava um sapato por ano, fazia compra de roupa uma vez por ano. Acho que era rotina daquela época, todo mundo era assim. E a gente na minha casa, a gente era em 10, minha mãe teve 10 filhos. Mas tinha fartura de comida, de coisas assim. O relacionamento entre eles era bom e eles viviam bem . Mas a minha mãe trabalhava muito, era sozinha para fazer todo o serviço da casa”. (C5).*

*“Meu pai era muito enérgico, muito bravo, gostava das coisas muito bem feita. Eles brigavam, brigavam assim, ele falava bravo com ela, e tudo, e xingava, era português, né”. (C4).*

*“O relacionamento entre eles era bom, mas a minha mãe obedecia tudo o que o pai falava. Também ela casou com 14 anos e já começou a ter filho...” (C9).*

Segundo CALDANA (1991) esta ideologia vigente em um conjunto de valores, idéias e ideais, tem composto a imagem da mulher ao longo deste século. Para esta autora, as qualidades do feminino, disseminadas pela mídia na década de 30 e 40, permitiram estabelecer um jogo particular de poder e submissão na relação com o homem, onde a “posição da mulher devia ser de total submissão, mas sua afetividade lhe concedia - paradoxalmente - poder e ascendência sobre o homem. Acatando de forma integral seu papel - ou seja, subordinando-se ao marido - a mulher reafirmava seu poder de obter dele o

comportamento que desejava. No entanto, assumida essa ascendência sobre o marido, recairá sobre ela, na verdade, um novo peso; se tem um mau marido, via de regra a responsabilidade é sua”.

Neste estudo este aspecto foi evidenciado, quando uma das mulheres interpretou que a submissão da mãe ao pai era aparente e que a mãe mantinha essa conduta por ser o papel esperado de uma mulher.

*“A mamãe era uma pessoa assim, embora submissa, tinha sua opinião. Então ela, acho que próprio do casamento, renunciava a muitas coisas para deixar a personalidade do meu pai aflorar. Então era assim, mais caseira, mais fechada. Depois eu fui descobrir uma outra mulher, que ela teve que arregaçar as mangas e sair para fora. Daí a gente viu que ela também era forte”. (C6).*

A figura da “mulher-mãe” foi de tal modo valorizada, que algumas mulheres ao relatarem suas percepções sobre suas mães, interpretaram que estas vivenciaram sofrimento na infância e que não foram adequadamente preparadas para a vida, pelo fato de não terem sido educadas e criadas pelas próprias mães.

*“Eu via minha mãe como uma pessoa mais fraca, submissa ao marido. Uma mulher que havia perdido a mãe muito cedo, que foi educada por uma prima e pela avó, e que ficou muitos anos em colégio de freiras. Então mamãe era uma pessoa muito bem formada, muito religiosa e muito firme na religiosidade dela. Talvez por ter tido muita ausência de família, a mamãe não tinha muita afetividade.”. (C6).*

*“E depois, coitada... ela não foi criada pela mãe”. (C9).*

Neste sentido, o papel da mãe é reforçado como a pessoa que mantém integrada a família, o elemento conciliador, com o expressivo papel de doação, que distribui amor, ajuda nas dificuldades, oferece cuidados para a manutenção da integridade física e emocional.

Assim, no imaginário das mulheres deste estudo, a figura da mãe foi relacionada à pessoa com quem podiam contar em suas dificuldades, que distribuía carinho, amor, que ajudava as pessoas.

*“ ... apesar desse tanto de filho, ela conseguia dividir o carinho; ela batia na hora que tinha que bater, mas nunca foi surra, a gente apanhava e logo estava perto dela de novo. Lembro também da minha mãe sempre trabalhando, ajudando os colonos e os vizinhos com alimentos e cuidados em situação de doença. Era ela que mantinha a família unida.” (C2).*

*“Minha mãe é uma pessoa muito boa, compreensiva. Eu gosto muito da minha mãe. Eu acho que ela teve muita tolerância, ficar ali, mas ela falava: eu estou porque tenho vocês... É uma pessoa humilde, que não pensa como a gente, mas ela sempre procurou ajudar, ser amiga de todo mundo”. (C8).*

Por outro lado, a mãe que não correspondeu ao estereótipo esperado de esteio da família, foi apontada como elemento que provocou sofrimento e desestrutura familiar, sendo ainda interpretado que este sofrimento é a causa de problemas vivenciados na atualidade, como revelado na seguinte fala:

*“A minha mãe fala que ela bebe por causa do meu irmão ser desse jeito. Eu acho que meu irmão é assim por culpa da minha*

*mãe, porque ela largou nós por causa de outro homem. Então meus irmãos, a hora que mais precisavam do amor de mãe, eles não tiveram... nós não tivemos”.*(C<sub>1</sub>).

Desta forma, a mulher continua sendo, visualizada de maneira bastante idealizada, refletindo a ideologia, que segundo CALDANA (1991), prevaleceu na década de 50, onde “a mulher deve reunir em si alguns dotes como a fortaleza de caráter, a modéstia, a fidelidade, a prudência, a piedade, a bondade generosa e a sabedoria. “Rainha do lar”, é a base necessária ao sucesso do marido e fonte inesgotável de sustentação para os filhos”. Ainda segundo esta autora, era divulgado especialmente nas revistas católicas que a dor e o sofrimento faziam parte da vida da mulher e que ela devia ser forte para enfrentá-los, mantendo sempre a alegria e a tranqüilidade.

Entendo ainda que o fato da mãe ser representada como uma pessoa rigorosa, tem raízes na própria ideologia do papel da “mulher-mãe” onde a educação da criança é sua tarefa, enfatizando-lhe poder para modelar completamente o filho.

Conforme adverte CALDANA (1991), nesta época, as mães eram orientadas para manter uma autoridade inquestionável, pregando o dar ordens com firmeza, de modo a “exigir obediência prompta”, o corrigir todos os “pequenos defeitos”, o não perdoar de imediato se a criança erra, mesmo se houver arrependimento, sendo necessário esperar o “fruto da correção”, e o não dar explicações, pois a autoridade fica “acabada depois que se começa um diálogo”. Por outro lado, fica a exigência de que as mães sejam consintentes nas suas atitudes, dêem ordens justas e de acordo com as capacidades da criança, e mantenham o seu controle emocional, dirigindo-se ao filho com calma. O invólucro desse conjunto de

prescrições está numa relação de afeto e de dedicação da mãe para com a criança, tendo esta na figura materna um modelo a ser imitado.

Os relatos a seguir evidenciam a preocupação das mães com a educação e formação das crianças, embasado na rigidez de atitudes, sendo interpretado pelas mulheres que suas mães eram pessoas ruins, que não gostavam das filhas.

*“Eu não tinha facilidade em fazer amigos eu era muito tímida.*

*A minha mãe brigava comigo, eu não podia falar sem ordem dela, nem conversar sem ordem, sair de perto dela. Minha mãe era muito severa e até hoje ela é muito enérgica, muito severa mesmo, apesar da idade”. (C7).*

*“Fui criada de maneira muito severa. Minha mãe era muito rígida, eu apanhava dela e acho que eu não merecia aquilo. Eu era uma criança muito tímida e envergonhada. Não tinha coragem de conversar com as pessoas... chegou até uma vez na escola de eu ser punida, pois não consegui explicar o que tinha acontecido. Eu era tão tímida.... é ruim a gente ser assim, porque a gente é desacetada em todos os pontos. Não é bom ser assim...”. (C9).*

Assim, algumas mulheres interpretam que, a educação pessoal rígida, onde figura o papel da mãe controladora, foi o motivo de terem se tornado pessoas com dificuldade de tomar iniciativa e dificuldade para relacionamentos interpessoais.

Porém acredito que os comportamentos adotados pelas meninas, também são frutos do que MICHEL (1989) chama de “sexismo latente”, ou seja, a institucionalização de atitudes e comportamentos segundo o sexo do indivíduo.

Assim, por exemplo, se cobrirá de elogios uma menina que tem um belo vestido, mas as felicitações pelas conquistas escolares são reservadas aos meninos. Neste caso, as atitudes em relação às crianças não são acompanhadas de julgamentos discriminatórios em função do sexo, as próprias atitudes é que são discriminadoras. Tudo se passa, de fato, como se a menina fosse educada para agradecer aos outros, enquanto o menino é direcionado para o sucesso social.

Segundo MICHEL (1989), o “sexismo latente” resulta também da omissão, quando a representação e a imagem de um determinado sexo são limitadas a certas qualidades e a certos papéis. Por exemplo, as meninas e as mulheres não são representadas e valorizadas a não ser em seu papel afetivo, maternal e doméstico, o que significa na prática, que lhe são proibidos todos os outros papéis sociais (profissionais, políticos).

Por outro lado para uma das mulheres, a infância foi apontada como a melhor época da vida, o que ela interpretou como a base que lhe dá sustentação para a vida até hoje.

*Tive uma infância muito rica, muito farta, muito feliz, de acreditar em Papai Noel, de passar férias na Fazenda dos meus avós em Itapira - íamos de trem. Então tinha muita mordomia, a gente tinha assim... cinco empregadas, jardineiro. A coisa era meio larga... Então a gente não sabia o que era dificuldade. Eu era assim uma pessoa muito viva, muito agitada, espontânea, extrovertida, com uma comunicação muito boa com todo mundo. Então eu tenho a impressão que foi uma infância alegre, que eu acho que é o alicerce... Eu tive um alicerce muito*

*bom, por isso que eu estou resistindo a essas coisas agora”.*

*(C6).*

Neste relato, apreendo ainda, que existe uma percepção da diferenciação de classe, onde as condições de vida estão na dependência da situação econômica.

Segundo BREILH (1996), as relações de classe são em primeiro lugar relações de poder econômico, a partir das quais se estabelece o acesso a outras formas de poder. Para este autor, a concentração de poder se remonta ao começo da humanidade, mas se consolida e expande na etapa histórica das sociedades classistas, onde aparecem conformadas em sua unidade e interdependência as três fontes de **iniquidade social**<sup>\*</sup>: a condição de “gênero”, a origem “étnico-nacional”, e a situação de classe”. Cada classe social se caracteriza por possuir ou não possuir os meios produtivos, por controlar os ritmos e modalidades do processo produtivo ou simplesmente obedecer seu avanço implacável, por desfrutar ou carecer de bens adequados para sua subsistência. Assim, para este autor, as “relações de classe se definem principalmente pelas contradições de interesse econômico, e por outras formas de poder complementarmente”. O controle de umas classes sociais sobre os bens e recursos determina a exclusão de outras e a aparição de profundos contrastes na qualidade de vida.

Outro aspecto de qualidade de vida que também sofre interferências da classe social, é a noção de bem - estar, devido a diferenciação de oportunidades dos indivíduos.

---

\* BREILH (1996) considera “iniquidade social”, as contradições substanciais de poder que enfrentam os grupos existente em uma sociedade. Contradições que determinam três processos interdependentes, onde a apropriação e reprodução do poder ocorre, assim mesmo, em três domínios de distintas generalidade e peso

Assim, o estudo de CALDANA (1991) evidenciou que, começou a ser difundida a partir da década de 50, uma preocupação com o bem-estar, com a incorporação do pensamento técnico - científico ao universo humano e conseqüentemente à educação da criança. Assim, segundo esta autora, destacou-se muito na orientação às mães a necessidade de lazer e descanso, bem como de um bem estar físico e psíquico.

Porém, apreendo através das histórias de vida das mulheres deste estudo, que a incorporação deste discurso também passa pela distinção de classe, sendo o lazer e o descanso um privilégio de poucos. Isto porque, ao buscar uma compreensão deste aspecto nos depoimentos das mulheres estudadas, encontrei uma prevalência de casos de mulheres que iniciaram atividade laboral na infância, motivadas pela situação social e econômica das famílias. Os dados também evidenciaram que para as filhas mais velhas, fica reservado o papel de substitutas das mães.

*“Com 10 anos eu já cuidava dos irmãos, fazia comida, limpava a casa. Eu subia em uma cadeira para fazer comida”. (C1).*

*“Como a minha mãe ia na roça com meu pai e não podia levar criança no caminhão, eu ficava em casa com meus irmãos pequenos e com 10 anos eu já fazia comida. Eu colocava um banco na beira do fogão para alcançar a panela e fazia a polenta pra mãe”. (C3).*

Assim, conforme ressalta ROSALDO (1979), na medida em que uma jovem possui uma mãe para amar e seguir, ela também tem a opção de se tornar uma “pequena mãe” e conseqüentemente ser assimilada na vida adulta sem esforço.

---

determinante que são: “as relações sociais” (de classe) dadas pela posse de propriedade na estrutura produtiva; as “relações étnico-nacionais” que existem e as “relações de gênero”.

As maneiras e as atividades femininas são adquiridas de uma forma que parece fácil e natural. Desta forma, a maioria das sociedades assumem que é relativamente fácil para jovem se tornar mulher; esse processo é aceito como indiscutível nas sociedades em geral. Assim, esta autora ressalta que nas sociedades de modo geral “uma mulher torna-se mulher ao seguir os passos de sua mãe”.

Segundo MICHEL (1989) a observação, por parte da criança, da divisão de trabalho entre os pais, de acordo com o sexo, é fundamental na construção da identidade pessoal, tanto para o menino como para a menina. Assim, as tarefas exercidas pela jovem mãe nas zonas rurais dos países em desenvolvimento, são decisivas para a gênese da percepção que as meninas têm de seu papel; elas já esperam tomar conta de seus irmãozinhos e irmãzinhas, enquanto os meninos, desde pequenos são estimulados a realizar tarefas fora do ambiente doméstico.

Assim, é muito comum as meninas serem estimuladas a acreditar que os únicos elementos essenciais de sua vida adulta, serão o casamento e a maternidade; já os meninos, encontram modelos de identificação muito mais variados e seu papel familiar é tratado como um detalhe sem importância (MICHEL, 1989).

Os depoimentos das mulheres deste estudo revelam que o trabalho além de ter iniciado na infância, ainda foi interpretado como uma situação marcada pela desigualdade entre os homens e as mulheres da família, confirmando a presença dos estereótipos sexistas no processo de socialização.

*“Com 6 anos eu já ajudava no que podia, vigiava passarinho, plantava (a gente ia tampando as covas), fazia farinha de mandioca, ajudava na colheita... A casa não tinha água e nem*

---

*luz, não tinha nada. As mulheres tinham que encher todas as latas de água para a mãe fazer comida, lavava a louça e ia para a roça com eles. Quando a gente voltava para o almoço, eles comiam e iam descansar, enquanto as mulheres tinham que lavar louça, buscar água... As mulheres sempre foram mais prejudicadas neste ponto, mais sacrificadas ... tinha que ir buscar lenha, socar arroz no pilão. No domingo tínhamos que levantar cedo para varrer o pátio. Eu achava que devia ser igual, porque os homens não podiam ajudar, ir buscar uma água".(C2).*

A discriminação oculta consiste em dar às meninas apenas um modelo de identificação (a família), ao passo que uma grande escolha é permitida aos meninos. Assim, conforme ressalta MICHEL (1989), o sexismo latente informal existe igualmente no comportamento dos países de baixa renda. Desse modo, a imagem da menina que carrega um irmãozinho nas costas, enquanto um dos irmãos, mais velho do que ela, brinca com bolinhas de gude ou se diverte empinando uma pipa, mostra que ela já está condicionada a ajudar os pais quando sair da escola, enquanto aos meninos será dada maior liberdade. O comportamento dos pais, associado ou não a comentários estereotipados sexistas, dá a entender aos meninos que eles são o sexo superior e às meninas, que elas pertencem ao sexo desvalorizado.

Nos relatos encontrei ainda traços da ideologia que pregava o controle absoluto da criança, sendo valioso ocupá-la constantemente para evitar desvios na educação, ou seja, conforme ressaltou CALDANA (1991) “deveria evitar-se o ócio que é pai de muitos vícios”.

---

*“Na fazenda era difícil brincar, porque durante o dia a gente ia para roça e à noite a gente tinha que deixar a louça limpa, debulhar milho para os porcos, ajudava socar milho para fazer fubá, socar arroz para tirar a casca e era no pilão mesmo. Tinha que deixar pronto e era todo dia. Então não tinha uma diversão, era difícil o dia que não tinha alguma coisa para fazer; muitas vezes meu pai misturava milho com feijão para a gente separar, para dar serviço”.(C<sub>2</sub>).*

Em relação ao tipo de trabalho, desde o início prevaleceram as atividades domésticas e na lavoura, sendo que praticamente não ocorreu alteração.

Há que se considerar que a interpretação que as mulheres deram às suas posições no ambiente social revela um saber sobre o seu gênero, no qual pressupõe o reconhecimento de determinados atributos, muitas vezes relativos às especificidades da própria biologia. Por conta disso, identificaram condições de desigualdade no espaço social, pois segundo elas, tais atributos determinam o **lugar** de cada sujeito na sociedade.

Assim, a identificação com os papéis maternos, ou seja a consciência de si - sexo feminino - com obrigações, responsabilidades próprias do gênero; as mulheres elaboram a nível de sua subjetividade, suas identidades e conseqüentemente seus papéis.

*“Eu trabalhava na roça, puxava água do poço, de domingo lavava aquele montão de roupa da roça, fazia o almoço, fazia pão. Ajudei bastante minha mãe, eu tinha dó dela. Eu era a filha mais... eu ajudei mais”.(C<sub>3</sub>).*

*“Eu parei de estudar porque eu tinha que trabalhar para ajudar a mãe. O que eu ganhava era pouco e eu tinha que ajudar a mãe, porque esse meu irmão bebia e quase não trabalhava. Primeiro eu trabalhei na roça e depois de empregada doméstica”.(C9).*

*“Logo que minha mãe faleceu, minhas duas irmãs se casaram e eu fiquei sendo a mais velha da casa. Com 16 anos, tomava conta da casa e de 3 irmãos menores, porque meu pai ia para a fazenda na 2ª feira e só voltava no sábado. A responsabilidade da casa e dos irmãos que estudavam era minha. Então essa parte foi dura, não era só pelo serviço, era pela responsabilidade”. (C5).*

No imaginário das mulheres estudadas prevaleceu a figura do pai enquanto homem rude, que tem o papel de disciplinar a conduta da família, a quem a mãe (mulher) e filhos devem respeito e obediência.

*“Ele não precisava bater, era só falar uma vez e todo mundo obedecia, era medo, não era respeito, pois mesmo quando a gente não entendia o que ele queria, ninguém tinha coragem de perguntar. A gente ia lá na minha mãe para perguntar e ela falava: vai perguntar e ninguém ia”. (C2).*

*“Ele era rígido assim, queria uma coisa muita certa, não admitia..., assim aquele pai que só da gente olhar, a gente já sabia o que ele queria. Não batia, nem nada, só dele olhar, a gente já sabia”. (C4).*

Estes exemplos de atitudes machistas, como refere BREILH (1996), devem ser enterrados por todas as razões do mundo, sobretudo porque é uma fonte de sofrimento e enfermidade. Acrescenta o autor que, “quando denunciemos o machismo como fonte de dor e miséria humana, não nos referimos só ao sofrimento das mulheres, pois da mesma forma que na dominação de classes ou na dominação étnica, o polo dominante - neste caso masculino - ao impor seu poder, destrói o polo dominado, pois também destrói sua própria opção integral de ser humano”.

*“Meu pai trabalhava muito. Ele não era bravo com as crianças, nós não apanhávamos dele, mas eu tinha mais medo dele”.*  
(C3).

Os estereótipos sexistas que envolvem representações, atitudes, sentimentos ou ações, e que tendem a fazer da agressividade uma característica inerente aos homens, foi interpretado por uma das mulheres como falta de atenção e carinho do pai para com os filhos, sendo que em seu relato esta mulher emocionou-se e chorou muito falando do pai.

*“Ele nunca foi de pegar um filho no colo, que eu me lembro eu nunca vi. Para ele, tendo o arroz e o feijão, a comida, era suficiente, eu nunca me lembro dele ter dado carinho. Ele tinha um jeito de falar com a gente... Eu lembro de uma passagem na infância que mostra como ele não tinha atenção pelos filhos. Foi um dia que choveu muito e uma árvore do pátio caiu e ficou cheio de “ferpas”. A porteira estava aberta, era hora de almoço, e ele mandou eu ir fechar a porteira para o gado não sair. Eu fui correr e caí em cima dessa árvore e um galho entrou na minha*

*perna e quebrou dentro. Fez um machucado feio com muito sangue, eu tenho cicatriz até hoje. E ao invés dele ver o que tinha acontecido, só ficava falando, brigando que o gado tinha saído. Minha mãe falava: olha a menina e ele não quis nem saber o que tinha na perna. Então ele nunca teve atenção comigo”. (C2).*

A respeito da ruptura e esvaziamento de padrões afetivos e solidários na coletividade humana e entre os gêneros, BREILH (1996) acredita ser conseqüência da privatização mercantil da sociedade, ou seja, esta etapa mercantil surge como conseqüência da atomização do sujeito coletivo em sujeitos privados. História ele que, antes da época mercantil, os seres humanos produziam para o consumo todos os bens que eram considerados como necessários para a coletividade. À medida que se começou a produzir excedentes de produção, se afrouxaram o vínculo coletivo, levando à privatização de produtos, cuja única via para compartilhar tais produtos foi o mercado. E neste contexto, a propriedade privada passa ser um objetivo central e a apropriação chega a ser uma garantia de sobrevivência. Sob a lógica privada, adverte o autor, se reduziu enormemente o campo para o desenvolvimento de um espírito solidário e uma afetividade coletivizada.

Através das histórias das mulheres deste estudo, percebo que a figura do pai esteve relacionada ao papel de provedor, responsável pela manutenção financeira do lar ou seja, o controle econômico como uma de suas funções sociais mais importantes.

Segundo REICH (1982), uma das funções sociais do casamento é a econômica. Para este autor, “do mesmo modo que o casamento na história da

humanidade começa a desenvolver-se com a propriedade dos meios de produção, é desta sua base material que retira constantemente a sua justificativa material de existência”

*“Ele sempre foi um pai muito bom, né. Na classe de pobre que a gente era, mas graças a Deus o pão de cada dia e o leite nunca faltou”. (C4).*

Este depoimento reflete que existe, em relação à criança, uma causa potencial da imposição de estereótipos sexistas, pois o pai é visto como superior, a mãe como inferior, considerando-se ainda o fato da legislação familiar conceder geralmente ao marido o título de “chefe-de-família”, atribuindo-lhe o papel de ganha-pão (MICHEL, 1989).

Ainda segundo MICHEL (1989), em vários países do mundo, as mulheres realizam mais tarefas domésticas do que os homens, ao passo que eles trabalham durante um maior período fora de casa, em função de um salário ou renda. O trabalho do homem é valorizado porque ele contribui com dinheiro; ao passo que o trabalho doméstico da mãe é desvalorizado porque, mesmo que seja dedicado ao bem-estar dos filhos e do marido, a remuneração é pequena ou mesmo inexistentes.

No entanto, a partir do momento em que o pai deixa de lado os estereótipos que o colocam distante da família, que o definem como não sensível, não emotivo, aparece a figura do pai herói, idealizado como o protetor, o mais forte, o mais atencioso.

*“A imagem que eu tenho do meu pai é muito forte, muito forte mesmo, uma pessoa muito influente. Eu me lembro que, se não encontrava respostas ao que queria com a mamãe, eu ia*

*procurar o papai e ele explicava as coisas, então era um relacionamento muito forte.”(C6).*

*“...eu sempre me dei mais com meu pai. A relação com meu pai sempre foi melhor do que com minha mãe. Ele era mais carinhoso, dava mais atenção.”. (C7).*

As representações do homem com sendo sempre o chefe da família, em relação à esposa e aos filhos, constituem um estereótipo sexista porque, em numerosas famílias, marido e mulher compartilham as decisões relativas à vida doméstica, aos filhos e à vida profissional de ambos os cônjuges. Do mesmo modo, o julgamento que consiste em afirmar que os homens não podem cuidar dos filhos, nem manifestar-lhes ternura, é um julgamento sexista, porque os homens são igualmente capazes de nutrir sentimento de ternura por seus filhos e também de cuidar deles (MICHEL, 1989).

Assim, acredito que se quisermos conquistar um mundo, mais humano onde seja possível o gozo de uma saúde plena, devemos continuar buscando a equidade verdadeira entre os gêneros; e conforme ressalta BREILH (1996), buscar “a ternura, que tem sido sistematicamente negada, quase por definição, aos homens deste planeta deformado por pseudo valores machistas”.

Na visão de BREILH (1996), “o homem, ao reafirmar valores como ternura, ao renunciar ao domínio e ao assumir conscientemente uma opção solidária “à outra”, não somente está dando um passo solidário até as mulheres, como também está desafiando as inculcações e distorções com as quais se socializa a masculinidade”. E segundo este autor, uma masculinidade “fantoche e arrogante, que é a porta da própria deformação de sofrimento”.

Da mesma forma reforça MICHEL (1989), que as imagens estereotipadas dos meninos, desenvolvidas pelos meios de comunicação e livros para crianças, acabam igualmente por mutilar a sensibilidade e o senso de humanidade dos meninos e dos homens. Esta autora acredita que “o mundo desumano no qual vivemos talvez seja o resultado desta socialização unidimensional dos meninos e dos homens para a rudeza, a competição, a agressividade e a insensibilidade”.

Também não posso deixar de registrar que o trabalho na história de vida das mulheres estudadas foi um dos aspectos mais presentes na vida dos pais. Trabalho árduo, na lavoura, onde havia empenho de todos os membros da família. Muitos eram imigrantes (espanhóis, portugueses, italianos, alemães), onde o trabalho estava relacionado não somente à sobrevivência, mas também ao “vencer na vida” em um país estrangeiro, em conseguir melhores condições de vida, sem medir esforços, como evidenciado nestas falas:

*“Ele só pensava em trabalhar para ter as coisas, pra poder cuidar dos filhos e nunca pensou nele”. (C9).*

*“Fiquei dois anos e meio sem ver meu pai, porque ele veio para o Brasil para trabalhar e nós ficamos em Portugal”. (C7).*

Assim, na vida das mulheres deste estudo, o trabalho mostrou-se como importante componente do processo de socialização; pois enquanto criança, tiveram muito precocemente, que conviver com o trabalho e com as preocupações próprias dos adultos, sendo ainda esta socialização impregnada de preconceitos e atitudes sexistas.

Segundo ALVES e cols (1980), a distinção de sexo na infância transparece fundamentalmente por regras sociais de comportamento, que dizem respeito a jogos, brinquedos, roupas, tipos de trabalho.

Para a maioria das mulheres deste estudo, as brincadeiras da infância estiveram relacionadas a atividades domésticas, desempenhadas pelo gênero feminino, conforme observa-se nestas falas:

*“Eu gostava de brincar de boneca...” (C1).*

*“A minha mãe fazia boneca de pano e a gente brincava também com boneca de milho. Fazia casinha, brincava com os meninos. Mas era tudo assim, brinquedo como se eles iam trabalhar e a gente ia fazer comida, sabe essas coisas. Era brincadeira sadia, não tinha maldade”.(C2).*

*“... tinha as meninas e os meninos que eram os nossos maridos”. (C9).*

Assim, desde a infância a menina foi introjetando os papéis que estão mais voltados para o mundo doméstico, com ocupações (cozinhar, arrumar casinha) e nos cuidados com as crianças (bonecas).

Isto também é reforçado pelas atitudes dos pais e adultos que convivem com a criança, pois é comum comprarem bonecas, panelas, utensílios domésticos ou miniaturas de máquinas de costura para as meninas, enquanto que aos meninos se oferecem jogos de armar, brinquedos mecânicos (carros, aviões, estradas de ferro) ou eletrônicos, que desenvolvem outras aptidões, alheias às tarefas domésticas.

Desta forma, o estímulo às brincadeiras ocorre de forma desigual e estereotipada e espera-se que as crianças se adaptem a esses padrões. No entanto, quando a criança resiste em aceitar a determinação de papéis, aparecem os preconceitos sexistas.

---

*“Meu irmão tinha os amigos e então, eu vivia no meio dos homens. Eu ficava com meu irmão e com os amigos dele também. Ah! a gente brincava, essa brincadeiras de moleque, eu gostava de subir nas árvores, se jogava na chão... coisas assim que geralmente mulher não faz. Eu brinquei muito..., eu era muito machona. Inclusive minha mãe tinha que fazer shorts de elástico na perna porque eu sentava de qualquer jeito. Eu apanhava do meu pai porque ele não queria que eu brincava como os meninos, mas o meu irmão era o meu amigo”.*(C8).

Entretanto, ALVES e cols (1980) referem que nesta fase, as interdições sociais sobre a mulher não parecem ser tão rígidas. Para estas autoras, a infância representa para a menina um período de maior liberdade. Nesse sentido, meninos e meninas, apesar das demarcações existentes, rompem facilmente as fronteiras dos espaços atribuídos a cada sexo. Porém, a sociedade ainda dá provas de sexismo quando qualifica de “masculinizada” uma menina que se dá o direito de correr, subir em árvores, jogar futebol, etc., enfim, de realizar um série de atividades que são consideradas masculinas.

Ao contrário, como refere MICHEL (1989), declarar a respeito de um menino que brinca com boneca ou com um urso de pelúcia, que ele “brinca como menina” é um estereótipo sexista, porque significa que manifestar ternura em relação a uma boneca ou a um animalzinho de pelúcia é uma atitude afetiva reservada às meninas e proibida para os meninos. Como refere esta autora, da mesma maneira que as meninas têm o igual direito de desenvolver suas potencialidades corporais nos exercícios físicos, jogos e esportes, os meninos também podem manifestar seu potencial afetivo, embalando uma boneca ou um urso de pelúcia.

Dizer, no caso de uma menina, que ela age “como um menino”, ou no caso de um menino, que ele age “como uma menina”, significa segundo MICHEL (1989), dividir as atividades humanas, os jogos e os esportes em compartimentos estanques, dos quais, um deles, por ser considerado atributo dos meninos é proibido às meninas, e inversamente. Ora, sabe-se que não existe nenhuma potencialidade humana, seja ela do âmbito da inteligência, da afetividade ou da atividade, que possa ser negada a um ser humano, pelo simples fato de pertencer a um ou outro sexo. A escolha deve ser feita em função das aspirações e dos gostos dos interessados e não em função de estereótipos sexistas.

Interessante notar que uma das mulheres estudadas, que na infância conseguiu resistir aos padrões sexistas da sociedade, hoje interpreta que esta vivência não era adequada, pois não percebeu possibilidade de transformação. Mostra assim, o que Foucault chama de movimento de conformismo.

*“Eu apanhei muito, mas, é porque eu precisava mesmo. Hoje eu aceito isso, porque a gente era muito levada, era rebelde, tudo. Apanhamos sim. Nós somos em quatro mulheres e um irmão. Eu tenho um irmão acima de mim. Então eu procurava ... assim, meu irmão era meu amigo, então eu ia fazer as brincadeiras de moleque e meu pai não aceitava porque eu era menina. Então, é aonde tinha... eu apanhava... Mas eu apanhei muito”. (C8).*

Os relatos das mulheres deste estudo revelam ainda que, na época da infância, predominavam os brinquedos criados pelas próprias crianças ou por familiares. Não havia a comercialização e o consumo tão intenso quanto na atualidade.

*“Nosso brinquedo era a boneca de milho que a mãe fazia, porque não podia comprar, mas era gostosa a vidinha da gente. Brincava de casinha com os brinquedos que a gente inventava, fazia vaquinha com mamãozinho verde, a gente pegava as coisas do quintal e brincava. Então não tinha aquilo de uma ter um brinquedo melhor, era tudo família de pobre”. (C4).*

*“Eu brincava bastante com meus primos, com minhas primas. A gente brincava no quintal, pegava tijolo, fazia casinha, pegava florzinha no mato. Quando eu morava em Portugal, minha mãe ia pra lavoura e a gente ia junto. Nós ficávamos brincando com as florzinhas no mato, fazia comidinha, essas brincadeiras mesmo de criança”. (C7).*

Prevaleceram ainda as situações em que as crianças viviam com muita liberdade para brincar. É importante ressaltar ainda que esta liberdade também tinha relação com o tipo de comunidade em que viveram na infância, sendo mais freqüente a área rural.

*“Eu brincava com meus irmãos, com os vizinhos... de subir em árvore, de bola, de coisas assim... Era gostoso, naquele tempo não tinha muro nas casas, era derrubada, passava a cerca...”*  
(C5)

*“Eu lembro que nós brincávamos de amarelinha, de roda, pular corda, esconder. Na roça não tinha muita criança, as que tinham nós brincávamos. A gente brincava com os irmãos, com os vizinhos que tinham criança”.(C3).*

Conforme referi anteriormente, as mulheres deste estudo tiveram uma baixa escolaridade, mas revelaram que desejavam ter continuado os estudos; e que, de certa forma tentaram mudar o rumo de suas histórias.

*“Com 13 anos de idade fui embora da casa dos meus pais para morar com um irmão. Depois disso nunca mais voltei para a casa da fazenda. Quando meu irmão casou, a minha mãe veio para o casamento dele e ela queria me levar. Mas eu pensava nas condições de vida que levava lá e para voltar a fazer tudo aquilo... Então, eu queria lutar para subir na vida, ter condições melhor, eu estava estudando lá, morava com meu irmão e minha cunhada”. (C<sub>2</sub>).*

*“Eu não pensava em casar, eu só queria desenvolver-me no trabalho e estudar. Eu gostava muito do meu trabalho e todos do Banco gostavam muito de mim. Eu estava estudando datilografia e queria mudar de cargo”.(C<sub>9</sub>).*

Ao analisar o contexto em que ocorreu a escolarização, apreendo que além da precariedade do sistema de ensino da época, na maioria das vezes, as condições sociais e econômicas das famílias não possibilitaram a continuidade dos estudos.

*“Eu fui na escola... Meu pai punha nós na escola, nós estudávamos 4, 5 meses, as vezes chegava a meio ano e meu pai tirava nós, porque mudava de sítio, às vezes de fazenda. E aí nós não estudávamos mais. Aí depois quando mudava em outra fazenda que tinha escola perto, meu pai punha outra vez*

*e quando mudava não estudava mais. Eu fiquei só no 1º ano mesmo”. (C3).*

*“Quando eu terminei o 4º ano eu vim trabalhar de empregada. Aí eu trabalhava numa casa ali na Mariana Junqueira e a moça tinha muita amizade com a irmã do Colégio Auxiliadora e na época... naquele tempo, a gente fazia a 5ª série. Então eu fiz a 5ª série... Eu trabalhava e de noite eu ia estudar. Aí depois mudei de serviço e era longe do Colégio. E eu era muito nova, então tinha medo de ir”. (C4).*

*“Estudei até o 4º ano do Grupo e precisei parar porque tinha que trabalhar para ajudar em casa”.(C9).*

Ao contarem aspectos de sua socialização secundária, as mulheres identificaram estruturas de desigualdades entre os sexos quanto à oportunidade de estudos, pois elas revelam uma desvalorização do ensino formal para o gênero feminino. Estas falas vêm confirmar a historicidade da situação inferiorizada da mulher na sociedade, mas com possibilidades de transformações quando usam o tempo verbal no passado.

*“Meus irmãos chegaram a tirar o diploma do ginásio e de datilografia”. C1).*

*“Antigamente os pais achavam que eram os homens que tinham que estudar. Eles não faziam força para as mulheres estudarem. As minhas irmãs, também só fizeram o grupo. Somente a caçula é que estudou mais, fez Magistério. Eles não faziam muita força assim pra gente estudar, mas podiam ter*

---

*feito, né. Mas essa época a gente morava na fazenda, a cidade era muito pequena, só tinha grupo”.(C5).*

MICHEL (1989) chama a atenção que estes estereótipos sexistas estão ligados a práticas discriminatórias que caracterizam as atitudes e comportamentos dos pais em relação aos filhos, particularmente nas sociedades ou camadas da população onde os recursos são reduzidos. Assim, é comum a educação da menina ser sacrificada em benefício do menino, o que conduz a taxas de analfabetismo entre as mulheres mais elevado do que entre os homens.

As histórias de vida das mulheres revelam também os limites impostos ao gênero quando se viram impossibilitadas de desenvolvimento pessoal, pois desde criança lhes era passado que sua principal função se destinava à vida doméstica - o cuidado doméstico. Como também reforçam em suas histórias que a institucionalização do gênero feminino se constitui no próprio gênero, ao configurarem o papel dominador da mãe na determinação de seus papéis sociais.

*“Eu tinha facilidade para aprender, era boa aluna e gostaria de ter continuado os estudos, mas minha mãe não deixou. Pelo meu pai eu tinha continuado a estudar, mas ela não deixou. Ela exigia que eu fizesse o serviço de casa primeiro, pra depois estudar. Então eu ia fazer a lição à noite e eu também queria brincar com minhas colegas e não podia porque só tinha esse tempo para fazer lição e estudar. Assim eu ficava muito presa. Ela também falava que mulher não precisava estudar, mulher tinha que aprender a fazer o serviço de casa”(C7).*

Tais depoimentos revelam as relações de dominação exercidas durante o processo de socialização na construção da identidade sexual, cuja dominação

(especialmente materna) é caracterizada como um conjunto de relações de poder fixas, assimétricas, onde as possibilidades de resistências “...eu tinha facilidade de aprender, era boa aluna...” deixa de existir.

Por outro lado, ao utilizar a relação de gênero como categoria analítica neste estudo, permitiu-me apreender que historicamente a hierarquização social diferenciada não se faz só entre os gêneros (ainda que para o sexo feminino seja mais acentuada) mas se dá também entre classes, raças, etc.

Lembrando que em um país onde as desigualdades sociais são imensas, a possibilidade de ascensão social está talvez muito mais na dependência da classe social a que se pertence. Os seguintes depoimentos revelam relações duplamente hierarquizadas.

*“Os meus irmãos tiveram oportunidade, só que eles não quiseram. Então meu pai disse que eles iam para a roça. Agora eu, eu não tive... Meu pai faleceu justo na época que eu ia mais precisar dele, porque a minha mãe já era assim mais paradona. Eu precisei parar de estudar para trabalhar e meu pai tinha prometido que eu voltaria a estudar assim que ele tivesse condições”(C9).*

*“Alguns de meus irmãos tiveram mais oportunidades de estudar e chegaram a cursar até a 6ª série” (C3).*

Observei ainda que entre as mulheres estudadas, somente uma concluiu o segundo grau e outra uma universidade; mas nem isso foi um fator que as tivesse dado maior autonomia profissional ou melhor remuneração, pois desenvolvem atividades consideradas “profissões femininas” e de pouco prestígio social.

Porém, não posso deixar de registrar a influência que os estereótipos sexistas exercem sobre a menina desde o início da vida escolar e que podem favorecer a escolha de profissões ligadas ao papel da mulher.

*“... tinha bastante diferença a educação dos meninos e das meninas. E para mim foi difícil porque eu era muito arteira, muito levada e o meu relacionamento com as meninas não era tão bom... No pátio eu transgredia o regulamento e passava mais para o lado dos meninos. Então teve um período que eu estava tão indisciplinada que a orientadora pedagógica teve que me transferir para uma sala masculina. Foi aonde eu me coloquei mais... daí eu era comportadíssima...” (C6).*

Segundo MICHEL (1989), pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América, revelam que os (as) professores (as) estimulam entre os meninos a expressão de sua identidade, e entre as meninas a anulação. Além disso, a criatividade é muito mais estimulada entre os meninos do que entre as meninas. As meninas são em geral mais desvalorizadas do que os meninos, sendo em maior proporção tratadas como incapazes, o que, para esta autora só pode desenvolver entre elas um sentimento de inferioridade.

MICHEL (1989) revela ainda que, pesquisas que analisaram a presença de estereótipos sexistas nos materiais escolares, encontraram três categorias, sendo o primeiro grupo relacionado aos exageros dos traços de personalidade ligados a cada sexo. Segundo este estereótipo, os homens aparecem como eficazes, corajosos, racionais, obstinados, etc., enquanto entre as mulheres irão predominar o lado afetivo, a ternura e a solicitude.

O segundo grupo de estereótipos, está ligado à valorização dos papéis familiares e profissionais, tradicionalmente associados a um ou outro sexo: as mulheres são donas de casa, enfermeiras, professoras primárias, etc., enquanto os homens são o principal apoio da família, administrando o orçamento familiar ou exercendo ofício de militar, engenheiro, montador de máquinas, etc. O terceiro grupo destaca as diferenças relativas às atividades sociais e políticas: as mulheres são passivas; os homens assumem responsabilidades dirigentes. Assim, como refere MICHEL (1989), na literatura para crianças, embora a frequência dos papéis profissionais seja, entre as mulheres, tão elevada como entre os homens, não resta dúvida de que homens e mulheres não exercem as mesmas atividades profissionais. Apesar de um amplo leque de profissões, ocorre que as mulheres geralmente trabalham em um campo que envolve relações interpessoais ou contato com a natureza, enquanto os homens são essencialmente apresentados no exercício de atividades técnicas.

Porém a mulher que cursou uma Universidade, interpretou que a situação econômica foi fator que determinou sua escolha profissional.

*“Eu queria fazer agronomia. Eu não pude fazer agronomia, porque naquela época a mamãe não tinha condições financeiras para mandar eu estudar fora”. (C6).*

Sintetizando a leitura e releitura que pude fazer sobre as histórias de vida das mulheres estudadas, percebo que as mesmas interpretam e reinterpretam a realidade vivenciada na infância dando significado aos elementos de suas relações (mãe, pai, irmãos). Assim, as mulheres apreenderam que a figura do pai está relacionada ao papel do homem provedor, com ausência de emotividade nas relações com os filhos, com a vida dedicada ao trabalho. Por outro lado a figura

da mulher, vislumbrada através da vivência com a mãe, é representada como a pessoa que mantém a união familiar, que distribui amor e cuidados aos filhos. Submissa ao marido, acata suas determinações, sendo ainda responsável por todas as atividades do lar, além de desempenhar trabalho na lavoura.

Nas brincadeiras, as atividades infantis tendem a espelhar o mundo dos adultos, onde as meninas desempenham tarefas domésticas (casinhas, boneca, etc.).

## **II - A Adolescência**

A adolescência é uma fase de transição, durante a qual o indivíduo sai da infância e vai progressivamente tornando-se adulto.

Conforme referem VITIELLO e CONCEIÇÃO (1993) é neste período que a maturidade biológica e sexual é atingida, se define a identidade sexual e, potencialmente, é onde se define o espaço social de homem ou mulher.

No período da puberdade, que corresponde ao componente orgânico da adolescência, o indivíduo volta suas atenções para as mudanças do corpo e concentra suas energias nos processos psíquicos de perda do corpo infantil e de aceitação de novas formas (VITIELLO e CONCEIÇÃO, 1993).

Esta é uma época cheia de transformações, sendo comum os adolescentes apresentarem dificuldades de adaptação e ainda ansiedade.

Segundo VITIELLO e CONCEIÇÃO (1993), a ansiedade gerada pela puberdade é decorrente, além de outros aspectos, do medo de, fisicamente, não conseguir atingir o padrão socialmente aceito e então ser desprezível. Assim, segundo estes autores, na busca do corpo socialmente aceitável e funcional ("normal"), os jovens vivenciam grande ansiedade.

Para as mulheres deste estudo, as situações freqüentemente configuradas na adolescência relacionaram-se à menarca, revelando-se ser este um marco na vida destas mulheres, cujos detalhes são minuciosamente lembrados.

*Era mês de julho, eu já estava com 12 pra 13 anos. E a gente estava fazendo moagem de cana para fazer rapadura. O engenho ficava assim bem afastado, então a gente tinha que levantar de madrugada para levar as coisas para o pessoal que estava trabalhando. Eu senti uma cólica, uma dor de barriga, pra mim era dor de barriga. Aí eu fui deitar mais cedo. Estava uma lua bonita e minhas irmãs brincavam com os mais novos; e na madrugada a minha mãe foi me acordar para levar as coisas. Aí eu fui fazer xixi e saia sangue junto. (C<sub>2</sub>).*

Segundo ALVES e cols (1980), isto ocorre porque a menarca torna visível, e portanto real, a sexualidade. É o momento de evidência da feminilidade, em que a menina deixa de ser um ente “assexuado”. Para estas autoras, nesse instante há um rompimento do disfarce e se mostra a existência do sexo ativo, concreto. Revela-se a potencialidade da procriação. Conseqüentemente, é necessário despertar para a necessidade de se resguardar esse potencial, controlá-lo, circunscrevê-lo, impedir sua realização fora da legitimidade. É por isso que a menarca aparece especialmente cercada de silêncio, desconhecimento, mistério, vergonha e interdições por parte daqueles com quem a menina convive.

*“Minha mãe nunca falou nada, eu não sei qual foi a criação dela também, do jeito que ela aprendeu ela passou pra gente. A gente não tinha banheiro, fazia xixi no quintal. E eu via que a calça da minha irmã mais velha ficava cheia de sangue e eu ficava encucada*

*com aquilo. Muitas vezes eu perguntava para a minha mãe porque e ela falava: deixa pra lá. E nunca explicava o que era. E eu ia perguntar pra ela e ela cortava esses assuntos, não dava continuidade. (C2).*

Nesse sentido, para muitas das mulheres estudadas, o surgimento da menarca significou vivenciar situações constrangedoras e muitas vezes traumáticas.

*“Meu pai sempre trabalhou com manga, com fruta... E sempre teve os empregados que trabalhavam ali. E de repente eu saí gritando que eu tinha me machucado, que estava sangrando e veio um senhor - que ficou lá tantos anos que era considerado da família - foi lá ver o que tinha acontecido porque eu saí falando que eu tinha cortado. Aí, acho que ele se tocou e falou: vai lá e conversa com sua mãe. Porque eu corri nele... Até hoje eu lembro e sinto vergonha de falar. Sei lá, foi muito difícil. Hoje você vê na televisão, na escola..”*  
(C8).

Segundo DELANEY, LUPTON e TOTH (1988), os ritos da menarca podem se revestir de situações alegres ou humilhantes, dolorosas ou suaves, dependendo da cultura e das convicções religiosas dos participantes destes rituais, mas independentemente de tais variantes reforçam que todos os rituais compartilham de ameaça comum: um a ênfase sobre a entrada para a vida sexual e da importância na função procriativa para a vida e bem estar da sociedade.

Desde tempos bem antigos, em muitas culturas, a menstruação era considerada mágica, sagrada e reverenciada. A mulher menstruada era cheia de poder. A cultura patriarcal - com raízes gregas, romanas, judaicas e cristãs - alterou esse período feminino para algo feio, impuro, repugnante, numa perspectiva geral da mulher como

ser inferior. Restaram apenas, sentimentos negativos: vergonha, segredo, impureza, ansiedade, incômodo (OWEN, 1994).

Como refere OWEN (1994), as mulheres são treinadas para ocultar de qualquer maneira o fato de estarem menstruando. As manchas de sangue nas roupas são um terrível embaraço. Assim, a secreção menstrual é usada como imagem de alguma coisa repugnante a ser descartada.

Nessa forma, de encarar este fenômeno, no imaginário das mulheres a menstruação passa a ser vista como a sujeira do corpo, o fluxo sangüíneo como as impurezas; daí a necessidade de limpeza e cuidados higiênicos.

*“Eu fiquei apavorada e fui correndo me lavar no rio. E lavava, lavava e não parava o sangue. Aí eu mesmo consegui um trapo e ia no rio me lavar. Nunca parava aquele sangramento. Acho que fiquei um ano, sem que ninguém percebesse. E eu tomava banho, lavava, ficava mais dentro da água. Sempre que eu ia perguntar, as minhas irmãs cortavam o assunto e então eu não sabia o que era. (C2).*

*“Pela manhã percebi que a cama estava suja e minha irmã falou que era menstruação. Então minha mãe me explicou por cima... põe esses panos aqui, cuidado para não se sujar a roupa, tem que tomar banho direitinho, quando você tirar esse pano, você tem que lavar, como lavar o pano. Foi isso que ela me explicou eu não sabia o que era. Eu estava com 12 anos”. (C7).*

Nessa arte de viver, agora de forma diferenciada devido ao surgimento da menstruação, concretizada através da menarca, o cuidado de si para as mulheres estudadas adquiriu um novo significado.

*“Eu nunca tinha tido orientação, pelo contrário, eu sofri muito. Eu acho que eu não sabia me cuidar, sabe, eu só tinha 9 anos, procurava esconder da minha mãe, das minhas irmãs, nem sei o que eu pensava que era aquilo. Então eu tive muita dificuldade. Nossa, quando eu ia menstruar, eu já ficava pensando, dias antes de vir, que estava pra vir. Eu tinha que me privar de muita coisa que eu fazia. Foi muito difícil para mim... Ah! Eu fiquei muito assustada e fico com vergonha quando lembro. (C8).*

Portanto a consciência da perda sangüínea mensal faz com que o cuidado de si das mulheres estudadas, tome uma forma de atitude, uma maneira de se comportar impregnando formas de viver.

Pelos relatos pode-se perceber claramente o peso do desconhecimento na relação da mulher com seu corpo. Apesar de desconhecer o que está acontecendo, com ela, ocultar, silenciar o acontecido, a menarca/menstruação é permeada por significações que caem no domínio de um saber peculiar, sem comprovação científica que muitas vezes induzem a movimentos cuja origem nem sempre está muito explícita. Estou me referindo aos tabus ligados à menstruação que muitas mulheres localizaram em suas histórias de vida.

A esse respeito DELANEY, LUPTON e TOTH (1988), esclarecem que os tabus existem para proteger os seres humanos do perigo. Ou seja, os tabus lidam com a “sociologia do próprio perigo”, porque tratam de proteger tanto o próprio indivíduo como a sociedade. Reforçam as autoras que muitas sociedades consideram que as mulheres quando estão menstruando estão emitindo um “mana”, ou um poder sobrenatural ameaçante. Portanto para as autoras, os tabus menstruais são práticas que ajudam as pessoas esquivarem-se das mulheres menstruadas ou a sua influência perigosa, como

também estes surgem para capacitá-la durante seus períodos menstruais a sucumbir ao seu próprio poder fatal.

*“ Eu sabia que ia vim, mas não pela minha mãe, porque minha mãe não conversava essas coisas com a gente . Foi uma vizinha, uma senhora de idade, ela é que falava pra mim. Mas quando veio pela primeira vez, eu estava trabalhando na roça. Aí eu fui para casa e contei pra minha mãe. Aí a minha mãe falou que não poderia lavar a cabeça essas coisas, que era perigoso. Foi só isso que ela falou”.*  
(C3).

*“A minha irmã veio me perguntar há quanto tempo eu estava menstruada, que eu não podia chupar laranja e na festa tinha, não era para chupar coisa azeda. Aí a minha mãe dizia que eu não podia comer carne de caça, que era remoso e podia fazer mal. Mas explicar o que era, porque, isso eu não tinha noção. Só com o tempo é que eu fui sabendo”.* (C2).

Recorrendo à FOUCAULT (1995), sobre a etiologia do conhecimento que produz às coisas, fatos, eventos, este ao se referenciar à genealogia dos valores da moral do conhecimento, explica que não significa que se deva partir em busca de sua “origem”, negligenciando como inacessíveis todos os episódios da história, mas comenta ele que haverá necessidade, ao contrário, de se demorar nas meticulosidades e nos acasos dos começos. Reforça que é preciso saber reconhecer os acontecimentos da história, seus abalos, sua surpresas... é preciso saber diagnosticar as doenças do corpo, os estados de fraqueza e energia, suas rachaduras e suas resistências para avaliar o que é um discurso filosófico. Portanto, a busca da origem do conhecimento para ele tem importância na medida que pretende demarcar os acidentes, os ínfimos desvios - ou as

inversões completas - os erros, as falhas na apreciação, os maus cálculos que deram nascimento ao que existe e tem valor para nós; é descobrir que na raiz daquilo que nós conhecemos e daquilo que somos - não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente. Conclui FOUCAULT (1995) que, “eis porque, sem dúvida, toda origem da moral, a partir do momento em que ela não é venerável - e nunca é - é crítica.

A esse respeito DELANEY, LUPTON e TOTH (1988) discorrendo sobre a origem dos tabus relacionados à menstruação referem que os mesmos estão entre aqueles mais invioláveis em muitas sociedades. Acreditam tais autoras, baseadas nas evidências disponíveis, que os tabus enquanto tabus menstruais, foram provavelmente impostos pelos homens, que associaram este misterioso fenômeno com os ciclos da lua, das estações do ano, com o ritmo da marés, com o desaparecimento do sol na escuridão da noite pois receavam tais poderes cósmicos os quais percebiam que estavam sob aparente controle de um grupo de sua própria espécie - o das mulheres.

Acrescenta OWEN (1994) que é muito provável que a inveja masculina do sangue liberado pelas mulheres tenha estimulado muitos dos tabus negativos relativos à menstruação. Ainda segundo esta autora, o conceito de que o sangue menstrual é um poluente é uma distorção da antiga idéia de que ele era um sacramento.

Conforme referem ALVES e cols (1980), a partir da menarca, define-se o comportamento de uma mocinha pelo recato nos gestos, pelo cerceamento nos movimentos, até na liberdade de locomoção, voltando-se suas atividades mais para dentro de casa. A menarca vem concretizar portanto a “sexualização” da menina e seu mundo, a partir daí, reflui para os limites do espaço feminino, o interior da casa. Simbolicamente, a menarca é associada com a defloração ritual na puberdade (considerada por muitas culturas).

DELANEY, LUPTON e TOTH (1988) também identificaram todos aqueles aspectos que muitas vezes acompanham a cerimônia de iniciação da menstruação que envolve a presença de dor, mutilação ou modificações no corpo da menina. E esclarecem que a modificação corporal representa, para a sociedade ou grupo a que se pertence, uma tentativa de controlar pela sociedade as perigosas emanações vindas da menina menárquica para o seu próprio benefício e para a segurança da sociedade. Complementam ainda as autoras que estas modificações, muitas vezes, são destinadas a preparar a menina para o casamento e reforçar sua docilidade, fidelidade, ou atração sexual.

*“Eu sentia muita dor na mama que estava em formação e eu me lembro que foi uma das conversas que eu fui perguntar pra minha mãe e ela não explicou. E eu fui perguntar para o meu pai e ele falou: é que você está ficando mocinha, está formando... E ele explicou essa parte toda. Então foi muito esperado essa mudança, eu queria ver o meu corpo já de moça, tanto que eu fiz um escândalo quando eu fiquei menstruada. No dia que veio a menstruação, a família inteira, os vizinhos, os amigos, todo mundo ficou sabendo; eu estava muito assanhada. Eu fazia questão de lavar a calcinha e deixar no sol pra poder mostrar que “tava”. Eu queria ser mocinha... mas no sentido de comportamento eu era uma menina” (C6).*

*“Percebi que estava ficando moça porque o meu corpo mudou e eu engordei. Eu gostava do meu corpo; eu ficava perto do espelho me arrumando”. (C1).*

*“Esperei ansiosa pelo crescimento da mama, pois queria ficar moça. A minha irmã mais velha ia dançar, então eu queria ser moça pra ir dançar também. Então queria essas coisas assim...”.* (C5).

OWEN (1994) discorrendo sobre o estado de consciência da realidade vivenciada no período menstrual, reforça que o gênero feminino tem uma oportunidade ímpar, durante a menstruação, para refletir sobre aspectos que nem sempre se apresenta com clareza, pois durante este período há uma maior oportunidade de acesso aos estados não comuns da consciência. Comenta a autora, que nesta fase a energia feminina deixa de voltar-se com tanta intensidade para si mesma, dando evasão para dirigir-se para outras áreas. É este o estado em que as introjeções criativas podem se esgueirar, quando o pensamento colateral é mais fácil, quando podemos nos libertar de nossas percepções e atitudes habituais. A absorção de outras dimensões fica mais prontamente disponível. Explica a autora que o período pré - menstrual e os primeiros dias da menstruação são dedicados principalmente à purificação e à elaboração, e, os últimos dias menstruais tendem a ser os mais intensos para a pré - cognição. Assim é que a partir da menarca as meninas têm visões de suas vidas adultas.

Para algumas mulheres, a participação da mãe nestes períodos ocupou uma posição de destaque quando esta procurava auxiliá-las e orientá-las quanto aos cuidados para amenizar os desconfortos provocados pela menstruação.

*“Eu tinha muita cólica, então minha mãe costumava fazer chazinhos e esquentar a barriga para ver se melhorava, essas coisas assim...”.*  
(C5).

*“Eu passava mal todos os meses pois tinha muita cólica menstrual. Minha mãe esquentava óleo e passava na minha barriga”.* (C9).

Os depoimentos das mulheres estudadas revelaram ainda que o crescimento da mama foi a alteração corporal da adolescência mais lembrada, sendo interpretado por elas como a aquisição de um novo “status”, e mais valorizado, o de ser moça.

*“A mama... o sutiã... A minha irmã escondia, punha uma fita para esconder, e eu não, eu queria por sutiã logo. Fui muito precoce, com 12 anos eu já usava saltinho e gostava de vestir-me bem”. (C6).*

*“Eu queria ficar com o corpo igual ao da minha irmã que já era moça. Eu queria usar o sutiã dela, essas coisas de menina. Eu esperava ansiosa pelo crescimento do meu seio”. (C7).*

O desenvolvimento da mama, foi interpretado como a evidência mais significativa das mudanças ocorridas no corpo da menina. Porém, o desenvolvimento corporal como um todo também foi citado enquanto característica desta fase da vida. Mas, quando as alterações ocorreram em idade precoce, foi interpretada como uma fase de constrangimento, onde a mulher sentia-se diferente de seu grupo social e não preparada para viver aquele momento.

*“Eu me desenvolvi muito nova. Eu menstruei com 9 anos; então com 9 para 10 anos eu já tinha seio, eu já era uma pessoa grande, que você olhava para mim e não falava que eu tinha só essa idade, falava que era uma mocinha. Então, eu me desenvolvi muito rápido... mas a cabeça era de criança. Eu não gostava do meu corpo, eu odiava. Eu achava que tudo em mim era exagerado, tudo era grande. Eu cresci mais que todas as minhas amigas, eu não gostava. Meu seio cresceu muito...”. (C8).*

A esse respeito VITIELLO e CONCEIÇÃO (1993) referem que “devemos lembrar que, para os jovens, é de extrema importância pertencer a um grupo, onde todos, em

tese, têm as mesmas aspirações, gostam das mesma coisas e comportam-se de maneira similiar”.

Ainda é relevante lembrar que, durante a adolescência, é comum ocorrer desavenças com os pais, até como uma forma de auto - afirmação, sendo o grupo de extrema valia no apoio emocional entre os adolescentes.

A adolescência significou também para algumas delas, uma época de rigidez, que dificultava os relacionamentos com amigos. Neste sentido, observei ainda que figurava um ritual diferenciado entre os gêneros, onde os meninos eram estimulados a viver no mundo externo ao lar. Ao contrário as meninas deveriam manter-se confinadas ao ambiente doméstico.

*“Eu não podia sair de casa. Aí minha mãe voltou e eu era a única filha mulher e ela não deixava eu sair. As vezes eu queria ir em algum lugar, a algum baile.... sempre tinha um aviso do meu pai. Se ela fosse eu ia, senão não. Namorar também era só em casa, eu não podia nem sair na rua. Sentia-me presa. Mas com meus irmãos era diferente, pois enquanto a mãe me prendia, eles viviam soltos na rua”. (C<sub>1</sub>).*

*“Eu quase não saía de casa porque a minha mãe era muito rígida. Ela me prendia muito, tinha que andar direito. Quando ela me deixava sair, ela rezava aquele sermão, então, aquilo já ficava na minha mente e eu já saía com medo. Teve dia que eu atrasei porque estava esperando minhas colegas e ela mandou meu irmão ir me buscar e eu apanhei dele no meio da rua”. (C<sub>9</sub>).*

Estes relatos também sugerem que, além dos irmãos terem mais liberdade, estes mantinham uma relação de poder sobre as mulheres, mantendo assim uma relação de submissão, uma desigualdade entre os gêneros.

Falar sobre a adolescência trouxe recordações para as mulheres de uma época lembrada com saudade, onde a relação com os pais, vizinhos, amigos era de confiança. Neste sentido é importante deixar registrado que as condições do contexto e do ambiente vividos por elas possibilitaram este tipo de relacionamento, pois se desenvolveram em cidades pequenas, regiões rurais, onde as pessoas se conheciam e se protegiam mutuamente.

*“Era tudo mais tranquilo, morar em cidade pequena, todos se conheciam e tinha mais liberdade, tinha festa, quermesse, missa e a gente ia. Naquele tempo a gente fazia “footing”, tinha os bailes, tinha as paqueras. Quando eu ia ao baile, eu avisava meu pai e ele só dizia: Não vem tarde, com quem você vai, aquelas coisinhas...”. (C5).*

As dificuldades próprias desta fase da vida, que geralmente se refletem nas alterações de comportamentos, não foram objeto de grande reflexão para a maior parte das mulheres deste estudo. Elas estavam muito envolvidas com os problemas dos adultos (pais) e com o trabalho. Somente para uma delas, a adolescência foi interpretada como uma fase da vida, em que os sentimentos eram ambíguos, que estimularam uma auto - reflexão.

*“Eu tive dois momentos distintos. Um assim... alegre, de carnaval, de ir a bailes, coisas assim. Mas muito tímida também... Interessante essa timidez... e você joga pra fora uma extroversão. Aparentemente muito extrovertida, mas intimamente muito tímida, insegura. Depois que a gente vai aflorando mais... os desafios da*

---

*vida, sair de casa, então essas coisas foram me fortalecendo mais. Mas na adolescência muito assim... Acho que a ausência do pai, né. Eu tenho a impressão que meu buraco negro foi a adolescência. Então eu me lembro que eu fui muito menina, de chegar ao ponto de... com 18 anos que já era para estar mais amadurecida, eu ia descalça encontrar o namorado, muito menina, sabe... muito displicente. (C6).*

Assim, apreendo que para as mulheres deste estudo, o período da adolescência foi marcado pelas manifestações da puberdade (menarca e desenvolvimento corporal) onde havia grande preocupação com o cuidado do corpo. Viviam em um contexto onde figuravam, principalmente, trabalho e as preocupações próprias dos adultos. Desta forma, a adolescência não foi sentida como um período de transição entre a infância e a vida adulta, a não ser pelas manifestações físicas.

### **III - O desenvolvimento da sexualidade**

Conforme descrevem BRUNS, GRASSI e FRANÇA (1995) a sexualidade, entendida como o transcendente ao ato sexual, enquanto fonte de prazer ou desprazer e que se relaciona e se confunde com a história pessoal de cada ser humano, tem sua prática submetida a uma série de normas, valores e regras construídas ao longo do processo histórico - cultural de cada sociedade.

O homem, enquanto ser cultural, teve que reprimir seus instintos para que as civilizações pudessem existir, surgindo com isso a instauração das leis, normas, proibições. Estas proibições visavam ao controle, principalmente, da atividade sexual e dos impulsos agressivos, para que a sociedade, assim como a conhecemos, se tornasse possível.

Esse processo de interdições, observado na história da humanidade, é registrado na literatura há muito tempo. Desde os tempos de Platão (séc. V a.C.), a alma, dicotomizada do corpo e superior a ele, deveria controlar os desejos e paixões suscitados por este. Era uma moral estética, na qual o belo apreciado era ter domínio de si mesmo (BRUNS, GRASSI e FRANÇA, 1995).

Na Era Cristã (Séc. I), a sociedade romana priorizava as práticas ascéticas com o objetivo de reproduzir virtudes morais. O prazer era controlado pela promoção de uma moral culposa e condenável, na qual ceder à sexualidade era perder a vida espiritual e afastar de si o paraíso e a civilização. Daí em diante, a Igreja, na Idade Média, apoderou-se de qualquer tentativa de libertação consciente da sexualidade, reservando para si o direito da educação moral e espiritual dos homens no Ocidente (BRUNS, GRASSI e FRANÇA, 1995).

Por volta do século XVII, com o empobrecimento da nobreza e com a ascensão da burguesia, ocorreram movimentos de valorização da inocência, passando a ser exaltada a “pureza” infantil, dentro de um contexto social de revalorização de alguns movimentos religiosos. Compreendia-se então, a prática do sexo como uma atividade pecaminosa e não merecedora de aceitação divina e social. As crianças, por não terem os genitais externos ainda desenvolvidos e por não praticarem atividades sexuais, estavam em estado de pureza, isentas assim de qualquer “culpa”. Ainda dentro desse enfoque, acreditava-se ser essa “inocência” proveniente da ignorância sobre o sexo, sendo então defendida a postura da conservação dessa inocência pela manutenção da ignorância (VITIELLO, 1995).

Assim, segundo VITIELLO (1995), a partir desse conceitos, foi valorizado um tipo de “educação” que ao mesmo tempo mantinha as crianças (e os adolescentes) desinformados e impunha-lhes um padrão repressor de comportamento, visando-se mante-los afastados da curiosidade e dos conhecimentos sobre a sexualidade. Os resquícios sociais de tais padrões educacionais podem ser evidenciados na angústia que a maioria dos adultos atuais sofre frente às manifestações da sexualidade infantil, como a masturbação, por exemplo. E é esse ainda o padrão de educação vigente, que reprime ao mesmo tempo em que nega a sexualidade do ser humano durante a infância.

Assim a história da civilização se repete na educação de cada criança, onde se espera que, satisfatoriamente, ela vá se adequando às normas e leis sociais. Desde o primeiro momento de vida, o homem está inserindo num contexto histórico, sendo que as próprias relações com o recém - nascido seguem um padrão que cada sociedade estabeleceu como correto.

Em sua versão tradicional, a família desenvolve as funções de impor a própria autoridade, controlar a sexualidade dos filhos e de se apresentar como o modelo ideal de comportamento sexual. Assim segundo BRUNS, GRASSI e FRANÇA (1995), “a identidade sexual e social de cada um de nós é construída, segundo este contexto no qual estamos inseridos”.

Sendo a sexualidade uma construção social na qual se enfatiza a castidade e a passividade da mulher como atributos inerentes à seu gênero, espera-se que no exercício do ato sexual, sua potência seja inibida e escamoteada (ALVES e cols,1980).

Desta forma, procurei levantar através das histórias de vida, elementos que me dessem suporte para entender como ocorreu o desenvolvimento da sexualidade das mulheres deste estudo.

Pelos relatos pude apreender que para essas mulheres, falar em sexualidade, significou discorrer sobre o ato sexual em si, o que em geral era constrangedor, limitando as descrições a algumas frases ou palavras (“Ah! É bom...” (C4), “Eu tinha vergonha do meu marido” (C3)). Assim, parece-me que as mulheres interpretam que a sexualidade está restrita à relação sexual e que é um assunto proibido.

Segundo VITIELLO e CONCEIÇÃO (1993), isto ainda ocorre porque através da interpretação da Bíblia, que durante séculos tanto influenciou nossa cultura, considera-se o sexo como um mal necessário, admissível apenas por ser indispensável à reprodução da espécie. Inaugurou-se, a partir dessa interpretação, a confusão entre sexualidade e genitalidade que perdura até nossos dias.

Desta forma, as mulheres deste estudo, vivenciaram de maneira encoberta as manifestações da sexualidade, sendo por exemplo o namoro interpretado como uma fase de conhecimento interpessoal, restrito ao diálogo, onde até mesmo as carícias eram proibidas.

*“Ah! Eu namorei bastante. Eu gostava de paquerar. Naquela época, namorar era sentar junto, pegar na mão e conversar, não podia beijar”. (C3).*

*“Era conversar mesmo, porque esse negocio de chegar e já ir beijando, pegando na mão, ou às vezes levando pra... Não, não tinha nada disso, era aquele namoro assim, como nós estamos aqui conversando. Era gostoso, porque era aquele namoro confiante um com o outro”. (C4).*

Porém para os rapazes, estimulava-se a iniciação sexual, a qual por muito tempo era feita, tradicionalmente, com prostitutas. As “moças direitas”, só iriam iniciar-se sexualmente após o casamento.

A vivência da sexualidade tanto masculina quanto feminina em nossa cultura é permeada pelo desconhecimento, pela incapacidade de se falar naturalmente sobre ela. Entretanto os valores, as normas e as interdições sociais configuram “modelos sociais” diversos para o homem e para a mulher. Para o homem é sobretudo um modelo que consente, que incentiva a fazer. Espera-se que ele exerça a sexualidade e o bom desempenho sexual é uma preocupação e uma pressão social constantes. Para a mulher, é um modelo que interdita, que oculta (GRUPO CERES, 1981).

Assim entre as mulheres deste estudo prevaleceu o início da atividade sexual após o casamento, instituição através da qual se legitima o exercício da sexualidade em nossa sociedade.

*“A única pessoa mesmo que eu peguei na mão e me beijou foi o meu marido, que eu namorei 3 anos e casei. Mas os outros namoradinhos era assim: Boa noite, na hora de ir embora era*

*boa noite e cada um pra si, nada de beijinho não. Tive relação só depois do casamento e foi bom porque a gente se sentia bem e meu marido respeitava nas coisas que não podia, então a gente teve um relacionamento muito bom, graças a Deus”.*  
(C4).

Este relato evidencia o que PARKER (1991) aponta como aspectos que influenciam a vida sexual brasileira, observando que “os conceitos de gênero na cultura popular, a renúncia à carne na ideologia religiosa e a interrogação dos desejos perigosos no moderno pensamento científico e médico delineiam um quadro elaborado de possíveis práticas sexuais - algumas definidas como permitidas, outras como proibidas”.

Segundo este autor, a vida sexual deve ser compreendida muito mais no plural do que no singular, uma vez que apresenta diversos significados analiticamente distintos ou estruturas conceituais culturais que se sobrepõem no curso da vida cotidiana, oferecendo uma variedade de perspectivas diferentes para a moldagem da prática sexual, bem como para a interpretação de seu significado. Várias instituições com seus múltiplos e contraditórios discursos concorrem para a configuração dessa diversidade de perspectiva.

Assim, PARKER (1991) aponta para o fato de que tradicionalmente a questão de gênero, situada na ordem patriarcal, forneceu as bases para a construção de significados sexuais no Brasil. O sistema de gênero afigura-se como uma das possibilidades para a organização da vida sexual e, apesar de algumas modificações ocorridas em setores privilegiados da sociedade brasileira, ainda persiste a opressão que marca a vida da grande maioria das mulheres brasileiras, regida por uma ordem social patriarcal. Junto à questão de gênero,

acrescenta PARKER (1991), as divisões de classe e diferenças de situações também condicionam os significados sexuais. Os setores mais privilegiados da sociedade brasileira têm maior acesso a um sistema de significados sexuais do que outros.

As diferenças de significados sexuais também são analisados em termos regionais que segundo PARKER (1991), o universo de significados sexuais das pessoas que vivem em áreas rurais e áreas urbanas em regiões menos industrializadas é mais restrito do que o de regiões mais desenvolvidas.

Como refere GOLDSTEIN (1996) as sexualidades e os saberes, como muitos bens de valor, não são igualmente distribuídos na sociedade brasileira, existindo uma diferenciação em termos de gênero. Reforça esta autora, que existe uma cultura sexual brasileira, com várias sub-culturas, com discursos distintos e às vezes contraditórios.

Desta forma ao analisar as histórias de vida das mulheres deste estudo, entendo que, para elas, as questões da sexualidade sempre foram tratadas de forma restrita e sofreram a influência de suas visões de “ser mulher” submissa e da cultura, onde a atividade sexual deveria ser uma iniciativa do homem.

*“No dia do casamento pra trocar de roupa eu fechei a porta, deitei de costa e dormi sem conversar, mas na madrugada ele me acordou e falou que estava precisando. E isto continuou, ele me procurava e eu tinha muita vergonha, mas depois acostumei”. (C3).*

Segundo REICH (1981), a moral sexual, impregnada de interesses de propriedade, tornou coisa evidente que o homem “possui” a mulher, enquanto a mulher por sua vez se “entrega” ao homem. Como, entretanto, possuir é uma

honra, e entregar-se, ao contrário, representa rebaixamento, a mulher adquiriu uma atitude negativa com respeito ao ato sexual. Essa atitude é constantemente fomentada pela educação autoritária.

Além disso, reforça este autor, a moça já adquiriu desde a infância a idéia de que somente poderá ter relações sexuais com “um” homem. Estas influências educacionais estão mais profundamente enraizadas e têm mais efeito (porque inconscientemente são fixadas com sentimentos de culpa) do que o esclarecimento sexual, que é iniciado tarde demais.

Assim, falar sobre a atividade sexual, não foi tarefa fácil para essas mulheres. Geralmente os relatos se restringiram a enfatizar que o início da atividade sexual ocorreu no casamento e que o marido foi o único parceiro sexual.

Conforme ressaltam ALVES e cols (1980), a legitimidade da relação sexual é fundamental para a mulher, na medida em que sua condição social se define basicamente em função da reprodução, estando conseqüentemente sujeita ao poder.

Para estas autoras a desinformação e o desconhecimento, também atuam como instrumentos de poder, favorecendo a internalização e reprodução das interdições sociais quanto ao exercício que cercam o discurso sobre a sexualidade. Cercadas pelas interdições e tabus que cercam o discurso sobre a sexualidade, são impedidas de partilhar essa experiência, vivendo-a isoladamente, e, quase sempre, considerando-a como inevitável. Entendem ainda as autoras que, tanto o desconhecimento quanto a subestima remetem à representação social sobre a mulher, em que todo um conjunto ideológico é acionado para reforçar os estereótipos de pureza e submissão.

Esse conjunto ideológico é assimilado através de um longo processo de socialização, no qual a mulher toma como naturais os estereótipos sócio - sexuais a respeito da identidade feminina caracterizada como “tímida”, “passiva”, “doce”, “frágil”, “dependente”, “insegura”, “fiel”, etc., atributos esses que configuram a própria conceitualização do “ser mulher”, cujo paradigma na civilização ocidental cristã é a pureza (ALVES e cols, 1991).

Assim, o ocultamento, o silêncio sobre a sexualidade, não é um vazio. É um silêncio que transmite um modelo do “ser mulher”. Dentro desse modelo o desconhecer é visto como algo “natural”, próprio à conduta considerada adequada à condição feminina (GRUPO CERES, 1981).

Segundo a visão do GRUPO CERES (1981), todo esse ocultamento entra supostamente em contradição com a função social que cabe à mulher exercer, função essencialmente calcada na sua condição de sexo, no biológico. Ela é considerada, antes de tudo, como procriadora. Parece paradoxal que estando a vida da mulher definida pelo exercício da reprodução, a sua sexualidade seja silenciada e ocultada. No entanto, o aparente paradoxo torna-se compreensível quando refletimos que o ocultamento da sexualidade, a carga de tabus, preconceitos, restrições e regras de conduta que a cercam, formam uma verdadeira “estratégia do silêncio”, um dos meios pelos quais a sociedade exerce controle sobre o corpo da mulher.

Da mesma maneira, o prazer sexual também aparece como algo distante, fora do contexto da sexualidade destas mulheres. Falam muito pouco sobre isto.

ALVES e cols (1980) referem que a desinformação e o desconhecimento que aparecem marcando nitidamente as diferentes etapas de evolução da fisiologia feminina, evidenciadas por sinais característicos, vão incidir também no

que se refere ao prazer sexual da mulher. É no próprio exercício do ato sexual que se torna necessário coibir e controlar o comportamento da mulher, inibindo e escamoteando a força de sua sexualidade, que deve ser reprimida, a fim de se manter dentro dos limites dispostos socialmente. Assim, como referem estas autoras, muitas vezes o prazer sexual não entra nem ao menos na expectativa da mulher, que considera como sua realização sexual o fato de “dar prazer” ao homem.

Ser homem em nossa cultura, conforme refere GUIMARÃES (1996) significa dispor de uma sexualidade em evidência, pressupondo-se uma relação de intensa intimidade com o prazer e a liberdade de seu exercício. Contrapondo-se a essa cultura do ser masculino, justifica a autora, que a sexualidade feminina caracteriza-se por um exercício constante do desconhecer; do silenciar, do conformar-se.

VITIELLO e CONCEIÇÃO (1993) referem que é na fase adulta que ocorre (ou pelo menos deveria ocorrer) o período do apogeu da sexualidade do indivíduo, que já se encontra suficientemente maduro e seguro para estabelecer sólidos vínculos afetivos e usufruir, adequada e prazerosamente, de sua sexualidade. Porém como salientam estes autores, infelizmente, à custa de uma distorcida educação sexual e de preconceitos sociais os mais diversos nem sempre é assim. Não é incomum que as pessoas tenham uma noção distorcida da sexualidade, deixando de vê-la como algo positivo, como algo de bom e belo, como um dom. Assim, tem-se divulgado um conceito bastante distorcido da sexualidade, o qual apresenta como meta suprema e obrigatória, o orgasmo, considerado como o mais precioso bem a que se pode almejar. Nesta acepção, é “obrigação” do homem “dar” orgasmos à mulher, como se orgasmos fossem

presentes, que a onipotência masculina possa distribuir a seu bel-prazer. A mulher, por sua vez, para considerar-se “verdadeiramente mulher”, deve “ter” orgasmo, sem o que considera-se fracassada.

Assim, algumas mulheres deste estudo interpretaram que somente conseguiram sentir prazer no relacionamento sexual, quando tiveram a oportunidade de vivenciar situações em que as interações sociais entre os parceiros eram precedidas de “carinhos”, onde descrevem o ato sexual prazeroso o que amplia o conceito de zona erógena privilegiada, do aparelho genital para todo o resto do corpo.

*“Eu acho que eu não me sentia bem porque não tinha carinho... era uma coisa mecânica. É exatamente aí que eu acho que não me sentia bem... porque não tinha carinho. Porque hoje eu tenho um companheiro e é completamente diferente. É como eu disse, acho que as cabeças, não...”. (C3).*

*“No casamento eu não tinha prazer no relacionamento sexual. Somente depois que conheci outro homem é que eu soube o que era orgasmo, prazer”. (C2).*

Segundo FOUCAULT (1985), na moral do casamento rigoroso que formulou-se nos primeiros séculos de nossa era, é fácil constatar o que o autor chama de “conjugalização” das relações sexuais. Tradicionalmente, o vínculo entre o ato sexual e o casamento se estabelecia a partir e em função da necessidade de ter uma descendência. Esse fim procriador figurava dentre as razões para se casar; era ele que tornava necessárias as relações sexuais no casamento. Assim, em função daquilo que o prazer sexual é, ele não poderia ser admitido fora do casamento, o que implica praticamente que ele nem mesmo deveria ser tolerado

num indivíduo não casado. A conjugalidade é para a atividade sexual a condição de seu exercício legítimo.

Esses princípios morais continuaram impregnando as culturas, de modo que o prazer sexual fora das relações do casamento ainda é visto como um ato imoral.

Por outro lado, o relato que apresento a seguir, revela que para as mulheres estudadas, o desenvolvimento da sexualidade está na dependência de vários fatores, mas que o conhecimento do próprio corpo e o amadurecimento pessoal desempenham um importante papel, sendo indispensável a abordagem destes temas na educação sexual.

*“Estava com 49 anos quando tive a primeira relação sexual. Me deu muito prazer, tive assim... interessante que foi com uma pessoa desquitada, que estava passando por uma fase muito difícil e acho que foi até uma das coisas que assustou muito, porque eu era bem ardente. Eu acho que tudo o que eu bloqueei, porque eu canalizei muito - o magistério é uma forma de canalizar, o serviço social é uma forma de canalizar. Então isso daí... eram poucos momentos que eu tinha um impulso mais... e eu me realizava muito na masturbação, no início muito conflitivo porque ainda tinha o aspecto religioso... Depois a gente vai ficando mais madura, vai lendo mais, vai interpretando, então poucas as vezes que eu tinha necessidade de masturbação, e no relacionamento eu senti que avancei muito. Então... eu fui achando que... era um homem com mais ou menos 50 anos e eu avancei um pouco e assustei um pouco. Mas depois que passou essa fase, me deu muito prazer, curto, mas de muito prazer. Nós ficamos junto um ano”. (C6).*

Este relato também mostra o quão conflitivo é para uma mulher, almejar por prazer, fora dos padrões estabelecidos para as relações sexuais entre os gêneros.

ALVES e cols (1980) referem que na conceitualização sobre sexualidade feminina ainda existe a prescrição de um padrão de “normalidade”. Assim, segundo estas autoras, é considerada anormal, frígida, a mulher que não atinge orgasmo no coito vaginal. Por outro lado o critério de “normalidade” é também estabelecido por parâmetros determinantes do “certo” ou “errado” na relação sexual. Reforçando a ideologia da castidade, a mulher não deve demonstrar desejo de formas de relacionamento sexual diferentes da penetração vaginal. O prazer sexual só se torna “normal” se for obtido através do coito vaginal.

O relato apresentado a seguir, além do aspecto da “normalidade”, revela que apesar da mulher ter desejo, sente-se usada pelo companheiro e sem condições de propor mudanças em sua vida sexual. Desta forma, em sua interpretação, como é o homem quem deve tomar a iniciativa no relacionamento sexual, mantém-se aguardando os acontecimentos, apesar de não achar correto

*“Quando ele sente vontade e vem me procurar, eu o ajudo, faço um bruta esforço e não vira nada. Eu só tenho orgasmos se ele me masturbar, mas eu não me sinto bem porque isso não é normal, mas é quando ele sente. Aí quer dizer, que a mulher tem que estar pronta pra servir naquela hora. Ele fez a vez dele, pronto acabou. E eu? Fico a ver navio...” (C9).*

Os tabus que envolvem a sexualidade em nossa cultura, assim como a valorização da castidade enquanto atributo feminino, dificultam a troca de experiências sobre as relações sexuais, cercando-as de uma aura de mistério,

silêncio, vergonha, solidão. Assim, a normalidade, enquanto dimensão da vivência da sexualidade feminina, reforça a estratégia do silêncio, na medida em que silenciar, calar, não compartilhar seus questionamentos é preservar uma imagem de “normal” (GRUPO CERES, 1981).

Segundo ALVES e cols (1980), a idéia de castidade, de pureza, de recato que orienta o comportamento sexual da mulher apóia-se no mito de que a sua natureza é essencialmente voltada para a entrega total. Portanto, o exercício de sua sexualidade geralmente se faz através de um envolvimento afetivo profundo. Esta condição restringe a experiência e o conhecimento em relação ao seu potencial sexual. Nas narrações sobre o desenrolar da vida sexual feminina, o homem é descrito frequentemente como autor, responsável e executor, desde os primeiros sinais de sexualidade até a realização do defloramento e a consecução do prazer. Estas autoras entendem que, em grande parte dos casos a mulher sente o desejo sexual, mas imediatamente o reprime e o delega ao homem, que é quem “deve”, segundo as normas sociais, desejá-la.

Nas situações em que as mulheres estudadas tiveram iniciação sexual fora do casamento, mostrou que há uma tendência em colocar o fato como dependente de um ator, isto é o homem; ou ainda como uma inseqüência da adolescência.

*“Tive minha primeira relação com 17 anos e nem sei porque aconteceu. Senti dor, não tive prazer. As vezes as coisas acontecem na vida da gente e que não era para acontecer . Na minha já tinha acontecido, então... Eu não queria ... Eu estava namorando e aconteceu. Se eu tivesse que voltar atrás, eu não queria que acontecesse”. (C1).*

*“Eu namorei só esse meu marido. Casei grávida - tive que casar - na época era a única solução. Foi uma bobeira da cabeça de juventude, sei lá... Olha pra ser sincera, eu acho que eu não sentia nada. Foi uma bobeira, que depois deu essa conseqüência de engravidar e eu tive que casar. A primeira relação foi uma coisa tão estúpida, uma coisa tão cheia de medo, assim... que não teve nem como.... Na época era uma coisa que não podia. Nossa, eu casei grávida e foi um escândalo na família, sabe assim?”.(C8).*

MAIA, GUIMARÃES e LOPES (1993) discorrendo sobre as modificações nos valores e posturas sexuais que ocorreram nos últimos 30 anos, apontam que de uma forma geral, o principal resultado dessas mudanças se deu entre mulheres e adolescentes os quais se tornaram mais ativos sexualmente.

Com relação aos valores sociais e morais, o adolescente reivindica posturas liberalizantes, enquanto o preconceito sexual também se apresenta em suas ações. A falta de informação e a atitude ambígua dos adolescentes em relação à sexualidade são conseqüência da ausência de referência e de valores, que segundo MAIA, GUIMARÃES e LOPES (1993), se devem aos valores de seus pais que foram mudados, mas não superados.

Com falta de informação e formação sexual, os jovens vão se encontrar diante do mistério do prazer, do desejo não elaborado, não discutido e não refletido. E, muitas vezes, ao permitir-se o novo no extraordinário momento de estar com outro, sem contudo saber conduzir suas próprias emoções, seus limites e até definições do que busca realmente, perdendo-se em conflitos e imprevidências (BRUNS, GRASSI e FRANÇA, 1995).

Desta forma, entendo que para as mulheres deste estudo a vivência de sua sexualidade, ocorreu de maneira velada e moralmente silenciada, apesar da diversidade de sentimentos e emoções.

#### **IV - O Casamento**

Casamento\* é o ato solene de união entre duas pessoas de sexos diferentes, capazes e habilitadas, com legitimação religiosa e/ou civil. Porém REICH (1991) chama de casamento, a ligação prática e fatural de natureza sexual, existindo ou não certidão de casamento. Diz o autor: “A relação sexual permanente, com base biológica e sexual - psicológica torna-se casamento”.

Suas características ideológicas, conforme referido por REICH (1981), são as exigências eclesiais (conteúdo legal) de que tenha que ser vitalício e rigorosamente monogâmico.

FOUCAULT (1985) discorrendo sobre a origem do casamento, refere que “parece que a prática do casamento ou do concubinato regular, na medida em que os documentos permitiam julgá-la, foi generalizada ou, pelo menos, difundida em camadas as mais importantes da população. Em sua forma antiga, o casamento só tinha interesse e razão de ser na medida em que, mesmo sendo um ato privado, ele continha efeitos de direito ou pelo menos de “status”: transmissão do nome, constituição de herdeiros, organização de um sistema de alianças, junção de fortunas.

Assim, continua este autor, “para as classes superiores o casamento era amplamente dinástico, político e econômico. Quanto às classes pobres, por

---

\* NOVO DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA - Aurélio Buarque de Holanda Ferreira -1986.

pouca informação que se tenha sobre a sua prática matrimonial, pode-se supor que dois fatores contraditórios estavam em condições de desempenhar um papel, e que ambos diziam respeito às funções econômicas do casamento: a esposa e os filhos podiam constituir mão-de-obra útil para o homem livre e pobre; mas por outro lado, existe um nível econômico abaixo do qual um homem não pode esperar, manter uma mulher e filhos”.

Estes imperativos econômicos - políticos que comandavam o casamento vão perdendo parte de sua importância. Assim, como refere FOUCAULT (1985), “o casamento torna-se mais “livre”: livre na escolha da esposa, livre também na decisão de casar-se, e nas razões pessoais de fazê-lo. Também é provável que, nas classes menos favorecidas, o casamento tenha se tornado uma forma de vínculo que retirava seu valor do fato de estabelecer e sustentar fortes relações pessoais, implicando no compartilhar da vida, na ajuda mútua, no apoio moral. O casamento se conclui cada vez mais nitidamente como um contrato desejado pelos dois cônjuges, que nele se engajam pessoalmente”.

Assim ARIÈS (1986) diz que desde sua institucionalização, reconhece-se duas razões do casamento: a procriação (onde a mulher fecunda é reverenciada) e o amor.

A mulher perfeita, desde o Antigo Testamento não é apenas fecunda e mãe, ela é dona da casa, à testa de uma verdadeira empresa doméstica (ARIÈS, 1986).

Em documentos que datam do fim dos séculos IV ou III a.C., os engajamentos da mulher implicavam a obediência ao marido, a interdição de sair, de noite ou de dia, sem a sua permissão, a exclusão de qualquer relação sexual com outro homem, a obrigação de não arruinar a casa e de não desonrar o

marido. Este, em compensação, devia manter sua mulher, não instalar uma concubina em casa, não maltratar sua esposa e não ter filhos das ligações que pudesse manter fora de casa. Os contratos de casamento assim desenvolvidos fazem o marido e a mulher entrarem num sistema de deveres ou de obrigações que, certamente não são iguais, mas são compartilhados (FOUCAULT, 1985).

Desta forma, institucionaliza-se o casamento, sedimentando-se ou alterando-se em alguns detalhes os papéis de cada um - homem e mulher - constituídos com base nas relações que estiveram presentes desde sua origem. Com os papéis femininos definidos a partir da vida doméstica, o casamento passa ser considerado o ponto central da vida da mulher.

O estudo de CALDANA (1991), evidenciou que na década de 50 e 60 no Brasil, vigorava a ideologia de que as preocupações das mulheres se estendiam da procura do parceiro à manutenção do matrimônio. Solteira, a moça deveria cultivar sua “qualidades atrativas”, pois a escolha masculina era cautelosa, comparável a um investimento. As obrigações estendem-se para depois do casamento, sendo que recai sobre a mulher a responsabilidade de mantê-lo. Para tanto ela não deve ser exigente ou crítica com o marido; deve ser bem humorada, sorridente e afetuosa; deve cuidar da casa eficientemente, oferecendo conforto, boa comida e casa arrumada; deve respeitar e compreender o trabalho do marido, servindo de ouvinte de seus desabafos; não deve ser ciumenta; deve estar sempre disposta a perdoar o marido em caso de infidelidade.

Desta forma, vão somando-se atributos que colocam a mulher em situação de desvantagem no casamento.

Além disso, criam-se expectativas em relação aos papéis de cada cônjuge, que vão entrar em conflitos com as situações adversas da vida, aumentar a distância entre o que é idealizado e realidade.

As mulheres deste estudo foram unânimes em associar a experiência do casamento com dificuldades relacionadas ao desempenho de papéis do marido. Elas ainda interpretam o sofrimento vivenciado na vida conjugal como um destino da mulher.

Posso citar por exemplo, o número de casos de alcoolismo relatados como fator desencadeante das dificuldades no casamento. Assim, acredito que este tópico deva merecer atenção à parte, pois os determinantes são complexos, sendo que não pode-se excluir as modificações ocorridas nos papéis sexuais em nossa sociedade.

*“Logo que eu casei, o meu marido começou a beber. Eu morava com minha sogra. Ele tinha muito ciúmes, eu não podia conversar com ninguém, nem com o irmão dele, que ele chegava brigando, falando que eu estava andando com outros homens. Ele conseguia bons empregos, mas não parava porque quando dava de beber, perdia dia e era mandado embora. O tempo que eu vivi com ele foi assim”. (C2).*

*“Na época que eu namorava, não percebi que ele bebia. Eu acho que ele não bebia quando ia encontrar comigo, porque se eu soubesse que ele já bebia eu não ia ficar com ele, porque eu já tinha trauma do meu pai, então eu já sabia o que era... Então minha vida com ele foi péssima, péssima, péssima... Foram 7 anos de tortura”. (C8).*

Algumas mulheres ainda vislumbraram no casamento ou na união estável, uma maneira para melhorar a situação de vida. Isto porque, na classe social em que viviam, estiveram desde a infância expostas a uma má qualidade de vida. Assim, a dimensão afetiva não foi o principal motivo do casamento, da mesma forma que a sexualidade foi interpretada como um determinante desta união.

*“Eu tinha 21 anos quando fugi. Sabe porque eu fugi? Ele já tinha a casa dele. Porque ele e meu pai não se davam muito bem, porque meu pai bebia, ele também. E um ofendia o outro, então nós combinamos de fugir e depois casamos. (C3).*

*“Minha primeira relação sexual aconteceu no dia em que eu fugiu. Eu tinha 24 anos, mas sobre essa parte nós não conversamos. Nós combinamos foi para fugir. Eu pensei assim... Ah! Eu vou casar e aí eu vou ter um lar e não vou precisar mais aborrecer ninguém. Minha cunhada conhecia ele melhor do que eu e ela me apresentou. Aí eu fugi...”. (C9).*

Conforme referem BARBOSA e VILLELA (1996), para muitas mulheres a sexualidade não é vivenciada como uma dimensão de sua vida emocional e íntima, mas é exercida mais em relação a objetivos práticos e operacionais, como a manutenção da estabilidade do casamento, da família e da subsistência dos filhos.

Esta situação foi observada na história de vida de uma das mulheres estudadas, pois apesar da convivência ruim, o relacionamento entre o casal mantêm-se há 25 anos.

*“Ah! Ele bebia todo dia. Quando nós brigávamos, a gente ficava mal uma semana, dez dias e quando ele estava bêbado eu nem*

*conversava com ele. Aí era ele quem acabava indo me procurar, porque ele sabia que eu era osso duro de roer. Mas sempre tinha o que comer, sempre tinha dinheiro e a gente pagava as contas direitinho. Eu tinha dinheiro porque ele era pedreiro e ganhava mais". (C3).*

A este respeito, FOUCAULT (1985) descreve que "a institucionalização do casamento por consentimento mútuo faz nascer a idéia de que existia uma comunidade conjugal e que essa realidade constituída pelo casal, tem um valor superior ao de seu componentes". Segundo este autor, é uma evolução análoga à que foi ressaltada na sociedade romana, onde "cada um dos esposos tinha, um papel definido a ser desempenhado, e uma vez realizado este papel, as relações afetivas entre esposos eram o que pudessem ser...".

As mulheres também relacionaram a qualidade da vida conjugal ao fato de terem assumido sozinhas as responsabilidades com a família. Interpretam assim, que ocorreu um desgaste físico emocional por não poderem compartilhar as várias atribuições do casamento.

A história de vida relatada por uma das mulheres revela o peso atribuído a ela sobre a quase totalidade das responsabilidades para com o cuidado do lar, criação e educação dos filhos e outras responsabilidades relacionadas à manutenção da casa o que lastimava não ter sido preparada para isto, pois dentro da perspectiva de gênero muitos destes papeis é reservado ao homem.

*"Foi uma vida corrida, uma vida sofrida porque o meu marido viajava muito. E eu fui criada pra ser dona de casa... E ser mãe e pai ao mesmo tempo não foi fácil. Eu que assumia tudo dentro de casa e até hoje, porque qualquer coisa, ele não faz*

---

*nada sem vim falar comigo. Ele trabalhava com caminhão, de motorista. Então ele viajava e eu ficava criando os filhos. Então aí eu tinha que trabalhar, minhas crianças ficavam em casa com uma mocinha que eu pagava pra olhar. Conforme eles iam crescendo eles ficavam o dia todo no parquinho e assim foi sendo a caminhada". (C4).*

Pude ainda perceber que algumas mulheres além de se responsabilizarem pelo cuidado e educação dos filhos, também assumiram sozinhas a manutenção financeira do lar, especialmente devido ao rompimento do casamento e abandono do companheiro, o qual não demonstrava nem mesmo atenção para com os filhos.

*"O meu marido me abandonou e eu nunca mais soube dele, nem eu nem a família dele. Fiquei com meus filhos pequenos - um tinha sete anos, o outro 6 anos e o caçula com 1 ano de idade. Criei meus filhos trabalhando...". (C5).*

*"Separei do meu marido quando as meninas eram pequenas - uma com 2 e outra 3 anos de idade. Eu trabalhava e cuidava delas. O pai delas nunca ajudou com nada, nem se preocupava em saber se elas estavam precisando de um remédio, uma roupa...". (C2).*

Assim, noto que o papel relacionado com a educação e o cuidado dos filhos passa a ser um fardo em suas vidas especialmente porque as tarefas e responsabilidades destinados a esse trabalho ficam quase sempre só sobre os seus ombros, pois o compartilhamento, parceria mútua inexistem.

Algumas por terem se separado dos companheiros, outras porque estes também não se preocupavam com a educação das crianças, tendo em vista ser este o papel atribuído à mãe.

*“Eu assumi sozinha a criação e a educação das minhas filhas. Eu fui o pai e a mãe das meninas. Consegui comprar uma casa, telefone, somente com meu esforço e trabalho. Nunca deixei faltar nada para elas. Minha vida foi a vida delas, dediquei minha vida a elas”. (C<sub>2</sub>).*

Segundo CALDANA (1991), no ideário da década de 50 e 60, “o amor que se traduz em capacidade de doação é o elemento feminino por excelência”. Assim, nesta visão, a dedicação sem limites é o que garante a gratificação feminina, pois a mulher passa a ser considerada como a pessoa “mais querida do lar”, numa retribuição evidenciada principalmente na relação com os filhos

Porém se esta retribuição não ocorre, a mulher começa a buscar justificativas nas próprias atitudes dos filhos, sendo por exemplo interpretado como falta de vontade ou crianças problemáticas, conforme evidencia esta fala:

*“Minhas filhas não retribuíram todo meu esforço. Elas sempre tiveram problemas na escola, não queriam estudar e eu tentei de tudo, inclusive mudá-las de escola”. (C<sub>2</sub>).*

Por outro lado, as mulheres trazem também como justificativas para as dificuldades comportamentais dos filhos na infância, as relações familiares desfeitas. Assim, através dos relatos de muitas mulheres pude apreender que o processo reflexivo e interpretativo sobre os problemas vivenciados com os filhos se dirigem para a estrutura familiar em desajuste como exemplificado a seguir.

*“Eu não sei se ela tinha revolta de eu ter separado do pai dela. Eu acho que ela se revoltou porque elas eram pequenas, elas eram muito apegadas a ele”. (C2).*

*“Ele puxou um pouquinho ao pai, porque gosta de buteko e de beber... acho que foi ele que sentiu mais a ausência do pai”. (C5).*

Por outro lado, nem sempre as dificuldades vivenciadas com a separação, influenciaram negativamente os comportamento dos filhos, apesar da fase inicial ter sido problemática.

*“o meu filho mais velho sofreu muito, porque apesar dos pesares ele gostava do pai... Mas eu acho que hoje eles são pessoas normais. Eu vejo filhos de amigas minhas, criados com pai e mãe, e que são piores que meus filhos”. (C8).*

Esta fala também evidencia que continua vigente o ideário, que segundo MICHEL (1989) é estereotipado, onde predomina a família nuclear, composta pelo pai, pela mãe e pelas crianças. As famílias compostas de pais viúvos ou divorciados, de mães ou pais solteiros, de crianças órfãs, ficam assim à margem da sociedade e portanto consideradas relações familiares problemáticas.

Atrelada às múltiplas dificuldades que se associa ao cuidado e educação dos filhos e as mulheres destacam uma preocupação com o preparo destes para o mercado de trabalho através da educação formal. E, uma das dificuldades apontadas ressaltam a condição econômica da família.

*“A mais velha estudou até a 7ª série, a segunda até a 6ª série e a mais nova fez até a 7ª série, este ano ela ia fazer a 8ª série, mas eu não fiz a matrícula dela porque não tinha dinheiro para*

*comprar livro e material. As duas mais velhas pararam de estudar para trabalhar”. (C<sub>3</sub>).*

*“O meu filho mais velho precisou começar a trabalhar na roça. Agora está fazendo a 7ª série, mas não é fácil porque o serviço da roça é pesado e ele não consegue ir na escola, porque fica muito cansado”. (C<sub>1</sub>).*

Pude ainda perceber que ao relatarem as suas vivências no casamento, que nem mesmo quando avaliavam um relacionamento conjugal de baixa qualidade, motivo de grande sofrimento para algumas mulheres, foi suficiente para concretizar uma separação. A interpretação que essas mulheres fazem da manutenção do status-quo se refere ao conceito de que a situação da mulher grávida e separada é uma condição fortemente rejeitada pela sociedade e especialmente pela própria família.

*“... só foi sofrimento e mais sofrimento, sofrimento. Eu não queria mais ficar com ele, mas eu já tinha dado uma decepção forte para minha mãe porque ela não queria... Aí eu pensava, agora, se eu deixar o marido e grávida, aí é que ela ia ficar mais doente. E os meus irmãos iam falar mais ainda. Aí eu pensei, seja o que Deus quiser. E foi luta e mais luta”. (C<sub>9</sub>).*

REICH (1981) aborda esta problemática quando diz que “apesar da sociedade abrandar a forma eclesial do casamento, nunca vai até as suas contradições internas, porque de outra forma entraria em conflito com seus próprios pontos de vista liberais”. Essa contradição é encontrada sem exceção em todos os tratados científicos e literários e poderá ser resumida assim. “Os casamentos são ruins, mas a instituição do casamento tem que ser cuidada e

mantida”. A primeira parte da declaração é uma afirmação (corresponde aos fatos), a segunda é uma exigência (moral compulsória reacionária na qual a instituição do casamento é peça indispensável).

As mulheres que vivenciaram a situação de separação no casamento, e que tiveram a oportunidade de refazer sua vida afetiva, interpretaram tal experiência como possibilidade de manutenção de laços muito mais de companheirismo do que de grandes responsabilidades.

*“Eu arrumei um namorado, não assim de morar junto, porque nós preferimos assim, porque os meus filhos não se opuseram. Era só assim, nós não moramos juntos, ele na casa dele, eu em casa. Nós íamos passear, íamos dançar. Mas só que apareceu câncer de pulmão nele também. Aí durou dois anos e pouco, ele era uma pessoa tão boa, ele era uma pessoa muito comunicativa, muito alegre. Durou pouco, aí acabou”. (C5).*

*“Eu estou com um namorado há 6 anos. Na época que apareceu isto ele já estava comigo... ele me deu apoio, chorou muito... e a gente está junto até hoje”. (C8).*

Interessante notar a interpretação que uma mulher faz de sua vida afetiva, onde após ter se dedicado exclusivamente ao desenvolvimento profissional, ter se tornado uma mulher emancipada, o que não é o esperado pela sociedade, sente-se solitária. Assim relata que sente falta de não ter vivenciado a experiência do casamento.

*“Eu fui muito tempo profissional e eu estou tendo dificuldade desse feminino. Olha eu tive que ajudar a mãe pra ir pra frente. Eu tive que lutar por um espaço, foi assim meio na raça. Deixei*

---

*de lado o relacionamento homem - mulher, então aonde eu fico assim... Hoje eu faço as moças refletirem sobre isso, porque é o caso por exemplo, como as mulheres bem casadas, que tem o maridinho... são frágeis, são ... todas deslumbradas, não têm iniciativa para nada - Ah! Eu vou perguntar para o meu marido - e de repente a mulherada muito avançada... eu acho que tem que pensar, sei lá".(C6).*

Portanto, percebo que as histórias de vida das mulheres estudadas revelam que o casamento é a instituição que dirige as suas vidas trazendo consigo a expectativa do desempenho de papéis e funções cujos atributos foram introjetados, no gênero feminino, durante o seu processo de socialização - ser mãe e antes disso ser esposa. Observo ainda fortes sentimentos de decepção ao revelarem que os laços que as permaneciam ou as permaneceram unidas a um companheiro não sustentavam relações pessoais/sociais efetivas, compartilhamento, ajuda mútua e nem mesmo satisfação sexual. Assim, para as mulheres estudadas o casamento é a instituição que se fundamenta numa única razão: a procriação

## V - O Trabalho

As atividades laborais nas histórias das mulheres estudadas configuram um representativo espaço nas suas vidas pois desde muito jovens, relatam situações em que se colocam ajudando os pais na agricultura e na casa. Descrevem as características dessas atividades ao referirem que continuaram a trabalhar para educar os filhos, o que reforçam que fizeram praticamente sozinhas.

*“Eu era uma mulher animada, disposta. Eu trabalhava fora, fazia todo o serviço de casa, passava roupa para fora. Sempre fui a responsável pela manutenção da casa e educação dos meus filhos”. (C9).*

Os seus relatos mostram, como refere SOUZA - LOBO (1989), que a relação com o trabalho é não apenas permanente, mas determinante na organização de suas vidas.

Segundo BRUSCHINI (1992), em qualquer análise feita sobre o trabalho da mulher, deve-se levar em conta um aspecto crucial que é o da sua posição na divisão social e sexual do trabalho, prioritariamente definida a partir de suas funções biológicas, o que a condiciona, de um lado, à execução de uma série de afazeres indispensáveis para a casa e a família, de outro a ocupar principalmente posições subalternas na hierarquia produtiva.

Para a autora, ao se olhar desta forma, o trabalho da mulher está em toda parte: na comida que é comprada e preparada para só depois ser consumida, na limpeza das casas e das roupas, na organização e gerência do lar, na formação da futuras gerações. Está também na criação de animais domésticos, na pequena horta ou roçado, na costura feita em casa para “ajudar no orçamento”.

Por conta, dessa multiplicidade de atividades, BREILH (1996) acredita que as condições de vida e saúde das mulheres, estão sujeitas a problemas determinados pela sociedade patriarcal, sendo destacado o que ele chama de **tripla carga**, que pode ser entendida como:

- ⇒ o trabalho registrado ou informal, caracterizado pelas desvantagens de renda; discriminação; desvalorização; e inadequação de cargas e tarefas quanto às necessidades ergonômicas, fisiológicas e psicológicas próprias do fenótipo.
- ⇒ a dupla jornada com o **trabalho doméstico** caracterizado pela distribuição sexista quanto às responsabilidades e as tarefas de “execução” como limpar, cozinhar, costurar, de “gestão” do mesmo com sobrecarga de tarefas de representação, administração familiar, compras; bem como dos trabalhos de “gestão coletiva ou comunitária, socialização e atenção afetiva”. Evidencia-se também uma distribuição sexista das possibilidades de “descanso e recreação” entre os gêneros como também uma subordinação das mulheres frente ao processo de “tomada de decisões” nos assuntos cruciais da vida familiar.
- ⇒ o desempenho reprodutivo com as demandas especiais das funções correspondentes ao fenótipo feminino (menstruação, gestação e amamentação).

Porém, as próprias mulheres dificilmente entendem o significado da sobrecarga a que estão submetidas, pois interpretam que essas atribuições fazem parte de seu papel enquanto mulher.

Desta forma BREILH (1996) acredita que, o predomínio de uma perspectiva masculina na maior parte dos contextos, determina uma desvalorização dos perigos e exigências do trabalho doméstico e de muitas atividades que se associam predominantemente com as mulheres.

Para este autor, a âmbito doméstico ilustra bem essa forma segregada de olhar um trabalho que poucas vezes é feito pelo homem. Reforça que este deve ser focado porque a qualidade de vida e a saúde se deterioram seriamente pelos problemas do trabalho doméstico. Assim o trabalho doméstico, que angustia, é monótono, de baixo status, produz stress por sobrecarga ou ociosidade - dependendo das classes sociais pode ocorrer fadiga ou esgotamento físico extremos, ou pouca utilização do tempo - quase sempre com medidas impróprias e insuficientes nas classes populares e, sem repouso e recreação adequados.

BREILH (1996) chama a atenção que, as condições de trabalho e de vida são efetivamente distintas entre as mulheres de diferentes classes sociais o que implica grave iniquidade. Então, o autor adverte que não basta dizer que a mulher se estressa muito, por exemplo, por sua condição de mulher, pelas discriminações do trabalho e a “tripla carga”, etc. mas tem que ver que a iniquidade de gênero se potencializa com a iniquidade de classe e isto aumenta diferenças de sofrimento humano.

SOUZA - LOBO (1989) reforça que, a prática do trabalho da mulher sugere a distinção de dois tempos: o tempo de trabalho ligado à sobrevivência, no campo ou em casa, no cotidiano; e o tempo de trabalho assalariado, que remete a um emprego e que produz a separação entre o trabalho doméstico e o emprego em termos de espaços e relações. Por outro lado, as diferentes práticas de trabalho se articulam, se superpõem e se impõe na vida dessas mulheres sem lugar para qualquer escolha.

Ao repensar a inserção do trabalho na vida das mulheres deste estudo, observei que elas praticamente não consideram as atividades domésticas

desenvolvidas no próprio lar como trabalho, relacionando-o somente ao emprego remunerado. Este por sua vez era desenvolvido em profissões consideradas “femininas”, onde o trabalho remunerado se caracteriza como uma extensão das atividades domésticas como empregada doméstica, e servente, ou relacionadas ao cuidado da saúde como auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem e técnica de radiologia. O curioso foi observar que somente uma delas não desenvolvia atividade remunerada.

Também é importante lembrar o baixo grau de instrução delas, o que determina trabalhos com pior remuneração.

O trabalho fora do lar para as mulheres deste estudo, esteve relacionado à necessidade econômica, e de subsistência o que SOUZA - LOBO (1989), argumenta que na realidade das mulheres “o trabalho doméstico faz parte da condição de “mulher”, enquanto o emprego faz parte da condição de “mulher pobre””.

*“Alem de trabalhar fora ainda fazia salgados, doces, assados sob encomenda, preparava almoço para festas, assim passava os domingos trabalhando. Eu trabalhava com amor porque estava criando os filhos, queria um futuro melhor para eles, para ajudar também um pouco mais em casa, porque o ordenado era baixo. Então eu trabalhava na escola a semana inteira, no tempo que eu estava em casa era um doce de figo que eu fazia, era doce de abóbora a aí eu ia preenchendo o tempo. Mas vendia, fazia também rosquinhas de coco”. (C4).*

Um aspecto interessante que observei foi a constituição do próprio gênero feminino sobre a institucionalização do trabalho diferenciado entre os gêneros. Para algumas mulheres, a possibilidade do exercício de atividades dentro ou fora do lar por

cada um dos sexos nem sempre foi entendida como possibilidades de mudanças na divisão sexual do trabalho, mas como uma situação configurada por um desempenho de papéis anômalos ou invertidos como exemplificado no seguinte depoimento:

*“Eu falava para meu marido que lá em casa ele é que era a mulher. Eu saía para trabalhar, trazia o dinheiro e ele ficava em casa, ajudava a lavar a roupa, fazia comida, varria a casa”. (C3).*

Neste sentido considero oportuno lembrar que o papel idealizado de “marido” para estas mulheres, representado pela figura do pai provedor é uma imagem distante. Desta forma, freqüentemente reclamam desta situação, pois interpretam que os companheiros não cumprem seu papel de pai e marido. Nestas situações elas queixam-se de sobrecarrega.

O trabalho quer dentro ou fora do lar configurado nas histórias de vida das mulheres desse estudo traz elementos que podem ser identificados como uma designação geral de responsabilidades, segundo o gênero, que para GIFFIN (1994), foi refletida e cristalizada no plano social em estereótipos sexuais que encobriam e mascaravam as exceções: o homem, responsável pelo sustento econômico da família, é também o sujeito histórico cuja atividade sexual é valorizada fora do contexto reprodutivo, embora o número de filhos mostre sua virilidade; a mulher, responsável pelo lar, é também o objeto histórico cuja atividade sexual é legitimada apenas na reprodução dos filhos legítimos.

Desta forma, a mulher se vê em conflito frente aos atributos impostos durante o processo de socialização que atribui ao homem, assumir o sustento da família, através do trabalho remunerado e a mulher cabe as responsabilidades pela família a qualquer custo e circunstâncias.

A partir do conteúdo relativo ao processo de socialização das mulheres estudadas (desde a infância até a idade adulta), entendo que para estas mulheres o significado do “ser mulher” antes do diagnóstico de câncer de mama está impregnado de valores sociais e morais, os quais se dirigem especialmente para a construção dos papéis de mãe, dona de casa, esposa, trabalhadora, responsável pela manutenção familiar.

Assim, ao perguntar como elas se viam enquanto mulher antes do câncer de mama, relataram principalmente as atividades que desenvolviam no cotidiano e o papel que desempenhavam na família. Desta forma, elas interpretam que “ser mulher”, tem relação estrita aos papéis sexuais socialmente construídos para o gênero feminino.

Outro aspecto que se tornou evidente para mim, no relato de suas histórias foi que durante este período de vida, estas mulheres estiveram sempre ocupadas com os outros: irmãos, companheiros, filhos, pais, etc. Assim, até então, dificilmente tiveram oportunidade de “cuidar de si” . Lazer, descanso, tranquilidade não faziam parte do seu cotidiano.

A esse respeito, FOUCAULT (1985) chama atenção para a necessidade do “cuidado de si”- como refere ele, este é um tema bastante elaborado pelos filósofos desde a antigüidade, que descreveram detalhadamente a arte da existência.

A “cultura de si” se encontra dominada pelo princípio segundo o qual é preciso “ter cuidados consigo”.

O ser humano é definido como o ser a quem foi confiado o cuidado de si. Aí reside a diferença fundamental em relação aos outros seres vivos: os animais encontram “tudo pronto” no que diz respeito ao que lhes é necessário para viver...

---

o homem deve velar por si mesmo: entretanto, não em consequência de alguma falha que o colocaria numa posição de falta e o tornaria, desse ponto de vista, inferior aos animais; mas sim porque o Deus quis que o homem pudesse, livremente, fazer uso de si próprio; e é para esse fim que o dotou da razão. E na medida em que é livre e racional - e livre de ser racional - que o homem é na natureza o ser que foi encarregado do cuidado de si próprio (FOUCAULT, 1985).

#### **4 - O “ser mulher” após o diagnóstico de câncer de mama**

O ocupar-se consigo como refere FOUCAULT (1985), não designa simplesmente uma preocupação, mas todo um conjunto de ocupações, “trata-se de **epimeleia**” quando se fala para designar atividades tais como de dono da casa para zelar da casa, de príncipe para velar por seus súditos, de cuidados que se deve ter para com um doente ou para com um ferido. Da mesma forma explicita FOUCAULT (1985), que o ocupar-se consigo, em relação a si mesmo, a **epimeleia** implica um labor, e, precisa tempo para isso.

Assim, foi interessante observar que à medida em que as mulheres estudadas ocupavam-se consigo mesma verbalizando dimensões da cultura de si, elas se permitiam ficar face a face consigo mesmas, recolhiam o próprio passado, colocavam diante de si o conjunto da vida transcorrida, especialmente antes do surgimento do câncer em suas vidas. E esse trabalho contemplativo consigo próprio é que se permite familiarizarem-se, através dessa leitura, com os preceitos e os exemplos nos quais buscam inspiração e encontram graças a essa vida examinada, os princípios essenciais de uma conduta racional. Trata-se, como explica FOUCAULT (1985), de um “longo trabalho de reativação dos princípios gerais e de argumentos racionais que persuadem a não deixar-se irritar-se com os outros nem com os acidentes, nem tampouco com as coisas”.

Ao falarem com sentem-se enquanto mulher após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, apontaram dificuldades quanto à auto - imagem, auto - estima, vida conjugal, relacionamento sexual e à limitação física para o desempenho de atividades diárias.

Desta forma, utilizo essas categorias para analisar o “ser mulher” após o diagnóstico de câncer de mama.

O conteúdo verbalizado em suas histórias indicaram a mim alterações nos discursos destas mulheres, quando passam a valorizar aspectos de suas vidas que até então tinham passado despercebidos. Este fato pode ser observado no trabalho do REMA onde, freqüentemente, mulheres relatam mudanças na conceituação de vida frente ao diagnóstico de câncer, isto porque o câncer é quase sempre associado com a morte e traz a lembrança, de maneira brutal, quanto à finitude do ser humano.

### **I - Imagem Corporal e Auto - estima**

Imagem corporal tem sido conceitualizada como a figura mental do próprio corpo - a maneira na qual o corpo aparece para o “eu” (WOODS, 1975).

Como referem VALANIS e RUMPLER (1985), a imagem do corpo está intimamente relacionada ao auto - conceito, como uma figura internalizada de seu próprio corpo. Reflete a auto - percepção vinda de dentro de seu corpo e como também das atitudes e interações com outras pessoas desde a infância e por toda a vida. Segundo estas autoras, a mulher terá sentimento positivos para com seu corpo quando ele corresponde ao ideal.

O seguinte relato evidencia que a imagem esperada do corpo correspondendo ao ideal, ao que é valorizado pela sociedade, continua resistindo na memória desta mulher, mesmo após ter sido operada.

*“Ah! Eu penso assim... que eu nasci com o corpo normal, depois fui ficando moça, era tudo bonito, era tudo normal.” (C1).*

A mulher através de todo o seu processo de socialização, vai introjetando os modelos de beleza. E dentro deste processo aparece a mama não só como símbolo de maternidade e feminilidade, como também de sexualidade. A mama é tão idealizada na sociedade a ponto de torná-la um símbolo sexual para a identificação da mulher e para o seu papel feminino (MAMEDE, 1991).

*“eu gostava dos meus seios, achava que o tamanho era de acordo com o meu corpo. Ela não era grande, era normal, eu achava que para o meu corpo... eu gostava, não tinha problema nenhum”. (C7).*

Por outro lado os relatos das mulheres revelam também que a imagem corporal tem íntima relação com a percepção que o indivíduo tem de si:

*“Eu era muito saltitante, eu vivia de salto alto, vaidosa, corpo bom, eu cheguei nos 50 e eu mesmo tomei consciência de que eu estava bem, emocionalmente bem. Eu estava emocionalmente bem e fisicamente muito bem”. (C6).*

Tal conteúdo expressa a percepção individual da imagem corporal que cada uma tem sobre si, revelando como, para essas mulheres, o conceito de sua auto-estima é um importante componente de suas vidas.

Conforme descreve SILVA (1994), a auto-estima e a imagem corporal da mulher são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida. Essas experiências podem repercutir significativamente na vida, influenciando as atitudes e comportamentos de forma satisfatória ou não. Como também a imagem corporal e auto-estima são influenciadas pela condição sócio-econômica, psico-espiritual e emocional, pela família e ambiente social, bem como ao tipo de filosofia de vida adotada e/ou assimilada pela pessoa. Quando

vivenciadas de forma satisfatória, essas experiências podem repercutir significativamente na vida do ser humano e são demonstradas através de suas atitudes e comportamentos, ou seja, pela aparente segurança interior, pela confiança nas relações interpessoais, pelo senso de responsabilidade demonstrado em suas ações, assim como pela esperança e disposição necessária e suficiente à manutenção do impulso criativo.

Segundo WOODS (1975), distúrbios da imagem corporal podem ocorrer quando há uma discrepância entre a maneira pela qual alguém tem a figura mentalmente formada de seu corpo e a maneira como o corpo é percebido atualmente.

Vários são os autores que apontam que, a possibilidade da perda da mama como resultado de um câncer, ameaça a imagem corporal feminina, coloca em perigo o orgulho feminino, necessitando uma mudança de figura do corpo pela mente, e alterações da identidade feminina básica. (MAMEDE, 1991; SILVA, 1994; WOLFF, 1996).

Dentre as mulheres deste estudo, várias evidenciaram dificuldades quanto à aceitação das alterações provocadas pela cirurgia, tendo como conseqüência distúrbios da imagem corporal e imagem feminina.

*“... eu sinto que uma parte de mim não é mais..., falta ...A mama é fundamental para a estética da mulher, então isto daí eu sinto falta”.(C6).*

*“Sou eu que não estou me sentindo bem, eu acho que sou eu. Era tudo bonito, agora, tem vezes que eu vou tomar banho, que eu olho assim... Eu tenho esse buraco aqui, as vezes põe uma blusa cavada, fica aquela coisa aparecendo, a gente se sente*

*sei lá. A gente não se sente como quando era moça, tinha o corpo normal. A gente sente tão esquisito”.(C1).*

Porém vale a pena ressaltar que para esta mulher a mastectomia exacerbou suas dificuldades quanto à imagem corporal, pois conforme apontado por ela, outra situação vivenciada relacionava a distúrbios à sua auto - imagem.

*“Porque eu tenho dois tipos de cirurgia e essas duas cirurgias me marcam muito. Olho assim, para colostomia, vejo essa coisa cortada, olho para cá... é uma coisa que não me deixa sentir bem. A operação do intestino cortou tudo, até em cima. Aqui tem o buraquinho do dreno e aqui tem a colostomia. Ah! Então Nossa Senhora, quando eu olho no espelho... e esse seio ficou menor e com esse buraco aqui. Eu me olho assim e tem dia que não me conformo.” (C1).*

Ao falarem das alterações corporais, lembraram o quão difícil foi o primeiro confronto com a mutilação.

*“Ah! Levei um bom tempo sem me olhar no espelho. Eu chorava muito, eu achava muito ruim. Até hoje olho-me uma vez ou outra pra ver se tem algum caroço, alguma coisa Mas eu tenho dificuldade, é muito difícil... sem roupa é muito difícil. Eu não gosto de olhar para meu corpo”.(C7).*

Ou ainda, o que considero mais complicado, o fato de uma destas mulheres nunca ter conseguido olhar seu corpo.

*“Eu me sinto péssima. Tenho esse complexo... eu não gosto de me olhar, eu nunca me olhei..., eu não sei como é a cirurgia. Eu procuro... sabe assim, quando eu venho eu tiro a roupa aqui*

---

*perto de vocês porque eu sei que vocês trabalham com isso, mas com outra pessoa nem pensar.” (C8).*

Percebo portanto que as reações da mulher mastectomizada estão relacionadas à sua subjetividade as quais são determinadas pela maneira como ela vive e convive com seu corpo desde a infância: ou seja a posição ou lugar destinado a todas as suas experiências consigo mesma, com os outros e com o mundo. E, segundo FONSECA (1988), a sua atitude frente à doença e à perda de uma parte do corpo fortemente investida dependerá da qualidade destas experiências. Para a autora, a perda da mama constitui uma verdadeira perda, semelhante àquela de um ente querido; e que a mutilação do corpo precisa ser elaborada através de um trabalho de luto para poder ser integrado pela pessoa. Assim, uma certa imagem de si deve ser abandonada - a imagem de uma pessoa completa, de um corpo são e perfeito - e uma nova imagem de si deve ser investida.

Desta forma, visualizo que trabalhar com estas mulheres no processo do cuidado de si voltado para a reabilitação, significa estimulá-las a integrar uma nova imagem corporal. Neste sentido, acredito que isto deva ocorrer o mais precocemente possível, uma vez que trabalhar com a mulher desde o diagnóstico e pós cirúrgico imediato tem sido apontado como uma das melhores opções para enfrentar o processo de reconstrução da imagem corporal.

E os cuidados consigo contempla toda uma atividade, como o apoio de outras pessoas, que favorece a exposição do estado da própria alma o que constitui, como refere, FOUCAULT (1985), um exercício benéfico. Benéfico porque dá oportunidade ao sujeito de reatualizar os cuidados para si próprio. E nessa forma de cultura de cuidado de si tem-se, segundo FOUCAULT (1985) um

dos pontos mais importantes dessa atividade consagrada a si mesmo: ela não constitui um exercício da solidão, mas sim uma verdadeira prática social.

Portanto, considero oportuno ressaltar que a enfermeira tem um papel importante neste processo, devendo estimular a mulher a ver sua incisão ainda no período de hospitalização, pois assim tem a oportunidade de apoiá-la em suas reações.

NORTHOUSE (1989) diz que a enfermeira pode ser um elemento facilitador nessa tarefa ao dar responsabilidades à paciente, como observação de secreções na cicatriz cirúrgica, estimulando a realização de exercícios físicos, e assim gradualmente ela vai incorporando uma nova imagem. Ou ainda acompanhá-la ao banho, estimulando-a lavar-se, orientando-a como deve ser feito em casa. Com isso, a mulher poderá naturalmente olhar sua cirurgia.

Acredito que quanto mais tempo transcorrer, para se fomentar o cuidado de si neste período crítico da vida dessas mulheres, mais difícil torna-se para elas pois poderá propiciar a criação de fantasias, com imagens distorcidas, dificultando sua integração corporal e social.

Pude perceber que outras razões associavam à não satisfação com seu corpo como a obesidade, pois queixavam-se de estarem engordando além do esperado. O ganho de peso tem sido uma situação freqüentemente observada entre as mulheres mastectomizadas, algumas relacionam o fato devido às mudanças no hábitos ocorridos após o início do tratamento do câncer de mama. Porém não posso deixar de referir-me ao aspecto cultural, simbólico sobre o câncer, o qual é relacionado à perda de peso e emagrecimento.

*“Estou me sentindo muito gorda. Pelo fato de estar muito parada, estou me sentido fisicamente ... assim muito abaixo do*

*que eu estava antes de fazer a cirurgia. Eu estou balofa, me sentindo pesada". (C6).*

*"Eu engordei muito depois da cirurgia, mas eu não tenho coragem de fazer regime, de fazer caminhada. Eu não tenho coragem de levantar, me arrumar e sair pra fazer caminhada. Eu não tenho força de vontade. Antes da cirurgia eu fazia caminhada, cheguei a emagrecer 8 quilos. Eu me sinto mal de estar gorda". (C7).*

Conforme refere SILVA (1994), a mulher vivenciando a situação de mastectomizada tende a adotar mecanismos de proteção e de compensação, criando condições para garantir certa aceitação pessoal e social além de procurar reafirmar sua participação no meio em que vive, resguardando assim, seu corpo operado e emocionalmente machucado. A mulher procura assim, agir por si só, criando sentido para a vida, imprimindo novos significados para suas relações inter e intra - pessoal, a partir da reinterpretação da sua imagem corporal.

Através de seus depoimentos observei que mecanismo semelhante pode ser observado em relação à presença de linfedema no braço.

*"Quando alguém pergunta porque meu braço é inchado, as vezes eu falo que é reumatismo, outras vezes, que eu tirei um carocinho debaixo do braço". (C3).*

Como também pude notar que as mulheres que foram submetidas à cirurgia conservadora, não consideram que tenham tido dificuldade quanto à imagem corporal.

*“Nem nos primeiros dias com dreno e tudo... eu me olhava no espelho e nunca... nunca tive problema nenhum, não fiquei nervosa, nada”. (C4).*

*“A diferença não é muito, não é? Olhando assim não aparece”. (C5).*

Assim, reforça que este é um aspecto que deve ser trabalhado com a população feminina de modo geral, pois somente o diagnóstico precoce pode garantir uma cirurgia menos mutiladora. Além disso, os serviços de saúde e os profissionais da área devem organizar-se para uma assistência adequada à mulher com vistas à detecção precoce do câncer mamário.

Ainda relacionada à imagem corporal percebi uma preocupação muito freqüente destas mulheres com a estética, sendo que para algumas o uso de próteses externas revelou-se como uma estratégia adequada.

*“Você põe um enchimento e fica a mesma coisa”. (C3).*

*“Me adaptei bem com a prótese, uso a de silicone que ganhei da minha irmã”. (C6).*

Atualmente as próteses de silicone são confeccionada de modo a proporcionar conforto e tranquilidade, mas ainda não são acessíveis a todas as mulheres, devido ao seu alto custo econômico. Porém, pude notar que mesmo aquelas que conseguem comprá-la, às vezes encontram dificuldade para usá-las.

*“Eu só uso quando vou sair de casa. Eu acho que se eu ficar usando em casa, ela fica com cheiro assim... de usada, de suor. Então, quando eu chego em casa, eu tiro logo o sutiã, tiro a prótese e deixo em cima da cômoda, coberta com um paninho,*

*pra ela pegar ar, pra não ficar... E também acho que esquenta muito, não agüento ficar com a prótese o dia inteiro”(C7).*

O uso de próteses não tem somente a finalidade de melhorar a estética da mulher. Vários autores têm recomendado o uso de sutiã com uma prótese mamária para manter a silhueta, evitar a elevação do ombro do lado afetado e evitar o encurvamento da coluna vertebral devido à diminuição do peso ocasionado pela remoção da mama.

Apesar da utilização de prótese ser um importante elemento para a melhoria da estética e conseqüentemente da imagem corporal nem sempre cumpre a esse papel como referido por das mulheres estudadas

*“Eu não escolhi a prótese. Me deram e eu coloquei sem olhar, sabe. Inclusive outro dia a minha mãe falou: essa sua prótese está imunda. Eu falei, ah! deixa. Eu nem olho, eu nem olho. Eu tenho um lugar de guardar, eu tiro e ponho lá sem olhar...”. (C8).*

Este conteúdo revela o quanto tem sido difícil para as mulheres conviverem com a mutilação pois, neste caso específico, já se passaram mais de dois anos da cirurgia, e ela ainda não conseguiu olhar nem mesmo para a prótese que tem utilizado. Em seu atendimento no REMA observei que quando retira a roupa e o sutiã com a prótese, ela procura desviar o olhar ou fechar os olhos revelando sentimentos negativos sobre a imagem que tem de si.

Assim, entendo que na assistência a essa mulher deve haver envolvimento de todos os elementos da equipe, além de um adequado acompanhamento psicológico pois percebo que nada adiantará dizer à paciente que tais reações nada significam ou que ela está bem. Isto somente a fará sentir-se pior ainda conforme revela neste relato:

*“As minhas amigas falam: Nossa isso aí não é nada. Não te faz falta, quanta gente perde braço, mão, não sei o que. Eu até entendo isso, mas... Fora esse complexo, de eu não poder me ver, eu continuo trabalhando, eu continuo vivendo...”.(C3).*

Constatei ainda nos depoimentos das mulheres sobre o significado de ser mulher após a mastectomia as levam a refletir sobre as mudanças ocorridas no modo de vestir, as quais podem ser definitivas ou temporárias.

*“Eu usava roupa cavada, usava bem decotado. Agora não posso usar porque aparece, porque é fundo. Então eu tenho que usar com manga e fechado aqui em cima. Eu gostava de usar cavadinho, bem aberto”.(C3).*

*“No início eu usava mais roupas com manga. Mas atualmente já estou usando cava como gostava e já usei maiô”. (C6).*

*“Ah! Eu gostava de roupa decotada, cavada; eu gostava de ir na piscina, usar biquíni. Hoje eu não posso nem pensar nisso. Eu procuro usar roupa bem..., camiseta que disfarça, eu não uso mais roupa de alça como eu usava, então eu gostava de me vestir assim”. (C8).*

*“Eu não tenho mais gosto de me arrumar. Como eu engordei, perdi a roupa que me servia e não tenho coragem de fazer roupa pra mim, eu não consigo fazer. Também não vou atrás de mandar fazer porque eu engordei muito, estou com falta de uma mama e então eu tenho vergonha de ir na costureira. Sabe, então eu estou assim”. (C7).*

Em decorrência das situações vivenciadas com o diagnóstico do câncer, a perda da mama, associada com a insatisfação provocada pelas repercussões do tratamento

proposto ou realizado, surgem sentimentos de auto desvalorização com conseqüente alteração do conceito de si. E como refere SILVA (1994), em resultado da mudança do nível de auto - estima, a mulher poderá sentir-se incapacitada, com medo de tornar-se menos importante para si e para os outros.

Segundo DUGAS (1984), “a auto - estima compreende a impressão que a pessoa tem de si bem como uma avaliação crítica de si”. Esta autora ressalta dois fatores que se inter relacionam com a auto - estima que são “auto confiança e auto respeito”. A auto confiança diz respeito à sensação de se representar como uma pessoa competente e que tem capacidade para fazer coisas. O auto respeito se refere ao sentimento de que seus comportamentos ou ações estão coerentes com seus valores.

O auto conceito e a auto - estima não se originam puramente da auto - percepção. Isto porque, as percepções refletidas de outras, jogam um papel significativo na formação de uma auto - avaliação da pessoa; sendo que através da interação com os outros, a imagem e avaliação de si mudam (FEATHER e WAINSTOCK, 1989).

E como refere MAMEDE (1991), a mastectomia se apresenta como um forte motivo para diminuir ainda mais a baixa auto - estima de muitas mulheres tão negativada em todo o processo de socialização

Assim, observo que para algumas mulheres deste estudo a baixa auto - estima esteve relacionada principalmente à relação que fazem com a imagem socialmente construída para o corpo da mulher:

*“Vamos supor que meu marido larga de mim por causa de outra... a outra vai ter o corpo dela normal e eu já não tenho”. (C<sub>1</sub>).*

*“É como se eu não fosse a mulher que eu era para ele”. (C<sub>2</sub>).*

FONSECA (1988), também interpreta dessa forma ao referir que quando uma mulher enfrenta a perda de uma mama, ela com freqüência a vivencia como uma

ameaça à sua identidade sexual ou como uma ferida à própria integridade corporal. Complementa a autora referindo que reações emocionais a respeito da mama estão ligadas às atitudes em relação a elaboração da própria feminilidade.

Porém, observei através das explicações das mulheres que, intervenções para favorecer melhora nos níveis de auto - estima surtem pouco efeito, se as mulheres não tiverem um visão ampliada da situação vivenciada.

*“Minha filha briga muito comigo, ela fala que eu tenho que lutar, que eu tenho que me dar valor, que eu tenho que reagir, que eu não posso ficar assim, que a perda da mama não é nada - o que é uma mama?, isso não é nada, uma porcaria de um seio que não faz falta pra nada... Como domingo, que o meu marido brigou comigo, eu fiquei calada, fui lá pra fora de casa, fiquei no quintal... Porque eu penso...eu vou falar, vou brigar, vai ser pior. Então, deste jeito que estou, como é que eu vou fazer... separar agora...”.(C7).*

Este relato, além de mostrar a dificuldade de valorizar-se enquanto pessoa, evidencia o surgimento de um movimento de conformismo sobre a situação vivenciada refletido através de reações de medo e impotência frente à doença.

Assim, segundo MAMEDE (1991), a assistência à mulher com câncer de mama exige o resgate do significado do ser mulher. Para esta autora, ao se permitir colocar em questão tópicos que busquem a origem de tais inquietações e a apropriação desse conhecimento pelas mulheres, poder - se -á auxiliar no resgate da sua integridade.

## **II - Relacionamento sexual**

WOODS (1975), refere que a maneira pela qual o indivíduo percebe seu corpo, pode também influenciar o auto conceito sexual e conseqüentemente, mudar o comportamento sexual. Segundo a interpretação desta autora, a pessoa que percebe não ser atrativa ou louvável, provavelmente evitará situações sociais, podendo sentir-se inadequada em seu relacionamento sexual. Pode procurar privacidade ou mesmo isolar-se daqueles que potencialmente estão chocados ou desgostosos com sua aparência.

Para as mulheres deste estudo, a experiência sexual após a realização da cirurgia foi interpretada de várias maneiras. Algumas expressaram sentimento de rejeição pessoal, onde a perda da mama é vivenciada com repulsa, afetando a atividade sexual, confirmando desta forma dificuldades de adaptação à nova imagem corporal.

*“Ah! Antes de fazer a cirurgia do intestino e depois a do seio, sei lá era mais normal. Agora, sei lá, as vezes tem dia que eu não quero. Tem dia que se eu pudesse deitar na cama e não existisse relação para mim era melhor. Não sei, não tenho mais vontade de prazer. As vezes eu acho que meu marido está vendo naquilo um tipo de obrigação, porque se não fosse um tipo de uma obrigação eu não ia ter aquela relação”. (C1).*

*“Eu não consigo sabe, eu me sinto mal na hora de ter relação, depois que eu fiz a cirurgia. É pela falta da mama, eu não gosto do meu corpo, eu não gosto de olhar para meu corpo”. (C7).*

Porém, ao mesmo tempo que a mulher não se sente em condições de enfrentar o relacionamento sexual, ela interpreta o afastamento do companheiro como uma desvalorização do seu ser mulher.

*“Eu acho que meu relacionamento com meu marido piorou depois que eu operei. Não é que ele seja ruim. Ele me tratava bem, ele chegava perto de mim, me abraçava, ele me beijava, me procurava, brincava comigo. Mas de dezembro prá cá ele mudou, ele parou de fazer isso. Ele chegava em casa, ia perto de mim, me beijava... Ele não me dá mais beijo, não me procurou mais pra ter relação... Então também eu me senti... eu não consigo, eu me sinto mal na hora de ter relação e foi depois que eu fiz a cirurgia. Eu não gosto de olhar para o meu corpo e isso afetou o meu relacionamento sexual. Mas eu fico me sentindo mal porque ele não me procura... muito triste, acho que eu... inferior, não sei, eu me sinto muito mal”. (C7).*

Tal conteúdo expressa e vem reforçar o valor que é atribuído à mama enquanto elemento de feminilidade, sendo sua ausência interpretada como fator impeditivo para o desempenho da sexualidade.

Os relatos revelam também que as mulheres que estão vivenciando um processo de recuperação, após uma mastectomia, necessitam de apoio das pessoas de suas relações, sendo apontado que o apoio dos companheiros é uma peça fundamental deste processo.

*“Eu dizia assim para ele, estou carente, eu preciso de alguém que me dê carinho. Não era só sexo que me ajudava, eu queria uma palavra amiga, que eu pudesse contar com essa*

*peessoa, sair junto. Então, ele foi se afastando, eu senti que ele foi afastando e sem motivo, porque nós não brigamos”.(C2).*

FOUCAULT (1985) chama a atenção que na filosofia do “cuidado de si”, deve-se utilizar como suporte social o “apoio em todo o feixe das relações habituais de parentesco, de amizade ou de obrigação”. Quando, no exercício do cuidado de si, faz-se apelo a um outro, o qual advinha-se que possui a aptidão para dirigir e para aconselhar, faz-se uso de um direito. Acontece também do jogo entre os cuidados de si e a ajuda do outro inserir-se em relações preexistentes às quais ele dá uma nova coloração e um calor maior. Para este autor, o cuidado de si - ou os cuidados que se tem com o cuidado que os outros devem ter consigo mesmos aparece então como uma intensificação das relações sociais.

O cuidado de si aparece, portanto, intrinsecamente ligado a um “serviço de alma” que comporta a possibilidade de um jogo de trocas com o outro e de um sistema de obrigações recíprocas.

Porém percebo que para estas mulheres, as relações que poderiam auxiliar o “cuidado de si”, ficam prejudicadas pela ausência de diálogo. Isto porque, dificilmente elas conseguem expor seus sentimentos em relação à cirurgia, suas rejeições às alterações corporais, suas preocupações com os relacionamentos conjugais. Entendo como raízes dessas dificuldades a própria condição feminina a que estiveram submetidas a vida toda, onde o “ser mulher” é marcado por atributos como : “tímida”, “passiva”, “doce”, “frágil”, “dependente”, “insegura”, “fiel”, “emocional”. Por outro lado, o homem também não foi preparado para “estar junto”, apoiar nas dificuldades, ser “emotivo”.

Conforme refere SILVA (1994), a mulher com um sério problema de saúde, como é o câncer de mama, sentirá maior necessidade de aceitação, de afeição, de compreensão e de carinho. Esta autora aponta que a liberdade, o respeito, o contato físico mais íntimo, palavras de carinho e de estímulo, parecem ser instrumentos indispensáveis para o desenvolvimento do relacionamento conjugal.

Com medo de ser rejeitada, com sua auto - estima afetada, a mulher se sente ameaçada em sua feminilidade e interpreta que sua vida conjugal está em risco.

*“Eu acho que por a gente ser diferente assim, do jeito que o mundo está, as vezes ele vê a gente assim e fala: Ah! a minha mulher está diferente e eu vou procurar outra. Então é isso que deixa a gente no balanço. Como ele sempre fala, ah! Você mudou. Sei lá, eu acho que as mulheres dos amigos dele não são assim. Então eu fico pensando... porque na minha cidade tem um monte de marido largando da mulher por causa de outra e eu estou com medo, estou com medo do meu casamento acabar só por causa disso aí”.*  
(C1).

*“Ele me ajudou muito na época, mas depois da cirurgia ele foi se afastando e agora nem vai mais em casa, sumiu, acabou. Eu não sei se é devido a minha cirurgia, ela é muito grande, eu não sei, é muita coisa que pode ser, eu não sei o que é. Mas eu coloquei na minha cabeça que é tudo devido à*

---

*minha cirurgia, porque depois disso começaram as dificuldades e ele foi procurando se distanciar”.(C<sub>2</sub>)*

Para estas mulheres o que ficou mais concreto em suas vidas foi a alteração corporal provocada pela cirurgia. Assim, o significado que elas imprimiram nestas situações é que o abandono, as dificuldades nos relacionamentos conjugais tinham como foco principal a mutilação. Esta alteração é visível e, talvez, mais fácil de ser explicada.

Observo também que as mulheres acabam assumindo atitudes, que não estavam acostumadas, preocupadas em preservarem-se frente ao companheiro. Assim o fato de não se despirem na presença do companheiro, pode ser interpretado como uma maneira de protegerem-se da realidade do corpo mutilado.

*“É muito difícil pensar em tirar a roupa. Porque eu era mais assim... eu era acostumada, trocava roupa perto do meu marido, agora eu tenho vergonha dele ver meu corpo. Quando é o caso dele estar no quarto, eu vou para o banheiro. Então ele fala porque você vai trocar no banheiro? Eu já acho sem graça e então falo que tenho que pegar alguma coisa no banheiro, mas não é. Eu acho sem graça ele me ver assim. Depois que eu operei eu não tiro a roupa de cima na relação, é muito difícil...”. (C<sub>1</sub>).*

*“Não tiro a roupa porque ele também não quer ver. Então não tem problema... Eu tenho um companheiro que eu até acho que ele foi maravilhoso neste sentido, deu muito apoio. Mas ele*

*também não gosta de ver, de olhar. Sabe... tipo assim: a gente está junto, mas ele procura não ver, não olhar também". (C8).*

Conforme me referi anteriormente, o prazer no relacionamento sexual foi um aspecto pouco revelado por estas mulheres, mas após a cirurgia elas apontam algumas dificuldades que interferem no prazer sexual.

*"Continuo tendo prazer, mas não como antes, mas tenho sim. Hoje tem esse lance de ter que esconder... É uma coisa mais... né". (C8).*

*"Acho que sempre muda um pouco sim. Depois que eu fiz quimioterapia, a menstruação não veio mais e eu não fiquei igual eu era antes. Eu fiquei fria, não sentia nada, mas nada mesmo. Eu queria deitar, dormir e ficar quieta. Agora, passado um tempo, eu melhorei, mas não tenho mais aquela... aquilo que eu tinha, não tenho mais não. Sei lá, um pouco também é o J. porque não adianta eu me esforçar, porque ele também não... sabe? Acho que foi uma vez no mês passado que ele me procurou. Ele tem dificuldade... Meus Deus do céu como demora e quando vai, quando pensa que... acabou". (C9).*

Por outro lado este relato revela que para esta mulher é mais difícil aceitar a impotência do marido do que sua própria frigidez, que foi simbolizada com a ausência da menstruação, ou seja, ela tem como explicar a falência de sua sexualidade. Neste momento, talvez mais que na fase da puberdade, a menstruação foi associada à sexualidade. Esta maneira de interpretar a falência da sexualidade pela ausência da menstruação tem sido utilizada também no

período menopausal, onde após o término da fase reprodutiva a mulher considera que sua feminilidade está ameaçada.

Por outro lado, para uma mulher que se sente vítima de um relacionamento conjugal marcado por um sofrimento, a cirurgia para o câncer de mama foi percebida como um fato que melhorou sua situação de seu relacionamento conjugal.

*“Agora parece que ele melhorou um pouco, porque depois que eu operei, eu falei para ele que eu estou assim por causa dele. Porque a gente ficava muito magoada sabe a pessoa xinga e você não merece aqueles palavrões que você toma, você não merece aquilo e não poder fazer nada e guardar tudo aqui dentro faz mal, não é? Porque a gente não põe pra fora e guarda aqui, então... Eu só escutava, não podia falar nada, porque abrir a boca era pior; então eu tinha que ficar quieta”.*  
(C3).

A qualidade da vida conjugal também foi relacionada à própria dificuldade da mulher em conviver com câncer de mama e suas conseqüências.

*“Mudou pelo fato... Acho que eu mudei. Eu fiquei quase um ano em depressão. Eu me tornei uma pessoa chata, desagradável. Eu acho que eu mudei eu tentei mudar as pessoas em relação a mim. De repente apareceu isso e eu fiquei um ano em depressão mesmo, tipo assim, só deitada, chorando, me afastava das pessoas. Na minha cabeça as pessoas se afastavam de mim, mas hoje eu sei que era eu que estava me afastando. Não queria que tivessem pena, sei lá”.* (C8).

Desta forma, entendo que as mulheres tendem em assumir, novamente, que a qualidade do relacionamento conjugal depende da postura assumida pela mulher.

Conforme refere MAMEDE (1991), torna-se necessário ajudar as mulheres a entender que sua própria experiência de sentir-se isolada, não amada, deprimida, tem uma base social - o significado de ser mulher. Para esta autora, isto significa que elas têm que entender as dimensões sociais e históricas do significado de “ser mulher”, se elas estiverem dispostas a dominar a tendência masoquista de atribuir as falhas de seu desempenho conjugal, sexual, familiar, à sua própria falha como mulher.

### **III -Atividades Diárias**

O tratamento para o câncer mamário, especialmente a modalidade cirúrgica, pode expor a mulher a uma série de complicações como infecção, linfedema, limitação da capacidade funcional do braço e ombro entre outros. E como consequência, coloca em risco o desempenho de suas atividades de vida diária e de seus papéis sociais (MAMEDE, 1991).

MAMEDE (1991) refere que na assistência à mulher mastectomizada, a profilaxia e tratamento do linfedema, bem como a recuperação funcional do membro do lado afetado torna-se essencial no processo de reabilitação.

Assim, preconiza-se alguns cuidados especiais com o braço, os quais representaram para estas mulheres, restrição de suas atividades diárias.

*“Agora tudo mudou, agora tem que ser regrado... não posso fazer todo o serviço de casa”. (C1).*

*“Eu fazia todo o serviço de casa e trabalhava fora também. Agora parei, eu só trabalho fora e faço pouquíssima coisa em casa, com medo do braço inchar; e de vez em quando que eu esforço dói. O serviço da casa mudou bastante. Tem muita coisa que eu fazia e hoje não faço mais. Não que eu não possa fazer, procuro evitar, pra não...”.(C3).*

Conforme revelado nas falas, os cuidados que as mulheres devem tomar são interpretados por elas como impeditivos, principalmente, para o desempenho de uma das funções que está mais ligada à sua identidade feminina - as tarefas do lar, o espaço doméstico.

Isto confirma que, para estas mulheres, as tarefas femininas do lar integram sua definição de “ser mulher”. Lembro ainda que elas sofreram influência de uma época em que, segundo CALDANA (1991), “o doméstico era o espaço feminino por excelência”. Para essa autora, a ideologia que predominava era a que “a casa é o “reino”, e a dedicação da mulher deve ser tal que todas suas tarefas sejam desempenhadas ao nível da perfeição. O desgaste e o custo de tal postura só é reconhecido para ser assimilado ao espírito de sacrifício”

Assim, a aceitação de sua condição é representada enquanto uma recompensa do árduo trabalho desenvolvido durante a vida toda.

*“é uma coisa que você vai aceitando, você tem que entender, porque como diz as minhas irmãs : do jeito que você já lutou, já trabalhou, então agora você é madame, você não precisa se preocupar com essas coisas assim”. (C4).*

*“...porque tem coisa que você quer fazer e não pode, como trocar uma lâmpada, porque eu já não posso subir na escada*

*pra trocar. E era uma coisa que você não precisava de ninguém. Outra coisa, tirar uma cortina pra lavar, isso nunca mais. Então... mas é uma coisa que você vai aceitando, você tem que entender". (C4).*

Considero importante ressaltar que, esta consciência da necessidade de cuidados específicos é necessária após uma cirurgia para o câncer de mama, no sentido de minimizar ou superar as limitações decorrentes dessa condição.

A restrição na mobilidade do braço pode ser freqüente se a mulher não foi estimulada e devidamente orientada para a realização de exercícios desde o pós-operatório imediato, conforme revelado nesta fala:

*"Eu não tenho movimentação completa do braço, mas do jeito que estava... já tem muita coisa que eu consigo fazer, graças a Deus. Pra mim eu acho que ele melhorou 100%, porque eu não levantava o braço nem pra escovar o dente e pentear o cabelo. Agora eu estendo a roupa de acordo, nada me atrapalha".(C4).*

Em uma primeira fase da recuperação, no pós-operatório imediato, a paciente deve ser encorajada a realizar medidas de higiene e auto cuidado que estimulem a manipulação do braço afetado tais como: escovar os dentes, pentear cabelos, usar o braço afetado para banhar-se, alimentar-se sozinha, entre outros. Neste período ainda é recomendável a execução de exercícios respiratórios de inspiração e expiração, alternados com períodos de relaxamento, o que diminui as sensações dolorosas devido ao acúmulo de secreções no subcutâneo (MAMEDE, 1991).

Além disso, devem ser tomados outros cuidados com vistas a prevenir, amenizar ou tratar uma complicação bastante freqüente, que é o linfedema.

A presença do linfedema, também foi apontado como fator de limitação de atividades. Isto porque provoca alterações como sensação de peso, cansaço, entre outros.

*“O que atrapalha é que ele cansa. Fazer muitas coisas ele cansa. Cansa e dói; e escapa as coisas da mão. E assim, quando eu vou lavar, e vou lavando, torcendo e estendendo a roupa, ele cansa. Lavar uma verdura... toda coisa que demora ele cansa”. (C3).*

Atualmente tem sido amplamente divulgado como causa do edema do braço a alteração ocorrida na circulação linfática.

HAAGENSEN (1989) descreve que, após a extirpação súbita da porção principal dos linfonodos pelos quais é feito o esvaziamento linfático do braço, se a cicatrização da ferida for normal, haverá o desenvolvimento de uma circulação linfática colateral, o que acontece, geralmente, em um mês. Segundo este autor, o edema cirúrgico pode ser classificado em dois tipos: o que ocorre imediatamente após a cirurgia, que deve ser considerado como uma consequência de alguma falha na técnica cirúrgica; e o que se desenvolve meses ou anos depois da operação como resultado de uma infecção no braço através de uma porta de entrada no braço ou mão.

Este autor afirma que está convencido de que a infecção é a causa do edema do braço, tanto do edema imediato à cirurgia como o tardio ou secundário.

Porém a radioterapia também tem sido apontada como fator causador do linfedema, pois ela danifica os linfáticos axilares e induz fibrose e formação de aderência cicatricial.

O linfedema pós mastectomia pode manifestar-se com a sensação de peso no braço com função prejudicada, e uma sensação de paralisção e parestesia nos dedos (MAMEDE, 1991).

Além disso, é importante ressaltar os problemas estéticos que podem prejudicar também a imagem corporal da mulher.

Desta forma, entendo que as mulheres após a mastectomia, necessitam de orientação e tratamento fisioterápico adequado, o que tem sido uma preocupação para os profissionais que atuam nesta área.

Porém as próprias mulheres entendem o risco de desenvolverem esta complicação e passam a observar e evitar atividades que são prejudiciais.

*“No meu serviço eu bato muita máquina para fazer faturamento, bater laudo... Então eu estou procurando evitar isso também, eu estou deixando mais para os meus amigos porque eu percebo que quando eu faço isso dói à noite. Inclusive esse dedo começa a inchar”. (C8).*

Outra dificuldade para as mulheres é associar o trabalho doméstico com as medidas que devem ser tomadas para profilaxia do edema. Por exemplo, as mulheres devem evitar ferimentos com utensílios cortantes ou perfurantes, evitar queimaduras, evitar exposição do braço a temperaturas altas, evitar carregar peso, entre outros. Assim, na tarefa de preparar os alimentos e cozinhá-los, ela já estará se expondo a riscos. E esta é apenas uma das atividades que elas desenvolvem no lar. Assim é comum apresentarem sentimentos ambíguos, pois ao mesmo tempo que sentem-se incapazes de realizar sozinhas todas as tarefas, consideram que este é o papel da mulher.

Isto foi evidenciado neste estudo quando uma das mulheres ao receber auxílio nas tarefas repetitivas do trabalho doméstico, referiu sentir-se culpada, porque interpreta que não está cumprindo seu papel dentro do lar.

*“Ele me fala que está cansado do serviço, que trabalhou o dia todo e chega em casa ainda me ajuda. Ele não reclama de me ajudar, mas ele fala que está cansado e eu me sinto culpada porque não dou conta de fazer todo serviço. Ao mesmo tempo eu sei que ele não pode pagar uma pessoa para me ajudar. O único que poderia me ajudar seria o menino que está em casa, mas ele não quer saber”. (C7).*

Da mesma forma esta mulher mantém institucionalizada atividades diferenciadas para homens e mulheres no lar, quando aceita passivamente a postura do filho que não quer auxiliar nas tarefas domésticas.

Entendo assim, que estes estereótipos, que foram sedimentados no processo de socialização, interferem na qualidade de vida destas mulheres, uma vez que elas próprias têm dificuldades em aceitar as mudanças em suas atividades do cotidiano.

Algumas mulheres deste estudo relacionaram ainda mudanças no cotidiano, onde interpretam o desgaste emocional provocado pela doença como fator determinante da situação.

*“Eu não tenho mais vontade para nada. É desânimo, porque eu queria ter aquela disposição que eu tinha, eu queria trabalhar... Eu era uma pessoa muito animada para tudo. Ah! Agora tem dia que eu não estou boa, muito desanimada, eu não tenho mais vontade de nada, principalmente andar longe, eu não*

---

*ando. Tem dia que eu tenho dor no corpo, mas tem vez que é a cabeça mesmo, é desânimo...”. (C<sub>9</sub>).*

Também não posso deixar de ressaltar que a restrição de atividades pode interferir diretamente no trabalho remunerado destas mulheres, tendo em vista o tipo de atividades que elas desenvolvem, podendo ocorrer uma piora na qualidade de vida.

*“Agora estou vivendo pior, porque de primeiro eu trabalhava, eu tinha meu dinheirinho, entende?, eu ganhava o meu salário, fazia despesa para casa. Eu tenho vontade de voltar a trabalhar, mas tem que ser de empregada, é só isso que eu sei fazer. De vez em quando eu vou na casa da minha ex - patroa para ver as crianças. As vezes eu falo pra ela que eu queria voltar a trabalhar e ela fica brava comigo. E depois a patroa quer só uma empregada. A gente precisa fazer tudo. Igual ao lugar onde eu estava. Eu precisava fazer tudo e agora sozinha não dá”. (C<sub>3</sub>).*

Neste sentido, entendo que no processo de reabilitação da mulher mastectomizada, deve haver espaço para a discussão destas questões, uma vez que posturas rígidas em relação às restrições de funções podem comprometer o seu bem-estar.

Por outro lado, percebo que a possibilidade de diminuir a sobrecarga de trabalho pode ser interpretado como uma maneira de melhorar a qualidade de vida.

---

*“Eu continuo igualzinha. Só uma coisa mudou um pouquinho - agora eu passeio bastante (sorri). Antes eu trabalhava, agora eu passeio”. (C3).*

Assim, no processo de reabilitação de uma mulher submetida a tratamentos para o câncer de mama, deve-se ter em mente que não é necessário somente providenciar a melhor qualidade de tratamento para o câncer, mas sim considerar o impacto da doença no seu estilo de vida, se o objetivo é ajudá-la a ter uma vida normal ou mais próxima do normal.

Não é somente a cirurgia, a quimioterapia ou a radioterapia que provocam alterações na qualidade de vida da mulher com câncer de mama. É um modo de ser, uma identidade que fica alterada pela perda de um órgão que faz parte do ser mulher, alterando desta forma o “sentir-se mulher”.

*“Hoje eu sinto que sou uma pessoa mais limitada do que eu era. Já senti uma limitação na cirurgia cardíaca, mas agora foi muito mais. Parece que houve uma perda maior. Com a cirurgia do coração eu senti que eu tive uma revitalização, uma revida; enquanto que a da mama eu tive uma perda e esta perda como mulher machucou muito, muito e isto foi a grande mudança na minha vida. Então sonhos que eu tinha, disposição para passear, viajar, isso tudo mudou Então se eu tivesse a energia que eu tinha antes, principalmente agora nesta fase de mudança, de adaptação a um novo esquema de vida, eu teria mais força”. (C3).*

Para pensar na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, deve-se estar sempre atento em observar que são pessoas com objetivos

---

individuais, sonhos, esperanças e preocupações. Desta forma, as dificuldades vivenciadas por cada uma quanto à sua sexualidade, auto imagem, funcionamento físico, interações sociais, não podem ser tratadas como problemas estatísticos. Sendo assim, nenhum instrumento simples pode medir qualidade de vida.

## CAPÍTULO IV

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“...as pessoas não poderão controlar o seu próprio destino enquanto não tiverem consciência de sua própria e modesta vida pessoal”. WILHELM REICH (1936).*

---

Entendendo qualidade de vida como um conceito multifatorial, que envolve a sensação de bem-estar e satisfação do indivíduo, sua condição física, seu estado emocional na sua função intelectual seu desempenho no trabalho e sua participação social; procurei trabalhar com as mulheres com câncer de mama, de maneira a conhecer quais indicadores de qualidade de vida poderiam ser trabalhados no processo de reabilitação.

E a forma adotada para analisar aspectos da vida afetiva, familiar e social após a entrada da mastectomia em suas vidas foi conhecer suas histórias de vida. Assim possibilitou-me observar aspectos emocionais e sociais relativos à forma como a mulher passa a gerenciar a sua vida após o diagnóstico de câncer de mama e de uma certa forma traçar um panorama sobre os aspectos que têm interferido na qualidade de vida dessas mulheres em seu enfrentamento com a doença. E nesse processo de análise, no que se refere ao valor do prognóstico das histórias de vida implicou, para cada mulher, a decomposição da história de sua vida, a análise das mesmas o que possibilitou-me identificar elementos, como personagens e atos, que são por natureza elementos sociais. E, esse processo interpretativo usado pelas mulheres indicou-me uma certa maneira de qualificar as ações/ atitudes femininas em função do modo pelo qual a mulher mantém, enquanto sujeito de suas próprias histórias, sua posição de sujeito social.

Não pretendendo que esses discursos sejam tomados como a verdade, mas com possibilidades de olhar mais atento procurei vinculá-los entre si. Assim, percebi que esses discursos são generalizados, ao menos o modo de falar sobre alguns fatos é generalizado. A partir do universo das mulheres estudadas verifiquei que o discurso delas sobre o ser mulher antes da mastectomia diferem em alguns

---

pontos do discurso de mulheres de diferentes etnia e classe social. Apesar dessas diferenças, as falas apresentam lógicas, mitos, metáforas, modos de expressão, contradições, denúncias sobre a construção da identidade do gênero feminino o que mostrou a importância da reflexão sobre a lógica de gênero, sexualidade e poder, se estivermos realmente preocupadas em buscar a melhoria na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama.

A identidade de gênero diz o modo de ser do sujeito tal como o destino o preparou e através da própria abordagem de interpretação que as mulheres deram ao seu ser mulher, apresentaram as suas identidades a partir delas como atores, de suas maneiras de ser, de sua própria situação, de sua relação com os outros e da posição que ocupam face aos outros.

Assim, percebi que ao se identificarem como sujeitos do gênero feminino, o fizeram através da análise e de procedimentos de valoração delas enquanto atores e de outros campos da vida onde elas exerciam e exercem suas atividades como na casa, na escola, nas brincadeiras de infância, no namoro, no casamento e no trabalho.

E, é na relação entre essas diferentes formas de atividades que se situam, não exclusivamente, mas no que diz respeito ao essencial, ou melhor, nos princípios que regem uma apreciação de identidade de gênero.

A identificação e análise desses elementos, tomados do cenário social em que viviam durante o seu processo de socialização, cujos elementos possuem características definidas, permitiu a distribuição dos mesmos em torno de um aspecto essencial na construção dos gêneros. Pude ainda apreender que essa distribuição dos elementos se situa ao mesmo tempo no plano das conjunções

---

físicas, no plano das relações sociais de superioridade e de inferioridade e no plano das atividades econômicas.

Assim o **ser mulher antes da mastectomia** significou construir toda uma cultura de si, traduzido pelo cuidado e curtição com o corpo. Esta significação faz sentido, porque se refere ao período da vida em que elas vivenciam passagens e incursões onde o corpo ocupa um lugar de destaque como na menarca, no namoro onde a auto imagem busca por um corpo belo, nos relacionamentos sexuais - o ato sexual e no casamento - onde o corpo é considerado como fonte de prazer.

O casamento traz a idéia e configuração de outras dimensões do existir como o cuidado dos filhos, o relacionamento com o parceiro e os problemas econômicos decorrente da manutenção de uma subsistência mais digna possível.

Assim o casamento, se firma no imaginário das mulheres pela construção de uma identidade de gênero - no caso o feminino - como uma relação fundamental e mais estreita do que qualquer outra, onde o vínculo conjugal serve para definir todo um modo de existência.

A interpretação do ser mulher após a mastectomia feita pelas mulheres estudadas revelou que os cuidados de si próprias necessitam ser ampliados especialmente aqueles relacionados ao movimento involuntário da alma. Isto porque o ser mulher após a mastectomia significou ter um corpo doente, mutilado, necessitando de ajuda para cuidar de si.

Significou para elas retomar/compreender o significado da natureza de vários elementos constituintes de sua vida social que fazem parte da cultura de si. E ao fazer isso, identificaram algumas possibilidades de análise como o casamento, as interações inter pessoais, a sexualidade entre outras.

---

Esta dimensão expressiva configurada nas relações entre os atores sociais (homens e mulheres) nas histórias de vida das mulheres pareceu-me constituir a própria essência da identidade de gênero para as mulheres estudadas, ou seja, foi a dimensão que mais fez sentido para a sua identificação como “ser mulher” antes da mastectomia.

A esse respeito FOUCAULT (1985) chama a atenção que no processo de construção de uma cultura de si se traduz de uma certa forma particular e intensa de atenção ao corpo. No entanto, o autor adverte que a cultura de si possui em si mesma algo de paradoxal, já que ela se inscreve; pelo menos em parte, no interior de uma moral que afirma que a morte, a doença ou mesmo o sofrimento físico não constituem verdadeiros males, e que é melhor aplicar-se à própria alma do que consagrar seus próprios cuidados a manter o corpo.

Analisando a profundidade de tal observação, chamou-me a atenção de que nesse processo de reflexão sobre o ser mulher após a mastectomia, as mulheres sujeitos deste estudo revelaram práticas de si em que os males do corpo e da alma comunicavam se entre si, revelando possibilidades de intercambiar seus mal-estares, ou seja, os maus hábitos da alma podem levar a misérias físicas enquanto que os excessos do corpo manifestam e sustentam as falhas da alma.

Assim, as inquietações da mulheres dirigidas sobre a auto imagem, auto estima, o relacionamento conjugal denunciam a necessidade de corrigir a alma se se quer o corpo não prevaleça sobre ela. Como também as queixas de problemas relacionados à dor, mobilidade do braço, linfedema feitas por elas traduzem a necessidade de retificar o corpo se se quer que a alma mantenha o completo domínio sobre si própria.

É a esse ponto de contato, enquanto ponto de fraqueza do indivíduo que FOUCAULT (1985) sugere que se dirija a atenção aos males, mal-estares e sofrimentos

físicos. O corpo com o qual tem que se ocupar quando cuida dele mesmo, é um corpo frágil, ameaçado, minado de pequenas misérias e que, em troca ameaça a alma por suas próprias fraquezas.

Ao analisar a interpretação que as mulheres fizeram sobre a realidade vivenciada sobre o ser mulher antes da mastectomia estas estabelecem uma identidade do gênero feminino representada por um corpo que provoca desejos, por uma mente com baixa auto estima, submissa; um sujeito criado para o mundo interior de um lar - o casamento, ou seja, o fim de sua existência, parte integrante da cultura de si.

Assim, ao expressarem o significado de ser mulher após a mastectomia retomam aspectos da arte do casamento (como o fim de sua existência), identificando pontos conflituosos entre o almejado, o esperado e o vivido. Assim as mulheres denunciam aspectos dessa prática revelando aquilo que FOUCAULT (1985) chama a atenção: “A arte de ser casado não é simplesmente, para os esposos, uma maneira racional de agir, cada qual por seu lado, visando um fim que os dois parceiros reconhecem e onde se unem; trata-se de uma maneira de viver como casal e de ser apenas um; o casamento exige um certo estilo de conduta em que cada um dos cônjuges leva a própria vida como uma vida a dois, e em que; juntos, eles formam uma existência comum”.

Assim, identificam, na arte da conjugalidade pontos de desencontro na cultura de si entre os gêneros masculino e feminino, com finalidades distintas.

É dessa atenção dirigida a saúde e a todas as perturbações que vejo como possibilidade de circular entre o corpo e alma das mulheres mastectomizadas a fim de favorecer uma melhor qualidade de vida.

Portanto essa outra dimensão à narrativa da doença e um outro valor à experiência mostrou-me o lugar de destaque ocupado pelo cuidado com o corpo nessas práticas de si

---

ao longo de suas vidas, como também revelou o estilo dessa preocupação: com a auto imagem, a auto estima, com o relacionamento conjugal, com a sexualidade enfim aqueles elementos que podem perturbar o corpo e, através dele, a alma.

É a partir dessa aproximação que acredito que a enfermagem, especialmente as enfermeiras possam auxiliar as mulheres mastectomizadas na prática do cuidado de si, reconhecendo os indicadores de doença ou ameaça, pela doença, na satisfação com a vida.

Como lembra FOUCAULT (1985) “a prática de si implica que o sujeito se constitua face a si próprio, não como um simples indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas sim como indivíduo que sofre de certos males e que deve fazê-los cuidar, seja por si mesmo, ou por alguém que para isso tenha competência”.

Finalmente gostaria de explicitar que nesse exercício que as mulheres estudadas realizaram na interpretação sobre a prática de o **ser mulher antes e após a mastectomia**, que ao mesmo tempo é pessoal e social, pude apreender que o conhecimento que elas têm de si ocupa um lugar considerável. Isto porque pude perceber que o que estava em jogo no exame da cultura do cuidado de si, através desta prática interpretativa, era não se esconder nada de si mesmo e não deixar passar nada, para poder memorizar, para poder ter em mente mais tarde, os fins legítimos, como também as regras de conduta que permitem atingi-las pela escolha de meios mais convenientes.

Considero que a interpretação que as mulheres mastectomizadas possam fazer de suas identidades de gênero, trata-se de um trabalho útil para gerir a própria existência e se preparar para os acontecimentos que irão produzir. Tal perspectiva pode servir de guia

---

para que a mulher possa se conduzir no cotidiano em função dos significados que podem pré figurá-lo.

Mas isso não é tudo, a prática interpretativa mostra que a própria identidade sexual é percebida, elaborada, analisada como um cenário social, se ela anuncia sucesso ou insucesso, de vitória ou infortúnio social é porque as ações femininas que a identidade de gênero representa são constituídas pelos mesmos elementos que o gênero.

A riqueza dessa prática interpretativa, está na possibilidade de se adotar o papel e a postura de um vigia ou seja, exercer controle sobre si mesmo. Como lembra FOUCAULT (1985) o controle sobre si é uma prova de poder e uma garantia de liberdade.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALMEIDA, A.M. Câncer de mama: Análise dos fatores de risco sob a perspectiva da teoria de Kurt Lewin. Rio de Janeiro, 1991, p.67. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery. UFRJ.
- ALMEIDA, A.M.; SILVA, R.M.; RAVAGNANI, M.J.C.; MAMEDE, M.V. Situações de stress e o câncer de mama. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 6, Rio de Janeiro, 1991.
- ALMEIDA, O.P., DRATCU, L. E LARANJEIRA, R. Manual de Psiquiatria. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1996.
- ALVES, B.M.M. e cols. Sexualidade e desconhecimento: a negação do saber. In: BRUSCHINI, M.C. e ROSEMBERG, F. (orgs) Vivência, História, sexualidade e imagens femininas. São Paulo - Brasiliense, 1980, p. 257-288.
- AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.; AMOEDO, M.B.E.; NOBRE, L.C.C. Mortalidade Feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? Cadernos de Saúde Pública, v.7, n.2, p.174-189. abr/jun, 1991.
- ARIÈS, P. O amor no casamento. In: ARIÈS, P. e BÉJIN, A. (orgs) Sexualidade Ocidentais. 2ed. Ed. Brasiliense. S.P, 1985. p. 163-182.
- ASTELARRA, J. O Feminismo como Perspectiva Teórica e como Prática Política. In: "Seminário sobre a situação da Mulher na América Latina". Copenhagen, julho 1980 (mimeo).
- BAHAMONDES, M.Y.M. et al. Recuperação Física e Emocional das Mastectomizadas. In: PINOTTI, J.A. Terapêutica em mastologia. São Paulo, Manole, 1984, p.109-158
- BARBOSA, P.M e VILLELA, W.V. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R.G. e GALVÃO, J. (org.) Quebrando o silêncio - Mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, Relume - Dumará, 1996. p.7-16.

- BAUM, M. et al. Measurement of Quality of Life in Advanced Breast Cancer. Acta Oncol., v.29, n.3, p.391-5. 1990.
- BECKER, H.S. Histórias de Vida en Sociologia. In: BÁLAN, J. et al. Las historias de vida en ciencias sociales. Teoría y técnica. Buenos Aires, Nueva Vision, 1974. p. 24-41.
- BLUMER, H. Symbolic Interactionism - Perspectives and Methods. New Jersey, Prentice Hall, 1969, 207 p.
- BOSI, E. Memória e Sociedade: lembranças de velhos 2. ed. São Paulo, EDUSP, 1987.
- BREILH, J. El genero entrefuegos: inequidad y esperance. Ediciones CEAS, Quito, 1996 (Serie "Muyer"nº4).
- BRUNS, M.A.de t.; GRASSI, M.V.F.C. e FRANÇA, C. Educação sexual numa visão mais abrangente. Rev. Bras. De sexualidade Humana, v.6, n.1, 1995, p. 60-66.
- BRUSCHINI, C. O uso de abordagens quantitativas em Pesquisas sobre Relações de Gênero. In: COSTA, A.O. e BRUSCHINI, C. (org.) Uma questão de Gênero, Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992.
- CALDANA, R.H.L. Família: mulher e filhos, três momentos numa revista católica brasileira. São Carlos. 1991. 229 p. Dissertação (mestrado). UFSCAR.
- CALIRI, M.H.L. Tentando resolver as Incertezas - Trajetória das Mulheres ao enfrentarem o Processo da Histerectomia. Ribeirão Preto, 1996, 143 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.
- CAMPBELL, A. Subjetive Measures of Well-Being. American Psychologist. v.31, febr. 1976, p. 117-124.
- CARTER, B.J. Long-term Survivors of Breast Cancer. A qualitative descriptive study. Cancer Nursing, v.16, n.5, p.354-361, 1993.

- CARTER, B.J. Understanding the Experiences of Long - Term Survivors of Breast Cancer. In: DOW, K.H. (Ed.) Contemporary Issues in Breast Cancer. London, Jones and Bartlett Publishers, 1996.
- DEBERT, G.G. Problemas Relativos à utilização da História de Vida e História Oral. In: CARDOSO, R. (org.) A Aventura Antropológica: Teoria e Pesquisa. 2 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1988.
- DELANEY, J.; LUPTON, M.J.; TOTH, E. The curse: a cultural history of menstruation. Chicago. University of Illinois, 1988.
- DUGAS, B. W. Necessidades de segurança e auto - estima. In; DUGAS, B. W. - Enfermagem Prática, 4. Ed, Rio de Janeiro. Guanabara, 1984. Cap. 27, p.507-529.
- FEATHER, B.L. e WAINSTOCK, J.M. Perceptions of post mastectomy patients. Part II. Social support and attitudes toward mastectomy. Cancer Nurs. V.12, n.5, p. 301-9, 1989.
- FERRANS, C.E. Development of a quality of life index for patients with cancer. Oncology Nursing Forum. v.17, n.3 - suppl. p.15-21, may-jun. 1990.
- FERRANS, C.E. Quality of Life Through the Eyes of Survivors of Breast Cancer. Oncology Nursing Forum, v.21, n.10, 1994, p.1645-1651.
- FERREIRA, M.L.S.S. Assistência à mulher com câncer de mama: análise de periódicos nacionais, Ribeirão Preto, 1993, p.146. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
- FERREL, B.R.; HASSEY DOW, K. and GRANT, M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. Quality of Life Research. vol. 4, n. 6, december, 1995. p. 523-531.
- FLETCHER, S.W. Screening for Breast Cancer. Revista Paulista de Medicina. São Paulo, v.111, n.2, p.39, mar-apr, 1995.

- FONSECA, A.M.J.S.R. Vivência corporal, imagem do corpo e mastectomia. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 18, Ribeirão Preto, outubro 1988. Anais. Rib.Preto, Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1989. p. 181-9.
- FORATINI, O.P. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, n. 25, v.2, 1991. p. 75-86.
- FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 11ed., Graal, Rio de Janeiro, 1995.
- FOUCAULT, M. História da Sexualidade III. O cuidado de si, 4 ed. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1985.
- GANZ, P.A. Quality of Life and rhe Patient with Cancer - Individual and policy implications. Cancer (supplement), v.74, n. 4, p.1445-1457, august, 1994.
- GERGEN, M.M. O pensamento Feminista e a Estrutura do conhecimento. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1993.
- GHORAYEB, N. Saúde é qualidade de vida? Modismos e Ilusões. O Estado de São Paulo, 3ª feira, 25/07/89, p. 23.
- GIFFIN, K.M. Estudos de Gênero e Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Saúde em Debate, n. 46, março 1995, p. 29-33.
- GIFFIN, K.M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. Cadernos de Saúde Pública, vol. VII, n. 2, abr. junh. 1991, p. 190-200.
- GIFFIN,K. Esfera de Reprodução em uma visão masculina: Considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. Physis, v.4, n.1, 1994, p.23-40.
- GOLDSTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre AIDS no Brasil. In: PARKER, R.G. e GALVÃO, J. (orgs.) quebrando o silêncio - mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro., Relume - Dumará, 1996, p. 137-154.

- GOMES, R. O corpo na rua e o corpo da rua: a prostituição infantil feminina em questão. Rio de Janeiro, HUCITEC, 1996
- GRUPO CERES. O Espelho de Vênus: Identidade social e Sexual da Mulher. Ed. Brasiliense, SP, 1981, p.313-383.
- GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R. e GALVÃO, J. (orgs) Quebrando o silêncio - Mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, Relume - Dumará: ABIA: IMS, VERJ, 1996, p.89-114.
- HAAGENSEN, C.D. Doenças da mama, 3 ed. São Paulo, Ed. Roca, 1989, cap. 56, p.927-57.
- HABECK, R.V.; ROMSAAS, E.P. e OLSEN, S.J. Cancer rehabilitation and continuing care: A case study. Cancer Nursing, August 1984. p. 315 - 319.
- HAGUETTE, T.M.F. Metodologias Qualitativas na Sociologia. 4 ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1995.
- HOLLANDA, H.B. (org.) Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura, Rio de Janeiro, Rocco, 1994.
- HOLLANDA, H.B. Os estudos sobre Mulher e Literatura no Brasil: uma primeira avaliação. In: COSTA, A.O. e BRUSCHINI, C. (org.) Uma questão de gênero, Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992.
- HUBBARD, R. Algumas Idéias sobre a Masculinidade das Ciências Naturais. In: GERGEN, M.M. O pensamento Feminista e a Estrutura do Conhecimento. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1993. P.21-36.

- JENKS, J.M. New Generation Research Approaches. In: STREUBERT, H.J. and CARPENTER, D.R. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1995.
- LITTLE JOHN, S.W. Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana, Rio de Janeiro, ZAHAR Ed., 1982.
- LOURO, G.L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. e WALDOW, V.R. (org.) Gênero e Saúde, Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- LÜDKE, M. e ANDRE, M.E.D.A. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas, São Paulo, EPV, 1986.
- MACHADO, L.Z. Feminismo, Academia e Interdisciplinaridade. In: COSTA, A.O. e BRUSCHINI, C. (org.). Uma questão de gênero, Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992.
- MAIA, M.B.; GUIMARÃES, R.A. e LOPES, G.P. A (In) formação sexual do Adolescente: uma nova proposta. Rev. Bras. de Sexualidade Humana, v. 4, n.1, 1993. p. 31-36.
- MAMEDE, M.V. Reabilitação de Mastectomizadas: um novo enfoque assistencial. Ribeirão Preto. 1991, p.140. Tese (Livre-docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
- MAMEDE, M.V. Saúde da Mulher e Relações Sociais de Gênero. Aula Titular EERP-USP, 1996.
- MAMEDE, M.V.; ALMEIDA, A.M.; RAVAGNANI, M.J.C. Câncer: um conceito social. Ciência e Cultura, v.43, n.7, p.73-74, 1991.
- MAMEDE, M.V.; ALMEIDA, A.M.; RAVAGNANI, M.J.C.; MONTEIRO, L.L. Avaliação do linfedema Pós-Mastectomia. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 43, Curitiba, 1991, Programa, ABEn, 1991, p.230 /RESUMO/.

- MAMEDE, M.V.; CLÁPIS, M.J.; BIFFI, R.G.; PANOBIANCO, M.S.; BUENO, L.V. O papel da Equipe de Saúde no Processo de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas. In: 3º Simpósio de Iniciação Científica-EERP-USP. 1995, p. 15.
- MAMEDE, M.V.; CLAPIS, M.J.; SILVA, R.M.; ALMEIDA, A.M. Mal ajustamento marital como fator predisponente ao câncer de mama. In: Congresso Brasileiro de Cancerologia, 13, Porto Alegre, 1994, Programa, Sociedade Brasileira de Cancerologia.
- McSWEENEY, A.J. and CREER, T.L. Health - Related Quality-of-Life Assessment in Medical Care. Disease-a-Month, v.XLI, n.1, January 1995, p.1-72.
- MENDONÇA, G.A.S. Câncer no Brasil: um risco crescente. Rev. Bras. Cancerol, v.38, n.4, p.167-176, 1992.
- MEYER, D.E. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M. e MEYER, D.E. Maneiras de cuidar; Maneiras de Ensinar. A enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- MEYEROWITZ, B.E. Quality of Life in Breast Cancer patients: the contribution of data to the care of patients. European Journal Cancer. v.29a, suppl., 1993, p.59-62.
- MICHEL, A. Não aos Estereótipos: vencer o sexismo nos livros para crianças e nos manuais escolares. S. Paulo, Conselho Estadual da Condição Feminina/unesco, 1989.
- MINAYO, M.C. de S. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro. HUCITEC/ ABRASCO, 1992.
- MURARO, R.M. A Mulher no Terceiro Milênio. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992.
- NAKANO, A.M.S. O aleitamento materno no cotidiano feminino. Ribeirão Preto, 1996. 170 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP .

- NORTHOUSE, L. L. The impact of breast cancer on patients and husbands. Cancer Nurs. V. 12, n.5, p. 276-84. 1989.
- OWEN, I. Seu sangue é ouro. Resgatando o poder da menstruação. Ed. Rosa dos tempos, Rio de Janeiro, 1994.
- PARKER, R. Corpos, Prazeres e Paixões: A cultura sexual no Brasil Contemporâneo. São Paulo, Best Seller, 1991.
- PEREIRA, W.R. A enfermeira e o seu fazer: uma abordagem sob a perspectiva do gênero. Ribeirão Preto, 1995, 209 p. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.
- POLIT, D.F. e HUNGLER, B. P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3 ed. Artes Médicas, porto Alegre, 1995, p.346.
- QUEIROZ, M.I.P. Relatos Oraís: do “indizível” ao “dizível”. Ciência e Cultura, v. 39, n. 3, março 1987, p. 272-286.
- REICH, W. A revolução sexual. 8 ed. Zahar ed., Rio de Janeiro, 1981.
- ROSALDO, M.Z. A Mulher, a Cultura e a Sociedade: uma revisão teórica. In: ROSALDO, M.Z. e LAMPHERE, L. (orgs) A mulher, a cultura e a Sociedade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
- RUFFINO-NETTO, A. Qualidade de Vida: compromisso histórico da epidemiologia. Saúde em Debate, n.35, 1992, p.63-67.
- SANDELOWSKI, M. Telling Stories: Narrative Approaches in Qualitative Research. IMAGE. vol. 23, n. 3, 1991, p. 161-166.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, v. 16, n. 2. p. 5-22, julho-dez., 1990.

- SHOTTER, J. e LOGAN, J. A Penetração do Patriarcado: sobre a Descoberta de uma vez Diferente. In: GERGEN, M.M. O pensamento Feminista e a Estrutura do Conhecimento. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos. 1993.
- SILVA, R.M. O Conviver com a Mastectomizada. Ribeirão Preto, 1994, p.156. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.
- SLEVIN, M.L. Quality of Life: philosophical question or clinical reality? BMJ, v.305, p.466-469, 1992.
- SORJ, B. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: COSTA, A.O. e BRUSCHINI, C. (org.). Uma questão de gênero. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992.
- SOUZA - LOBO, E. A classe operária tem dois sexos. São Paulo, Brasiliense, 1989
- SPITZER, W.O. State of Science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. J. Chron.Dis., v.40, n.6, p.465-471, 1987.
- TIEFFER, L. Uma Perspectiva Feminista sobre Sexologia e Sexualidade. In: GERGEN, M.M. O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1993.
- TRIVINOS, A.N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo, Atlas, 1990.
- VALANIS, B. G. e RUMPLER, C. H. Helping womem to choose breast cancer treatment alternatives. Cancer Nurs. v.8, n.3, p. 167-75, 1985.
- VITIELLO, N. e CONCEIÇÃO, IS.C. Manifestações da sexualidade nas diferentes fases da vida. Rev. Bras. de Sexualidade humana, v.4, n.1, 1993, p.47-59.
- VITIELLO, N. A educação sexual necessária. Rev. Bras. de sexualidade Humana, v.6, n.1, 1995, p.15-28.

- 
- WEEKS, J. Quality of Life Assessment: Performance status upstaged? Journal of Clinical Oncology, vol.10, n.12, 1992, p.1827-1829 (editorial)
- WOLFF, L.R. Rede de Suporte Social da Mulher Mastectomizada. Ribeirão Preto, 1996. 187 p. Tese (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.
- WOODS, N.F. e MICHELL, P.H. Designing studies to explore association and difference. In: WOODS, N.F. e CATANZARO, M. Nursing Research Theory and Practice. St. Louis, C.V. Mosby Company, 1988.
- WOODS, N.F. Human sexuality in health and illness. New York, C. V. Mosby, 1975. cap 9. P. 140-59.
- WORLD HEALTH SITUATION - World Health, v.46, n.3, p.3-31, 1993.
- YOUNG - EISENDRATH, P. A Pessoa do Sexo Feminino e como falamos dela. In: GERGEN, M.M. O pensamento Feminista e a Estrutura do Conhecimento. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1993. p. 177-198
- ZHAN, L. Quality of Life: conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing, n.17, 795-800, 1992.

## **ANEXOS**

---

## ANEXO 1

### **1- Identificação e Apresentação do caso**

- ⇒ Nome, idade, escolaridade, procedência, estado civil, local de residência, profissão, religião.
- ⇒ descrever os principais pontos levantados desde o início do atendimento no REMA, através da análise do prontuário.

### **2- Problema a ser abordado**

- ⇒ Como você se via enquanto mulher antes de ter câncer de mama e ter operado?
- ⇒ O que foi modificando em sua vida após esse diagnóstico?
- ⇒ Você sente que a cirurgia trouxe alterações quanto a sentir-se mulher para você mesma ou para os outros?
- ⇒ Você mudou seu modo de ser?
- ⇒ Você mudou seu modo de vestir-se?
- ⇒ Você tem buscado estratégias para melhorar vida?

### **3- Antecedentes Familiares**

- ⇒ fale-me sobre seus pais
- ⇒ e sua relação com eles
- ⇒ se não são vivos - detalhes sobre a causa da morte
  - idade na ocasião
- ⇒ ausência prolongada/ separação
- ⇒ relacionamento dos pais entre si
- ⇒ história de violência/ alcoolismo
- ⇒ doenças na família
- ⇒ irmãos (ordem cronológica de nascimento) - idade, sexo, estado civil, profissão, doenças e características de personalidade

### **4 - Antecedentes Pessoais**

- ⇒ Data e local de nascimento

#### **4.1 - Comportamento e hábitos durante a infância**

- ⇒ o que você lembra de sua infância;
- ⇒ aonde se passou;
- ⇒ como eram as brincadeiras/ fantasias;
- ⇒ atitude com os irmãos, pais;
- ⇒ medos/timidez/subordinação excessiva;
- ⇒ problemas de saúde, desenvolvimento psico-motor;
- ⇒ como foi sua educação como mulher na infância?

#### **4.2 - Vida Escolar**

- ⇒ idade ao iniciar e encerrar a vida escolar;
- ⇒ aprendizagem da leitura e da escrita;
- ⇒ ajustamento à escola, rendimento escolar, dificuldades, ausências prolongadas, repetição de ano;
- ⇒ atitude para com os colegas, professores e tarefas;
- ⇒ você sente que teve diferença de oportunidades nos estudos em relação aos seus irmãos?

#### **4.3 - Comportamento e hábitos durante a adolescência**

- ⇒ Atitude para com o crescimento e o próprio corpo;
- ⇒ relacionamento com colegas, amigos e familiares;
- ⇒ fuga de casa/deliquência;
- ⇒ períodos de depressão ou isolamento;
- ⇒ Como foi sua educação em relação a ser mulher?

#### **4.4 - Desenvolvimento sexual, vida conjugal e familiar**

##### ◆ Puberdade e Adolescência

- ⇒ menarca, crescimento pelos, crescimento mama;
- ⇒ curiosidade e jogos sexuais na infância;
- ⇒ fantasias sexuais
- ⇒ namoro, 1ª relação sexual, relações subsequentes

##### ◆ Vida conjugal e familiar

- ⇒ relacionamento anterior ao casamento,
- ⇒ contato com o cônjuge antes do casamento,
- ⇒ idade ao casar-se;
- ⇒ casamentos e separações anteriores;
- ⇒ dificuldades no relacionamento;

- ⇒ qualidade da vida conjugal, prazer/orgamos.
- ⇒ dificuldades sexuais
- ⇒ idade, ocupação, estado de saúde e personalidade do cônjuge
- ⇒ gravidez/ problemas
- ⇒ número de partos/tipos de parto
- ⇒ amamentação
- ⇒ depressão pós-parto
- ⇒ relacionamento com os filhos
- ⇒ idade dos filhos

#### **4.5 História Médica**

### **5 - Impressão do entrevistador**

---

## ANEXO 2

### CASO 8

#### 1- Identificação e Apresentação do caso

C<sub>8</sub> tem 39 anos, desquitada há 12 anos, tem o 2º grau completo e trabalha como técnica de RX. Reside em Jardinópolis (S.P.). Religião católica.

Com diagnóstico de câncer de mama aos 37 anos, realizou mastectomia radical à direita em 17 de maio de 1994. Também fez tratamento de quimioterapia (pré e pós -operatória) e radioterapia.

Chegou ao REMA em 24 de janeiro de 1996, estimulada por duas participantes do grupo que há algum tempo tentavam trazê-la ao serviço. Disse que resolveu procurar atendimento, neste momento, porque há mais ou menos 4 meses atrás percebeu que o braço homolateral à cirurgia havia ficado edemaciado e não estava regredindo. Isto começou a incomodá-la e estava preocupada.

Desde o início de seu atendimento no grupo, chamou-nos atenção sua conduta em relação à cirurgia, pois mesmo passado dois anos desde que operou, nunca conseguiu olhar e nem tocar o local.

Chegou a relatar em dinâmica de grupo sobre suas dificuldades de lidar com a doença, que não consegue esquecer isto, que não acredita na cura do câncer, do medo (*"pavor"*) que sente na época dos retornos médicos e exames de controle.

Também vem demonstrando muita preocupação com as dores que está sentindo no braço e, que, apesar de ter realizado exames de controle há 15 dias

atrás, chegou a pensar que poderia ser recidiva do câncer. Está sempre muito tensa e ultimamente tem conseguido chorar.

## 2-Problema a ser abordado

C<sub>8</sub> diz que era uma pessoa alegre, que gostava de passear, dançar. Ressalta: *“gostava de tudo o que era bom”*. Depois que separou-se, começou a trabalhar e era a responsável por tudo em casa. *“Eu sempre fui a responsável pelos filhos, por tudo”*).

Após o diagnóstico e cirurgia de câncer de mama sua vida mudou completamente. *“De repente apareceu isso e eu fiquei um ano em depressão mesmo, tipo assim, só deitada, chorando, me afastava das pessoas. Na minha cabeça as pessoas se afastavam de mim, mas hoje eu sei que era eu que estava me afastando. Não queria que tivessem pena, sei lá”*). Também achava que estava deprimida por que seu cabelo havia caído: *“Achei que era por causa do meu cabelo; fiquei um ano sem cabelo, usando peruca”*.

Neste período, continuou trabalhando pois seu médico a estimulava para isso. *“Eu procurava assim... eu trabalhava - não parei de trabalhar porque o médico mesmo achou melhor eu continuar trabalhando - e só também. Eu só trabalhava, chegava em casa, comia e deitava, sabe assim. Tanto é que eu ganhei quase 16 quilos de peso a mais do que eu tinha. Eu fazia ginástica e parei de fazer, parei de sair”*).

Outra situação que ela diz que mudou foi suas atividades diárias, pois além de trabalhar fora, limpava a casa, lavava roupa. *“Eu fazia todo o serviço de casa e trabalhava fora também. Agora parei, eu só trabalho fora e faço pouquíssima coisa em casa, com medo do braço inchar; e de vez em quando que eu esforço*

dói. O serviço da casa mudou bastante. Tem muita coisa que eu fazia e hoje não faço mais. Não que eu não possa fazer, procuro evitar, pra não... ”). Também no trabalho tem procurado evitar alguns serviços, como por exemplo datilografar, pois percebe que isso dá dor no braço e o dedo polegar começa a inchar. (“porque no meu serviço eu bato muita máquina para fazer faturamento, bater laudo... Então eu estou procurando evitar isso também, eu estou deixando mais para os meus amigos porque eu percebo que quando eu faço isso dói à noite. Inclusive esse dedo começa a inchar”).

Mas refere que tem procurado voltar à vida que tinha. (“Eu continuo na minha vida normal, com exceção desse ano que foi a fase que eu estava fazendo quimioterapia, me recuperando, que eu fiquei num estado de depressão”).

Em relação à cirurgia diz que no planejamento inicial do tratamento, indicaram a quadrantectomia, mas ela não aceitava. (“Eu estava tão assustada que falei que não, eu não queria, que eu queria que tirasse a mama mesmo. Ele falou que, se não houvesse necessidade ele não iria retirar a mama...”).

Mas durante a administração de quimioterapia pré - cirúrgica, o tumor ao invés de diminuir, aumentou. (“de 5cm ele foi para 9cm, aí teve mesmo que fazer a mastectomia. Então... como e eu já queria...”).

A insistência pela mastectomia foi uma tentativa de se ver livre da doença. (“Eu achava que era uma margem de segurança maior. Se tirasse só um pedaço, podia ter células em outro e eu vou ter que me submeter a outra cirurgia”).

Porém não teve a dimensão do que seria viver sem uma mama. (“Mas eu não achei que ia ser difícil... (chora...). Eu nunca me olhei... Eu não tinha idéia de como ficava”). Também nunca tinha visto como ficava uma mulher submetida à mastectomia e até hoje só viu uma outra pessoa que frequenta o REMA, mas não

consegue expressar o que sentiu. (*“Ah! Sei lá., eu achei horrível. Olha, eu procurei não pensar... (chora)”*).

Diz que, após a cirurgia sente-se péssima, nunca teve coragem de olhar seu corpo e ver-se sem a mama. Também só tira a roupa com mais tranquilidade aqui no REMA porque sabe que nós trabalhamos com isso, mas em outras situações para realizar exames, fica ansiosa e pensando em como fazer. Refere que não consegue dizer porque não aceita isto. Neste sentido, ressalta que algumas amigas falam: *“Nossa isso aí não é nada. Não te faz falta, quanta gente perde braço, mão, não sei o que. Eu até entendo isso, mas... Fora esse complexo, de eu não poder me ver, eu continuo trabalhando, eu continuo vivendo...”*.

Refere que não sente-se diferente enquanto mulher, mas diz que no relacionamento íntimo, não tira a roupa porque o companheiro também não quer ver. (*“então não tem problema... Eu tenho um companheiro que eu até acho que ele foi maravilhoso neste sentido, deu muito apoio. Mas ele também não gosta de ver, de olhar. Sabe... tipo assim: a gente está junto, mas ele procura não ver, não olhar também”*).

Não consegue definir o que piorou na sua vida, mas ressalta novamente suas dificuldades em conviver com esta situação. (*“Ah! Não sei. Eu não sei te falar. Fora esse problema, de eu ter esse complexo, de eu não poder me ver, a não ser isso aí, acho que nada, porque eu continuo trabalhando, eu continuo vivendo, né?”*).

Quanto às mudanças em seu modo de ser, também tem dúvidas, quando diz: *“mudei como? Acho que não...”* Mas ressalta que agora está começando a sair novamente, a passear. (*“Aos poucos eu fui me enturmando de novo e...”*).

Porém mudou totalmente o seu modo de vestir-se e hoje não frequenta locais que costumava ir como clube, piscina pública. (*“Ah! Eu gostava de roupa decotada, cavada; eu gostava de ir na piscina, usar biquíni. Hoje eu não posso nem pensar nisso. Eu procuro usar roupa bem..., camiseta que disfarça, eu não uso mais roupa de alça como eu usava, então eu gostava de me vestir assim”*). Conta que quando foi à praia, usou maiô, mas não se sentiu à vontade. (*“Eu coloquei maiô mas me senti ridícula, então eu coloquei uma camiseta por cima do maiô para não ficar... sabe?”*).

Também não pensou em procurar alguma casa especializada, que trabalha com roupas de banho adaptadas para mulheres mastectomizadas, porque diz que não tem vontade e porque não pretende voltar a frequentar clube e quando vai à piscina, frequenta a casa da irmã ou da tia, que é uma situação mais reservada, mais familiar

Nunca procurou ajuda para tentar trabalhar essas dificuldades, nem mesmo naquelas situações que, aparentemente, poderiam melhorar sua imagem corporal, como o uso de próteses externas. Sua auto-imagem está tão afetada que não consegue nem olhar a prótese que usa (alpiste). (*“Eu não escolhi a prótese. Me deram e eu coloquei sem olhar, sabe . Inclusive outro dia a minha mãe falou: essa sua prótese está imunda. Eu falei, ah! Deixa. Eu nem olho, eu nem olho. Eu tenho um lugar de guardar, eu tiro e ponho lá sem olhar...”*).

Quanto à prótese de silicone, também acha que não é boa, pois conhece uma mulher que usa e ela acha que aparece, pois é menor que a outra mama. Não mostrou interesse em conhecer outras e diz: *“eu procuro não me ligar nestas coisas, pois acredito que fico mais tranqüila se eu não pensar nisso”*.

### 3- Antecedentes Familiares

Começa falando da vivência com o pai: *“Bom do meu pai eu não tenho muita coisa boa para lembrar. Meu pai sempre foi um homem difícil, sabe! Bebia, brigava muito em casa, brigava com minha mãe, com a gente. Inclusive até hoje, a gente passa por problemas com ele. Ele é uma pessoa difícil, muito temperamental... Eu particularmente já falo que não, que ele é ruim mesmo. A gente sempre sofreu neste sentido com meu pai”*.

A mãe sempre foi boa e suportou todas as dificuldades de relacionamento com o marido por causa dos filhos. *“(minha mãe é uma pessoa muito boa, compreensiva. Eu gosto muito da minha mãe. Eu acho que ela teve muita tolerância, ficar ali, mas ela falava: eu estou porque tenho vocês... É uma pessoa humilde, que não pensa como a gente, mas ela sempre procurou ajudar, ser amiga de todo mundo”*).

O relacionamento dos pais sempre foi ruim e continua assim até hoje. *“(Era péssima... é péssima até hoje. Muitas vezes eu falava assim, que ela - inclusive outro dia mesmo eu falei - que eu não sei como ela suportou viver a vida inteira com um homem igual a meu pai. Eu acho que eu não teria estrutura para isso de jeito nenhum. Eu falo pra ela: você é muito boba... Eles tem uma relação péssima. Até hoje ele é aquela pessoa possessiva, aquela pessoa ciumenta. Hoje ele não bebe mais, mas também bebeu tanto que a bebida enfraqueceu... Eu falo que enfraqueceu os neurônios e ele ficou louco”*).

Relata que atualmente o pai está doente e que o médico disse que foi causado pela bebida. *“(Ele é uma pessoa instável, na mesma hora que ele está bem, ele já está agressivo, falando... ele tem mudança de comportamento.*

*Inclusive o médico disse que isso aí é causado pela bebida. E eu até acredito que sim. Uma pessoa que bebeu a vida inteira...”).*

A mãe também tem problemas de saúde como diabete e pressão alta; mas mantém-se controlada. É a pessoa que mais apoiou C<sub>8</sub> em sua separação e na situação de doença.

Apesar de ter vivido sempre com este problema de alcoolismo do pai, refere que não sofreu violência física. Chegou a apanhar do pai, mas diz que era porque precisava e não porque ele estava alcoolizado. (*“Eu era muito levada, rebelde, tudo. Eu apanhei muito, mas é porque eu precisava mesmo. Hoje eu aceito isso”*).

Conta também que, na maioria das vezes, apanhava porque acompanhava as brincadeiras do irmão mais velho, que era seu amigo, e o pai não aceitava. (*“A gente apanhou sim. Mas eu... eu sou a mais nova lá de casa, eu era muito levada. De repente eu apanhava porque precisava também, sabe, não porque ele bebia e estava espancando, não. Não tinha isso não. Eu apanhei muito, mas, é porque eu precisava mesmo. Hoje eu aceito isso, porque a gente era muito levada, era rebelde, tudo. Apanhamos sim. Nós somos em quatro mulheres e um irmão. Eu tenho um irmão acima de mim. Então eu procurava ... assim, meu irmão era meu amigo, então eu ia fazer as brincadeiras de moleque e meu pai não aceitava porque eu era menina. Então, é aonde tinha... eu apanhava... Mas eu apanhei muito”*).

Na família são em 5 irmãos, sendo somente um homem. É a filha caçula e na infância tinha o irmão como um companheiro, sendo ele o mais próximo em idade (acima dela na seqüência de nascimento).

Todos os irmãos estão bem de saúde, moram até hoje em Jardinópolis e somente uma irmã não se casou.

Teve um episódio de separação da família, quando estava com 13 anos de idade. Uma irmã que estava morando em São Paulo, convidou-a para ir morar com ela e para estudar. Diz que foi de livre e espontânea vontade, mas ficou somente 6 meses pois não agüentou. (*"...eu não agüentei ficar longe da minha mãe e também quando cheguei lá eu vi que não dava para ficar, morar em apartamento, ficar fechada, eu sempre tive uma vida muito ..."*).

#### **4 - Antecedentes Pessoais**

Nasceu em Jardinópolis (S.P.) em 08 de novembro de 1956.

##### **4.1 - Infância**

Lembra-se que desde a infância já vivenciava os problemas de alcoolismo e desajuste familiar do pai. (*"Desde que eu me entendo por gente, sabe, sempre teve esses problemas, era muita briga, tinha muita discussão"*.)

Não passaram dificuldades financeiras. O pai tinha uma chácara e trabalhava com frutas, principalmente manga; então tinham estabilidade financeira. (*"Ele não era uma pessoa rica, mas tinha estabilidade. Era uma pessoa estável"*).

Diz que na infância brincou muito e tinham muito espaço pois moravam na chácara. Teve maior vivência de brincadeiras consideradas para homem. (*"Meu irmão tinha os amigos e então, eu vivia no meio dos homens. Eu ficava com meu irmão e com os amigos dele também. Ah! a gente brincava, essa brincadeiras de moleque, eu gostava de subir nas árvores, se jogava na chão... coisas assim que geralmente mulher não faz. Eu brinquei muito... tinha bastante espaço, a gente tinha uma casa tipo chácara. Tinha a casa de meu avô, do lado também. A gente teve uma infância boa"*).

Não considera que tenha sido uma criança tímida e não lembra-se de ter vivido situações de medo.

Refere um problema de saúde aos 8 anos de idade. Diz que lembra-se muito vagamente, mas que a mãe conta: *“eu tinha um problema que não conseguiram diagnosticar o que era. Foi tipo assim. Uma febre, eu parei de andar, de comer... Me mandaram aqui para as Clínicas, mas o problema veio e foi sem saber o que era. Diz que naquela época punham vela na mão de quem estava morrendo e isto aconteceu várias vezes comigo. Fiquei uns 40 dias assim. Um dia o médico chegou e falou para minha mãe: olha não acho o diagnóstico, então vamos abrir pra ver de onde está vindo esta infecção. Eu tinha muita febre, de mais de 40 graus e dava até crise convulsiva. Aí ela disse que começou a chorar e uma mulher que estava no corredor disse para ela levar em tal lugar para benzer. Minha mãe diz que tirou minha roupa e levou benzer. Ela diz que naquele dia eu comecei a melhorar, comecei a andar, comecei a comer. E aí ela diz que não precisou mais retornar ao médico, ela me levou para benzer mais algumas vezes e eu sarei. Pelo menos é a história que ela conta (sorri...). Eu não acredito muito não, mas ...É esquisito que isso aconteceu há 30 anos atrás e até hoje eu tenho na cabeça a imagem da casa da mulher que benzia... tinha um Papai Noel na frente e uma grade baixinha. Não sei se marcou...”*

Apesar de C8, dizer que sempre brincou com meninos, na sua educação enquanto mulher, tentavam fazer com que ela mudasse de conduta, pois isso não era o esperado. O modelo de menina esperado dela era que soubesse sentar, brincar como menina, isto é, casinha, boneca, entre outros. *(“Quando eu era criança, eu era muito machona. Inclusive minha mãe tinha que fazer shorts de elástico na perna porque eu sentava de qualquer jeito”).*

#### 4.2 - Vida Escolar

Iniciou os estudos aos 7 anos e cessou aos 17 anos quando completou o 2º grau. Não teve dificuldades na aprendizagem; ressalta somente que tinha mais problema com matemática. (*“Eu sempre fui muito ruim em matemática - quase que meu único problema era esse. Tudo o que eu pego pra fazer eu aprendo, eu nunca tive dificuldade”*).

Teve bom ajustamento na escola e fazia amizade com facilidade. (*“Eu nunca tive problema pra me relacionar. Sempre consegui fazer... eu tinha bastante amigo”*) Também não teve problema com professores. Não repetiu nenhuma vez.

Não teve diferença de oportunidade de estudar em relação ao irmão. (*“Pelo contrário, ele sempre foi malandrão, não gostava de estudar”*).

#### 4.3- Comportamento e hábitos durante a adolescência

Refere que seu desenvolvimento físico ocorreu precocemente e que isto a deixava constrangida, pois seus amigos e as brincadeiras eram de criança. Diz: (*“Eu me desenvolvi muito nova. Eu menstruei com 9 anos; então com 9 para 10 anos eu já tinha seio, eu já era uma pessoa grande, que você olhava para mim e não falava que eu tinha só essa idade, falava que era uma mocinha. Então, eu me desenvolvi muito rápido... mas a cabeça era de criança”*).

Teve dificuldade em aceitar o corpo e diz: (*“eu não gostava do meu corpo, eu odiava. Eu achava que tudo em mim era exagerado, tudo era grande. Eu cresci mais que todas as minhas amigas, eu não gostava. Meu seio cresceu muito...”*)

Também a menstruação tornou-se uma dificuldade, sendo que, inclusive, mudava seu comportamento no período menstrual. (*“Eu nunca tinha tido*

*orientação, pelo contrário, eu sofri muito. Eu acho que eu não sabia me cuidar, sabe, eu só tinha 9 anos, procurava esconder da minha mãe, das minhas irmãs, nem sei o que eu pensava que era aquilo. Então eu tive muita dificuldade. Nossa, quando eu ia menstruar, eu já ficava pensando, dias antes de vir, que estava pra vir. Eu tinha que me privar de muita coisa que eu fazia. Foi muito difícil para mim...”).*

Diz que quando lembra-se da primeira vez que menstruou, fica com vergonha até hoje. *(“Ah! Eu fiquei muito assustada e fico com vergonha quando lembro. Meu pai sempre trabalhou com manga, com fruta... E sempre teve os empregados que trabalhavam ali. E de repente eu saí gritando que eu tinha me machucado, que estava sangrando e veio um senhor - que ficou lá tantos anos que era considerado da família - foi lá ver o que tinha acontecido porque eu saí falando que eu tinha cortado. Aí, acho que ele se tocou e falou: vai lá e conversa com sua mãe. Porque eu corri nele... Até hoje eu lembro e sinto vergonha de falar. Sei lá, foi muito difícil. Hoje você vê na televisão, na escola..”).*

Não refere problemas de relacionamento nesta fase de adolescência.

#### **4.4 - Desenvolvimento sexual, vida conjugal e familiar**

Iniciou a vida sexual aos 19 anos, com o homem com o qual se casou-se, sendo que ele havia sido seu único namorado. *(“Eu namorei só esse meu marido. Casei grávida - tive que casar - na época era a única solução. Se não fosse isso acho que eu nem teria casado também. Foi uma bobeira da cabeça de juventude, sei lá...”).*

Diz que a primeira relação sexual foi um ato da época da juventude e que lhe trouxe conseqüências que mudaram toda a sua vida. Também não foi uma

situação que lhe trouxe prazer. (*“Olha pra ser sincera, eu acho que eu não sentia nada. Foi uma bobeira, que depois deu essa conseqüência de engravidar e eu tive que casar. Na época não tinha com quem se abrir e era uma coisa muito difícil. Se acontece isso hoje, eu acho que seria completamente diferente. Então optou-se pelo casamento, mas... Prazer com meu marido eu nunca senti, não sei porque. Não sei se era ele, se era eu. A primeira relação foi uma coisa tão estúpida, uma coisa tão cheia de medo, assim... que não teve nem como... Na época era uma coisa que não podia. Nossa, eu casei grávida e foi um escândalo na família, sabe assim?”*).

O relacionamento sexual com o marido nunca lhe proporcionou prazer. (*“Eu acho que eu não me sentia bem porque não tinha carinho... era uma coisa mecânica. É exatamente aí que eu acho que não me sentia bem... porque não tinha carinho. Porque hoje eu tenho um companheiro e é completamente diferente. É como eu disse, acho que as cabeças, não...”*).

Também o relacionamento conjugal foi complicado desde o início do casamento e atribui algumas causas relacionadas a ela própria e outras ao marido. (*“dificuldade no relacionamento eu comecei a ter desde o dia em que eu casei. Mas eu acho que não é fácil ficar comigo, conviver comigo, porque eu sou muito possessiva, muito geniosa. E eu acho que talvez eu não escolhi a pessoa certa. Ele era uma pessoa ignorante, cabeça diferente da minha e bebia...”*).  
Refere que na época em que namoravam, ela percebeu que ele bebia e diz: *“eu acho que ele não bebia quando encontrar comigo, porque se soubesse que ele já bebia eu não ia ficar com ele, porque eu já tinha trauma do meu pai, então eu já sabia o que era... Então minha vida com ele foi péssima, péssima, péssima...”*

*Foram 7 anos de tortura. Eu até gostava dele, eu acho que o relacionamento que a gente teve, que foi muito difícil, você vai...”*

Com isso a relação conjugal foi se deteriorando e após 7 anos separaram-se. Conta que foi uma fase muito difícil para ela: *“...eu fiquei muito mal, muito abalada, porque eu fiquei com duas crianças para cuidar. Eu nunca tinha trabalhado fora, não tinha renda nenhuma. Então eu passei um pedaço muito ruim, eu chorei muito... Está certo que foi um período curto, que eu tive ajuda da família. Aí eu comecei a trabalhar e as coisas foram se normalizando. Mas eu passei mesmo por um pedaço muito ruim. Eu chorei muito, sabe...”*. Nesta época estava com 24 anos.

Os filhos eram pequenos, um tinham 6 anos e o outro ia fazer 3 anos. Na fase inicial da separação deram muito trabalho, porque eles gostavam do pai. O mais velho estava iniciando os estudos e foi o que deu mais trabalho na escola. Mas essas dificuldades fizeram com que se unissem muito e o relacionamento entre eles é de amizade.

Ficou grávida quatro vezes, sendo que em duas teve aborto. Na 1ª gravidez passou bem, não teve problemas de saúde e a família a apoiou bastante. O filho nasceu bem, mas até 1 ano de idade ficou muito doente. *(“teve meningite, infecção no intestino, 2 ou 3 pneumonias. Eu acredito que tenha sido... porque ele não dava bem com os leites, então tive que ficar trocando e isso foi tirando a resistência dele. Amamenteei eles uns 2 dias. Aí meu seio começou a rachar, doer e eu não quis mais amamentar e depois ele teve dificuldade com o leite e ficou muito doente. Hoje ele é saudável, um moço saudável, mas até 1 ano foi difícil”).*

A segunda gravidez também não estava planejada, mas diz que *“não foi aquela decepção, foi aceitável . O meu menino não deu trabalho, nunca ficou*

*doente. Eu amamentei ele por dois anos. Foi uma criança que quando eu vi... eu falei, nossa ele já cresceu. Diferente do outro, que você ficava...”*

Seus partos foram normais e não tem história de depressão puerperal.

Depois de um tempo que estava separada, começou a sair, passear, ir a bailes e a namorar. (*“No meio desse tempo namorei muito. Não vou exagerar não, porque senão você vai pensar o que? Era namorar mesmo, não ir pra cama. Eu gostava de sair, então ia no barzinho, bebia, ia no baile, pegava um... dava uns beijos, uns abraços, ia embora. Agora que eu tive relação sexual, foi com três pessoas. Foi um outro namorado que eu tive antes desse que não deu certo e esse com quem eu já estou há 6 anos”*).

Refere que realizou-se sexualmente com este companheiro e compara com o relacionamento que tinha com o marido: *“... na época eu era nova, não tinha prazer, não tinha nada. Era nova, bonita, estava tudo em cima e eu não tinha o prazer que eu tenho hoje...”*

Na época do diagnóstico de câncer de mama, este companheiro já estava com ela (*“...ele me deu apoio, chorou muito... e a gente está junto até hoje”*) e tem sido um elemento importante para sua recuperação.

Porém, C<sub>8</sub> refere que o relacionamento entre eles mudou após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, e enfatiza que a dificuldade é dela: *“Mudou pelo fato... Acho que eu mudei. Eu fiquei quase um ano em depressão. Eu me tornei uma pessoa chata, desagradável. Eu acho que eu mudei eu tentei mudar as pessoas em relação a mim”*.

Quanto ao relacionamento sexual diz que continua tendo prazer, mas que não como antes da doença e enfatiza: *“Não como antes, mas tenho sim. Hoje tem esse lance de ter que sempre esconder... É uma coisa mais...né”*.

Ela não mora com o companheiro. Os filhos aceitam o relacionamento, nunca criaram problemas. (*“A gente continua se encontrando, eu tenho uma casa, ele frequenta minha casa. Meus meninos aceitam ele... normal. Ele entra e sai da minha casa a hora que ele quer. Ele tem até a chave da casa, tudo. É um relacionamento bem aberto, não tem nada de...”*).

Considera que os filhos tem comportamentos considerados normais e que tem um bom relacionamento. (*“Eu me dou bem com meus filhos. Somos os três... e até bem unido. Mas eles são pessoas normais. Eu vejo os filhos de amigas, criados com pais e mães, e que são piores que meus filhos”*).

Hoje eles estão com 18 e 15 anos respectivamente.

Em relação aos filhos ressalta somente uma preocupação. (*“Eu acho que criei eles muito meus amigos, e eu não sei o que é melhor. Eu acho que... hoje eu vejo que, talvez não era bem isso que eu queria dos meninos...”*).

#### 4.5 - História Médica

Refere que sempre teve boa saúde, exceto aquele episódio de doença na infância.

Mais ou menos um ano antes de aparecer o câncer de mama, começou a sentir dor no peito e foi confundido com problema cardíaco. Relata o episódio da seguinte forma: *“antes de aparecer isso aí, me deu uma dor no peito e eu fui no médico. Eles falaram que eu estava enfartando, fiquei internada, me deixaram de repouso, comecei a usar remédio. Isso aí foi lá na minha cidade. Aí eu vim em outro médico em Ribeirão Preto e os exames não deram nada”*.

Ressalta que agora, há pouco tempo, levantou-se a suspeita que este episódio já estava relacionado com o câncer, e que não foi dado a importância

devida pois relacionavam o problema à Síndrome pré-menstrual. (*“...pode ser que eu já estava com este problema, porque eu sentia a dor próximo da menstruação; depois de dois dias, eu menstruava e melhorava. Aí então eles falavam: Ah! Isso daí é depressão pré-menstrual, não sei o que... Um ano depois eu fiz a biópsia apareceu isso”*).

Confirmado o diagnóstico de câncer de mama, realizou os tratamentos descritos anteriormente.

Tem realizados os exames de acompanhamento e retorno periódicos, não apresentando alterações até o momento. Porém ela diz que não acredita na cura da doença e refere que tem muito medo de ter recidivas.

## **5 - Impressão do Entrevistador**

C<sub>8</sub> estava emocionada durante a entrevista e chorou muito relatando sua experiência de viver após os tratamentos do câncer de mama. Ela tenta esquecer sua dor, evitando falar sobre o assunto. (*“Prefiro esquecer esse complexo”*).

Chamou-nos atenção, que após a entrevista, voltamos para a dinâmica de grupo e pela primeira vez, ela conseguiu expressar seu medo da doença e conversar sobre isto com as companheiras do grupo.

Tem retornado ao serviço periodicamente ( em média uma vez a cada 15 dias) pois está muito preocupada com o linfedema, sendo que tem sido realizado massagem manual de desobstrução e drenagem linfática, e para aderência cicatricial.

Embora seu discurso enfatize esta prioridade, observa-se uma nítida mudança em seu aspecto emocional, pois freqüentemente tem falado da doença, mudou seu comportamento - estava sempre séria e conversava pouco e hoje já

chega sorrindo, cumprimentando os profissionais. Porém continua com a conduta de não olhar-se, preocupada em vesti-se rapidamente para não correr o risco de se ver sem a mama. Comentou que tem tentado passar a mão no local, mas que ainda não conseguiu.